

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Discharge Planning*

2.1.1 Pengertian *Discharge planning*

Definisi *discharge planning* adalah suatu proses pendekatan interdisipliner perawatan berkelanjutan yang dimulai saat pasien masuk ke unit pelayanan kesehatan yang meliputi identifikasi, pengkajian, menentukan tujuan, implementasi, koordinasi, dan evaluasi yang berisikan program pemberian pendidikan kesehatan mengkoordinasikan rencana perawatan yang mungkin dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit dalam upaya meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatannya (Nursalam, 2020a). *Discharge planning* merupakan pelayanan yang mempersiapkan pasien agar mendapatkan perawatan berkelanjutan, baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat kesehatan sampai pasien siap kembali ke lingkungan (Fitriani, Bachtiar and Maisa, 2021). *Discharge planning* adalah kegiatan proses perencanaan yang dilakukan untuk pasien dan keluarga sebelum perawatan, selama perawatan dan sebelum meninggalkan rumah sakit dengan tujuan agar pasien dapat mencapai kesehatan yang optimal dan mengurangi lama rawat inap serta biaya rumah sakit (Sumiati *et al.*, 2021).

Beberapa pengertian yang telah disampaikan dapat disimpulkan bahwa *discharge planning* adalah suatu proses yang dinamis, terstruktur dan sistematis dari sebuah alur pelayanan pasien mulai dari pasien tersebut masuk sampai pasien tersebut pulang dari tempat pelayanan kesehatan dan meneruskan pengobatannya

di rumah, komunitas ataupun di tempat pelayanan kesehatan yang lain. Komponen utama dari pelaksanaan *discharge planning* adalah komunikasi yang baik antara petugas pelayanan kesehatan dengan pasien, keluarga pasien ataupun antar petugas kesehatan, sehingga program pengobatan lanjutan pasien bisa berjalan dengan lebih baik.

2.1.2 Tujuan *Discharge planning*

Perencanaan pulang atau *discharge planning* menurut (Hofflander, Maln, Nilsen, Lina, Eriksen, 2016) mempunyai beberapa tujuan diantara lain adalah:

1. Menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial
2. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga
3. Meningkatkan perawatan berkelanjutan pada pasien
4. Membantu rujukan pasien pada sistem pelayanan yang lain
5. Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien
6. Melaksanakan rentang perawatan antar rumah sakit dan masyarakat.

Tujuan dari *discharge planning* menurut (Itaya, Takahiro, Murakani, Ota Nomura, 2017) adalah memastikan pasien atau keluarga melakukan hal-hal sebagai berikut :

1. Mengerti tentang penyakitnya
2. Patuh pada terapi medikasinya
3. Mengikuti anjuran dietnya denganhati-hati
4. Mengatur level aktivitasnya

5. Memahami *treatment* yang harus dijalani

Penyusunan *discharge planning* dilakukan dengan berbagai tahap. Tahap-tahap yang dilakukan dalam penyusunan *discharge planning* yaitu pengkajian klien, membuat perencanaan, implementasi, evaluasi dan monitoring serta pelepasan pasien pulang (Nursalam, 2020a). Penyusunan *discharge planning* ini, dilakukan oleh tim yang disebut dengan discharge planners. Tim ini terdiri dari berbagai tim kesehatan profesional yang salah satunya adalah perawat. Hal-hal yang diinformasikan oleh perawat dalam melakukan *discharge planning* ini yaitu pemberian informasi mengenai intervensi medis dan non medis yang telah diberikan, jadwal kontrol, gizi yang harus dipenuhi, mendiskusikan dengan keluarga mengenai faktor resiko yang dapat menyebabkan kekambuhan penyakit klien, penanganan yang harus dilakukan jika kegawatdaruratan akibat penyakitnya.

2.1.3 Manfaat *Discharge Planning*

Perencanaan pulang atau *discharge planning* mempunyai banyak keuntungan dan manfaat bagi keberlanjutan perawatan pasien di rumah, diantaranya menurut (Kushner, Peters and Johnson-Greene, 2015) adalah :

1. Dapat memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada pasien yang dimulai dari rumah sakit
2. Dapat memberikan tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien
3. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru

4. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan perawatan di rumah.

