

SKRIPSI

**EVALUASI PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING*
DI RUANG RAWAT INAP RSD KALABAHI
KABUPATEN ALOR**

Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep)



OLEH :

**AISA HAMAPU
R011181721**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

EVALUASI PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING* DI RUANG
RAWAT INAP RSD KALABAHI KABUPATEN ALOR

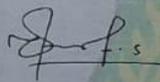
Oleh :

AISA HAMAPU
R011181721

Disetujui untuk dilakukan penelitian

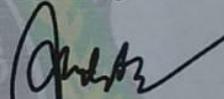
UNIVERSITAS HASANUDDIN
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Dr. Arivanti Saleh, S. Kp., M. Si
NIP. 19680421 200112 2 002

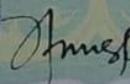
Pembimbing II



Nurmaahid, S. Kep., Ns., M. Kep
NIP. 19831211 201012 2 004

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin



Dr. Juliana Syam, S. Kep., Ns., M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002

Halaman Pengesahan

EVALUASI PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING* DI RUANG
RAWAT INAP RSD KALABAHI KABUPATEN ALOR

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir
Pada

Hari/ Tanggal: Kamis / 19 November 2020

Pukul : 10.30 – 12.00 WITA

Tempat : Via Online

Disusun Oleh:

AISA HAMAPU

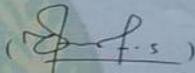
R011181721

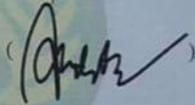
UNIVERSITAS HASANUDDIN

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

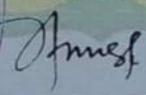
Pembimbing I : Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si ()

Pembimbing II : Nurmaulid, S. Kep., Ns., M. Kep ()

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin




Dr. Yuliana Svam, S.Kep.,Ns., M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawa ini

Nama : Aisa Hamapu

Nim : R011181721

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini dengan judul "PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING* DI RUANG RAWAT INAP RSD KALABAHI KABUPATEN KABUPATEN ALOR" ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 27 November 2020

Yang membuat pernyataan

The image shows a green 1000 Rupiah stamp with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text "METERAI TEMPEL", "1000", and "SERIBU RUPIAH". The serial number "MFEEAAHF035934074" is visible. The signature is written in black ink over the stamp.

Aisa Hamapu

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat kasih karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul : **Evaluasi Pelaksanaan *Discharge Planning* di Ruang Rawat Inap RSD Kalabahi Kabupaten Alor.**

Penyusunan skripsi ini sebagai salah satu syarat untuk melakukan penelitian agar dapat menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin. Dalam menyusun skripsi ini tentunya menghadapi banyak hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir penyusunan proposal ini. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi penulis dapat diatasi.

Oleh karena itu dengan penuh kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih terdalam kepada keluarga tercinta saya papa dan mama, suami dan kedua buah hati saya (Reskita dan Affan), serta kakak adik semua di Alor yang telah memberikan rasa cinta, dan sayangnya yang tak ternilai selama ini serta selalu memberikan dukungan beserta doa. Pada kesempatan ini juga saya ingin menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang senantiasa selalu mengusahakan dalam memberikan fasilitas terbaik di Universitas Hasanuddin Makasar.

2. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S. Kep., M. Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin dan pembimbing satu saya.
3. Ibu Dr. Yuliana Syam, S. Kep.,Ns.,M. Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Nurmaulid, S.Kep.,Ns., M. Kep selaku pembimbing dua yang selalu sabar dan senantiasa memberikan masukan dan arahan-arahan.
5. Seluruh Dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makasar.
6. Pihak PPSDM Kementerian Kesehatan RI, selaku pemberi beasiswa untuk penulis dalam melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makasar.
7. Saudara seperjuangan saya yang sama-sama bimbingan Bu yanti dan Bu Ulid (Rohani, Krista dan Wa Ati) atas dukungannya.
8. Teman-teman seperjuangan ners kerjasama angkatan 2018, terima kasih buat kebersamaannya selama ini.
9. Sahabat-sahabatku di Pondok Syafiq (Pak Yossi, Din, Johan, Beachi, Sri, Vero, Sance, Icha, Bendelina) buat dukungan dan doanya.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberika, akhirnya, dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulis hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penyusunan skripsi ini, karena sesungguhnya kebenaran dan kesempurna hanya milik Allah semata. Oleh karena itu,

penulis senantiasa mengharapkan masukan yang konstruktif sehingga penulis dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makasar, 19 November 2020

Aisa Hamapu

ABSTRAK

Aisa Hamapu. R011181721. **EVALUASI PELAKSANAAN DISCHARGE PLANNING DI RUANG RAWAT INAP RSD KALABAHU KABUPATEN ALOR**, dibimbing oleh Ariyanti Saleh dan Nurmaulid.

Latar Belakang: *Discharge planning* merupakan salah satu indikator untuk menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keberhasilan pelaksanaan *discharge planning* di mulai dari pasien pertama kali ke rumah sakit sampai hari pemulangan. Proses *Discharge planning* harus di lakukan secara komprehensif yang multi disiplin sehingga mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien. **Tujuan:** mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* di ruang rawat inap (Ruang ICU, RPA, VIP/VVIP, RPBI, RPPD). **Metode:** Jenis penelitian yang di gunakan adalah penelitian kuantitatif *noneksperimental* dengan desain penelitian deskriptif. **Hasil:** penelitian ini menunjukkan. Pelaksanaan *discharge planning* di Ruang Rawat Inap (ICU, RPA, VIP/VVIP, RPBI, RPPD) tidak dilaksanakan dengan baik dan optimal. Hal ini dilihat dari nilai *mean* pada pelaksanaan *discharge planning* dibawah dari 14 namun pada hasil uji pelaksanaan *discharge planning* pada tiap ruangan menunjukkan pada ruang ICU memiliki nilai skor tertinggi atau mendekati nilai *mean* 14 adalah *mean* (10.54), Ruang Anak nilai *mean* (9.96), Ruang VIP/VVIP nilai *mean* (8.83), Ruang Perawatan Bedah Infeksi nilai *mean* (9.31) dan nilai *mean* terendah adalah pada ruang perawatan penyakit dalam dengan nilai rata-rata *mean* (8.70). **Kesimpulan dan saran:** Diagnosa medis terbanyak adalah *Congestive Hearth Failure* dan diagnosa keperawatan terbanyak yaitu penurunan curah jantung sedangkan status pasien dipulangkan mayoritas diijinkan pulang adalah 100%. Pelaksanaan *discharge planning* di ruang rawat inap RSD Kalabahi tidak dilaksanakan dengan baik dan optimal selain itu ada perbedaan pelaksanaan *discharge planning* pada tiap ruang rawat inap yang signifikan dimana pada ruang ICU pelaksanaan *discharge planning* nya lebih baik dari ruang perawatan lain sedangkan format yang digunakan di semua ruang rawat inap memiliki kesamaan format. Sehingga diharapkan perawat di tiap ruang perawatan masing-masing lebih memperhatikan pelaksanaan *discharge planning* dan di jadikan rutinitas pada tiap ruang rawat inap sehingga meminimalkan hari rawat, dan kunjungan berulang oleh karena itu pelaksanaan *discharge planning* harus di laksanakan dengan optimal. perlu adanya pelatihan dan sosialisai pelaksanaan *discharge planning* serta pentingnya supervisi kepala seksi keperawatan, kepala-kepala ruangan dalam *discharge planning* dan penting juga mempersiapkan draf SPO pelaksanaan *discharge planning* agar menjadi rutinitas dalam pelayanan kesehatan.

Kata kunci : *Discharge planning*; Ruang perawatan; Rumah sakit.
Sumber literatur : 41 kepustakaan (2004-2020).

ABSTRACT

Aisa Hamapu. R011181721. **EVALUATION OF IMPLEMENTATION DISCHARGE PLANNING IN INPATIENT ROOM OF RSD KALABAHI, ALOR DISTRICT**, supervised by Ariyanti Saleh and Nurmaulid.

Background: *Discharge planning* is one indicator to determine the success of health services at the hospital. Successful implementation *discharge planning* starting from the first patient to the hospital until the day of discharge. Process *Discharge planning* must be done in a multidisciplinary comprehensive so that it includes all health care providers involved in providing health services to patients.

Objective: evaluate implementation *discharge planning* in the inpatient room (ICU Room, RPA, VIP / VVIP, RPBI, RPPD).

Method: quantitative research *non-experimental* with a descriptive research design.

Result: this research shows that implementation of *discharge planning* in the Inpatient Room (ICU, RPA, VIP / VVIP, RPBI, RPPD) are not implemented properly and optimally. This can be seen from the value *the mean* on implementation *discharge planning* below than 14 but on the results of the implementation test *discharge planning* in each room, it shows that the ICU room has the highest score or approaches the value *the mean* 14 is *mean* (10.54), RPA room value *mean* (9.96), VIP / VVIP room value *the mean* (8.83), Infection Surgery Treatment Room value *mean* (9.31) and value *the mean* the lowest was in the internal medicine ward with an average value *mean* (8.70).

Conclusions and suggestions: Most medical diagnoses are Congestive Hearth Failure and the most nursing diagnoses were decreased cardiac output, while the majority of patients were discharged home 100%. Implementation of discharge planning in the inpatient room of RSD Kalabahi was not carried out properly and optimally besides that there were significant differences in the implementation of discharge planning in each inpatient room where in the ICU room the implementation was discharge planning it is better than other wards while the format used in all inpatient wards has the same format. So it is expected that the nurses in each treatment room pay more attention to the implementation discharge planning and made a routine in each inpatient room so as to minimize the days of hospitalization, and repeated visits therefore implementation discharge planning must be carried out optimally. there is a need for training and implementation socialization discharge planning as well as the importance of supervision of the head of the nursing section, the heads of the room discharge planning and it is also important to prepare a draft SPO for implementation discharge planning so that it becomes routine in health services.

