



Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Discharge Planning di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit TK. II Udayana dan Rumah Sakit Bhayangkara Denpasar

*¹Ni Luh Kade Wiradani, ²Ni Putu Diwyami

^{1,2}Fakultas Kesehatan, Institut Teknologi dan Kesehatan Bintang Persada

*Email Korespondensi: ade.wiradani@gmail.com

Intisari

Pendahuluan: *Discharge planning* merupakan proses yang sistematis yang dilakukan sejak awal pasien masuk rumah sakit dengan tujuan mempersiapkan pasien agar bisa berpindah dari rumah sakit ke rumah dengan aman oleh tenaga kesehatan. Pelaksanaan *discharge planning* yang terstruktur dan disesuaikan dengan pasien secara individu mampu menurunkan lama hari rawat di rumah sakit dan angka rawat inap ulang. Beberapa penelitian di rumah sakit didapatkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* masih belum optimal.

Tujuan: mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*.

Metode: Merupakan penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian sebanyak 124 orang perawat di ruang rawat inap. Teknik sampling menggunakan *total sampling*. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis secara bivariat serta multivariat.

Hasil: Hasil analisis bivariat seluruh faktor (personil, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus) memiliki pengaruh yang *significant* terhadap pelaksanaan *discharge planning* ($p < 0,05$). Sedangkan analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor waktu memiliki pengaruh paling dominan terhadap pelaksanaan *discharge planning* ($p < 0,001$; AOR: 13,079; 95% CI: 3,724 – 45,928).

Kesimpulan: Pelaksanaan *discharge planning* sangat ditentukan oleh ketersediaan waktu yang dimiliki oleh perawat mulai dari perencanaan sampai evaluasi *discharge planning*.

Saran: Diharapkan agar perawat di rumah sakit lebih banyak meluangkan waktu untuk pelaksanaan *discharge planning* secara optimal sehingga dapat membantu penyembuhan dan mencegah kekambuhan penyakit pasien.

Kata kunci : faktor, *discharge planning*, pelaksanaan *discharge planning*

Abstract

Introduction: *Discharge planning* is a systematic process that is carried out from the beginning of the patient entering the hospital to prepare the patient to be able to move from hospital to home safely by health workers. The implementation of *discharge planning* that is structured and adapted to individual patients can reduce the length of hospital stay and the rate of re-hospitalization. Several studies in hospitals found that the implementation of *discharge planning* is still not optimal.

Purpose: The purpose of this study was to determine the factors that influence the implementation of *discharge planning*.

Methods: This research was a descriptive-analytic study with a *cross-sectional* approach. The research sample was 124 nurses in the inpatient room. The sampling technique applied was *total sampling*. Data were collected using a questionnaire and analyzed by bivariate and multivariate.

Result: The results of the bivariate analysis of all factors (personnel, involvement and participation, communication, time, agreement and consensus) had a significant influence on the *discharge planning* implementation ($p < 0.05$). While the multivariate analysis showed that the time factor had the most dominant influence on the *discharge planning* implementation ($p < 0.001$; AOR: 13.079; 95% CI: 3.724 – 45.928).

Conclusion: Implementation of *discharge planning* is largely determined by the availability of time owned by nurses from planning to the evaluation of *discharge planning*.

Suggestions: It is hoped that nurses in hospitals will spend more time on *discharge planning* optimally, so they can help to heal and to prevent patient disease recurrence.

Keywords : factors, *discharge planning*, *discharge planning* implementation

*Email Korespondensi: ade.wiradani@gmail.com



Pendahuluan

Discharge planning adalah suatu proses antar petugas kesehatan multidisiplin, pasien dan keluarga yang berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan oleh pasien (Nursalam, 2011). Pelaksanaan *discharge planning* harus dilaksanakan secara terintegrasi, sehingga semua asuhan dari Profesional Pemberi Asuhan (PPA), Manajer Pelayanan Pasien (MPP) dan keluarga juga dilibatkan dalam proses *discharge planning* sesuai dengan kebutuhan (SNARS, 2019).

