

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, definisi pulang atas permintaan sendiri adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan pulang oleh dokter. Selain itu, secara umum pulang atas permintaan sendiri juga dapat diartikan sebagai tindakan pasien rawat inap yang pulang atau menghentikan pengobatan dan perawatan tanpa persetujuan dokter dan rumah sakit. Tingginya jumlah pasien yang Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS) tidak terlepas dari beberapa faktor kebutuhan akan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit, menurut Trisnantoro (2011) bahwa keputusan dalam menggunakan pelayanan di dalam rumah sakit disebabkan faktor demografis, karakteristik pribadi pasien, sosial ekonomi (tarif, ada tidaknya sistem asuransi, penghasilan, dukungan keluarga) dan penilaian pribadi akan status kesehatannya serta faktor kualitas pelayanan yang diberikan. Pendapat lainnya diungkapkan Shinta (2011) bahwa perilaku konsumen seseorang dipengaruhi oleh faktor individu (pendidikan, kebutuhan, kepercayaan, jarak), faktor sosial ekonomi dan persepsi terhadap pelayanan yang akan diberikan.

Sebagaimana pengertian diatas yang diungkapkan oleh Trisnantoro (2011) mengenai faktor dalam keputusan pasien menggunakan pelayanan

rumah sakit, maka dalam hal ini peneliti mengambil beberapa faktor yang dijadikan indikator untuk mengetahui kejadian PAPS di RSUD Wamena yaitu antara lain faktor Pengetahuan, Dukungan Keluarga, dan Biaya. Hal ini dikarenakan sebagaimana pengetahuan dapat menggambarkan mengenai karakteristik dari pribadi seorang pasien yang dalam hal ini pengetahuan yang dimaksud adalah dalam menerima atau menjadi konsumen di rumah sakit. Dan dukungan keluarga untuk mendorong pasien agar bisa secara emosional ataupun dukungan lainnya sehingga pasien bisa menjalani rawat inap di rumah sakit. Dan biaya yang dalam hal ini baik secara biaya personal dalam memenuhi kebutuhan atau asuransi lainnya untuk memenuhi dan menunjang berlangsungnya pengobatan yang diterima pasien selama melakukan rawat inap.

## **1. Konsep Pengetahuan**

### **a. Definisi Pengetahuan**

Dilihat dari perspektif bahasa, pengetahuan dapat dipandang sebagai jejak yang terukir dalam alam pikiran manusia, muncul akibat penggunaan panca indera yang dimilikinya (Mubarak, dkk. 2014). Pengetahuan ini merupakan hasil dari proses penangkapan informasi oleh panca indera manusia, atau sebagai hasil dari pemahaman individu terhadap berbagai objek melalui panca inderanya, termasuk mata, hidung, telinga, dan elemen-elemen indera lainnya (Notoatmodjo, 2013).

### **b. Tingkat pengetahuan**

Notoatmodjo (2015) menguraikan bahwa pengetahuan memiliki enam tingkat pengetahuan yang berbeda:

1) Tahu (know)

Tingkat ini hanya sebatas mengingat kembali memori yang telah ada setelah pengamatan sebelumnya terhadap suatu objek atau informasi.

2) Memahami (comprehension)

Memahami sesuatu tidak hanya berarti mengetahui objek tersebut, melainkan juga menginterpretasikannya dengan benar, tidak hanya sekadar menyebutkan fakta, tetapi juga memahami maknanya.

3) Aplikasi (application)

Tingkat ini tercapai ketika seseorang yang telah memahami suatu konsep dapat mengaplikasikannya dalam situasi yang berbeda.

4) Analisis (analysis)

Analisis merupakan kemampuan seseorang untuk menguraikan, memisahkan, dan menemukan hubungan antara komponen-komponen pengetahuan terhadap objek tertentu.

5) Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjukkan kemampuan seseorang untuk merangkum atau menghubungkan komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki dalam suatu rangkaian logis.

6) Evaluasi (evaluation)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk menilai suatu objek khusus, berdasarkan pada kriteria yang telah ditetapkan atau norma-norma yang berlaku dalam masyarakat.