Keywords: Discharge planning, inpatient room, hospital.

Literature sources: 41 literature (2004-2020).

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
ABSTRAK	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	11
A. Latar Belakang	11
B. Rumusan Masalah	17
C. Tujuan Penelitian	18
D. Manfaat Penelitian	18
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum Tentang <i>Discharge Planning</i>	10
1. Definisi <i>Discharge Planning</i>	10
2. Tujuan dari <i>discharge planning</i>	12
3. Manfaat <i>discharge planning</i>	13
4. Jenis-jenis <i>discharge planning</i>	23
5. Prinsip <i>discharge planning</i>	24
6. Komponen <i>Discharge Palaning</i>	19
7. Proses pelaksanaan <i>discharge planning</i>	20
8. Alur pelaksanaan <i>Discharge Planning</i>	42
9. Format <i>Discharge Planning</i>	43
B. Tinjauan Tentang Akses Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (SNARS, 2017)	49
1. Kesiambungan Pelayanan	49

2. Pemulangan dari rumah sakit (<i>Discharge</i>) dan tindak lanjut	52
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	55
A. Kerangka Konsep.....	55
BAB IV METODE PENELITIAN.....	56
A. Rancangan Penelitian.....	56
B. Tempat dan Waktu Penelitian	56
C. Populasi dan Sampel	60
D. Alur Penelitian	60
E. Variabel Penelitian.....	61
F. Instrumen Penelitian.....	62
G. Pengelolaan dan Analisa Data	63
H. Masalah Etika	66
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	68
A. Hasil Penelitian.....	68
B. Pembahasan	80
C. Keterbatasan Penelitian.....	94
BAB VI PENUTUP	95
A. Kesimpulan.....	95
B. Saran.....	95
DAFTAR PUSTAKA	98
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2. Pengkajian Pasien Dalam <i>Discharge Planning</i>	29
Tabel 2.3. Format <i>Discharge Planning</i> Menurut Agency For Health Reseachhand Qualiti (2013).....	40
Tabel 2.4. Format <i>Discharge Planning</i> Menurut Nursalam (2015).....	41
Tabel 2.5. Format <i>Discharge Planning</i> RSD Kalabahi.....	43
Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi dan Karakteristik Rekam Medik.....	63
Tabel 5.3. Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i> di Tiap Ruangan.....	70

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Proses Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i>	26
Bagan 2.3. Alur Pelaksanaan <i>Discharge Planning</i>	37
Bagan 3.1. Kerangka Konsep.....	50
Bagan 4.1. Alur Penelitian.....	55

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Observasi Pelaksanaan Discharge Planning.....	80
Master Tabel.....	82
Hasil Analisa Data.....	122
Surat-Surat.....	135

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan gawat darurat, rawat jalan dan juga rawat inap. Rawat inap merupakan salah satu pelayanan yang ada di rumah sakit dimana kualitas pelayanan kesehatan sangat di butuhkan untuk menentukan kepuasan pasien dalam mencari kesembuhan. Saat ini masih banyak keluhan yang di laporkan masyarakat mengenai pelayanan kesehatan di rumah sakit yang belum optimal. Oleh karena itu kualitas asuhan keperawatan dapat di tingkatkan melalui pelaksanaan *discharge planning* (perencanaan pulang) (Kementrian Kesehatan, 2015).

Discharge planning merupakan salah satu indikator untuk menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Keberhasilan pelaksanaan *discharge planning* di mulai dari pasien pertama kali ke rumah sakit sampai hari pemulangan (Nursalam, 2018). Perencanaan pulang yang di berikan kepada pasien harus berdasarkan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien secara berkesinambungan sampai pasien pulang kerumah. Proses perencanaan pulang harus di lakukan secara komprehensif yang multi disiplin sehingga mencakup

semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi pelayanan kesehatan pada pasien (Potter, P. A, & Perry, 2005)

World Health Organization, (2016) mengemukakan bahwa asuhan perawatan di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan dengan pola pelayanan yang berfokus pada pasien (*patient centered care*) yang terintegrasi. Pola yang dipayungi oleh WHO dalam *conseptual framework integrated people-centered health services* dalam perencanaan pemulangan pasien yang terintegrasi sehingga terpenuhinya kesinambungan pelayanan untuk mengurangi terjadinya *readmissions*. Perencanaan pemulangan/*discharge planning* pasien yang terintegrasi diharapkan dapat memberikan pelayanan kepada pasien berupa memfasilitasi kebutuhan pada asuhan pasien, mengoptimalkan terlaksananya pelayanan yang berfokus pada pasien, asesmen dan perencanaan untuk pelayanan pasien, komunikasi, koordinasi dan edukasi, kendali mutu dan biaya pada pasien. Hasil yang diharapkan dari perencanaan pulang pasien yaitu mendapat asuhan sesuai kebutuhan, terpelihara kesinambungan pelayanan, pasien memahami perawatan mandiri, kemampuan pasien dan keluarga mengambil keputusan dan pemulangan pasien yang aman (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, 2017).

Ada beberapa studi penelitian sebelumnya melaporkan bahwa *discharge planning* yang di laksanakan dengan baik akan meningkatkan pelayanan pada pasien, sehingga dapat memberikan kepuasan pada pasien juga dapat meningkatkan kesiapan pasien dan keluarga dalam memahami permasalahan

secara fisik, psikologis, dan sosial untuk melanjutkan tugas perawatan kesehatan di rumah, memperpendek hari rawat, mengurangi jumlah readmisi, menurunkan angka kematian, serta meningkatkan kualitas hidup pasien (Nursalam, 2018; Asmuji, Faridah, & Handayani, 2018; Solvianum, M & Jannah, 2017; Zakiyah, A, Basuki, D, & Santoso, 2017).

Kegagalan pelaksanaan *discharge planning* juga di laporkan dari berbagai penelitian sebelumnya. Adanya kerugian rumah sakit, hari rawat yang memanjang, pasien merasa tidak puas dengan perawatannya itu semua merupakan dampak dari kegagalan pelaksanaan *discharge planning*. Menurut hasil penelitian (Abdul, K.A, Lindo, J.L.M & Stennett, 2019) di salah satu rumah sakit di Jamaica melaporkan bahwa perawat tidak melakukan *discharge planning* pada 24 jam pertama pasien masuk itu 6, 9% sedangkan yang dilakukan setelah 72 jam perawatan atau 3 hari perawatan adalah 18,3% sehingga rumah sakit mengalami kerugian dimana pasien mengalami *readmissions* atau perawatan berulang, menurunnya kualitas hidup pada pasien-pasien yang lebih tua dengan sakit kronis, Stroke, dan gagal jantung kongestif.

Meskipun di ketahui *discharge planning* sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien di rumah sakit, namun masih ada beberapa penelitian yang melaporkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* dirumah sakit belum optimal dan dapat mempengaruhi mutu pelayanan. Penelitian yang di lakukan oleh (Solvianum, M & Jannah, 2017) di salah satu

rumah sakit di Banda Aceh di mana rumah sakit sudah menetapkan standar operasional prosedur (SOP) pelaksanaan *discharge planning* namun pelaksanaannya belum di lakukan secara optimal dimana perawat masih memiliki keterbatasan waktu sehingga tidak sepenuhnya di jalankan dengan baik. Hasil studi (Noviyanti, S, Nopriyanty, 2019) di rumah sakit Dr. H. A. Rotinsulu Bandung, juga mengemukakan bahwa proses pelaksanaan *discharge planning* belum di laksanakan secara maksimal. Hal ini di lihat dari *discharge planning* yang dilakukan oleh Provisional Pemberi Asuhan (PPA) yang melakukan *discharge planning* adalah ahli gizi (94,1%), perawat (77,9%), dokter dan farmasi klinik (67,6%), fisiotherapi (58,8%), sedangkan PPA yang tidak melakukan discharge planning yaitu Farmasi klinik (32,4%), perawat (22,1%), ahli gizi (5,9%), dan fisiotherapi (0%).

Nursalam, (2018) mengemukakan bahwa perencanaan pulang adalah suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. Perencanaan pulang merupakan bagian penting dari program keperawatan pasien yang di mulai segera setelah pasien masuk rumah sakit sampai pasien pulang. Karena hal ini merupakan suatu proses yang menggambarkan usaha kerja sama antara tim kesehatan, pasien, keluarga, dan orang yang penting bagi pasien.