Sedangkan manfaat *discharge planning* atau perencanaan pulang menurut (Nursalam, 2020) diantaranya adalah :

1. Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapat pengajaran selama dirumah sakit sehingga bisa dimanfaatkan sewaktu di rumah
2. Tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas keperawatan pasien

2.1.4 Prinsip *Discharge Planning*

Menurut (Nursalam, 2020) prinsip dalam perencanaan pulang antara lain:

1. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang sehingga nilai keinginan dan kebutuhan dari pasien perlu dikaji dan dievaluasi;
2. Kebutuhan dari pasien diidentifikasi lalu dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien pulang nanti, sehingga kemungkinan masalah yang timbul di rumah dapat segera diantisipasi;
3. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif karena merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim harus saling bekerjasama;
4. Tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan dengan pengetahuan dari tenaga atau sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat;
5. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem atau tatanan pelayanan kesehatan. Perencanaan pulang perlu disusun sejak pasien masuk ke instansi, terutama di rumah sakit dengan masa rawat inap yang semakin

singkat (Kozier, 2009).

6. Perencanaan pulang yang efektif mencakup:
 - a. Pengkajian berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif mengenai kebutuhan pasien yang terus muncul
 - b. Pernyataan diagnosis keperawatan
 - c. Rencana untuk memastikan kebutuhan pasien dan pemberi asuhan terpenuhi.

2.1.5 Jenis-Jenis *Discharge Planning*

Chesca, (1982) yang dikutip oleh (Nursalam, 2020a) mengklasifikasikan jenis-jenis pemulangan pasien sebagai berikut:

1. Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*).

Keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi pasien baik dan tidak terdapat komplikasi. Pasien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.

2. Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*).

Cara ini merupakan akhir dari hubungan pasien dengan rumah sakit tapi apabila pasien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.

3. Pulang paksa (*judicial discharge*).

Kondisi ini pasien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi pasien harus dipantau dengan melakukan kerja sama dengan perawat puskesmas terdekat.

2.1.6 Faktor yang mempengaruhi *Discharge Planning*

Program perencanaan pulang (*discharge planning*) pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien. Keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari perawat dan juga dari pasien (Stineman *et al.*, 2014). Menurut penelitian (Rahmawati and Santoso, 2021), menjelaskan bahwa pelaksanaan *discharge planning* dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, personal, keterlibatan dan partisipan, komunikasi, waktu perjanjian dan konsensus.

Faktor-faktor yang berasal dari perawat yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan antara lain adalah :

1. Sikap yang baik yang dimiliki perawat akan mempengaruhi penyampaian informasi kepada pasien, sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti pasien.
2. Pengendalian emosi yang dimiliki perawat merupakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendidikan kesehatan. Pengendalian emosi yang baik akan mengarahkan perawat untuk lebih bersikap sabar, hati-hati dan telaten. Dengan demikian informasi yang disampaikan lebih mudah diterima pasien.
3. Pengetahuan adalah kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Perawat harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk memberikan pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik juga akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien. Pasien akan semakin banyak

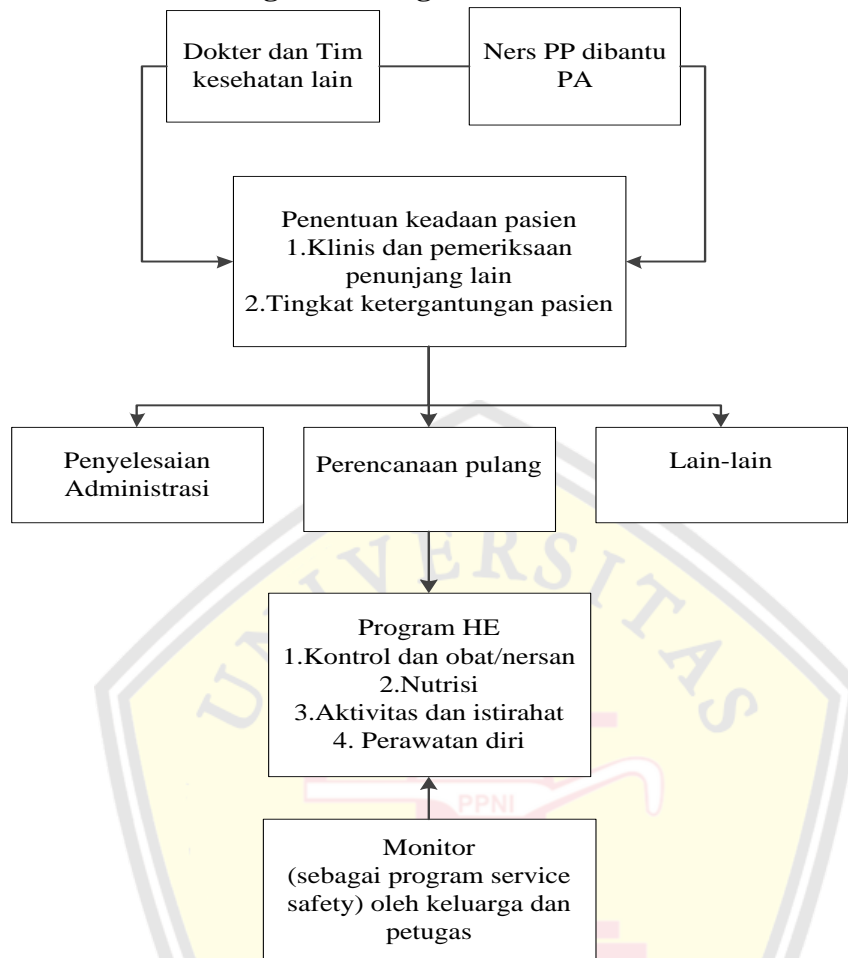
menerima informasi dan informasi tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien.