**c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan**

Menurut Mubarak dan rekan-rekannya (2017), terdapat sejumlah variabel yang memiliki dampak signifikan terhadap tingkat pengetahuan individu. Variabel-variabel ini meliputi:

1) Pendidikan

Pendidikan mencerminkan bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain tentang suatu hal dengan tujuan untuk meningkatkan pemahaman. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah bagi mereka untuk menerima informasi, sebab pengetahuan yang dimiliki oleh individu cenderung lebih banyak. Sebaliknya, individu dengan tingkat pendidikan yang rendah mungkin menghadapi hambatan dalam mengembangkan sikap penerimaan terhadap informasi.

2) Pekerjaan

Lingkungan kerja dapat menjadi sumber pengalaman dan pengetahuan, baik secara langsung maupun tidak langsung,

bagi individu. Pengalaman yang diperoleh dalam lingkungan kerja dapat memperkaya pengetahuan seseorang.

3) Usia

Berkembangnya usia seseorang membawa perubahan dalam aspek fisik dan psikologi (mental). Ini bisa mempengaruhi cara individu menyerap, mengolah, dan menggunakan informasi dalam pembentukan pengetahuan mereka.

4) Akses terhadap Informasi

Kemudahan dalam mendapatkan informasi memiliki peran penting dalam mempercepat proses pemerolehan pengetahuan baru oleh individu. Kemudahan ini dapat memengaruhi sejauh mana seseorang dapat mengembangkan pengetahuan mereka.

**d. Pengukuran Pengetahuan**

Mengukur tingkat pengetahuan bisa diwujudkan melalui beragam cara, seperti melakukan wawancara atau mengadakan angket yang mengeksplorasi konten yang ingin diukur dari subjek penelitian atau peserta penelitian. Selanjutnya, hasil pengukuran pengetahuan ini dapat disesuaikan dengan berbagai tingkatan yang relevan (Notoatmodjo, 2007).

Riwidikdo (2015) mengemukakan bahwa pengetahuan dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kategori, termasuk tingkat

pengetahuan yang baik, cukup, atau kurang.

- 1) Tinggi, bila nilai >75%
- 2) Sedang, bila nilai 51-75 %
- 3) Rendah, bila nilai <50 % (Arikunto, 2013)

## **2. Konsep Dukungan Keluarga**

### **a. Definisi Dukungan Keluarga**

Menurut Friedman (2014), konsep dukungan keluarga mencakup sikap, tindakan, dan penerimaan yang diberikan oleh anggota keluarga terhadap satu sama lain. Keluarga dipandang sebagai komponen integral dari lingkungan keluarga yang saling terhubung. Dalam konteks ini, keluarga berperan sebagai sistem pendukung yang selalu siap memberikan bantuan ketika diperlukan.

Kane, seperti yang dikutip oleh Friedman (2012), mengartikan dukungan keluarga sebagai suatu proses relasi antara keluarga dan lingkungan sosial mereka. Sementara menurut Kuncoro (2012), dukungan keluarga mencakup komunikasi verbal dan non-verbal, saran, bantuan nyata, atau tindakan yang diberikan oleh individu-individu yang memiliki ikatan dekat dengan subjek dalam konteks sosialnya. Dukungan ini bisa berwujud kehadiran fisik atau pengaruh positif terhadap perilaku penerimanya, yang pada akhirnya memberikan rasa lega dan perhatian emosional.

Dukungan dari keluarga dan masyarakat memiliki peran penting dalam meningkatkan kepatuhan seseorang. Hal ini

mencakup pengawasan dan dorongan yang diberikan kepada individu. Kelebihan dari dukungan keluarga adalah kemampuan untuk tinggal bersama atau dekat dengan anggota keluarga yang membutuhkan dukungan, seperti ibu dan balita. Ini mengoptimalkan pemantauan dan mengurangi biaya transportasi, seperti yang dijelaskan oleh Becher (2014). Keluarga juga menyadari pentingnya kepatuhan, terutama dalam hal kunjungan ibu dan balita ke posyandu, yang sangat penting untuk memantau perkembangan balita sehingga mereka dapat tumbuh sehat secara optimal.

**b. Jenis Dukungan Keluarga**

Kaplan (2013) mengulas peran keluarga dengan mengidentifikasi empat bentuk dukungan yang mereka tawarkan, masing-masing memiliki karakteristik unik. Dukungan informasional, sebagai contoh, berperan sebagai pengumpul dan penyampai pengetahuan tentang dunia sekitar, yang berperan penting dalam mengatasi berbagai masalah. Memberikan informasi yang khusus dapat membantu individu menghadapi stresor, karena saran, rekomendasi, dan petunjuk yang diberikan oleh keluarga mampu memberikan arah yang jelas.