Terdapat beberapa referensi yang menjelaskan bahwa pelaksanaan *discharge planning* dilakukan sejak hari pertama pasien masuk rumah sakit dan harus dilakukan secara kolaboratif, namun melalui wawancara interpersonal dengan salah satu ketua tim dan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSD Kalabahi yaitu pengisian format *discharge planning* di mulai sejak pasien masuk dan dilengkapi ketika pasien hendak pulang. Penting diketahui pelaksanaan *discharge planning* harus tepat pada sasaran yaitu, *what, who, where, when, why,* dan *how* pelaksanaan *discharge planning* itu di lakukan sehingga dampak dari kegagalan *discharge planning* seperti, hari rawat yang memanjang, meningkatnya biaya perawatan, dan mengurangi *readmissions* itu tidak terjadi

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan yaitu salah satu dampak dari kegagalan *discharge planning* dengan meningkatnya jumlah kunjungan setiap tahunnya. Data awal yang diambil dari Rekam Medis RSD Kalabahi didapatkan terjadi peningkatan jumlah pasien tiga tahun terakhir di ruang rawat inap yaitu pada tahun 2017 sebanyak 6.235 pengunjung, di tahun 2018 sebanyak 6.273 serta pada tahun 2019 mencapai 6.389 pasien. Berdasarkan data kunjungan pasien rawat inap untuk pasien dengan sakit kronis di RSD Kalabahi meningkat juga setiap tahunnya, di mana tahun 2017 sebanyak 417 pasien, di tahun 2018 sebanyak 462 pasien dan pada tahun 2019 mencapai 512 pasien. Sehingga jika pelaksanaan *discharge planning* di rumah sakit tidak berjalan dengan baik maka akan ada peningkatan pasien dengan penyakit kronis yang harus dirawat ulang

(*readmissions*) karena *discharge planning* yang tidak maksimal. Pelaksanaan *discharge planning* di RSD Kalabahi selama ini yaitu hanya berupa resume pulang. Hal ini di lihat dari format resume pulang yang diisi oleh dokter DPJP saat pasien akan pulang. Sementara tenaga kesehatan lain seperti farmasi, gizi, fisiotherapi tidak pernah melakukan pencatatan di lembar *discharge planning* karena mereka tidak memiliki format *discharge planning* sehingga hanya melakukan pencatatan di lembar terintegrasi. Sedangkan format *discharge planning* yang di gunakan di RSD Kalabahi hanya berfokus pada pasien hendak di pulangkan saja. Program edukasi pasien/keluarga juga tidak terlihat di format tersebut hal ini juga berdampak pada pasien dan rumah sakit itu sendiri karena informasi yang tidak lengkap menyebabkan pasien bisa di rawat ulang, hari perawatan yang memanjang dan biaya rumah sakit yang meningkat dan itu semua merupakan dampak dari kegagalan *discharge planning* itu sendiri (Rekam Medis RSD Kalabahi, 2020).

Pengisian format *discharge planning* dilakukan pada saat pasien masuk rumah sakit (Nursalam, 2018), namun pelaksanaan *discharge planning* pada RSD Kalabahi Kabupaten Alor belum maksimal, hal ini didukung oleh hasil observasi dari Ners Yosafat Musa Laka mahasiswa residensi magister keperawatan di RSD Kalabahi pada bulan September sampai Bulan November mengatakan bahwa perawat belum melaksanakan *discharge planning* secara optimal. Hal ini terlihat dari bentuk pelaksanaan, pendokumentasian *discharge planning* hanya berupa

catatan resume yang di lengkapi pada saat pasien pulang, berupa pasien dipulangkan dari rumah sakit dalam keadaan membaik, diet, obat-obatan yang harus di bawa pulang, aktivitas selama dirumah dan hasil penunjang lain yang harus di bawa pulang. Oleh karna itu pendidikan dan pelaksanaan *discharge planning* sangat di perlukan bagi perawat dalam memahami perencanaan pulang sehingga perlu dikembangkan model perencanaan pulang yang terstruktur agar memudahkan perawat dalam melaksanakan perencanaan pulang.

B. Rumusan Masalah

Peningkatan jumlah pasien rawat inap memerlukan Pelaksanaan *discharge planning* yang optimal sehingga dapat mengurangi kunjungan ulang, memperpendek hari perawatan, meningkatkan kualitas hidup dan memperkecil biaya perawatan. Pelaksanaan *discharge planning* juga merupakan salah satu tolak ukur untuk perawatan pasien yang berkesinambungan dan dilakukan secara kolaboratif dari pasien masuk sampai pasien di pulangkan dari rumah sakit. Pelaksanaan *discharge planning* di Rumah Sakit Daerah Kalabahi bukanlah hal yang baru namun sampai saat ini pelaksanaan *discharge planning* belum dilakukan secara optimal. Hal ini di lihat dari kurangnya pelaksanaan *discharge planning* yang hanya di lakukan pada saat pasien hendak meninggalkan rumah sakit saja dan itu pun berupa resume pulang. Maka perlu di lakukan studi dokumentasi pada rekam medis pasien yang sudah pulang (data sekunder) tentang pelaksanaan *discharge planning*, hal ini juga dilakukan karena pertimbangan

pandemic covid 19 sehingga tidak memungkinkan peneliti untuk kontak langsung dengan perawat ruangan. Oleh sebab itu maka masalah penelitian ini adalah evaluasi pelaksanaan *discharge planning* di ruang rawat inap RSD kalabahi apakah sudah maksimal atau tidak, sehingga jika belum optimal maka pelaksanaan *discharge planning* dapat di tingkatkan agar lebih optimal lagi.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan *discharge planning* pada rekam medis pasien di ruang rawat inap RSD Kalabahi Kabupaten Alor.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Penelitian ini dapat menjadi sumber referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan serta sebagai bahan masukan khususnya dalam hal pelaksanaan *discharge planning* secara optimal di Rumah Sakit sehingga dapat memperkecil biaya perawatan, mengurangi *readmissions*, memperpendek hari perawatan meningkatkan kualitas hidup, kecacatan dan kematian pasien serta dapat meningkatkan kepuasan pasien.

2. Manfaat aplikatif

Hasil penelitian ini dapat memberikan rekomendasi kepada pihak rumah sakit dan perawat untuk memperbaiki pelaksanaan *discharge planning* yang optimal melalui peningkatan kualitas perawat sebagai pemberi

pelayanan kepada pasien secara profesional, dan sebagai bahan pertimbangan untuk rumah sakit agar melakukan pembenahan dalam pelaksanaan *discharge planning*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang *Discharge Planning*

1. Definisi *Discharge Planning*

Discharge planning adalah salah satu layanan yang penting dalam menjamin mutu pelayanan rumah sakit. Perencanaan pulang (*Discharge Planning*) merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan oleh untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan social sebelum dan sesudah pasien pulang (Carpenito, (1999) di kutip dari Nursalam, 2014). *Discharge planning* di identifikasikan sebagai salah satu bagian yang tidak dapat di pisahkan dalam perawatan pasien yang di mulai segera setelah setelah pasien masuk rumah sakit (Kozier,B.,G., Berman, A., & Snyder, 2011). *Discharge planning* juga merupakan suatu proses yang di gunakan untuk mengidentifikasi keputusan pasien dari system perawatan yang satu ke system perawatan yang lain (Nurslam, 2015). Potter & Perry (2005) mengemukakan bahwa *discharge planning* adalah suatu proses yang berpusat dan terkoordinasi dengan baik yang melibatkan berbagai disiplin ilmu untuk mendiskusikan permasalahan pada pasien denganharapan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang optimal.

Discharge planning juga diberikan pada pasien harus berdasarkan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien yang berkesinambungan. Oleh karena itu regulasi pelaksanaan harus di rencanakan secara matang agar manajer pelayanan pasien dan keluarga juga di libatkan dalam proses *discharge planning* sesuai dengan kebutuhan (Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, 2017). Standar pelayanan yang berfokus ke pasien yaitu akses rumah sakit dan kontinuitas pelayanan terkait pemulangan pasien dari rumah sakit dan tindak lanjut di rumah. Ada regulasi tentang pemulangan pasien disertai kriteria pemulangan pasien dan pasien yang rencana pemulangannya kompleks dan berkesinambungan dengan cara rumah sakit harus bekerja sama dengan praktisi kesehatan di luar rumah sakit terkait pemulangan pasien, bukti pemulangan pasien yang kompleks berupa ringkasan: tanggal pulang, keadaan saat di pulangkan, waktu control, lanjutan perawatan di rumah, diet, obat-obatan, aktivitas dan istirahat di rumah dan hasil penunjang yang harus di bawa pulang.

Discharge planning akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi yaitu antara perawatan yang menerima pasien pada waktu di rumah sakit dengan perawatan yang di berikan setelah selesai pulang, perawatan di Rumah Sakit akan bermakna jika di lanjutkan dengan perawatan di rumah. Namun sampai saat ini *discharge planning* bagi pasien yang di rawat belum optimal karena peran perawat masih terbatas pada pelaksanaan

kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi tentang jadwal kontrol ulang (Nursalam, 2014)

Discharge planning akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi yaitu antara perawatan yang di terima pada waktu di rumah sakit dengan perawatan yang di berikan setelah selesai pulang, perawatan di Rumah Sakit akan bermakna jika di lanjutkan dengan perawatan di rumah. Namun sampai saat ini *discharge planning* bagi pasien yang di rawat belum optimal karena peran perawat masih terbatas pada pelaksanaan kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi tentang jadwal kontrol ulang

2. Tujuan dari *discharge planning*

Menurut Jipp dan Siras (1996) yang di kutip Kristina (2007) dalam (Nursalam, 2014a) perencanaan pulang bertujuan: Menyiapkan klien dan keluarga secara fisik, psikologi dan social, meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga, meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada pasien, membantu rujukan pasien pada system pelayanan yang lain membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien serta melaksanakan rentang perawatan antar rumah sakit dan masyarakat.

