

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini dijelaskan tentang landasan teori yang mendukung penelitian ini, yaitu: 1) Konsep *Discharge Planning*, 2) Konsep Perawat, 3) Kerangka Teori, 4) Kerangka Konseptual.

#### **2.1 Konsep *Discharge Planning***

##### **2.1.1 Pengertian**

*Discharge planning* adalah mekanisme untuk memberikan perawatan kontinu, informasi tentang kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pulang, perjanjian evaluasi, dan instruksi perawatan diri (Swanburg, 2015). Jackson (1994) menyatakan bahwa *discharge planning* merupakan proses mengidentifikasi kebutuhan pasien dan perencanaannya dituliskan untuk memfasilitasi keberlanjutan suatu pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain (Aprianty, 2018).

*Discharge planning* adalah suatu proses yang dipakai sebagai pengambilan keputusan dalam hal memenuhi kebutuhan pasien dari suatu tempat perawatan ke tempat lainnya. Dalam perencanaan kepulangan, pasien dapat dipindahkan kerumahnya sendiri atau keluarga, fasilitas rehabilitasi, nursing home atau tempat tempat lain diluar rumah sakit (Mugiarti, 2015).

*Discharge planning* sebaiknya dilakukan sejak pasien diterima di suatu agen pelayanan kesehatan, terkhusus di rumah sakit dimana rentang waktu pasien untuk menginap semakin pendek. *Discharge planning* yang efektif seharusnya mencakup pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah-ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan

untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi layanan kesehatan (Berman et al., 2016).

### **2.1.2 Pemberi Layanan *Discharge Planning***

Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Potter & Perry, 2015). *Discharge planning* tidak hanya melibatkan pasien tapi juga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan kesehatan dan sosial bekerja sama (Aprianty, 2018).

Seseorang yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan (*continuing care coordinator*) adalah staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* bersamaan dengan fasilitas kesehatan, menyediakan pendidikan kesehatan, dan memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan dan mengimplementasikan *discharge planning* (Aprianty, 2018).

Seorang perencana pulang atau koordinator perawatan berkelanjutan adalah orang yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses perencanaan pulang di fasilitas kesehatan yang memberikan pendidikan dan dukungan kepada staf rumah sakit dalam pengembangan dan pelaksanaan rencana pemulangan. Perencana pembuangan ditugaskan untuk merencanakan, mengkoordinasikan, dan memantau proses pembuangan dan untuk menerapkan kebijakan pembuangan untuk menjamin kelangsungan perawatan. Mereka berkoordinasi dengan pasien, keluarga, tim perawatan kesehatan, sumber daya, dan layanan untuk memfasilitasi transisi pasien dari rumah sakit ke komunitas atau ke lembaga perawatan lain secara individual, hemat waktu, hemat biaya, dan berkelanjutan (S. C. Lin et al., 2013).

### **2.1.3 Penerima *Discharge Planning***

Semua pasien yang dihospitalisasi memerlukan *discharge planning* (C. J. Lin et al., 2012). Namun, ada beberapa kondisi yang menyebabkan pasien beresiko tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan setelah pasien pulang, seperti pasien yang menderita penyakit terminal atau pasien dengan kecacatan permanen (Rice, 1992 dalam (Potter & Perry, 2015).

### **2.1.4 Tujuan *Discharge Planning***

*Discharge planning* bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik untuk mempertahankan atau mencapai fungsi maksimal setelah pulang (Carpenito, 2017). *Discharge planning* juga bertujuan memberikan pelayanan terbaik untuk menjamin keberlanjutan asuhan berkualitas antara rumah sakit dan komunikasi yang efektif (C. J. Lin et al., 2012).

The Royal Marsden Hospital (2004) menyatakan bahwa tujuan dilakukannya *discharge planning* antara lain untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk ditransfer ke rumah atau ke suatu lingkungan yang dapat disetujui. Selain itu *discharge planning* bertujuan menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk mempertemukan kebutuhan mereka dalam proses pemulangan.

*Discharge planning* akan memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien, mempromosikan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien, teman-teman, dan keluarga dengan menyediakan, memandirikan aktivitas perawatan diri (Aprianty, 2018).

### **2.1.5 Prinsip *Discharge Planning***

Prinsip-prinsip *discharge planning* menurut (Aprianty, 2018) adalah sebagai berikut:

1. Klien merupakan fokus dalam *discharge planning*. Nilai keinginan dan kebutuhan dari klien perlu dikaji dan dievaluasi.
2. Kebutuhan dari klien diidentifikasi, kebutuhan ini dikaitkan dengan masalah yang mungkin muncul pada saat klien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang muncul di rumah dapat segera diantisipasi.
3. *Discharge planning* dilakukan secara kolaboratif.