Dalam hal dukungan penilaian, keluarga berfungsi sebagai pembimbing yang memberikan umpan balik dan berperan dalam menengahi masalah serta memvalidasi identitas anggota keluarga.

Ini meliputi memberikan dukungan, pengakuan, penghargaan, dan perhatian kepada individu dalam keluarga, yang dapat sangat berarti (Andriono, 2013).

Sementara itu, dukungan instrumental merupakan bentuk dukungan praktis yang ditawarkan oleh keluarga, termasuk bantuan materi, tenaga, dan sumber daya yang konkrit. Manfaat utamanya adalah mendukung pemulihan energi, stamina, dan semangat yang dapat menurun ketika seseorang menghadapi kesulitan. Ini juga memberikan individu kepercayaan bahwa mereka masih diperhatikan dan dicintai oleh lingkungan mereka saat mengalami masa-masa sulit (Hartati, 2015).

Dukungan emosional, pada gilirannya, berperan sebagai tempat yang aman dan mendamaikan bagi individu untuk beristirahat dan pulih, serta membantu mereka mengelola emosi. Ini penting karena membantu menjaga privasi dan nilai-nilai individu tetap terlindungi. Dalam bentuk afeksi, kepercayaan, perhatian, mendengarkan, dan didengarkan, dukungan emosional ini membantu menjaga keseimbangan emosional individu (baik pria maupun wanita) (Isnaini, 2012).

### **c. Manfaat Dukungan Keluarga**

Menurut Wills (2013), ia mencapai simpulan bahwa efek-efek penyangga dan efek-efek utama yang timbul dari dukungan sosial memainkan peran penting dalam melindungi individu dari dampak

negatif stres dan secara langsung memengaruhi hasil kesehatan. Sebenarnya, ada kemungkinan bahwa efek-efek penyangga dan efek-efek utama dari dukungan sosial dapat berinteraksi secara bersamaan. Dalam konteks yang lebih khusus, keberadaan dukungan sosial yang memadai telah terbukti berkaitan dengan penurunan angka kematian, pemulihan yang lebih cepat dari penyakit, serta peningkatan fungsi kognitif, fisik, dan kesehatan emosi, terutama pada individu lanjut usia.

Kuncoro (2012), dalam pandangannya, mengemukakan bahwa dukungan keluarga dapat dipahami melalui dua dimensi, yakni jumlah sumber dukungan yang tersedia dan tingkat kepuasan yang dirasakan terhadap dukungan tersebut. Jumlah dukungan yang tersedia mencerminkan persepsi individu mengenai jumlah orang yang dapat diandalkan ketika mereka memerlukan bantuan. Sementara tingkat kepuasan terhadap dukungan tersebut berkaitan dengan bagaimana individu melihat apakah kebutuhan mereka terpenuhi melalui dukungan yang mereka terima, yang merupakan pendekatan berfokus pada kualitas.

#### **d. Sumber Dukungan Keluarga**

Menurut Kuncoro (2012), terdapat dua sumber dukungan keluarga yang dapat dikenali: yang pertama adalah dukungan keluarga alami, yang secara spontan diterima oleh individu melalui interaksi sosial sehari-hari dengan orang-orang di sekitarnya, seperti anggota keluarga (seperti anak, istri, suami, dan saudara), teman

dekat, atau relasi lainnya. Jenis dukungan keluarga ini tidak memiliki struktur formal. Sedangkan yang kedua adalah dukungan keluarga buatan, yang dirancang khusus untuk memenuhi kebutuhan utama individu. Contohnya adalah dukungan keluarga yang diberikan dalam tanggapan terhadap bencana alam melalui sumbangan-sumbangan berbagai jenis.