Rorden et al (1993) dalam Nursalam, (2014) mengungkapkan bahwa perencanaan pulang bertujuan membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan dan upaya pencegahan yang harus di tempuh guna

untuk mengurangi risiko kambuh dan penerimaan kembali di Rumah Sakit dapat di peroleh dari adanya informasi yang di dapatkan oleh pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan

3. Manfaat *discharge planning*

Discharge planning juga membantu proses transisi klien dari satu lingkungan ke lingkungan yang lain (Potter & Perry, 2005). Hasil yang di peroleh harus di tujukan keberhasilan perencanaan pulang klien:

- a. Klien dan keluarga memahani diagnose, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan tindakan pengobatan untuk kepulangan, antisipasi perawatan tingkat lanjut, dan respon yang di ambil pada kondisi kedaruratan.
- b. Pendidikan khusus di berikan kepada klien dan keluarga untuk memastikan perawatan yang tepat setelah klien pulang.
- c. System pendukung di masyarakat di koordinasikan agar memungkinkan klien untuk kembali ke rumahnya dan untuk membantu klien dan keluarga membuat koping terhadap Perubahan dalam status kesehatan klien.

4. Jenis-jenis *discharge planning*

Chesca dalam Nursalam (2015) mengklasifikasian *discharge planning* menjadi 3 bentuk yaitu:

- a. *Conditioning discharge* (pulang sementara atau cuti) merupakan proses pemulangan pasien dikarenakan kondisi kesehatan pasien sudah pulih dan tidak terdapat komplikasi. Akan tetapi pasien tersebut masih perlu

menjalani perawatan di rumah melalui pengawasan pegai puskesmas atau rumah sakit sekitar tempat tinggal pasien.

- b. *Absolute discharge* (pulang mutlak atau selamanya) merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit. Namun jika pasien menginginkan untuk berobat kembali atau di rawat di rumah sakit kembali maka prosedur perawatan dapat di lakukan kembali.
- c. *Judicial discharge* (pulang paksa atau pulang atas permintaan sendiri) merupakan proses pemulangan pasien atas dasar permintaan sendiri. Hal ini biasanya karena alasan tidak mau di rawat di rumah sakit terlalu lama. Pasien yang meminta pulang paksa biasanya kondisi kesehatannya belum stabil. Keadaan seperti ini biasanya sering terjadi di rumah sakit. Sebelum pasien atau keluarga menandatangani format pulang paksa atau pulang atas permintaan sendiri dokter dan perawat selalu mendiskusikan terlebih dahulu pada pasien atau keluarga akibat yang mungkin terjadi atas keputusan pasien itu.

5. Prinsip *discharge planning*

Untuk menciptakan system pelayanan yang efektif dalam pelaksanaan *discharge planning* terdapat prinsip-prinsip yang harus diterapkan (Potter, P. A, & Perry, 2005; Nursalam, 2018):

- a. Memulai *discharge planning* sebelum atau saat pasien mulai masuk ruang perawatan.

Memulai pelaksanaan *discharge planning* sesegera mungkin setelah pasien masuk ke ruang rawat agar proses perawatan pasien dapat berjalan secara optimal. Pada saat pasien baru masuk di ruang perawatan adapun hal yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah melakukan pengkajian risiko untuk mengantisipasi adanya risiko serta situasi kegawatdaruratan yang bisa saja timbul selama pasien di rawat.

- b. Identifikasi kebutuhan pasien

Kebutuhan pasien dapat dikaitkan dengan masalah yang mungkin muncul setelah pasien dipulangkan ke rumah maka perlu diidentifikasi secara baik sehingga jika ada masalah yang muncul setelah pasien pulang dapat diantisipasi dengan baik.

- c. Discharge planning dibuat tidak lebih dari 24 jam setelah pasien masuk di ruang perawatan. Secara garis besar pasien yang dirawat tim medis akan memiliki rencana perawatan kedepannya. Perencanaan juga harus disusun dengan melibatkan berbagai disiplin ilmu yang berbeda tetapi dilakukan secara berkesinambungan.

- d. Koordinasi terhadap pemindahan atau pemulangan pasien

Saat pasien akan dipindahkan ke unit perawatan lain, perlu adanya persiapan dan koordinasi yang baik dalam pelaksanaan. Koordinasi

dilakukan dengan baik pada unit penerima pasien. Koordinasi meliputi pengkajian kestabilan kondisi pasien, menyiapkan rekam medis pasien, obat-obatan, barang pribadi milik pasien serta orientasi pasien dan keluarga mengenai prosedur pemindahan dan cara memindahkan pasien ke unit perawatan yang baru.

- e. Menetapkan waktu pemulangan pasien paling lambat 48 jam pertama pada saat pasien masuk di ruang perawatan

Untuk mengefisiensikan manajemen perawatan pada pasien maka pemulangan pasien sudah di rencanakan sedini mungkin.

- f. Melakukan peninjauan kembali terhadap rencana perawatan pasien setiap hari

Peninjauan kembali rencana perawatan perlu untuk di lakukan hal ini karena pasien mengalami kecendrungan kondisi kesehatan yang sering berubah-ubah.

- g. Melibatkan pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga juga mempunyai keterlibatan dalam proses *discharge planning*. Menurut (Potter, P. A, & Perry, 2005) yang menyebutkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* tidak hanya sebatas kolaborasi tenaga kesehatan lain saja, akan tetapi kolaborasi antara perawat, pasien dan keluarga juga sangat penting. Bagaimana mempersiapkan perawatan pada pasien dan keluarga setelah pulang dari

rumah sakit seperti diet, obat-obatan, aktivitas dan istirahat sebelum pasien dan keluarga meninggalkan pusat pelayanan atau rumah sakit.

h. Melibatkan berbagai disiplin ilmu

Kolaboratif dalam proses perawatan pasien sangat penting untuk dilakukan. Kolaborasi antar tenaga kesehatan sangat penting dilakukan dan kerja sama tim sangat dibutuhkan selama pasien dirawat di rumah sakit untuk meminimalisir proses perawatan secara tumpang tindih. Oleh karena itu kerja sama antar profesi lain juga sangat dibutuhkan (Sedyowinarso, M & Claramita, 2014).

Meskipun dalam kolaborasi tenaga kesehatan sangat penting namun dalam pelaksanaannya tidak terlepas dari hambatan-hambatan. (Tomasik, J & Fleming, 2015) menyebutkan bahwa hambatan dalam kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain adalah: 1) Adanya ketakutan dalam perubahan seperti pekerjaan yang lebih banyak dari sebelumnya; 2) Kurangnya model pelaksanaan kolaborasi yang dapat dijadikan acuan; 3) Terbatasnya pelatihan dalam pelaksanaan kolaborasi tenaga kesehatan; 4) Adanya asumsi akan keterbatasan waktu dalam pelaksanaannya. Ada juga penghambat pelaksanaan kolaborasi karena komunikasi yang tidak adekuat antara tenaga kesehatan lain.

- i. Tindakan atau rencana yang di lakukan setelah pulang dapat di sesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga atau sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat.

Menurut (Nursalam, 2018) beberapa factor yang perlu dikaji sebelum pasien pulang adalah: 1) Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit; 2) Kebutuhan psikologis dan hubungan interpersonal dalam keluarga; 3) Keinginan keluarga pasien dalam menerima bantuan serta kemampuan mereka memberi perawatan; 4) Bantuan yang di perlukan oleh pasien; 5) Pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari seperti makan, eliminasi, istirahat dan tidur, berpakaian, kebersihan diri, keamanan dari bahaya, komunikasi, keagamaan, rekreasi dan sekolah.; 6) Sumber dan system pendukung yang ada di masyarakat; 7) Sumber finansial dan pekerjaan; 8) Fasilitas yang ada di rumah dan harapan pasien setelah di rawat; 9) Kebutuhan perawatan dan supervise di rumah.

- j. Menggunakan format khusus untuk mencatat proses pelaksanaan *discharge planning* sebagai bentuk pendokumentasian. Kegagalan dalam pendokumentasian *discharge planning* terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup dan disfungsi fisik.

- k. Hal-hal yang juga harus di perhatikan sebelum pasien pulang ke rumah.

Ada enam hal yang harus di lakukan sebelum pasien pulang menurut (Nursalam, 2014a): 1) Instruksi tentang penyakit yang di derita,

pengobatan yang harus di jalankan, serta masalah-masalah atau komplikasi yang terjadi; 2) Informasi tertulis tentang keperawatan yang harus di lakukan di rumah; 3) Pengaturan diet khusus dan bertahap yang harus di jalankan; 4) Jelaskan masalah yang mungkin timbul dan cara mengantisipasi; 5) Pendidikan kesehatan yang di tujukan kepada keluarga maupun pasien sendiri dapat di gunakan metode ceramah, demonstrasi, dan lain-lain; 6) Informasi tentang nomor telepon layanan keperawatan, medis, dan kunjungan rumah apabila pasien memerlukan.