*Discharge planning* merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerja sama.

4. *Discharge planning* disesuaikan dengan sumber daya dan fasilitas yang ada. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga yang tersedia maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat.
5. *Discharge planning* dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap klien masuk tatanan pelayanan maka *discharge planning* harus dilakukan.

### **2.1.6 Proses *Discharge Planning***

Proses *discharge planning* mencakup kebutuhan fisik pasien, psikologis, sosial, budaya, dan ekonomi. Potter dan Perry (2015) membagi proses *discharge planning* atas tiga fase, yaitu akut, transisional, dan pelayanan berkelanjutan. Pada fase akut, perhatian utama medis berfokus pada usaha *discharge planning*. Pada fase transisional, kebutuhan pelayanan akut selalu terlihat, tetapi tingkat urgensinya semakin berkurang, pasien mulai dipersiapkan untuk pulang dan merencanakan kebutuhan perawatan masa depan. Pada fase

pelayanan berkelanjutan, pasien mampu untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pelaksanaan aktivitas perawatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pemulangan.

Potter dan Perry (2015) menyusun format *discharge planning* sebagai berikut:

### 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien. Menurut Slevin (1986) pengkajian *discharge planning* berfokus pada 4 area yang potensial, yaitu pengkajian fisik dan psikososial, status fungsional, kebutuhan *health education* dan konseling.

### 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan didasarkan pada pengkajian *discharge planning*, dikembangkan untuk mengetahui kebutuhan pasien dan keluarga. Yaitu mengetahui problem, etiologi (penyebab), support sistem (hal yang mendukung pasien sehingga dilakukan *discharge planning*).

### 3. Perencanaan

Perencanaan pemulangan pasien membutuhkan identifikasi kebutuhan pasien. Kelompok perawat berfokus pada kebutuhan rencana pengajaran yang baik untuk persiapan pulang pasien, yang disingkat dengan METHOD yaitu :

- a. *Medication* (obat). Pasien sebaiknya mengetahui obat yang harus dilanjutkan setelah pulang.
- b. *Environment* (lingkungan). Lingkungan tempat pasien akan pulang dari rumah sakit sebaiknya aman. Pasien juga sebaiknya memiliki fasilitas pelayanan yang dibutuhkan untuk kelanjutan perawatannya.

- c. *Treatment* (pengobatan). Perawat harus memastikan bahwa pengobatan dapat berlanjut setelah pasien pulang, yang dilakukan oleh pasien dan anggota keluarga.
- d. *Health Teaching* (pengajaran kesehatan). Pasien yang akan pulang sebaiknya diberitahu bagaimana mempertahankan kesehatan, termasuk tanda dan gejala yang mengindikasikan kebutuhan perawatan kesehatan tambahan.
- e. *Outpatient Referral*. Klien sebaiknya mengenal pelayanan dari rumah sakit atau agen komunitas lain yang dapat meningkatkan perawatan yang kontinu.
- f. Diet Pasien. Sebaiknya diberitahu tentang pembatasan pada dietnya dan pasien sebaiknya mampu memilih diet yang sesuai untuk dirinya.

#### 4. Implementasi

Implementasi dalam *discharge planning* adalah pelaksanaan rencana pengajaran referal. Seluruh pengajaran yang diberikan harus didokumentasikan pada catatan perawat dan ringkasan pulang (*discharge summary*). Intruksi tertulis diberikan kepada pasien. Demonstrasi ulang harus memuaskan, pasien dan pemberi perawatan harus memiliki keterbukaan dan melakukannya dengan alat yang digunakan dirumah.