Pemberian *discharge planning* bertujuan mempersiapkan pasien dalam masa transisi dari rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya sehingga dapat meningkatkan kemajuan penyembuhan, membantu pasien untuk mencapai kualitas hidup yang lebih optimum sebelum dipulangkan, mengurangi hari atau lama perawatan dan mencegah kekambuhan serta rawat ulang (Hardivianty, 2017). Perencanaan pulang dapat meningkatkan kepuasan pasien dan profesional perawatan kesehatan (Gonçalves-Bradley DC, et al, 2016).

Nursalam dan Efendi (2009) menyebutkan ada beberapa manfaat dalam pelaksanaan *discharge planning*, yaitu memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada klien yang dimulai dari rumah sakit, memberikan tindak lanjut secara sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan klien, mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan klien, mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru, dan membantu kemandirian klien dalam melakukan perawatan di rumah.

Discharge planning telah menjadi masalah penting dalam sistem perawatan kesehatan secara global. Berdasarkan penelitian Graham, et al (2013) menyebutkan bahwa 23% perawat di Australia dan 34% perawat di

Inggris tidak melaksanakan *discharge planning*. Serupa dengan negara lain, pelaksanaan *discharge planning* di Indonesia pun belum optimal. Didapatkan data sebesar 54% perawat yang bekerja di rumah sakit di Bandung dan 61% perawat di rumah sakit di Yogyakarta tidak melaksanakan *discharge planning* secara lengkap (Okatiranti, 2015).

Discharge planning yang belum optimal dapat menimbulkan dampak bagi pasien. Dampaknya adalah meningkatnya angka rawat inap ulang dan pada akhirnya pasien akan menanggung pembiayaan untuk biaya di rumah sakit (Potter & Perry, 2005). *Discharge planning* juga berdampak pada angka kematian, *health outcomes* dan pembiayaan (Gonçalves-Bradley, et al, 2016).

Maka dari itu penting untuk dilakukannya *discharge planning* sesuai standar dalam hal ini mengacu kepada Standar Prosedur Operasional (SPO). Penelitian yang dilakukan oleh Noprianty & Noviyanti (2019) didapatkan hasil yaitu pelaksanaan *discharge planning* oleh PPA sebagian besar sudah sesuai dengan SPO yang ada di rumah sakit yaitu sebesar 60,3%. Selain pentingnya melakukan *discharge planning* sesuai dengan SPO, mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi *discharge planning* juga sangat penting agar selanjutnya faktor-faktor yang masih kurang dapat dibenahi dan ditingkatkan.

Ada tiga jenis pemulangan pasien menurut Nursalam (2016) yaitu: pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*), pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*), pulang paksa (*judicial discharge*). Pulang sementara (*conditioning discharge*), keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat. Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*) merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit.



JURNAL ILMIAH ILMU KESEHATAN

Jln. Swakarsa III No. 10-13 GrisakKekalikMataram-NTB.Tlp/Fax. (0370) 638760

Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali. Pulang paksa (*judicial discharge*) adalah kondisi klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerja sama dengan perawat puskesmas terdekat.

Menurut Yam, et al (2012) langkah-langkah pelaksanaan *discharge planning* adalah sebagai berikut yaitu pengkajian. Pengkajian merupakan langkah pertama dalam melaksanakan *discharge planning*. Tahapan pengkajian meliputi sejak pasien masuk, kaji kebutuhan pemulangan pasien dengan menggunakan riwayat keperawatan, berdiskusi dengan pasien, fokus pada pengkajian berkelanjutan terhadap kesehatan fisik pasien, status fungsional, sistem pendukung sosial, sumber-sumber finansial, nilai kesehatan, latar belakang budaya dan etnis, tingkat pendidikan serta rintangan terhadap perawatan. Kaji kebutuhan pasien dan keluarga terhadap pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan bagaimana menciptakan terapi di rumah, penggunaan alat-alat medis di rumah, larangan sebagai akibat gangguan kesehatan, dan kemungkinan terjadinya komplikasi. Kaji cara pembelajaran yang lebih diminati pasien Kaji bersama-sama dengan pasien dan keluarga terhadap setiap faktor lingkungan di dalam rumah yang mungkin menghalangi dalam perawatan diri seperti ukuran ruangan, kebersihan jalan menuju pintu, lebar jalan, fasilitas kamar mandi, ketersediaan alat-alat yang berguna. Berkolaborasi dengan dokter dan profesi lain dalam mengkaji kebutuhan untuk rujukan kepada pelayanan perawatan rumah dan fasilitas kesehatan. Kaji persepsi pasien dan keluarga terkait keberlanjutan perawatan kesehatan di rumah. Kaji penerimaan pasien terhadap masalah kesehatan. Konsultasikan kepada tim layanan kesehatan tentang kekambuhan setelah pemulangan seperti ahli