6. Komponen *Discharge Planning*

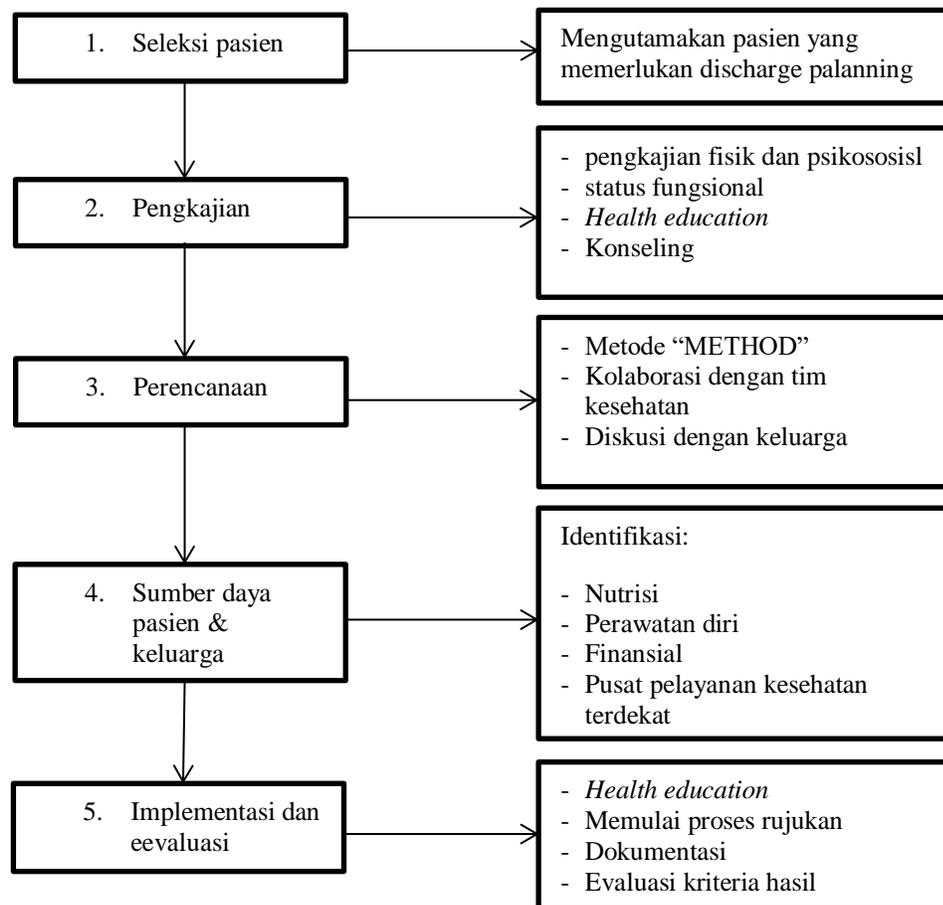
Menurut Jipp dan Sirass (1986) di kutip Kristina (2007) dalam (Nursalam, 2014a), komponen *Discharge planning* terdiri atas:

- a. Perawatan di rumah meliputi pemberian pengajaran atau pendidikan kesehatan (*health education*) mengenai diet, mobilisasi, waktu kontrol dan tempat kontrol pemberian pembelajaran di sesuaikan dengan tingkat pemahaman dan keluarga mengenai perawatan selama pasien di rumah nanti.
- b. Obat-obatan yang masih di minum dan jumlahnya, meliputi dosis, cara pemberian, dan waktu tepat minum obat.
- c. Obat-obatan yang di hentikan, karena meskipun ada obat-obat tersebut sudah tidak di minum lagi oleh pasien, obat-obat tersebut tetap di bawa pulang pasien.

- d. Hasil pemeriksaan, termasuk hasil pemeriksaan luar sebelum MRS dan hasil pemeriksaan selama MRS, semua di berikan ke pasien saat pulang.
- e. Surat-surat seperti surat keterangan sakit, surat kontrol.

7. Proses pelaksanaan *discharge planning*

Proses pelaksanaan *discharge planning* di rumah sakit menurut menurut (Slevin, A., 1996) terdiri dari 5 tahapan yaitu:



Gambar 2.1 proses pelaksanaan *discharge planning*

Rincian proses pelaksanaan *discharge planning* dapat diuraikan sebagai berikut:

a) Seleksi pasien

Prioritas pasien yang memerlukan *discharge planning* menurut *New York State Departemen of Health* (2008) yaitu memenuhi kategori sebagai berikut:

- 1) Berusia diatas 70 tahun
- 2) Memiliki multiple diagnosis dan komorbiditas
- 3) Memiliki keterbatasan mobilitas
- 4) Kemampuan merawat diri terbatas
- 5) Memiliki status kognitif yang buruk
- 6) Beresiko untuk cedera dan memiliki penyakit katastopik. Penyakit katastopik yaitu penyakit yang memiliki biaya pengobatan yang tinggi, beresiko, komplikasi dan mengancam jiwa penderita salah satunya adalah hipertensi yang berpotensi menjadi kronis.
- 7) Fakir miskin dan tunawisma
- 8) Dukungan social yang kurang
- 9) Mengidap penyakit kronis
- 10) Antisipasi kesehatan jangka panjang (contoh pasien yang baru di diagnosa diabetes)
- 11) Gangguan penyalahgunaan zat dan obat-obat terlarang

12) Memiliki riwayat readmising

13) Memiliki riwayat sering menggunakan fasilitas kesehatan emergensi

b) Pengkajian

Ada 4 hal penting yang perlu dikaji pada pasien saat melakukan *discharge planning* yakni pengkajian fisik dan psikososial, status fungsional, kebutuhan health education dan konseling (Slevin, A., 1996). Sedangkan menurut (Potter & Perry, 2005) mengatakan bahwa saat pasien masuk rumah sakit pengkajian pada pasien dan keluarga adalah salah satu hal yang penting dan harus dilakukan pertama kali. Pengkajian yang komprehensif mencakup informasi sebagai berikut:

- 1) Riwayat kesehatan dan pengkajian fisik
- 2) Pengkajian psikososial yang meliputi pendidikan etnik dan hubungan sosial
- 3) Dinamika keluarga yang menyangkut pengambilan keputusan
- 4) Sumber-sumber di masyarakat yang diperlukan oleh pasien seperti bantuan dana dan perawatan selanjutnya
- 5) Faktor lingkungan (lingkungan rumah transportasi dan perumahan)
- 6) Keterbatasan fungsi meliputi pelaksanaan aktivitas sehari-hari
- 7) Pengetahuan dan sikap pasien dan keluarga terhadap perilaku hidup sehat

8) Pengaruh penyakit terhadap nilai keyakinan, dan kesehatan spiritual pasien

Gordon 1994 dalam (*Royal Marsden Manual of Clinical Prosedures*, 2015) bahwa pengkajian pada pasien dilakukandengan menggunakan pola kesehatan fungsional sebagai berikut:

Unsur yang di kaji	Fokus pengkajian
Health perception manajemen	-Level persepsi individu tentang kesehatan dan kesejahteraan serta metode pengobatan yang di gunakan untuk memelihara kesehatan -Kebiasaan yang mungkin merugikan kesehatan juga di evaluasi -Masalah actual dan potensial yang berhubungan dengan keselamatan dan manajemen kesehatan mungkin di identifikasi sebagai kebutuhan untuk modifikasi di rumah atau untuk melanjutkan perawatan di rumah
Nutrisi dan metabolisme	-Pola konsumsi makan dan minum yang berhubungan dengan kebutuhan metabolisme tubuh -Masalah potensial yang berhubungan dengan keseimbangan cairan dan integritas kulit -Masalah system gastrointestinal
Eliminasi	-Pola eliminasi (bowel, bladder, skin) -Masalah eliminasi seperti inkontinensia, konstipasi, diare, dan retensi urine mungkin dapat di identifikasi
Aktivitas dan olahraga	-Aktivitas sehari-hari yang membutuhkan pengeluaran energy, seperti perawatan diri, latihan dan aktivitas santai -Status system tubuh yang melibatkan aktivitas dan latihan juga di evaluasi seperti respirasi, kardiovaskuler, dan system muskuloskeletal
Pola tidur dan istirahat	-Kebiasaan tidur, istirahat dan relaksasi -Gangguan pola tidur seperti kurangnya jam istirahat dan tidur, fatigue
Kemampuan kognitif & persepsi	-Kemampuan untuk memahami dan menggunakan informasi -Fungsi sensori dan neorologi
Konsep diri	-Siakp pribadi terhadap diri sendiri, <i>body image</i> , dan harga diri -Derajat harga diri dan respon terhadap ancaman konsep diri perlu di identifikasi
Stress dan koping	-Persepsi individu tentang stress dan efeknya terhadap strategi koping -System pendukung dan gejala stres pada individu -Strategi koping yang efektif pada individu dan derajat stres yang dapat ditolerir dapat di evaluasi lebih lanjut
Peran dan hubungan seksual dan reproduksi	-Hubungan individu dengan lingkungan dan orang sekitar -Kepuasan terhadap peran, ketegangan peran, atau hubungan disfungsional -Kepuasan dan ketidakpuasan individu mengenai pola seksual dan fungsi reproduksi -Ketertarikan terhadap hubungan seksual juga dapat di identifikasi
Nilai dan kepercayaan	-Nilai dan kepercayaan yang dianut individu prllu diidentifikasi

termasuk kepercayaan spiritual atau tujuan yang menuntun individu untuk menentukan pilihan dan keputusan

Tabel 2.2 Pengkajian pasien dalam *discharge planning*

c) Perencanaan

Huey et al., 1981 dalam Slevin 1986 mengemukakan bahwa pada tahap perencanaan kolaborasi antara tenaga kesehatan dalam membuat perencanaan kebutuhan pasien sangat di butuhkan. Tahap perencanaan discharge planning yang dapat dilakukan mengacu pada metode “METHODE” yang merupakan singkatan dari *Medication, Environment, Treatmen, Health, Outpatient referral* dan *diet*.

1) *Medication*

Diharapkan pasien dapat mengetahui nama obat, dosis yang harus di konsumsi,waktu pemberiannya, tujuan penggunaan obat, efek samping dari pengobatan, komplikasi pengobatan serta hal-hal spesifik lain yang perlu dilaporkan sehingga perlu koordinasi dari dokter dan farmasi untuk mendukung kelancaran dalam pelaksanaannya.