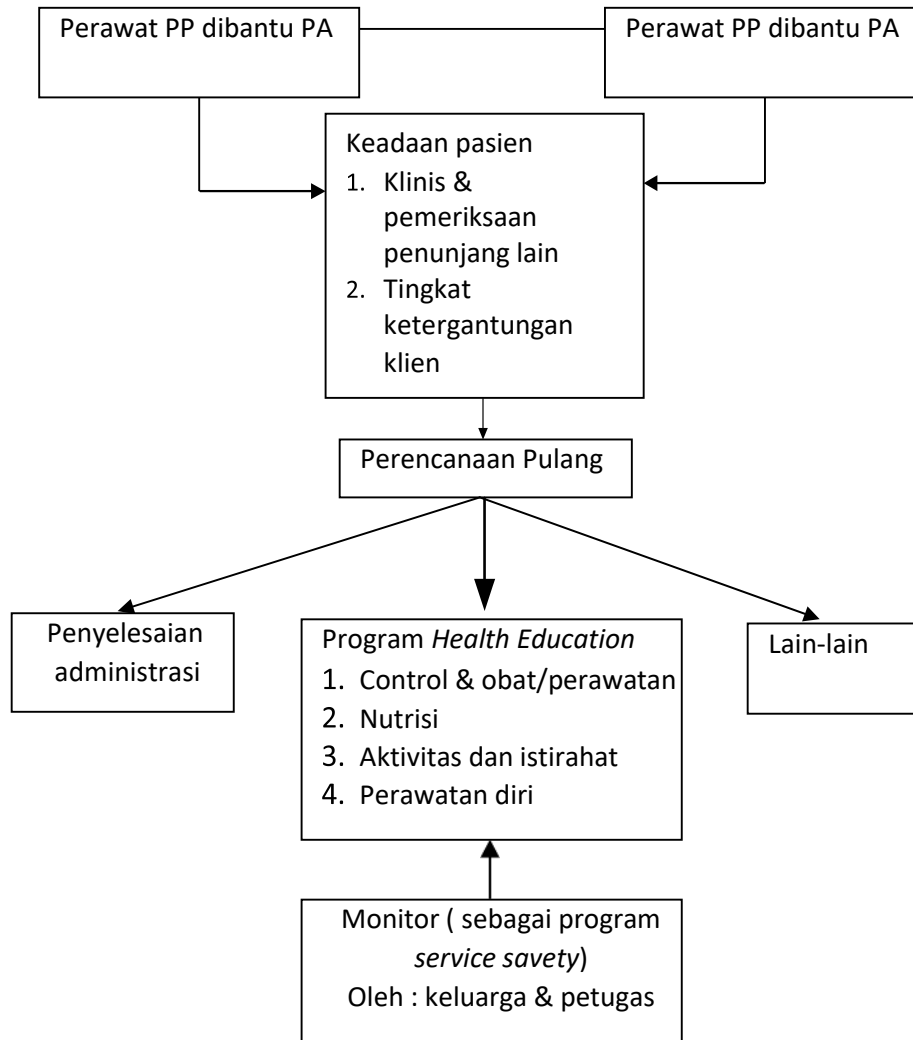
#### 5. Evaluasi

Evaluasi sangat penting dalam proses *discharge planning*. Perencanaan dan penyerahan harus diteliti dengan cermat untuk menjamin kualitas dan pelayanan yang sesuai. Keberhasilan program rencana pemulangan tergantung pada enam variabel:

- a. Derajat penyakit
- b. Hasil yang diharapkan dari perawatan
- c. Durasi perawatan yang dibutuhkan
- d. Jenis-jenis pelayanan yang diperlakukan

- e. Komplikasi tambahan
- f. Ketersediaan sumber-sumber untuk mencapai pemulihan

### 2.1.7 Alur Pelaksanaan *Discharge Planning*



Gambar 2. 1 Alur Pelaksanaan *Discharge Planning*

Alur pelaksanaan *discharge planning* menurut (Aprianty, 2018):

1. Membuat *discharge planning* (*discharge planning*)
2. Membuat leaflet.
3. Memberikan konseling.

4. Memberikan pendidikan kesehatan.

Adapun langkah perencanaan pulang pada pasien menurut (Potter & Perry, 2015) adalah:

**Tabel 2. 1 Langkah *Discharge Planning***

<b>Langkah Pemulangan Pasien</b>
<b>Saat Pasien Masuk</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sejak waktu penerimaan pasien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pasien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan, dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus-menerus.</li> <li>2. Kaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi di rumah, hal yang harus dihindari akibat dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkin terjadi.</li> <li>3. Bersama pasien dan keluarga, kaji faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri.</li> <li>4. Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain (contoh, terapi fisik) mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau tempat pelayanan yang diperluas lainnya.</li> <li>5. Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut.</li> <li>6. Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan pasien setelah pulang.</li> <li>7. Tetapkan diagnosa keperawatan dan rencana perawatan yang tepat. Lakukan implementasi rencana perawatan. Evaluasi kemajuan secara terus-menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu sebagai berikut:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya</li> <li>b. Pasien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya</li> <li>c. Lingkungan rumah akan menjadi aman</li> <li>d. Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah</li> </ol> </li> </ol>
<b>Sebelum Hari Pemulangan</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Anjurkan cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi.</li> <li>9. Berikan informasi tentang sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada pasien dan keluarga.</li> <li>10. Lakukan pendidikan untuk pasien dan keluarga sesegera mungkin setelah pasiendi rawat di rumah sakit (contoh, tanda dan gejala komplikasi; informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan peralatan medis dalam perawatan lanjutan, diet, latihan, hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit atau operasi yang dijalani), Pasien mungkin dapat diberikan pamflet atau buku</li> </ol>