gizi, pekerja sosial, rehabilitasi dan perawat *home care*.

Selanjutnya langkah diagnosa keperawatan, diagnosa keperawatan bersifat individu sesuai dengan kebutuhan pasien, yang disusun setelah melakukan pengkajian *discharge planning*. Diagnosa keperawatan yang sering muncul adalah kecemasan, kurang pengetahuan perawatan diri dan manajemen stress. Kemudian langkah perencanaan, perencanaan *discharge planning* dilakukan perawat bekerja sama dengan petugas kesehatan lain untuk menentukan kegiatan apa saja yang akan dilakukan sebagai persiapan pasien pulang ke rumah. Perencanaan berfokus pada kebutuhan pengajaran yang baik untuk persiapan pasien pulang, yang disingkat dengan METHOD, yaitu *Medication* (obat), pasien diharapkan mengetahui jenis obat, jumlah obat yang dilanjutkan pasca rawat inap. *Environment* (lingkungan), dibutuhkan lingkungan yang nyaman serta fasilitas kesehatan yang baik untuk proses perawatan setelah rawat inap. *Treatment* (pengobatan), perawat memastikan bahwa pengobatan dapat berlanjut setelah pasien pulang, yang dilakukan oleh pasien dan keluarga. *Health Teaching* (pengajaran kesehatan), sebelum pasien dijadwalkan pulang, sebaiknya diberikan edukasi tentang kondisi kesehatannya serta perawatan kesehatan tambahan. *Outpatient Referral*, pasien sebaiknya mengenal pelayanan dari rumah sakit atau komunitas lain di luar rumah sakit yang dapat meningkatkan perawatan berkelanjutan. Diet pasien, perawat sebaiknya memberikan edukasi tentang pola makan yang sebaiknya dikonsumsi pasien.

Implementasi dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu implementasi sebelum hari pemulangan, yang terdiri dari mempersiapkan pasien dan keluarga dengan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan, menentukan hambatan untuk belajar, mengadakan sesi pembelajaran dengan pasien

dan keluarga. Implementasi pada hari pemulangan, meliputi : biarkan pasien dan keluarga bertanya, diskusikan isu-isu yang berhubungan dengan perawatan di rumah, periksa intruksi pemulangan dokter, terapi atau kebutuhan akan alat-alat medis khusus, persiapkan kebutuhan dalam perjalanan, sediakan alat-alat yang dibutuhkan sebelum pasien sampai di rumah, tentukan apakah pasien dan keluarga telah dipersiapkan dalam kebutuhan transportasi menuju ke rumah serta jaga privasi pasien sesuai kebutuhan.

Evaluasi merupakan bagian terakhir dari pelaksanaan *discharge planning*, dimana pasien dan keluarga dapat menjelaskan tentang penyakitnya, pengobatan yang dibutuhkan, tanda-tanda fisik dan gejala yang harus dilaporkan kepada dokter, pasien dan anggota keluarga mendemonstrasikan setiap pengobatan yang akan dilanjutkan di rumah. Perawat yang melakukan perawatan rumah harus memperhatikan keadaan rumah, mengidentifikasi rintangan yang dapat membahayakan pasien kemudian menganjurkan perbaikan.

Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Poglitsch, et al (2011) yaitu tentang faktor-faktor yang menentukan keberhasilan proses *discharge planning* terdapat 5 faktor yang berkontribusi. Faktor-faktor tersebut adalah personil *discharge planning*, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus. Menurut Poglitsch, et al (2011) faktor personil adalah orang-orang yang berkontribusi dalam *discharge planning* yaitu perawat, dokter, pasien dan anggota keluarga. Keterlibatan dan partisipasi terdiri dari tingkat keterlibatan pasien dan tenaga kesehatan serta cara mereka berpartisipasi dalam *discharge planning* (Poglitsch, et al, 2011). Komunikasi kesehatan dalam *discharge planning* memiliki tujuan untuk mengubah perilaku kesehatan untuk peningkatan derajat kesehatan (Notoatmodjo,

2010). Saat pelaksanaan *discharge planning* tim kesehatan harus meluangkan waktu untuk memikirkan bagaimana rencana akan ditindaklanjuti (Marquis & Huston, 2006). Kemudian perjanjian dan konsensus adalah persetujuan dan kesepakatan di antara semua anggota tim kesehatan dalam *discharge planning* (Poglitsch, et al, 2011).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Marliany (2017), pelaksanaan *discharge planning* yang dilakukan sesuai prosedur operasional (SPO) sebanyak 42 responden (65,6%) dan sebanyak 22 responden (34,4%) dilakukan tidak sesuai SPO. Kondisi ini diakibatkan oleh perencanaan SPO dan sosialisasi SPO yang belum baik. Namun hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Noviyanti, et al, (2019) *discharge planning* yang dilaksanakan oleh PPA sebagian besar sudah sesuai SPO yaitu sebesar 60,3%. Tetapi masih terdapat PPA yang tidak melaksanakan *discharge planning* yaitu : dokter dan farmasi sebanyak (32,4%), perawat sebanyak (22,1%), dan ahli gizi sebanyak (5,9%).

Metodo

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian deskriptif analitik merupakan suatu metode yang mengkaji pengaruh antara variabel. Penelitian *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya 1 kali pada satu saat (Nursalam, 2013). Tentunya tidak semua subjek penelitian harus diobservasi pada hari atau pada waktu yang sama, akan tetapi baik variabel independen atau variabel dependen hanya dinilai satu kali saja (Nursalam, 2013). Penelitian ini menggambarkan analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* di ruang rawat inap. Pelaksanaan penelitian di RS Tk. II Udayana dan RS Bhayangkara



JURNAL ILMIAH ILMU KESEHATAN

Jln. Swakarsa III No. 10-13 GrisakKekalikMataram-NTB.Tlp/Fax. (0370) 638760

Denpasar dimulai pada tanggal 10 Februari 2021, kemudian untuk pengambilan data ke rumah sakit dilakukan dari tanggal 25 Mei – 5 Juni 2021.

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang rawat inap di RS Tk. II Udayana yang berjumlah 88 orang dan RS Bhayangkara Denpasar yang berjumlah 36 orang. Sampel penelitian berjumlah 124 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Sugiyono, 2007). Peneliti menggunakan total sampling karena menurut Sugiyono (2007) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya. Metode pengumpulan data yang peneliti gunakan adalah *self-completed questionnaire* di mana responden mengisi sendiri kuesioner yang diberikan melalui *google forms*. Kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner modifikasi dan telah dilakukan uji validitas serta uji reliabilitas. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner diklasifikasikan menjadi 3 kategori, yaitu kuesioner A untuk karakteristik responden, kuesioner B untuk faktor-faktor *discharge planning* dan kuesioner C untuk pelaksanaan *discharge planning*.

Setelah data terkumpul dilakukan pengolahan data terlebih dahulu. Menurut Hidayat (2010), langkah-langkah dalam memproses data adalah sebagai berikut yaitu *editing* adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Coding* merupakan kegiatan pemberian kode *numeric* (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kategori. *Data entry* adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan. Peneliti langsung memasukkan data yang telah diperoleh ke dalam *SPSS 16,0 for Windows*. Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan

ke dalam *SPSS*, maka peneliti mengecek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode ataupun data yang masih kosong untuk menghindari adanya *missing data*. Setelah data diproses kemudian dilakukan analisa data. Analisa data yang digunakan yaitu analisis univariat, analisis bivariat dengan uji *Chi-Square* dan analisis multivariat dengan Regresi Logistik Biner. Peneliti telah menjalankan etika penelitian yaitu *informed consent*, *anonymity* (tanpa nama) dan kerahasiaan.