2) *Environment*

Kemampuan pasien dalam mengelola kesehatannya setelah kembali kerumah harus di jamin. Pada saat pasien akan di pulangkan pasien sudah harus mengetahui perawatan selanjutnya di rumah yang mungkin dibutuhkan oleh pasien setelah kembali ke rumah perlu diidentifikasi dengan baik. Koordinasi dengan dengan tenaga

kesehatan di sekitar tempat tinggal pasien sehingga rencana perawatan lanjutan dapat di evaluasi dan dapat dilakukan dengan mudah.

3) *Treatmen*

Perawatan yang akan dilakukan di rumah harus diketahui oleh pasien dan keluarga, sehingga mereka mampu mendemonstrasikan perawatan dengan benar. Tingkat keterlibatan pasien dan keluarga atau orang yang berarti bagi pasien akan meningkatkan kesediaan pasien untuk melakukan perawatan jangka panjang. Selain itu keterlibatan tenaga kesehatan lain juga perlu di identifikasi untuk mempermudah proses pengobatan pasien

4) *Health*

Diharapkan pasien dapat mendeskripsikan bagaimana kondisi kesehatan dan penyakitnya yang meliputi fungsi tubuh, makna-makna penting untuk memelihara derajat kesehatan atau mencaai derajat kesehatan yang lebih tinggi. Semua ini dapat berhasil jika tenaga kesehatan berkoordinasi dengan baik terkait penyakit pasien.

5) *Outpatient referral*

Discharge planning perlu direncanakan dengan baik, sehingga pengetahuan pasien /keluarga tentang rujukan awal, waktu dan tempat untuk kontrol, dimana dan siapa yang di hubungi untuk membantu

perawatan dan pengobatannya, serta hal-hal yang perlu di bawa saat control ulang .

6) *Diet.*

Keberhasilan pelaksanaan *discharge planning* juga diharapkan agar agar mampu mendeskripsikan tujuan pemberian diet, merencanakan jenis-jenis menu untuk diet dan juga memberikan pemahaman pada pasien/keluarga mengenai diet yang perlu dilakukan, sehingga dapat mempercepat penyembuhan.

d) Sumber dana pasien dan keluarga

Saat pasien akan di pulangkan dari rumah sakit kerja sama dengan tenaga kesehatan lain sangat di butuhkan untuk mengidentifikasi adanya sumber daya di masyarakat untuk membantu pasien dirumah. Jika pasien membutuhkan perawatan ekstensif maka perlu ke tempat perawatan terlatih atau rehabilitasi. Keluarga juga harus menerima gambaran menyeluruh tentang kebutuhan pasien di rumah. Rumah sakit juga dapat memberikan ringkasan dokumen pelaksanaan *discharge planning* sehingga perawatan dapat di lakukan di tempat yang baru dengan efisien. Beberapa hal lain yang juga perlu diidentifikasi pada saat pasien pulang yaitu, keluarga yang akan merawat, *finansial* dan *nursing home* (Potter & Perry, 2005).

e) Implementasi dan Evaluasi

Tahap implementasi dan pelaksanaan merupakan salah satu domain penting dalam pelaksanaan *discharge planning*. Semua tindakan yang di susun pada tahap perencanaan akan diimplementasikan. Pada tahap ini juga tenaga kesehatan di tuntun untuk melakukan koordinasi dengan tenaga kesehatan lain untuk mendukung kebutuhan perawatan sehingga dapat meminimalkan tindakan yang tumpang tindih. Perawat juga harus memberi tanggung jawab utama untuk memberikan instruksi pada pasien tentang masalah kesehatan, hal yang harus dihindari, penggunaan obat-obatan di rumah dan komplikasi yang harus di beri tahu ke dokter serta sumber bantuan yang tersedia. Kontribusi pada pendidikan kesehatan juga sangat penting, sehingga informasi yang disampaikan kepada pasien/keluarga mempunyai kesepakatan yang sama.

Potter & Perry (2005) menyebutkan bahwa keberhasilan pelaksanaan *discharge planning* dengan cara mengevaluasi beberapa seperti: 1) Pasien dan keluarga memahami penyakitnya, obat-obatan serta tindakan yang akan dilakukan setelah pulang ke rumah; 2) Pendidikan kesehatan di berikan pada pasien dan keluarga untuk memastikan perawatan yang tepat setelah pulang ke rumah; 3) Sistem pendukung di masyarakat harus terkoordinir dengan baik agar memungkinkan pasien untuk kembali kerumahnya dengan koping yang baik untuk status

kesehatannya; 4) Melakukan relokasi dan system pendukung yang baik. Pada tahap evaluasi hasil perawatan harus didokumentasikan dengan baik agar dapat digunakan untuk perawatan berkelanjutan.

Menurut Potter & Perry (2005) proses *discharge planning* memiliki kesamaan dengan proses keperawatan yang lain. Kesamaan tersebut bisa dilihat dari adanya pengkajian, diagnose, rencana tindakan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi. Adapun rincian pelaksanaan discharge planning adalah:

a) Pada saat pasien masuk

Pada saat penerimaan pasien, maka lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan yang akan dilakukan, kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus. Maka yang perlu dikaji yaitu:

- 1) Kaji kebutuhan pasien serta berikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi dirumah, hal yang harus dihindari dan kemungkinan komplikasi yang terjadi
- 2) Kaji faktor-faktor lingkungan rumah yang dapat merubah perawatan diri seperti ukuran kamar, lantai rumah dan fasilitas kamar mandi. Adanya perawat yang hadir saat dilakukan rujukan untuk membantu pengkajian

- 3) Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain
 - 4) Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut
 - 5) Kondultasi dengan tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan pasien setelah pulang
 - 6) Tetapkan diagnose keperawatan, rencanakan dan implementasikan serta evaluasi kemajuan secara terus menerus dan tentukan tujuan pulang yang relevan seperti, pasien memahami masalah kesehatan dan implikasinya, mampu memenuhi kebutuhan individualya, lingkungan rumah yang nyaman, tersedia sumber perawatan di rumah.
- b) Persiapan sebelum hari kepulangan pasien
- 1) Ajarkan cara-cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi
 - 2) Berikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan di sekitar pasien dan keluarga
 - 3) Lakukan pendidikan kesehatan unrtuk pasien dan keluarga segera setelah pasien di rawat di rumah sakit seperti perjalanan penyakitnya, komplikasi yang mungkin timbul, obat-obatan, diet, perawat dan dokter yang merawat, jika ada tindakan operasi juga

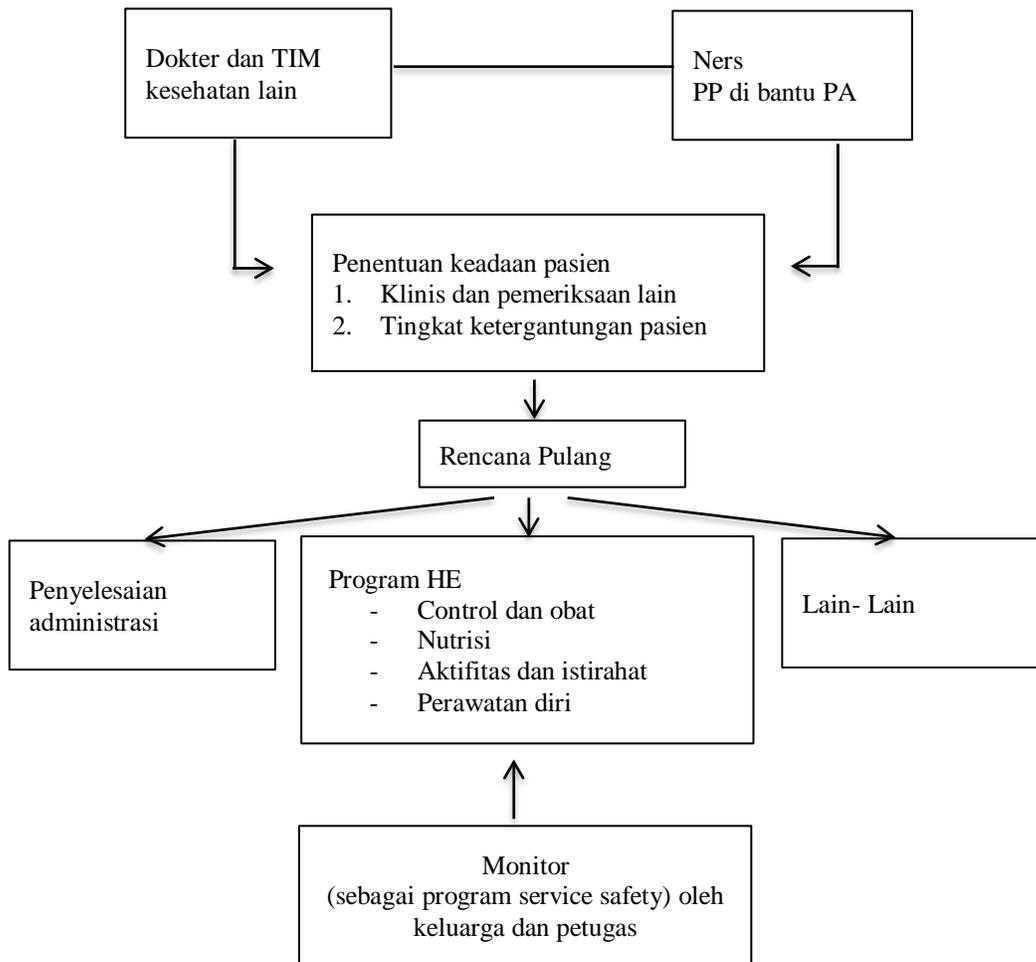
di jelaskan. Pasien dan keluarga juga mungkin bisa diberikan pamphlet atau buku.