### **Saat Hari Pemulangan**

11. Biarkan pasien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah.
12. Periksa order pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan.
13. Tentukan apakah pasien dan keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah.
14. Tawarkan bantuan ketika pasien berpakaian atau mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi bila diperlukan.
15. Periksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang pasien yang masih tertinggal.
16. Berikan pasien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya.
17. Hubungi kantor keuangan lembaga untuk menentukan apakah pasien masih perlu membayar sisa tagihan biaya. Atur pasien atau keluarga untuk pergi ke kantor tersebut.
18. Gunakan alat pengangkut barang untuk membawa barang-barang pasien. Berikan kursi roda untuk pasien yang tidak bisa berjalan sendiri.
19. Bantu pasien pindah ke kursi roda dengan menggunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar.
20. Kunci kursi roda. Bantu pasien pindah ke mobil atau alat transportasi lain.
21. Kembali ke unit dan beritahukan departemen penerimaan atau departemen lain yang berwenang mengenai waktu kepulangan pasien.
22. Catat kepulangan pasien pada format ringkasan pulang. Pada beberapa institusi, pasien akan menerima salinan dari format tersebut.
23. Dokumentasikan status masalah kesehatan saat pasien pulang

Sumber: (Potter & Perry, 2015)

### 2.1.8 Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan *Discharge Planning*

Faktor-faktor yang mempengaruhi *discharge planning* adalah:

#### 1. Tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan perawat merupakan faktor penting dalam mencapai efektivitas *discharge planning*. Perawat yang telah dilatih tentang metode dan konsep *discharge planning* akan lebih efektif dalam melaksanakan *discharge planning* dibandingkan perawat yang belum dilatih (Soebagiyo et al., 2020).

Pengetahuan perawat tentang *discharge planning* diperlukan untuk mengkaji setiap pasien dengan mengumpulkan dan menggunakan data yang berhubungan untuk mengidentifikasi masalah aktual dan potensial, menentukan tujuan dengan atau bersama pasien dan keluarga, memberikan tindakan khusus untuk mengajarkan dan mengkaji secara individu dalam mempertahankan atau memulihkan kembali kondisi pasien secara optimal dan mengevaluasi kesinambungan asuhan keperawatan (Sumah & Nendissa, 2019).

Notoatmodjo (2016) menjelaskan tingkatan pengetahuan antara lain :

- a. Tahu (*know*) Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya. Termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recal*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah di terima. Oleh sebab itu tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu apa yang telah di pelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya

- b. Memahami (*comprehension*), Memahami diartikan sebagai bagian dari suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan meramalkan terhadap obyek yang di pelajari.
- c. Aplikasi (*Application*), Aplikasi diartika sebagai kemampuan untuk megunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi rill (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum- hukum, rumus, metode, prinsip dan konsep atau situasi yang lain.
- d. Analisa (*Analysis*), Analisah adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen- komponen, tetapi masih di dalam satu strukturorganisasi tersebut dan ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, mengelompokkan dan sebagainya.
- e. Sintesis (*Syntesis*), Sistesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sistesis adalah suatu kemampuan untuk mentyusun formulasi baru. Misalnya dapat menyusun, merencanakan, dapat meningkatkan, dapat menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori dan rumusan - rumusan yang telah ada.
- f. Evaluasi (*Evaluation*), Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilean dari suatu materi atau obyek. Penilean - penilean itu berdasarkan suatu kereteria yang di tentukan sendiri untuk menggunakan kriteria- kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2016a). Cara mengukur pengetahuan dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan, kemudian dilakukan penilaian- penilaian yaitu nilai 1 untuk jawaban benar dan nilai 0 untuk jawaban salah. Kemudian diukur dengan menggunakan rumus persentase sebagai berikut:

$$P = \frac{Sp}{Sm} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Prosentase