4. Pengalaman masa lalu perawat berpengaruh terhadap gaya perawat dalam memberikan informasi, sehingga informasi yang diberikan akan lebih terarah sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat juga lebih dapat membaca situasi pasien berdasarkan pengalaman yang mereka miliki.

Sedangkan faktor yang berasal dari pasien yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian pendidikan kesehatan adalah motivasi, sikap, rasa cemas/ emosi, kesehatan fisik, tahap perkembangan dan pengetahuan sebelumnya, kemampuan dalam belajar, serta tingkat pendidikan.

1. Motivasi adalah faktor yang mendasari dan mengarahkan pasien untuk belajar.
2. Sikap positif pasien terhadap diagnosa penyakit dan perawatan akan memudahkan pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan.
3. Emosi yang stabil memudahkan pasien menerima informasi, sedangkan perasaan cemas akan mengurangi kemampuan untuk menerima informasi.
4. Kesehatan fisik pasien yang kurang baik.

2.1.7 Alur Discharge Planning



Gambar 2.1 Bagan Alur *Discharge planning* (Nursalam, 2020a)

2.1.8 Komponen *Discharge Planning*

Komponen perencanaan pulang terdiri dari (Jipp dan Sirass, 1986 dalam (Nursalam, 2020a), komponen:

1. Perawatan di rumah meliputi pemberian pengajaran atau pendidikan kesehatan (*health education*) mengenai diet, mobilisasi, waktu kontrol dan tempat kontrol. Pemberian pembelajaran disesuaikan dengan tingkat pemahaman dan keluarga mengenai perawatan selama klien di rumah nanti;

2. Obat-obat yang masih diminum dan jumlahnya, meliputi dosis, cara pemberian dan waktu yang tepat minum obat;
3. Obat-obat yang dihentikan, karena meskipun ada obat-obat tersebut sudah tidak diminum lagi oleh klien, obat-obat tersebut tetap dibawa pulang klien;
4. Hasil pemeriksaan, termasuk hasil pemeriksaan luar sebelum dan selama mau rumah sakit, semua diberikan ke klien saat pulang;
5. Surat-surat seperti surat keterangan sakit, surat kontrol.

2.1.9 Faktor Yang Perlu Dikaji Dalam *Discharge Planning*

Faktor yang perlu dikaji dalam perencanaan pulang adalah (Nursalam, 2015): Pengetahuan klien dan keluarga tentang penyakit, terapi dan perawatan yang diperlukan;

1. Kebutuhan psikologis dan hubungan interpersonal di dalam keluarga
2. Keinginan keluarga dan klien menerima bantuan dan kemampuan mereka memberi asuhan;
3. Bantuan yang diperlukan klien;
4. Pemenuhan kebutuhan aktivitas hidup sehari-hari seperti makan, minum, eliminasi, istirahat dan tidur, berpakaian, kebersihan diri, keamanan dari bahaya, komunikasi, keagamaan, rekreasi, dan sekolah;
5. Sumber dan sistem pendukung yang ada di masyarakat;
6. Sumber finansial dan pekerjaan;
7. Fasilitas yang ada di rumah dan harapan klien setelah dirawat;
8. Kebutuhan perawatan dan supervisi di rumah.