- c) Pada hari kepulangan pasien
- 1) Biarkan pasien dan keluarga bertanya atau berdiskusi terkait perawatan di rumah
 - 2) Periksa instruksi dokter saat pasien pulang seperti resep, perubahan pengobatan atau alat-alat khusus yang di perlukan sehingga harus dipersiapkan sedini mungkin
 - 3) Tanyakan apakah pasien dan keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah
 - 4) Tawarkan bantuan ketika pasien akan mengganti pakaian dan mempersiapkan barang-barang pribadinya untuk di bawa pulang, dan jaga privasi pasien jika di perlukan
 - 5) Periksa kamar mandi dan lemari pasien bila ada barang pasien yang masih tertinggal. Jika ada barang berharga milik pasien, maka cari salinan daftar barang berharga milik pasien yang telah ditandatangani dan minta satpam atau administrator untuk mengembalikan barang-barang tersebut
 - 6) Berikan pasien resep atau obat-obatan sesuai pesan dokter, periksa kembali instruksi dokter

- 7) Hubungi kantor keuangan atau kasir, apakah pasien masih perlu membayar sisa tagihan biaya, maka anjurkan pasien atau keluarga ke kantor tersebut
- 8) Gunakan alat pengangkut barang untuk mengangkut barang-barang pasien. Gunakan kursi roda untuk pasien yang tidak bisa berjalan sendiri. Jika pasien yang di pulangkan dengan menggunakan ambulanceakan di pindahkan dengan kereta dorong kerumah sakit
- 9) Bantu pasien dari keretta dorong dengan menggunakan body mekanik dengan teknik pemindahan yang benar. Antar pasien untuk menuju sumber transportasi pulang
- 10) Kunci kursi roda dan bantu pasien pindah ke mobil atau alat transportasi yang lain. Dan bantu keluarga memindahkan barang-barang pasien
- 11) Kembali ke unit dan beritahukan kalau pasien sudah dipulangkan
- 12) Catat kepulangan pasien dalam format ringkasan pulang

8. Alur pelaksanaan *Discharge Planning*

Manajemen Keperawatan (Nursalam, 2014a)



Tabel 2.3 Alur pelaksanaan *discharge planning*

Keterangan :

a. Tugas Keperawatan Primer

- 1) Membantu rencana *discharge planning*
- 2) Membuat leaflet

- 3) Memberikan konseling
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan
- 5) Menyediakan format *discharge planning*
- 6) Mendokumentasikan *discharge planning*

b. Tugas Keperawatan *Associate*

Melaksanakan agenda *discharge planning* (pada saat keperawatan dan di akhiri ners)

9. Format *Discharge Planning*

Kelengkapan dokumen asuhan keperawatan sangat mempengaruhi mutu rekam medis dan mutu pelayanan rumah sakit (Purwanti, N., Yusuf, A, 2017). Salah satu dokumentasi keperawatan adalah pelaksanaan *discharge planning*. Menurut (Nurslam, 2015) *discharge planning* yang baik akan menghasilkan hubungan terintegrasi mulai dari pasien dirawat di rumah sakit hingga pasien dipulangkan. Optimalnya pelaksanaan *discharge planning* juga harus didokumentasikan sehingga menunjukkan kegiatan perawatan selama pasien ada di rumah sakit. Bukti pencatatan dan pelaporan dapat dijadikan sebagai bukti pertanggung jawaban tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya, dan di jadikan tolak ukur dengan standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit (Potter & Perry 2005). Beberapa format dokumentasi *discharge planning* :

- a. Format discharge planning menurut *Agency for Health Research and Quality* (2013)

Format *discharge planning* ini merupakan merupakan panduan perencanaan pulang atau transisi perawatan pasien dari rumah sakit ke rumah. Format ini di jadikan panduan tentang langkah perencanaan pulang di rumahsakit. Kelebihan dari format *discharge planning* ini adalah format ini menggunakan tahapan dari pelaksanaan *discharge planning* sejak hari pertama pasien masuk rumah sakit hingga pasien di pulangkan. *Discharge planning* ini lebih terstruktur dan lebuah komprehensif sedangkan keterbatasan dari format ini adalah belum diketahui hasil penerapannya di Indonesia.

LEMBABAR DISCHARGE PLANNING IDEAL (Include, Discuss, Educate, Assess, Listen)

(Isilah inisial dan tanggal pada bagian samping setiap setelah selesai melakukan tugas)

Nama Pasien	Pertemuan sebelum <i>discharge planning</i>	Pertemuan selama <i>discharge planning</i>	Hari pemulangan
Pengkajian awal keperawatan _mengidentifikasi pengasuh dirumah _menginformasikan pada pasien dan keluarga tentang papan untuk menulis pertanyaan/masalah _memberitahukan kepada pasien dan keluargatentang tujuan perawatan _menginformasikan kepada pasien dan keluarga tentang hal yang mendukung langkah-langkah pemulangan pasien	_membagikan leaflet atau brosur kepada pasien dan keluarga beserta penjelasannya _jadwal pertemuan <i>discharge planning</i> _dijadwalkan untuk _/_/di_ (waktu)	_membahas pertanyaan pasien _membahas pertanyaan keluarga _memberikan instruksi pemulangan pasien sesuai dengan kebutuhan _melakukan pengajaran kembali _menganjurkan jadwal pertemuan sebagai tindakan lanjut dengan penyediaan layanan kesehatan lain Tanggal/waktu yang dipilih Untuk Lainnya	Pengobatan _daftar rekomendasi obat _meninjau daftar pengobatan dengan pasien dan keluarga dan mengajarkan kembali Kontrak waktu dan informasi kontak: _jadwal evaluasi hasil pertemuan: 1) Dengan_tanggal_waktu 2) Dengan_tanggal_waktu _mengatur segala kebutuhan perawatan di rumah (<i>home care</i>) _menuliskan dan kontrak pertemuan kepada pasien dan keluarga _menuliskan data dan memberikan informasi kontakuntuk tindak lanjut setelah pasien pulang

Nama Pasien	Hari 1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hari ke-4
	....edukasi pasien dan keluarga mengenai kondisinya dengan menggunakan tekni Teach back	....eduaksi pasien dan keluarga mengenai kondisinya dengan menggunakan teknik Teach back	....eduaksi pasien dan keluarga mengenai kondisinya dengan menggunakan teknik Teach back	....eduaksi pasien dan keluarga mengenai kondisinya dengan menggunakan teknik Teach back
	....mendiskusikan pengembangan kesehatan pasien, keluarga dan tujuan perawatan kedepannya	....mendiskusikan perkembangan kesehatan pasien keluarga dan tujuan perawatan kedepannya	....mendiskusikan perkembangan kesehatan pasien keluarga dan tujuan perawatan kedepannya	....mendiskusikan perkembangan kesehatan pasien keluarga dan tujuan perawatan kedepannya
	....menjelaskan medikasi kepada pasiendan keluarga....pagi....siang....malam....waktu tidur....lainnya	....menjelaskan medikasi kepada pasien dan keluarga....pagi....siang....malam....waktu tidur....lainnya	....menjelaskan medikasi kepada pasiendan keluarga....pagi....siang....malam....waktu tidur....lainnya	....menjelaskan medikasi kepada pasiendan keluarga....pagi....siang....malam....waktu tidur....lainnya
	....melibatkan pasien dan keluarga dalam pemberian tindakan seperti:	....melibatkan pasien dan keluarga dalam pemberian tindakan seperti:	....melibatkan pasien dan keluarga dalam pemberian tindakan seperti:	....melibatkan pasien dan keluarga dalam pemberian tindakan seperti:

Catatan

Table 2.3 format *discharge planning* menurut Agency for Health Reseachand Quality (2013)

b. Format *discharge planning* menurut Nursalam (2015)

Format *discharge planning* ini umumnya diterapkan di Indonesia. Format ini juga telah di gunakan di beberapa rumah sakit, salah satunya adalah rumah sakit kusta sumbergalagah. Kelebihan dari format ini adalah dapat meningkatkan kemandirian dan keperawatan berkelanjutan pada pasien, namun pada format ini belum menunjukkan pengkajian *discharge planning* secara komprehensif. Dimana format ini belum ada ruang dimana saja pasien sudah di rujuk, program edukasi, dan keterlibatan keluarga dalam proses edukasi pasien juga belum ada.

DISCHARGE PLANNING	
No. Reg :	
Nama :	
Jenis Kelamin :	
Tanggal MRS :	Tanggal KRS :
Bagian :	Bagian :
Dipulangkan dari RSY dengan keadaan	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sembuh ▪ Meneruskan dengan obat lain ▪ Pindah ke RS lain 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulang paksa ▪ Lari ▪ Meninggal
A. Kontrol :	
1) Waktu :	
2) Tempat :	
B. Lanjutan keperawatan di rumah (luka operasi, pemasangan gift, pengobatan dan lain-lain ;	
C. Aturan diet/nutrisi :	
D. Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya :	
E. Aktivitas dan istirahat :	
Hal yang dibawa pulang (hasil laboratorium, foto, EKG, obat, lainnya)	
Lain-lain :	
Surabaya	
Pasien/Keluarga ()	Ners ()

Tabel 2. 4 Format *discharge planning* menurut Nursalam (2015)

c. Format discharge planning di RSD Kalabahi

Format *discharge planning* yang ada di RSD Kalabahi belum di ketahui oleh tenaga kesehatan yang lain. Sedangkan discharge palnning yang baik harusnya melibatkan tenaga kesehatan yang lain (Potter & Perry, 2005). Di RSD Kalabahi *discharge planning* biasanya dilakukan oleh perawat sedangkan dokter mengisinya di resume pemulangan pasien dan untuk tenaga kesehatan lainnya mengisi di format terintegrasi karena mereka tidak memiliki format *discharge planning*. Perawat RDS kalabahi juga hanya mengisi resume keperawatan saja sehingga niali kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain masih kurang maksimal. Jenis *discharge planning* yang ada di RSD Kalabahi lebih berfokus pada saat pasien akan pulang saja. Program edukasi pasien tidak terlihat dalam format tersebut. Berikut adalah format *discharge planning* yang ada di RSD Kalabahi.