Sp = Skor yang diperoleh responden

Sm = Skor maksimal

Kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Baik : Hasil presentase 76% - 100%.
- b. Cukup : Hasil presentase 56% - 75%.
- c. Kurang: Hasil presentase < 56% (Arikunto, 2016)

## 2. Faktor Personel

Perawat dan tim kesehatan lain seperti dokter, gizi, farmasi dan kerja sosial mendiskusikan status klien untuk pertimbangan pemulangan. Perawat primer dan ketua tim, bertanggung jawab untuk melihat apakah klien dan keluarga telah mendapat instruksi (program) pulang yang diperlukan. Semua instruksi berupa lisan, tulisan dan cetakan yang diberikan kepada klien harus didokumentasikan (Solvianun & Jannah, 2017)

## 3. Faktor Keterlibatan dan Partisipasi

Dengan bekerja sama, tujuan baru pada konferensi pulang dapat dibuat oleh tim layanan kesehatan dan klien. Keluarga belajar untuk membantu klien memenuhi tujuan baru dan tujuan sebelumnya yang telah ditetapkan. Fungsi keluarga adalah untuk saling mendukung bagi anggota keluarganya. Dukungan keluarga pada pasien sangat dibutuhkan untuk mencapai proses penyembuhan dan pemulihan (Solvianun & Jannah, 2017).

#### 4. Faktor Komunikasi

Tujuan komunikasi kesehatan ialah mengubah perilaku kesehatan untuk peningkatan derajat kesehatan. Dalam proses peningkatan status kesehatan upaya komunikasi kesehatan dapat memberikan kontribusi yang sangat penting dilakukan secara menyeluruh dengan melibatkan instansi terkait. Komunikasi kesehatan merupakan langkah dalam berkomunikasi untuk menyebarluaskan informasi kesehatan yang dapat mempengaruhi individu dan komunitas agar dapat membuat keputusan yang tepat untuk pengelolaan kesehatan (Solvianun & Jannah, 2017)

#### 5. Faktor Waktu

Beberapa perawat staf tampak tidak teratur dalam usaha merawat pasien. Biasanya, ketidakteraturan ini diakibatkan oleh perencanaan yang buruk. Perencanaan terjadi pertama dalam proses manajemen karena kemampuan untuk disorganisir berkembang dari perencanaan yang baik. Selama perencanaan mereka harus meluangkan waktu untuk memikirkan bagaimana rencana akan diterjemahkan ke dalam tindakan (Solvianun & Jannah, 2017).

#### 6. Faktor Perjanjian dan Konsensus

Tenaga kesehatan mengadakan konferensi dengan klien dan keluarga sebelum klien pulang dari fasilitas pelayanan. Tujuan konferensi untuk mengidentifikasi tujuan jangka panjang yang tetap tidak terselesaikan dan berencana untuk memberikan bantuan berkelanjutan pada pasien (Solvianun & Jannah, 2017).

Fokus utama dari DPNs adalah mencapai kepulangan pasien dengan kesepakatan dan memiliki izin dari keluarga untuk mencapai kepuasan dan keselamatan pasien saat di rumah. Pentingnya keterlibatan pasien dan keluarganya untuk memberikan keputusan dalam asuhan keperawatan dapat memudahkan perumusan *discharge planning* yang diberikan oleh tim multidisiplin. Keterlibatan dan partisipasi dapat diketahui dari kegiatan perawat mengkonfirmasi perencanaan pulang terhadap keputusan pasien dan keluarga yang akan melaksanakannya di rumah (Prameswari, 2019).

Pengukuran lima faktor yang disusun menjadi 27 pertanyaan dikembangkan oleh Poglitsch, Emery & Darragh (2011); NCSS (2006); Moran, et al. (2005); Tomura et al. (2011) dalam Rofii. (Prameswari, 2019). Faktor- faktor itu diantaranya faktor personel, keterlibatan dan partisipasi, waktu, komunikasi, perjanjian dan konsensus. Skala ukur yang digunakan adalah skala Guttman dengan kriteria untuk pernyataan positif “Ya” (nilai 2, jika pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi yang dialami perawat saat ini) dan “Tidak” (nilai 1, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat saat ini). Pernyataan negatif “Ya” (nilai 1, jika pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi yang dialami perawat saat ini) dan “Tidak” (nilai 2, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat saat ini) kemudian dikriteriakan menjadi:

- a. Baik, jika  $\geq$  median
- b. Kurang baik, jika  $<$  median

### **2.1.9 Pengukuran Pelaksanaan *Discharge Planning***

Pengukuran pelaksanaan *discharge planning* diadopsi peneliti dari Thesis (Darnanik, 2018): Penilaian skor terdiri dari:

Tidak pernah (tidak pernah melakukan) = 1, kadang-kadang (kadang melakukan dan sering tidak melakukan) = 2, sering (sering melakukan sesuai pernyataan dan kadang tidak melakukan) = 3, dan selalu (selalu melakukan sesuai pernyataan) = 4. Skala akan dikategorikan kriteria pelaksanaan:

1. Baik jika skor  $>75\%$
2. Cukup jika skor  $<60\%-75\%$
3. Kurang jika skor  $<60\%$  (Darnanik, 2018)

## **2.2 Konsep Perawat**

### **2.2.1 Pengertian**

Perawat adalah suatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantu memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien (Suwignyo, 2012).

Menurut (Wardhono, 2012) mendefinisikan perawat adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan professional keperawatan, dan diberi kewenangan untuk

melaksanakan peran serta fungsinya. Perawat adalah profesi yang difokuskan pada perawatan individu, keluarga, dan masyarakat sehingga mereka dapat mencapai, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan yang optimal dan kualitas hidup dari lahir sampai mati (Bagolz, 2013).

### **2.2.2 Konsep utama keperawatan**

Terdapat lima konsep utama keperawatan menurut (Suwignyo, 2012), yaitu:

#### **1. Tanggung jawab perawat**

Tanggung jawab perawat yaitu membantu apapun yang pasien butuhkan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (misalnya kenyamanan fisik dan rasa aman ketika dalam mendapatkan pengobatan atau dalam pemantauan). Perawat harus mengetahui kebutuhan pasien untuk membantu memenuhinya. Perawat harus mengetahui benar peran profesionalnya, aktivitas perawat profesional yaitu tindakan yang dilakukan perawat secara bebas dan bertanggung jawab guna mencapai tujuan dalam membantu pasien. Ada beberapa aktivitas spontan dan rutin yang bukan aktivitas profesional perawat yang dapat dilakukan oleh perawat, sebaiknya hal ini dikurangi agar perawat lebih terfokus pada aktivitas-aktivitas yang benar-benar menjadi kewenangannya.

#### **7. Mengenal perilaku pasien**

Mengenal perilaku pasien yaitu dengan mengobservasi apa yang dikatakan pasien maupun perilaku nonverbal yang ditunjukkan pasien.



## 8. Reaksi segera

Reaksi segera meliputi persepsi, ide dan perasaan perawat dan pasien. Reaksi segera adalah respon segera atau respon internal dari perawat dan persepsi individu pasien, berfikir dan merasakan.

## 9. Disiplin proses keperawatan

Disiplin proses keperawatan sebagai interaksi total (*totally interactive*) yang dilakukan tahap demi tahap, apa yang terjadi antara perawat dan pasien dalam hubungan tertentu, perilaku pasien, reaksi perawat terhadap perilaku tersebut dan tindakan yang harus dilakukan, mengidentifikasi kebutuhan pasien untuk membantunya serta untuk melakukan tindakan yang tepat.

## 10. Kemajuan / peningkatan

Peningkatan berarti tumbuh lebih, pasien menjadi lebih berguna dan produktif.