Beberapa tindakan keperawatan yang dapat diberikan pada klien sebelum klien diperbolehkan pulang adalah sebagai berikut (Neylor, 2003) dalam (Nursalam, 2020a) :

1. Pendidikan kesehatan: Diharapkan bisa mengurangi angka kambuh atau komplikasi dan meningkatkan pengetahuan klien serta keluarga tentang perawatan pasca rawat.
2. Program pulang bertahap: Bertujuan untuk melatih klien kembali ke lingkungan keluarga dan masyarakat. Program ini meliputi apa yang harus dilakukan klien di rumah sakit dan apa yang harus dilakukan oleh keluarga.
3. Rujukan : Integritas pelayanan kesehatan harus mempunyai hubungan langsung antara perawat komunitas atau praktik mandiri perawat dengan rumah sakit sehingga dapat mengetahui perkembangan klien di rumah. Perencanaan pemulangan pasien, membutuhkan identifikasi kebutuhan spesifik pasien yang dapat dibagi sesuai kriteria pasien berdasarkan kondisi kesehatan dan kebutuhan akan pelayanan berkelanjutan seperti, pasien pulang normal, pulang kritis, pulang mandiri atau masih ketergantungan.

Rencana pengajaran yang baik untuk persiapan pulang pasien, yang disingkat dengan METHOD, yaitu:

1. *Medication* (Obat)

Pasien sebaiknya mengetahui obat yang harus dilanjutkan setelah pulang.

2. *Environment* (Lingkungan)

Lingkungan tempat pasien akan pulang dari rumah sakit sebaiknya aman. Pasien juga sebaiknya memiliki fasilitas pelayanan yang dibutuhkan untuk kontinuitas perawatannya.

3. *Treatment* (Pengobatan)

Perawat harus memastikan bahwa pengobatan dapat berlanjut setelah pasien pulang yang dilakukan oleh pasien atau anggota keluarga. Jika hal ini tidak memungkinkan, perencanaan harus dibuat sehingga seseorang dapat berkunjung ke rumah untuk memberikan keterampilan perawatan.

4. *Health Teaching* (Pengajaran Kesehatan)

Pasien yang akan pulang sebaiknya diberitahu bagaimana mempertahankan kesehatan. Termasuk tanda dan gejala yang mengindikasikan kebutuhan perawatan kesehatan tambahan.

5. *Outpatient referral*

Pasien sebaiknya mengenal pelayanan dari rumah sakit atau agen komunitas lain yang dapat meningkatkan perawatan yang kontinyu.

6. Diet

Pasien sebaiknya diberitahu tentang pembatasan pada dietnya. Ia sebaiknya mampu memilih diet yang sesuai untuk dirinya.

7. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan rencana pengajaran dan referral. Seluruh pengajaran yang diberikan harus didokumentasikan pada catatan perawat dan ringkasan pulang (*Discharge summary*). Instruksi tertulis diberikan

kepada pasien. Demonstrasi ulang menjadi harus memuaskan. Pasien dan pemberi perawatan harus memiliki keterbukaan dan melakukannya dengan alat yang akan digunakan di rumah.

8. Evaluasi

Evaluasi terhadap *discharge planning* adalah penting dalam membuat kerja proses discharge planning. Perencanaan dan penyerahan harus diteliti dengan cermat untuk menjamin kualitas dan pelayanan yang sesuai. Evaluasi berjalan terus menerus dan membutuhkan revisi dan juga perubahan. Evaluasi lanjut dari proses pemulangan biasanya dilakukan seminggu setelah klien berada di rumah. Ini dapat dilakukan melalui telepon, kuisisioner atau kunjungan rumah (*homevisit*).

9. Dokumentasi

Semua tindakan kedokteran harus mendapat persetujuan pasien (*Informed Consent*) dan atau keluarga setelah mendapat penjelasan yang cukup tentang hal-hal yang berkaitan dengan tindakan tersebut. Seluruh isian formulir *discharge planning* didokumentasikan secara lengkap dalam catatan rekam medik dan diinformasikan kepada pasien.