Hasil Penelitian

Hasil penelitian yang dilaksanakan di RS Tk. II Udayana dan RS Bhayangkara Denpasar dengan sampel berjumlah 124 orang.

Tabel 1. Karakteristik Umum Responden di RS Tk. II Udayana dan RS Bhayangkara Denpasar (n=124)

Karakteristik	n	%
Usia (tahun)		
≥ 29 tahun	65	52,4
< 29 tahun	59	47,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	21	16,9
Perempuan	103	83,1
Pendidikan		
Terakhir		
D3 Keperawatan	65	52,4
Ners	59	47,6
Masa Kerja		
≥ 5 tahun	79	63,7
< 5 tahun	45	36,3
Status Perkawinan		
Menikah	94	75,8
Belum Menikah	30	24,2

Sumber data: Data primer yang diolah

Pada tabel di atas dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden berada pada usia lebih dari 29 tahun yaitu 65 orang (52,4%), dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 103 orang (83,1%), sudah menikah sebanyak 94 orang (75,8%), memiliki pendidikan terakhir D3 Keperawatan



JURNAL ILMIAH ILMU KESEHATAN

Jln. Swakarsa III No. 10-13 GrisakKekalikMataram-NTB.Tlp/Fax. (0370) 638760

sebanyak 65 orang (52,4%), dan bekerja lebih dari 5 tahun sebanyak 79 orang (63,7%).

Tabel 2. Pengaruh faktor personil, faktor keterlibatan dan partisipasi, faktor komunikasi, faktor waktu, faktor perjanjian dan konsensus terhadap pelaksanaan *discharge planning* di RS Tk. II Udayana dan RS Bhayangkara Denpasar.

Variabel	Total (n =124) n (%)	Pelaksanaan DP n (%)		X ²	p	fect Size
		Baik	Buruk			
Faktor personil						
Baik	70 (56,5)	45 (64,3)	25 (35,7)	10,48	,001*	0,307
Buruk	54 (43,5)	18 (33,3)	36 (66,7)			
Faktor keterlibatan dan partisipasi						
Terlibat	65 (52,4)	46 (70,8)	19 (29,2)	20,13	,001*	0,419
Tidak terlibat	59 (47,6)	17 (28,8)	42 (71,2)			
Faktor komunikasi						
Baik	3 (50,8)	17 (74,6)	16 (25,4)	27,11	,001*	0,484
Buruk	1 (49,2)	6 (26,2)	45 (73,8)			
Faktor waktu						
Waktu cukup	65 (52,4)	54 (83,1)	11 (16,9)	54,24	,001*	0,678
Waktu tidak cukup	59 (47,6)	9 (15,3)	50 (84,7)			
Faktor perjanjian dan konsensus						
Ada perjanjian	66 (53,2)	51 (77,3)	15 (22,7)	37,31	,001*	0,565
Tidak ada perjanjian	58 (46,8)	12 (20,7)	46 (79,3)			

* $p\text{-value} \leq 0.05$

Sumber data: Data primer yang diolah

Berdasarkan hasil yang terdapat pada tabel 5.2, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar 70 (56,6%) responden memiliki persepsi tentang faktor personil baik dan pelaksanaan *discharge planning* baik 45 (64,3). Untuk faktor keterlibatan dan partisipasi mayoritas terlibat dalam kegiatan *discharge planning* sebanyak 65 (52,4%) dan pelaksanaan *discharge planning* baik 46 (70,8%). Responden memiliki komunikasi baik sebanyak 63 (50,8%) dengan pelaksanaan *discharge*

planning baik 47 (74,6%). Memiliki cukup waktu 65 (52,4%) dan pelaksanaan *discharge planning* baik sebanyak 54 (83,1) serta ada perjanjian sebanyak 66 (53,2%) dengan pelaksanaan *discharge planning* baik sebanyak 51 (77,3%).