	RUMAH SAKIT DAERAH KALABAH	No. RM : Nama Pasien : Jenis kelamin : Tanggal lahir :
---	---------------------------------------	---

**RENCANA PEMULANGAN PASIEN
PERKEMBANGAN PASIEN DAN TINDAK LANJUT**

KRITERIA PENGISIAN FORMAT

1. Usia > 60 tahun
2. Hambatan mobilitas
3. Perawatan berkelanjutan
4. Ketergantungan : aktivitas

NO	Pertanyaan	Tanggal		Tindak lanjut	Tanggal		
		Ya	tidak		ya	tidak	Tindak lanjut
1	Apakah pasien tinggal sendiri						
2	Apakah pasien dan keluarga mengetahui dan mengerti tentang 1. Penyakit 2. Kondisi mental 3. Obat 4. Latihan 5. Diet						
3	Apakah ada yang merawat: 1. Makanan/minuman/NGT/OGT 2. Kebersihan diri 3. Berjalan 4. Memakai pakaian 5. BAB/BAK/Cateter 6. Perawatan luka 7. Perawatan payudara/ASI 8. Pemberian insulin						
4	Apakah menggunakan alat bantu						
5	Selain masalah diatas, apakah masih ada masalah lain yang perlu di kaji : a) b) c) d) e) f)						
6	Bila timbul serangan ulang di rumah, siapa yang dapat memberikan pertolongan..... Apakah orang tersebut telah memahami pertolongan?.....						
7	Apakah perlu rujukan di komunitas pelayanan terdekat						
8	Pemberi rencana pemulangan : (.....)	Penerima rencana pemulangan pasien (.....)					

Tabel 2.4 *Discharge planning* di RSD Kalabahi (2020)

B. Tinjauan Tentang Akses Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (SNARS, 2017)

1. Kesenambungan Pelayanan

Assesmen awal termasuk menetapkan kebutuhan perencanaan pemulangan pasien (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2017). Kesenambungan asuhan pasien setelah dirawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus bagi sebagian pasien seperti perencanaan pemulangan pasien/*discharge planning*. Penyusunan Perencanaan pemulangan pasien diawali saat proses asesmen awal rawat inap dan membutuhkan waktu agak panjang, termasuk pemutakhiran/*updating*. Untuk identifikasi pasien yang membutuhkan *discharge planning* maka rumah sakit menetapkan mekanisme dan kriteria, misalnya antara lain usia, tidak ada mobilitas, perlu bantuan medis dan keperawatan terus menerus, serta bantuan melakukan kegiatan sehari hari.

Rencana pulang termasuk pendidikan/pelatihan khusus yang mungkin dibutuhkan pasien dan keluarga untuk kontinuitas (kesinambungan) asuhan di luar rumah sakit. Sebagai contoh, adalah pasien yang baru didiagnosis tipe 1 diabetes melitus akan membutuhkan pendidikan yang terkait diet dan nutrisi, termasuk cara memberikan suntikan insulin. Pasien yang dirawat inap karena infark miokardium membutuhkan rehabilitasi sesudah keluar rumah sakit pulang, termasuk mengatur makanan. Kesenambungan asuhan pascarawat inap

akan berhasil bila penyusunan *discharge planning* dilakukan secara terintegrasi antarprofesional pemberi asuhan (PPA) terkait/relevan dan difasilitasi manajer pelayanan pasien (MPP).

Rumah sakit juga menetapkan proses penyusunan perencanaan pemulangan pasien di mulai pada assesmen awal pasien di rawat inap, rumah sakit juga membutuhkan kriteria pasien yang membutuhkan perencanaan pemulangan, proses pemulangan pasien di catat dalam rekam medis sesuai dengan regulasi rumah sakit. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk kesinambungan pelayanan di rumah sakit dan koordinasi antara Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di bantu oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP) atau *case manager*.

Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan dengan pola pelayanan yang berfokus pada pasien. Pelayanan yang berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk asuhan pasien yang terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi profesi tiap-tiap profesional pemberi asuhan adalah sama penting atau sederajat sedangkan pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh berbagai unit pelayanan ketinggian pelayanan yang berbeda maka pelayanan manajer pelayanan pasien penting untuk intrgrasi dengan komunikasi yang memadai terhadap profesi pemberi asuhan.

Perencanaan pelayanan dan pemulangan pasien / *discharge planning* terintegrasi. Manajer pelayanan pasien / *case manager* bukan merupakan profesi pemberi asuhan yang aktif dalam menjalankan manajemen pelayanan pasien dan mempunyai peran minimal adalah sebagai berikut:

- a. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien
- b. Mengoptimalkan pelayanan yang berfokus pada pasien
- c. Mengoptimalkan proses reimbursemen
- d. Perencanaan untuk manajemen pelayanan pasien
- e. Komunikasi dan koordinasi
- f. Edukasi dan advokasi
- g. Kendali mutu dan biaya perawatan pasien

Hasil yang diharapkan dari kegiatan manajemen pelayanan pasien antara lain:

- a) Pasien mendapatkan asuhan sesuai dengan kebutuhannya
- b) Terpeliharanya kesinambungan pelayanan
- c) Pasien memahami dan dan mematuhi asuhan dan peningkatan kemandirian pasien
- d) Kemampuan pasien dalam mengambil keputusan
- e) Keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga
- f) Optimalisasi sistem pendukung pasien
- g) Pemulangan pasien yang aman

h) Meningkatkan kualitas hidup dan kepuasan pasien,

semua itu harus tercatat di rekam medis pasien, karena merupakan sumber informasi tentang kemajuan proses pelayanan dan merupakan alat komunikasi yang penting untuk kesinambungan pelayanan pasien antar profesi. Oleh karena itu rumah sakit juga menetapkan regulasi bahwa setiap pasien harus di kelola oleh dokter Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) untuk memberikan asuhan kepada pasien

2. Pemulangan dari rumah sakit (*Discharge*) dan tindak lanjut

Rumah sakit harus menetapkan regulasi dalam melaksanakan proses pemulangan pasien dari rumah sakit berdasarkan atas kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan asuhan yang berkesinambungan. Jika pasien dipulangkan dari rumah sakit maka DPJP dan profesional pemberi asuhan lainnya bertanggung jawab atas asuhan pasien dan menentukan kesiapan pasien keluar dari rumah sakit berdasarkan atas kebijakan, kriteria, dan indikasi rujukan yang ditetapkan oleh rumah sakit. Sehingga perlu proses yang terorganisir dengan baik untuk memastikan bahwa kesinambungan asuhan pasien dikelola oleh praktisi kesehatan atau sebuah organisasi diluar rumah sakit. Maka rumah sakit harus sedini mungkin untuk menjaga kesinambungan asuhan dilakukan secara terintegrasi yang melibatkan semua profesi pemberi asuhan, keluarga juga di libatkan dalam dalam perencanaan pulang pasien.

Rumah sakit juga menetapkan regulasi pemulangan pasien disertai kriteria pemulangan pasien yang rencana pemulangannya kompleks untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien yaitu, bukti pemulangan pasien sesuai dengan kriteria pemulangan pasien, menetapkan kriteria pasien yang diizinkan untuk keluar selama periode tertentu, dan ada bukti pelaksanaan tentang pasien yang diizinkan keluar selama periode waktu tertentu. Jika rumah sakit berada dikomunitas tempat praktisi kesehatan juga berada di dalamnya untuk membuat kerja sama formal dan informal untuk memudahkan pemantauan tempat pasien tinggal.

Dukungan pelayanan kesehatan pada saat pasien keluar rumah sakit yaitu mungkin membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi atau bantuan lain pada saat pasien keluar rumah sakit, maka proses *discharge planning* harus dilakukan secara terintegrasi yang melibatkan semua profesional pemberi asuhan (PPA), karena yang perlu diperhatikan saat *discharge planning* secara kompleks yaitu, dimuali sejak pasien masuk rawat inap yang melibatkan semua PPA terkait kondisi kesehatan pasien. Sedangkan untuk resume pasien pulang dibuat untuk semua pasien rawat inap. Ringkasan pulang berisi tentang:

- a) Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik

- b) Indikasi pasien dirawat inap, diagnosa dan komorbiditas lain
- c) Prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan
- d) Memuat obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar dari rumah sakit
- e) Memuat kondisi kesehatan terkini pasien saat akan pulang dari rumah sakit
- f) Memuat instruksi tindak lanjut serta edukasi kepada pasien dan keluarga
- g) Rumah sakit juga menetapkan ringkasan pulang kepada pihak yang berkepentingan
- h) Ringkasan pasien pulang dibuat sebelum pasien keluar dari rumah sakit oleh dokter DPJP
- i) Salinan ringkasan di buat tiga yaotu untuk pasien atau tenaga kesehatan yang akan memberikan pelayanan lanjutan, untuk dokumentasi di rekam medis, dan satunya lagi ke pihak penjamin sesuai regulasi rumah sakit.