2.1.10 Langkah Pemulangan Pasien

Tabel 2.1 Langkah Memulangkan Klien

No	Tahapan	Langkah
1	Saat Pasien Masuk RS	<p>Sejak waktu penerimaan klien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk klien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan, dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus-menerus.</p> <p>Kaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi di rumah, hal yang harus dihindari akibat dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkin terjadi.</p> <p>Bersama klien dan keluarga, kaji faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri.</p> <p>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.</p> <p>Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut.</p> <p>Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> klien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya Klien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya Lingkungan rumah akan menjadi aman Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah
2	Sebelum Hari Pemulangan	<p>Anjurkan cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi.</p> <p>Berikan informasi tentang sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada klien dan keluarga.</p> <p>Lakukan pendidikan untuk klien dan keluarga sesegera mungkin setelah klien di 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), Klien mungkin dapat diberikan pamflet atau buku</p>

2.1.11 Discharge planning versi SNARS edisi tahun 2018

Pada buku panduan SNARS edisi 2018 disebutkan bahwa *discharge planning* masuk dalam kelompok kerja ARK pendekan dari Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (SNARS, 2018). Dalam Pokja tersebut mengisyaratkan bahwa Rumah sakit seyogyanya mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang

terintegrasi dengan para profesional pemberi asuhan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Hasilnya adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit (SNARS, 2018).

1. Kesiambungan Pelayanan

- a. Standar ARK.3

Asesmen awal termasuk menetapkan kebutuhan perencanaan pemulangan pasien

- b. Maksud dan Tujuan ARK.3

Kesiambungan asuhan pasien setelah di rawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus bagi sebagian pasien seperti perencanaan pemulangan pasien (P3) / *discharge planning*. Penyusunan P3 diawali saat proses asesmen awal rawat inap, termasuk pemutakhiran/ *updating*. Untuk identifikasi pasien yang membutuhkan P3 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.

2. Pemulangan dari Rumah Sakit (*Discharge*) dan Tindak Lanjut

- a. Standar ARK.4

Rumah sakit menetapkan regulasi melaksanakan proses pemulangan pasien (*discharge*) dari rumah sakit berdasar atas kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan kesinambungan asuhan atau tindakan.

b. Maksud dan Tujuan ARK.4

Merujuk atau mengirim pasien ke praktisi kesehatan di luar rumah sakit, unit pelayanan lain, rumah, atau keluarga didasarkan atas kondisi kesehatan pasien dan kebutuhannya untuk memperoleh kesinambungan asuhan Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya yang bertanggung jawab atas asuhan pasien menentukan kesiapan pasien keluar rumah sakit berdasar atas kebijakan, kriteria, dan indikasi rujukan yang ditetapkan rumah sakit.

Kebutuhan kesinambungan asuhan berarti rujukan ke dokter spesialis, rehabilitasi fisik, atau bahkan kebutuhan upaya preventif di rumah yang dikoordinasikan oleh keluarga pasien. Diperlukan proses yang terorganisir dengan baik untuk memastikan bahwa kesinambungan asuhan dikelola oleh praktisi kesehatan atau oleh sebuah organisasi di luar rumah sakit. Pasien yang memerlukan perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*) maka rumah sakit mulai merencanakan hal tersebut sedini dininyayang sebaiknya untuk menjaga kesinambungan asuhan dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua profesional pemberi asuhan (PPA) terkait/ relevan serta difasilitasi oleh manajer pelayanan pasien (MPP). Keluarga dilibatkan dalam proses ini sesuai dengan kebutuhan Rumah sakit dapat menetapkan regulasi tentang kemungkinan pasien

diizinkan keluar rumah sakit dalam jangka waktu tertentu untuk keperluan penting (SNARS, 2018).

3. Rujukan Pasien

a. Standar ARK.5

Pasien dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain berdasar atas kondisi pasien untuk memenuhi kebutuhan asuhan berkesinambungan dan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan penerima untuk memenuhi kebutuhan pasien.

b. Maksud dan Tujuan ARK.5

Pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan lain didasarkan atas kondisi pasien dan kebutuhan untuk memperoleh asuhan berkesinambungan. Rujukan pasien antara lain untuk memenuhi kebutuhan pasien atau konsultasi spesialisik dan tindakan, serta penunjang diagnostik. Jika pasien dirujuk ke rumah sakit lain, yang merujuk harus memastikan fasilitas kesehatan penerima menyediakan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien dan mempunyai kapasitas menerima pasien. Diperoleh kepastian terlebih dahulu dan kesediaan menerima pasien serta persyaratan rujukan diuraikan dalam kerja sama formal atau dalam bentuk perjanjian. Ketentuan seperti ini dapat memastikan kesinambungan asuhan tercapai dan kebutuhan pasien terpenuhi. Rujukan terjadi juga ke fasilitas kesehatan lain dengan atau tanpa ada perjanjian formal (SNARS, 2018).