Berdasarkan hasil *Chi-Square* (dengan *Yates Continuity Correction*), diketahui bahwa faktor personil, faktor keterlibatan dan partisipasi, faktor komunikasi, faktor waktu, faktor perjanjian dan konsensus, memiliki

JURNAL ILMIAH ILMU KESEHATAN

Jln. Swakarsa III No. 10-13 GrisakKekalikMataram-NTB.Tlp/Fax. (0370) 638760

pengaruh yang *significant* terhadap pelaksanaan *discharge planning* dengan *p value* ≤ 0.05 .

Berdasarkan nilai *effect size*, dapat disimpulkan faktor personil (0,307), faktor keterlibatan dan partisipasi (0,419) dan faktor komunikasi (0,484) memiliki kekuatan pengaruh dalam kategori sedang berdasarkan

Cohen Criteria dengan *effect size* 0,3-0,4.

Sedangkan 2 faktor yang lain, yaitu faktor waktu (0,678) dan faktor perjanjian dan konsensus (0,565) memiliki kekuatan pengaruh dalam kategori kuat dengan *effect size* $\geq 0,5$ (Cohen's, 1988 dalam Pallant, 2010).

Tabel 3. Variabel yang berpengaruh terhadap pelaksanaan *discharge planning* di RS Tk. II Udayana dan RS Bhayangkara Denpasar.

	B	S.E	Wald	df	p	AOR	95% CI for odds ratio	
							Lower	Upper
Faktor Personil	0,277	0,625	0,197	1	0,657	1,319	0,388	4,487
Faktor Keterlibatan dan Partisipasi	0,676	0,668	1,025	1	0,311	1,966	0,531	7,282
or Komunikasi	-0,010	0,645	0,000	1	0,988	0,990	0,280	3,504
or Waktu	2,571	0,641	16,094	1	<0,001*	13,079	3,724	5,928
or Perjanjian dan Konsensus	0,949	0,592	2,565	1	0,109	2,583	0,809	3,250
tant	-2,130	0,479	23,895	1	<0,001*	0,097		

Tabel 3 menyajikan variabel yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*. Didapatkan hasil faktor waktu dengan nilai $p = < 0,001$ dan nilai AOR (*Adjusted Odds Ratio*) 13,079 yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan *discharge planning*. Nilai AOR pada faktor waktu yaitu 13,079 menunjukkan bahwa perawat yang memiliki waktu cukup kemungkinan 13 kali mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* yang baik.

PEMBAHASAN**1. Pengaruh faktor personil terhadap pelaksanaan *discharge planning***

Pada penelitian ini diketahui bahwa mayoritas perawat memiliki persepsi baik tentang personil *discharge planning* 56,5%. Faktor personil juga diketahui memiliki pengaruh yang *significant* (*p value* $< 0,05$) terhadap pelaksanaan *discharge planning*. Faktor personil bukan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi pelaksanaan

discharge planning (*p value* $> 0,05$ dan AOR: 1,319).

Hasil penelitian dari Solvianun & Jannah (2017) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* adalah faktor personil. Menurut Aini (2018) faktor personil merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan *discharge planning* karena didukung oleh faktor usia, masa kerja dan pendidikan terakhir.

Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa orang-orang yang berkontribusi dalam pelaksanaan *discharge planning* adalah perawat, tim medis, tim kesehatan lain, pasien dan anggota keluarga (Poglitsch, et al, 2011). Perawat sebagai bagian dari personil *discharge planning* berperan penting dalam keberhasilan pelaksanaan *discharge planning*. Perawat berperan sebagai pembuat rencana pulang bagi pasien, yaitu mengidentifikasi klien yang membutuhkan perencanaan pulang, memindahkan pasien dari satu fasilitas ke