### **2.2.3 Perawat Profesional**

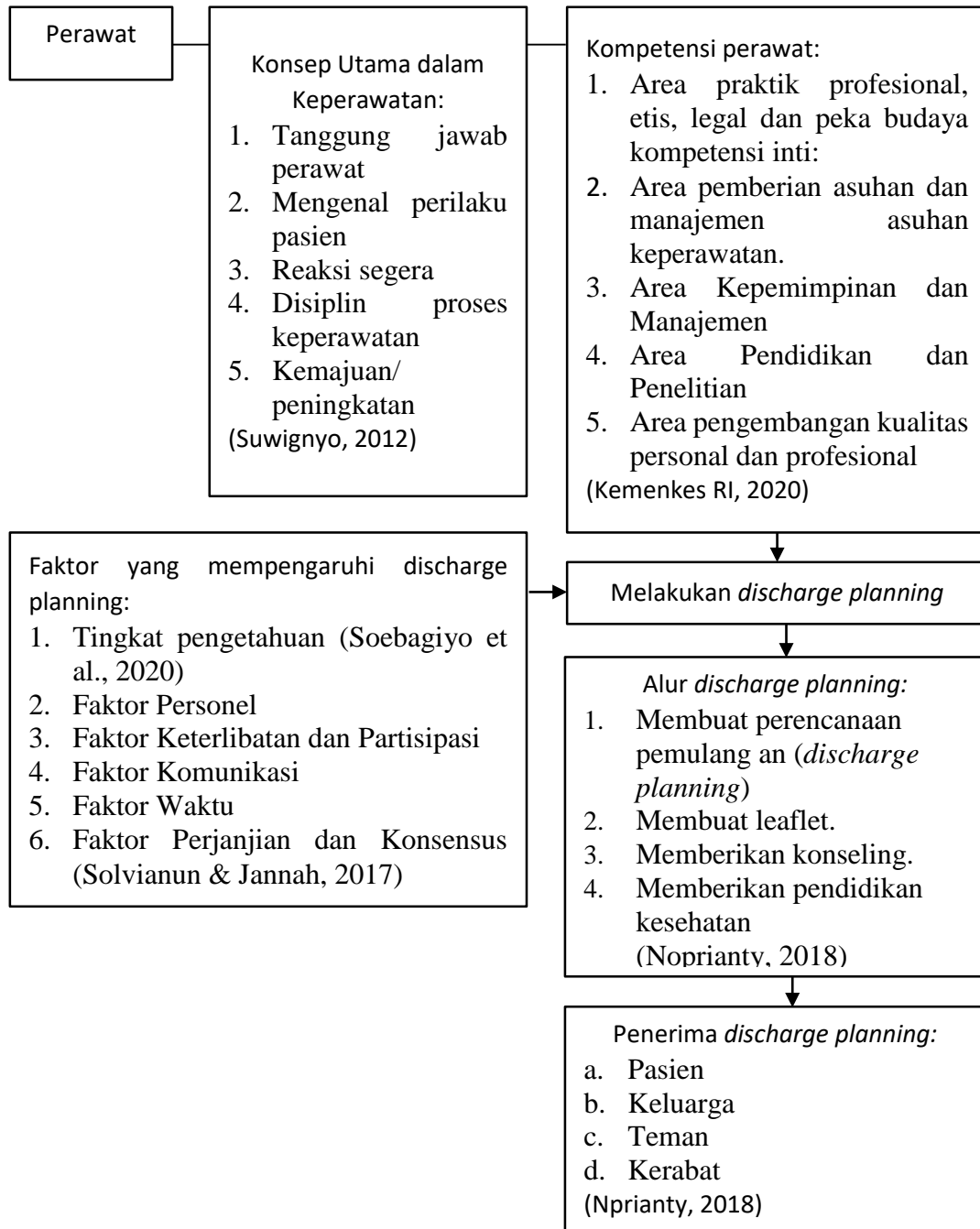
Kompetensi yang harus dicapai oleh perawat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07-MENKES-425-2020 tentang Standar Profesi Perawat (Kemenkes RI, 2020):

1. Area praktik profesional, etis, legal dan peka budaya kompetensi inti:
  - a. Bertanggung jawab terhadap praktik profesional
  - b. Melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya
  - c. Melaksanakan praktik secara legal
2. Area pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan. Kompetensi inti:
  - a. Menerapkan prinsip dasar dalam pemberian asuhan keperawatan dan pengelolaannya

- b. Melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan
  - c. Melakukan pengkajian keperawatan
  - d. Menyusun rencana keperawatan
  - e. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana
  - f. Mengevaluasi asuhan tindakan keperawatan.
  - g. Menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal dalam pemberian pelayanan dan asuhan keperawatan
  - h. Menerapkan kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan pelayanan keperawatan
  - i. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman
  - j. Membina hubungan interprofesional dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan
  - k. Menjalankan fungsi delegasi dan supervisi baik dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan
3. Area Kepemimpinan dan Manajemen
- a. Mampu melakukan praktik kepemimpinan, manajemen Asuhan Keperawatan dan manajemen Pelayanan Keperawatan.
  - b. Menerapkan konsep kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan:
    - 1) Asuhan Keperawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
    - 2) Program kesehatan komunitas untuk tujuan promosi dan pencegahan masalah kesehatan.
    - 3) Fasilitas kesehatan untuk menunjang Pelayanan Keperawatan.