4. Transportasi

a. Standar ARK.6

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang transportasi dalam proses merujuk, memindahkan atau pemulangan, serta pasien rawat inap dan rawat jalan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

b. Maksud dan Tujuan ARK .6

Proses merujuk, memindahkan, dan memulangkan pasien membutuhkan pemahaman tentang kebutuhan transportasi pasien. Misalnya, pasien dari unit pelayanan kronik atau pusat rehabilitasi yang membutuhkan pelayanan rawat jalan atau evaluasi di unit darurat mungkin tiba dengan ambulans atau transportasi lainnya. Setelah selesai, pasien mungkin meminta bantuan transportasi untuk kembali ke rumahnya atau fasilitas lain. Pada situasi lain, misalnya pasien mengemudi kendaraannya sendiri menuju ke rumah sakit untuk mendapatkan tindakan yang kemudian karena tindakan tadi mengganggu kemampuannya mengemudi sendiri untuk pulang (seperti operasi mata, prosedur yang memerlukan sedasi dan sebagainya) hal ini merupakan tanggung jawab rumah sakit melakukan asesmen kebutuhan transportasi pasien dan memastikan pasien mendapat transportasi yang aman. Bergantung pada kebijakan rumah sakit dan peraturan perundang-undangan apakah ongkos transportasi dapat atau tidak menjadi tanggung jawab rumah sakit.

Jenis kendaraan untuk transportasi berbagai macam, mungkin ambulans atau kendaraan lain milik rumah sakit atau berasal dari sumber

yang diatur oleh keluarga atau teman. Jenis kendaraan yang diperlukan bergantung pada kondisi dan status pasien. Kendaraan transportasi milik rumah sakit harus tunduk pada peraturan perundangan yang mengatur tentang kegiatan operasionalnya, kondisi, dan perawatan kendaraan.

Rumah sakit mengidentifikasi kegiatan transportasi yang berisiko terkena infeksi dan menentukan strategi mengurangi risiko infeksi. Persediaan obat dan perbekalan medis yang harus tersedia dalam kendaraan bergantung pada pasien yang dibawa. Misalnya, membawa pasien geriatri dari unit rawat jalan pulang ke rumahnya sangat berbeda dengan jika harus transfer pasien dengan penyakit menular atau transpor pasien luka bakar ke rumah sakit lain. Jika rumah sakit membuat kontrak layanan transportasi, maka rumah sakit harus dapat menjamin bahwa kontraktor harus memenuhi standar untuk mutu dan keselamatan pasien dan kendaraan. Jika layanan transpor diberikan oleh Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan, perusahaan asuransi, atau organisasi lain yang tidak beradalam pengawasan rumah sakit maka masukan dari rumah sakit tentang keselamatan dan mutu transpor dapat memperbaiki kinerja penyedia pelayanan transpor. Dalam semua hal, rumah sakit melakukan evaluasi terhadap mutu dan keselamatan pelayanan transportasi. Hal ini termasuk penerimaan, evaluasi, dan tindak lanjut keluhan terkait pelayanan transportasi.

2.2 Konsep *Knowledge Management*

2.2.1 Pengertian *Knowledge*

Dalam buku yang ditulis oleh Von Krogh, Ichiyo, serta Nonaka (2000) disampaikan dalam penerapan *knowledge management* pada organisasi (Muthuveloo, 2017) disampaikan ringkasan gagasan yang mendasari pengertian *knowledge* adalah sebagai berikut:

1. *Knowledge* merupakan kepercayaan yang dapat dipertanggungjawabkan (*Justified true believe*).
2. *Knowledge* merupakan sesuatu yang eksplisit sekaligus terpikirkan (*tacit*)
3. Penciptaan inovasi secara efektif bergantung pada konteks memungkinkan terjadinya penciptaan tersebut.
4. Penciptaan inovasi yang melibatkan lima langkah utama yaitu:
 - a. Berbagi *knowledge* terpikirkan (*tacit*)
 - b. Menciptakan konsep
 - c. Membenarkan konsep
 - d. Membangun *prototype* , dan
 - e. Melakukan penyebaran *knowledge* tersebut.