Memberikan dukungan, baik dalam bentuk emosional maupun informasi, melibatkan kesiapan untuk membantu, mendengarkan, memperhatikan kebutuhan pasien, dan menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pasien untuk berbagi pengalaman mereka dalam perawatan. Selain itu, memberikan dukungan juga membantu meningkatkan rasa percaya diri pasien dalam melanjutkan perawatan mereka. Seperti yang diungkapkan oleh Thorsteinson (2011), tindakan sederhana seperti mendengarkan perasaan pasien dan memberikan dukungan fisik, seperti memegang tangan, adalah contoh konkret dari cara memberikan dukungan dan memotivasi pasien. Memastikan bahwa lingkungan sekitar mendukung dan memotivasi pasien memberikan manfaat tambahan dalam meningkatkan keterampilan perawatan dan memfasilitasi hubungan yang baik antara tenaga kesehatan, balita, dan keluarganya. Interaksi semacam ini membantu pasien dalam merespons kebutuhan perawatan mandiri dan mendorong mereka untuk terbuka dalam mendiskusikan masalah-masalah yang mereka hadapi.

#### **e. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga**

Menurut Rahayu, Ferani, dan Rahayu (2010), terdapat faktor-faktor yang memengaruhi dukungan keluarga, yang terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal melibatkan tahap perkembangan, tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, serta dimensi emosional dan spiritual. Sedangkan faktor eksternal mencakup praktik dukungan dalam lingkup keluarga, faktor ekonomi dan psikososial, serta latar belakang keluarga.

Tahap perkembangan memainkan peran penting dalam pengaruh dukungan keluarga. Ini mengartikan bahwa dukungan keluarga dapat dipengaruhi oleh faktor usia, yang mencakup proses pertumbuhan dan perkembangan. Sebagai contoh, setiap rentang usia, mulai dari bayi hingga lanjut usia, memiliki pemahaman dan respon yang berbeda terhadap perubahan kesehatan mereka. Anak-anak mungkin memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan remaja, meskipun mereka mungkin memiliki pengetahuan yang lebih terbatas. Di sisi lain, penderita lanjut usia mungkin mengalami kesulitan dalam menjaga keteraturan minum obat, terutama jika mereka tinggal sendiri. Studi oleh Dunbar (2014) mengungkapkan bahwa tingkat ketaatan dalam mengikuti rencana pengobatan pada anak-anak, remaja, dan dewasa cenderung serupa.

Pendidikan dan tingkat pengetahuan juga memengaruhi keyakinan terhadap dukungan keluarga. Keyakinan ini didasarkan

pada faktor intelektual, termasuk tingkat pendidikan serta pengetahuan dan pengalaman sebelumnya dalam bidang kesehatan. Kemampuan kognitif seseorang membentuk cara berpikir mereka, termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang terkait dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tersebut untuk menjaga kesehatan mereka (Asmet, 2014).

Aspek emosional juga memegang peran dalam keyakinan dan pelaksanaan dukungan keluarga. Seseorang yang merespons stres dalam perubahan hidup mereka cenderung lebih peka terhadap tanda-tanda penyakit. Sebaliknya, individu yang biasanya tenang mungkin memiliki respon emosional yang lebih rendah saat sakit. Orang yang tidak mampu mengatasi secara emosional ancaman penyakit cenderung menyangkal gejala penyakit dan mungkin enggan menjalani pengobatan (Handoko, 2011).

Dimensi spiritual juga memainkan peran penting dalam dukungan keluarga dan cara pelaksanaan kesehatan seseorang. Ini tercermin dalam cara individu menjalani kehidupan mereka, termasuk nilai-nilai dan keyakinan yang mereka anut, hubungan dengan keluarga atau teman, serta kemampuan untuk mencari makna dalam hidup (Handoko, 2011).

Praktik dalam keluarga juga memengaruhi dukungan keluarga dan perilaku kesehatan individu. Sebagai contoh, jika keluarga mendukung tindakan pencegahan kesehatan, individu

cenderung lebih mungkin mengikuti praktik serupa. Sebaliknya, jika keluarga tidak memiliki kepedulian terhadap kesehatan, individu mungkin kurang termotivasi untuk menjaga kesehatan mereka (Indriani, 2014).

Faktor psikososioekonomi, seperti stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja, juga memainkan peran dalam pengaruh kesehatan dan dukungan keluarga. Seseorang biasanya mencari dukungan dan persetujuan dari lingkungan sosial mereka, yang dapat memengaruhi keyakinan kesehatan dan perilaku kesehatan mereka. Orang yang memiliki tingkat ekonomi yang lebih tinggi cenderung lebih cepat merespons gejala penyakit yang dirasakan dan mencari perawatan lebih awal. Latar belakang individu juga memengaruhi keyakinan, nilai-nilai, dan kebiasaan dalam memberikan dukungan dan pelaksanaan kesehatan pribadi (Oki, 2011).