- fasilitas lain dan terus menerus mengkaji dan menentukan sumber daya seperti staf dan tenaga medis yang dibutuhkan untuk menjaga kualitas pelayanan untuk pasien di luar rumah sakit.
2. Pengaruh faktor keterlibatan dan partisipasi terhadap pelaksanaan *discharge planning*
Perawat yang terlibat dalam keterlibatan dan partisipasi sebanyak 52,4%. Faktor keterlibatan dan partisipasi memiliki pengaruh yang *significant* terhadap pelaksanaan *discharge planning* ($p\text{ value} = <0,05$). Faktor keterlibatan dan partisipasi bukan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* ($p\text{ value} >0,05$ dan AOR: 1,966).
Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Poglitsch, et al (2011) yaitu keterlibatan dan partisipasi mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*. Keterlibatan dan partisipasi terdiri dari tingkat keterlibatan pasien dan tenaga kesehatan serta cara mereka beradaptasi dalam *discharge planning*. Keterlibatan tim multi profesional secara dini sangat penting dalam perencanaan pulang yang efektif (Rofi'i, 2019).
Selain dengan tim medis dan tim kesehatan lain, keterlibatan keluarga juga penting dalam pelaksanaan *discharge planning*. Keluarga belajar untuk membantu klien memenuhi tujuan baru dan tujuan sebelumnya yang telah ditetapkan (Rosdhal & Kowalski, 2015). Menurut Wijayanti & Berdame (2019) fungsi keluarga adalah untuk memberikan perlindungan kesehatan dan dukungan bagi anggota keluarganya yang sakit. Dukungan keluarga pada pasien sangat dibutuhkan untuk mencapai proses penyembuhan dan pemulihan.
 3. Pengaruh faktor komunikasi terhadap pelaksanaan *discharge planning*
Perawat yang memiliki komunikasi baik sebanyak 50,8%. Faktor komunikasi memiliki pengaruh yang *significant* terhadap pelaksanaan *discharge planning* ($p\text{ value} = <0,05$). Faktor komunikasi bukan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* ($p\text{ value} >0,05$ dan AOR: 0,990).
Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Poglitsch, et al (2011) yaitu komunikasi mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*. Sejalan dengan penelitian dari Solvianun & Jannah (2017) yang menyebutkan bahwa perawat yang melaksanakan komunikasi dengan baik mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* yang baik.
Perawat harus menjelaskan tujuan, manfaat dan proses perencanaan perawatan kepada pasien dan keluarga dengan cara dan ketepatan komunikasi yang sesuai dengan mereka. Perlu untuk mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut dalam berkomunikasi yaitu latar belakang pribadi, bahasa dan cara-cara yang disukai dalam berkomunikasi, kondisi intelektual, mental dan emosional saat berkomunikasi dan adanya penurunan fisik (misal gangguan pendengaran dan penglihatan) (NCSS, 2006 dalam Rofi'I, 2019).
 4. Pengaruh faktor waktu terhadap pelaksanaan *discharge planning*
Perawat yang memiliki waktu yang cukup sebanyak 52,4%. Faktor waktu memiliki pengaruh yang *significant* terhadap pelaksanaan *discharge planning* ($p\text{ value} = <0,05$). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan *discharge planning* pada perawat di Rumah Sakit Tk. II Udayana dan Rumah Sakit



Bhayangkara Denpasar adalah faktor waktu dengan nilai AOR terbesar yaitu 13,079. Perawat yang memiliki waktu cukup kemungkinan berpeluang 13 kali untuk melaksanakan *discharge planning* dengan baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Poglitsch, et al (2011) yaitu faktor waktu mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*. Hasil penelitian dari Solvianun & Jannah (2017) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* adalah waktu.

Pengaturan waktu oleh perawat dalam pelaksanaan *discharge planning* adalah hal yang utama yang harus dilakukan. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa klien yang masuk ke rumah sakit untuk waktu kurang dari 23 jam harus menerima pendidikan atau diberi instruksi tentang masalah prioritas sebelum mereka pulang ke rumah masing-masing. Waktu yang cukup sangat penting dalam *discharge planning* karena memberikan kesempatan untuk melakukan pengkajian klien, pengembangan dan pelaksanaan *discharge planning* lebih baik.