Jadi *knowledge* adalah sebuah kepercayaan yang dapat dipertanggung jawabkan (*Justified true believe*) merupakan sesuatu yang eksplisit sekaligus terpikirkan (*tacit*), yang terdiri atas langkah dalam penciptaan sebuah inovasi atau perubahan.

2.2.2 Pengertian *Knowledge Management*

Knowledge management (KM) dapat diklasifikasikan menjadi 2 sisi yaitu

secara operasional dan strategis. *Knowledge management* secara operasional adalah pengembangan dan pemanfaatan pengetahuan. *Knowledge management* secara strategis merupakan langkah untuk memantapkan organisasi/ institusi sebagai institusi berbasis pengetahuan.

Berikut ini pemahaman *knowledge management* yang dikemukakan oleh para ahli adalah sebagai berikut:

1. Menurut Harvard College

Knowledge management merupakan suatu proses terformat dan terarah menerima informasi yang telah dimiliki suatu perusahaan dan mencari apa yang dibutuhkan oleh masing-masing individu dalam perusahaan tersebut untuk kemudian memfasilitasinya agar mudah diakses dan selalu tersedia bilamana dibutuhkan (Biswadip, 2017).

2. Menurut Bateman dan Snell

Knowledge management adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk menemukan dan memanfaatkan sumber daya intelektual di dalam suatu organisasi. *Knowledge management* bertujuan untuk menemukan, menyimpan, membagikan dan membagi secara luas sumber daya yang sangat penting dimiliki oleh organisasi. Seperti keahlian karyawan ketrampilan, jaringan hubungan dan kebijakan yang ada (Snell, 2019).

3. Menurut Laudon

Knowledge management adalah kumpulan proses yang dikembangkan di dalam organisasi untuk menciptakan, mengumpulkan, menyimpan, memelihara dan menyebarkan pengetahuan (Laudon, 2016).

Jadi dapat disimpulkan bahwa *knowledge management* adalah suatu proses untuk mencari, menemukan dan membagi *knowledge* (keahlian, ketrampilan, pengalaman dan jaringan) yang dimiliki oleh individu dalam suatu organisasi kepada organisasinya dan individu lainnya yang ada didalam organisasi tersebut. Berdasarkan pengertian tersebut, maka terdapat empat hal penting dalam *knowledge management* yaitu:

1. *Knowledge management* merupakan suatu sistem, alat untuk mengorganisir sumber daya tidak berwujud untuk mencapai tujuan organisasi.
2. Input manajemen pengetahuan adalah aset organisasi yang tidak berwujud seperti pengetahuan.
3. Proses manajemen pengetahuan terdiri dari upaya penciptaan pengetahuan, pembagian atau pengkomunikasian dan penerapan pengetahuan
4. *Output* manajemen pengetahuan adalah kapabilitas baru, kinerja yang superior, inovasi dan meningkatkan nilai pelanggan (Gagnom, 2015).

2.2.3 Tujuan Knowledge Management

Implementasi *knowledge management* akan memberikan dampak positif terhadap organisasi baik secara langsung ataupun tidak langsung. Beberapa manfaat *knowledge management* antara lain:

1. Penghematan waktu dan biaya

Adanya sumber pengetahuan yang terstruktur dengan baik, maka organisasi mudah untuk menggunakan pengetahuan tersebut untuk konteks yang lainnya sehingga perusahaan dapat menghemat waktu dan biaya.

2. Peningkatan asset pengetahuan

Sumber pengetahuan memberikan kemudahan kepada setiap karyawan untuk memanfaatkannya sehingga proses pemanfaatan pengetahuan di lingkungan organisasi akan meningkat, yang akhirnya proses kreatifitas dan inovasi akan terdorong lebih luas dan setiap karyawan dapat meningkatkan kompetensinya.