Dalam konteks ibu balita, dukungan keluarga dianggap sebagai faktor penentu penting dalam perilaku kesehatan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan moral, emosional, dukungan intim, serta kebutuhan akan informasi dan umpan balik. Semua ini dapat dipenuhi oleh keluarga. Kekuatan dukungan keluarga memengaruhi perilaku perawatan diri individu dengan meningkatkan motivasi, memberikan informasi, dan memberikan umpan balik (Xiaolian, 2012).

Penelitian oleh Rempennig (2015) membedakan tiga jenis situasi keluarga, yaitu keluarga yang menjadi dasar pengaruh, keluarga yang berfungsi sebagai struktur mandiri dalam perawatan, dan keluarga yang merupakan unit penyedia layanan. Taylor (2011) juga menggambarkan keluarga sebagai sebuah sistem atau unit individu yang memiliki hubungan sosial yang kuat, ditandai oleh komitmen dan ketergantungan satu sama lain, serta memiliki tujuan utama untuk menciptakan, memelihara, dan mempromosikan perkembangan sosial, mental, fisik, dan emosional setiap anggota keluarga.

### **3. Konsep Biaya Perawatan**

#### **a. Definisi Biaya**

Biaya merujuk pada penggunaan sejumlah sumber daya, seperti yang dijelaskan oleh Lanen, Anderson, & Maher (2011). Secara lebih rinci, definisi biaya adalah alokasi sumber daya untuk mencapai tujuan tertentu, biasanya diukur dalam konteks finansial.

Dalam konteks organisasi, penting untuk memahami perbedaan antara biaya dan pengeluaran. Kedua konsep ini melibatkan pengorbanan sumber daya, namun biaya tidak memiliki keterkaitan langsung dengan pendapatan, sementara pengeluaran erat hubungannya dengan pendapatan. Sebagai contoh, bayangkan sebuah klinik rawat jalan membeli satu kotak sarung tangan medis seharga Rp 120.000, yang berisi 100 sarung tangan. Saat klinik

tersebut melakukan pembelian sarung tangan, mereka mengalami pengorbanan sumber daya finansial sebesar Rp 120.000 per kotak atau Rp 1.200 per sarung tangan. Ini disebut sebagai biaya pembelian bahan habis pakai. Namun, pada bulan April, klinik tersebut melayani 50 pasien, dan setiap pasien memerlukan satu sarung tangan. Pengeluaran ini terkait erat dengan pendapatan, karena penggunaan sarung tangan ini merupakan bagian dari proses pelayanan medis yang menghasilkan pendapatan.

**b. Klasifikasi Biaya**

Saat sebuah unit pelayanan kesehatan memandangnya dengan pendekatan sistem, itu seakan-akan menjadi seorang penyulap yang mengubah sumber daya menjadi keajaiban berupa layanan atau produk. Dalam proses ini, muncul berbagai jenis biaya yang dapat dielaborasi sebagai berikut:

- 1) Biaya yang terkait dengan pertimbangan dan kebijakan yang diputuskan selama penyediaan layanan, yang bisa dibagi menjadi dua kategori: (1) biaya keluaran (outlay cost); dan (2) biaya peluang (opportunity cost).
- 2) Biaya yang berhubungan dengan penggunaan atau akuisisi sumber daya, baik secara langsung maupun tidak langsung: (1) biaya langsung (direct cost); dan (2) biaya tak langsung (indirect cost).

- 3) Biaya yang muncul dalam proses ajaib mengubah input menjadi output, yang dapat digolongkan sebagai (1) biaya utama (prime cost) dan (2) biaya konversi (conversion cost).
- 4) Biaya yang bervariasi seiring dengan jumlah layanan atau produk yang dihasilkan: (1) biaya variabel (variable cost); dan (2) biaya tetap (fixed cost).
- 5) Biaya yang berkaitan dengan eksekusi tindakan berdasarkan transaksi nyata yang terjadi: (1) biaya aktual (actual cost); dan (2) biaya anggaran (budget cost).