5. Pengaruh faktor perjanjian dan konsensus terhadap pelaksanaan *discharge planning*

Perawat yang mengadakan perjanjian dan konsensus sebanyak 53,2%. Faktor perjanjian dan konsensus memiliki pengaruh yang *significant* terhadap pelaksanaan *discharge planning* ($p\text{ value} < 0,05$). Faktor keterlibatan dan partisipasi bukan merupakan faktor dominan dalam pelaksanaan *discharge planning* ($p\text{ value} > 0,05$ dan AOR: 2,583).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Poglitsch, Emery & Darragh (2011)

yaitu faktor perjanjian atau konsensus mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*. Pada penelitian ini perawat dan tim kesehatan membuat kesepakatan akan kebutuhan penerimaan informasi dan edukasi harus terpenuhi sebelum pasien lepas rawat.

Kesimpulan

Terdapat pengaruh antara faktor personil, faktor keterlibatan dan partisipasi, faktor komunikasi, faktor waktu, faktor perjanjian dan konsensus terhadap pelaksanaan *discharge planning*. Faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan *discharge planning* adalah faktor waktu. Jika perawat lebih banyak meluangkan waktu untuk pelaksanaan *discharge planning* maka perawat dapat melakukan pengkajian sampai evaluasi secara optimal. Perlu penelitian lanjutan yang bertujuan untuk mengetahui penerapan *discharge planning* pada pasien yang diukur dari sudut pandang pasien.

Daftar Pustaka

- Hardivianty, C. (2017). *Evaluasi Pelaksanaan Discharge Planning di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta (Evaluation of Discharge Planning in PKU Muhammadiyah Hospital - Gamping Yogyakarta)*. *Proceeding Health Architecture*, 1(1), 21–34. Retrieved from http://mmr.umy.ac.id/wp-content/uploads/2017/05/Cynthia-Hardivianty_Page-21-34.pdf
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2016). *Discharge planning from hospital*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5>
- Graham, J., Gallagher, R., & Bothe, J. (2013). *Nurses' discharge planning and risk assessment: Behaviours, understanding and barriers*. *Journal of Clinical Nursing*.



JURNAL ILMIAH ILMU KESEHATAN

Jln. Swakarsa III No. 10-13 GrisakKekalikMataram-NTB.Tlp/Fax. (0370) 638760

<https://doi.org/10.1111/jocn.12179>

- Komite Akreditasi Rumah Sakit, 2019. (2019). SNARS 1.1. *SNARS 1.1*.
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2006). *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Noprianty, R., & Noviyanti, S. (2019). *Pelaksanaan Discharge Planning oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) di Ruang Rawat Inap*. Jurnal Kesehatan Vokasional, 4(3), 139. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.48638>
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Yogyakarta
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional Edisi 3*. In Salemba Medika.
- Okatiranti. (2015). *Gambaran pengetahuan dan sikap perawat dalam pelaksanaan discharge planning pada pasien diabetes mellitus type II*. Jurnal Ilmu Keperawatan.
- Poglitsch, L.A., Emery, M., & Darragh, A. 2011. *A qualitative study of the determinants of successful discharge for older adult inpatients*. Journal of American Physical Therapy Association. (ISSN 1538-6724)
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Rofii, M. (2011). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perencanaan Pulang pada Perawat di Rumah Sakit Sultan Agung Semarang*.
- Rofii, M. (2019). *Discharge Planning Pada Pasien di Rumah Sakit*. Semarang: Undip Press
- Rosdhal, C. B., & Kowalski, M. T. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC.
- Solvianun, M., & Jannah, N. (2017). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Discharge Planning Perawat Pelaksana*. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan, 2(3), 1–7.
- Sugiyono, P. D. *metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta, cv. (2016).
- Wijayanti, U. T., & Berdame, D. Y. (2019). *Implementasi Delapan Fungsi Keluarga di Provinsi Jawa Tengah*. Jurnal Komunikasi, 11(1), 15. <https://doi.org/10.24912/jk.v10i1.2475>
- Yam, C. H. K., Wong, E. L. Y., Cheung, A. W. L., Chan, F. W. K., Wong, F. Y. Y., & Yeoh, E. (2012). *Framework and components for effective discharge planning system: a delphi methodology*. BMC Health Services Research, 12(1), 396.