- 4) Sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dan finansial untuk Pelayanan Keperawatan bermutu.
  - 5) Penyelenggaran Pelayanan Keperawatan personal, kolaborasi, institusional yang efektif, efisien, akuntabel dan terjangkau.
  - 6) Masalah-masalah kesehatan dan kebijakan Pemerintah dalam bidang kesehatan dan Keperawatan dengan perumusan masalah dan pemilihan prioritas intervensi yang efektif dan efisien.
4. Area Pendidikan dan Penelitian
- a. Mampu melakukan praktik pendidikan dalam Keperawatan dan penelitian dalam bidang Keperawatan.
  - b. Memahami peran dan fungsi pendidik klinik (*Preceptor*) dalam pendidikan Keperawatan.
  - c. Memahami kebutuhan pendidikan dan keterampilan klinik dalam pendidikan Keperawatan.
  - d. Merancang dan melaksanakan penelitian sederhana dalam bidang Keperawatan.
  - e. Menerapkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu
5. Asuhan Keperawatan. Area pengembangan kualitas personal dan profesional kompetensi inti:
- a. Melaksanakan peningkatan profesional dalam praktik keperawatan
  - b. Melaksanakan peningkatan mutu pelayanan maupun asuhan keperawatan
  - c. Mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi

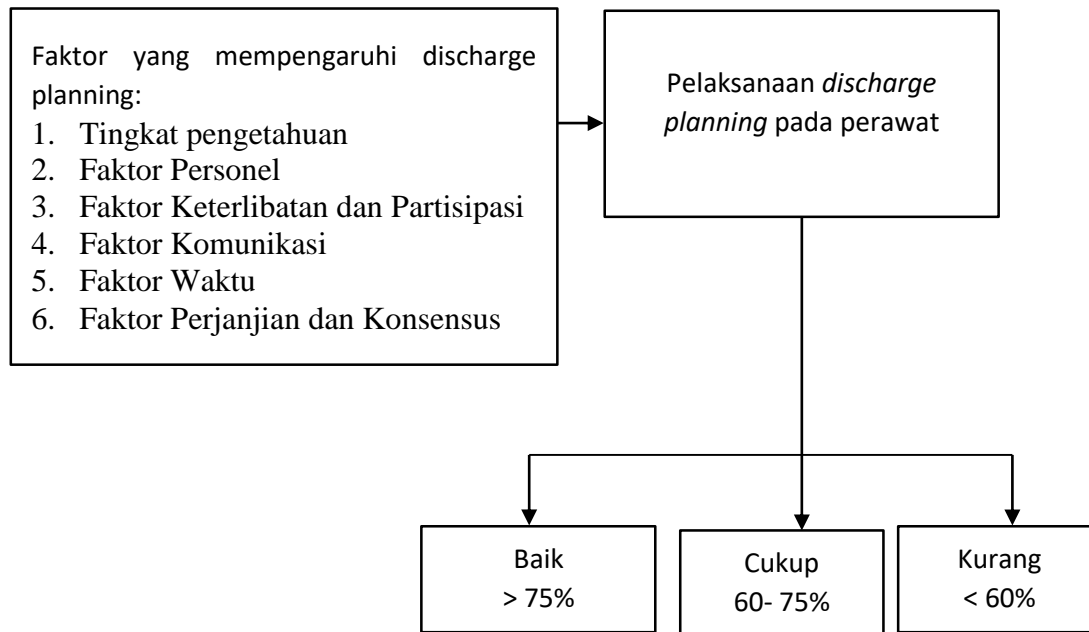
### 2.3 Kerangka Teori



**Gambar 2.2 Kerangka Teori Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan *Discharge Planning* pada Perawat di RSUD Anwar Medika Sidoarjo**

(Sumber: Noprianty, 2018; Kemenkes RI, 2020; (Soebagiyo et al., 2020; Solvianun & Jannah, 2017; Suwignyo, 2012)

### 2.4 Kerangka Konseptual



Keterangan:

: diteliti

: tidak diteliti

**Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan *Discharge Planning* pada Perawat di RSUD Anwar Medika Sidoarjo**

## 2.5 Hipotesis Penelitian

Hipotesis Penelitian adalah jawaban sementara terhadap pertanyaan-pertanyaan penelitian. Hipotesis dapat dijelaskan dari berbagai sudut pandang, misalnya secara etimologis, teknis, statistik, dan lain sebagainya. Umumnya pengertian yang banyak digunakan bahwa hipotesis adalah jawaban sementara penelitian (Sugiyono, 2016).

H<sub>1</sub>: Faktor pengetahuan, personel, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus secara simultan mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* pada perawat di RSUD Anwar Medika Sidoarjo

H<sub>2</sub>: Faktor pengetahuan, personel, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus secara parsial berhubungan dengan pelaksanaan *discharge planning* pada perawat di RSUD Anwar Medika Sidoarjo