#### **4. Konsep Perencanaan Kepulangan Pasien (Discharge Planning)**

##### **a. Definisi Discharge Planning**

Perencanaan pemulangan adalah suatu proses yang dinamis dan terstruktur yang melibatkan penilaian, persiapan, serta koordinasi, yang bertujuan untuk memastikan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial dapat diawasi dengan baik sebelum dan setelah pasien meninggalkan fasilitas perawatan. Ini melibatkan kolaborasi antara tenaga keperawatan profesional, pasien, dan keluarganya dalam rangka menyusun rencana perawatan yang berfokus pada pencegahan, terapi, rehabilitasi, dan perawatan rutin yang diperlukan oleh pasien (Nursalam, 2015). Discharge planning adalah proses yang mengarah pada persiapan pasien untuk meninggalkan satu tingkat perawatan menuju tingkat perawatan yang berbeda, baik di

dalam maupun di luar fasilitas layanan kesehatan saat ini (Kozier, 2011).

Discharge planning berperan sebagai penyusunan rencana keputusannya pasien serta memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya mengenai tindakan yang harus dihindari dan yang perlu dilakukan terkait dengan kondisi atau penyakitnya. Dengan menggabungkan berbagai konsep di atas, dapat dipahami bahwa discharge planning adalah suatu strategi perencanaan yang menjembatani proses keputusannya pasien dan memberikan panduan kepada pasien tentang perawatan yang harus diberikan setelah mereka kembali ke rumah.

**b. Pemberian Layanan Discharge Planning**

Proses perencanaan keputusannya tak hanya melibatkan pasien, tetapi juga melibatkan keluarga, individu terdekat, dan penyedia layanan kesehatan, asalkan pelayanan dan pelayanan sosial berkolaborasi dengan baik. Discharge planning harus dikerjakan secara holistik dan memerlukan kolaborasi multidisiplin, yang melibatkan seluruh tim perawatan kesehatan yang terlibat dalam memberikan perawatan kepada pasien (Perry & Potter, 2005).

Seorang yang bertanggung jawab merencanakan pemulangan, yang juga dapat disebut sebagai koordinator asuhan berkelanjutan (continuing care coordinator), merupakan anggota staf rumah sakit yang berperan sebagai konsultan dalam proses ini. Discharge

planning, bersama dengan fasilitas kesehatan, menyediakan edukasi kesehatan dan memberikan dorongan kepada tim staf rumah sakit untuk merancang dan melaksanakan rencana pemulangan.

**c. Tujuan Discharge Planning**

Menurut Nursalam (2015), tujuan utama dari pelaksanaan discharge planning adalah:

- 1) Mempersiapkan pasien dan keluarga secara holistik, mencakup aspek fisik, psikologis, dan sosial, dengan tujuan meningkatkan tingkat kemandirian pasien dan keluarganya.
- 2) Memajukan kontinuitas perawatan bagi pasien, termasuk membantu mereka dalam mengakses layanan kesehatan lainnya yang mungkin diperlukan.
- 3) Mengedukasi pasien dan keluarga sehingga mereka memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan untuk merawat dan menjaga kesehatan pasien.
- 4) Memberikan pemahaman yang jelas tentang perbedaan perawatan antara rumah sakit dan masyarakat.

Discharge planning bertujuan untuk mengarahkan pasien dan keluarganya agar memahami permasalahan yang dihadapi, mengidentifikasi langkah-langkah pencegahan yang perlu diambil untuk mengurangi risiko kambuh, serta mempromosikan komunikasi yang efektif antara pasien dan penyedia layanan kesehatan dari saat pasien masuk hingga keluar dari rumah sakit, sehingga menciptakan

pertukaran informasi yang memadai dan memfasilitasi transisi yang nyaman dan aman.

Sementara menurut Sarfina (2016), discharge planning juga memiliki tujuan yang mencakup:

- 1) Mempersiapkan secara menyeluruh pasien dan keluarganya dari segi fisik dan mental sebelum mereka kembali ke lingkungan rumah.
- 2) Menyediakan informasi baik secara tertulis maupun verbal kepada pasien dan penyedia layanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan pasien selama proses pemulangan.
- 3) Membantu dalam proses pemulangan dan pemindahan pasien dengan memastikan semua fasilitas kesehatan yang diperlukan telah tersedia untuk menerima pasien.
- 4) Mendorong tingkat kemandirian yang optimal bagi pasien dan keluarga.

Discharge planning, dalam pandangan Sarfina, adalah sebuah pendekatan terbaik untuk memastikan kelangsungan perawatan berkualitas antara rumah sakit dan komunitas dengan mengedepankan komunikasi yang efisien.