3. Kemampuan beradaptasi: Perusahaan dapat dengan mudah beradaptasi dengan perubahan lingkungan yang mungkin terjadi.

4. Peningkatan Produktivitas

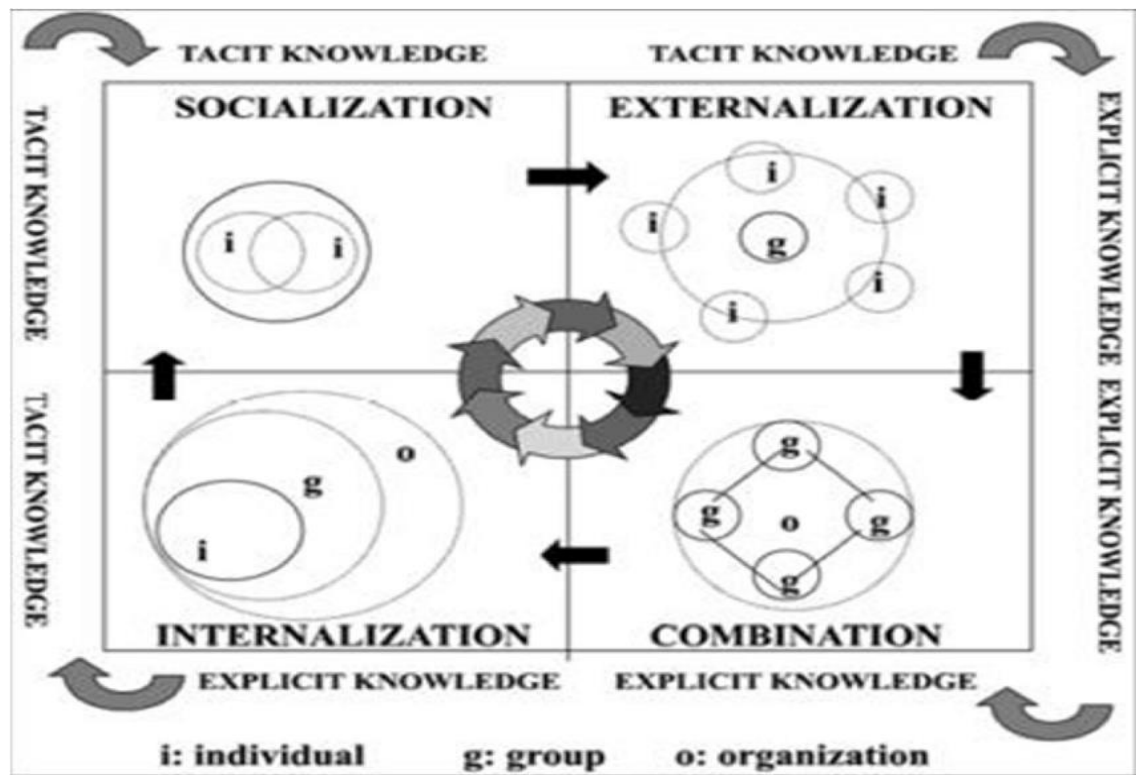
Pengetahuan yang sudah ada dapat digunakan ulang untuk proses produk yang akan dikembangkan sehingga produktifitas meningkat. Adanya penerapan *knowledge management* ini diharapkan organisasi dapat merumuskan visi misi perusahaan dan melakukan perubahan kearah yang lebih baik berdasarkan pemahaman pada lingkungan (Bandera, 2017).

2.3 Konsep SECI Model

2.3.1 Pengertian SECI Model

Ikujiro Nonaka dan Hirotaka Takeuchi (Setiarso dkk, 2009) mengajukan sebuah model proses *transfer knowledge*, yang disebut SECI Model. Penggunaan kata SECI diambil dari akronim dari 4 proses konversi *knowledge* yaitu:

1. *Socialization*,
2. *Externalization*,
3. *Combination*, dan
4. *Internalization*



Gambar 2.2 Model *Knowledge Management SECI*

Model tersebut dibuat untuk memahami dinamika penciptaan sehingga dapat mengelola proses penciptaan *knowledge* secara efektif. Profesor Nonaka menyatakan bahwa penciptaan *knowledge* adalah proses interaksi berbentuk spiral antara *explicit* dan *tacit knowledge*. Interaksi ada kedua jenis *knowledge* ini akan mengarah pada penciptaan *knowledge* baru.

Externalization

2.3.2 Tahap *Socialization*

Tahap sosialisasi adalah proses mentransfer pengalaman untuk menciptakan *tacit knowledge* melalui aktivitas pengamatan, imitasi dan praktik (Wakhdi *et al.*, 2021). Sosialisasi adalah adalah proses mentransfer pengalaman untuk menciptakan *tacit knowledge* melalui aktivitas pengamatan, imitasi, dan

praktek. Proses ini tidak cukup hanya dilakukan dengan mendengarkan dan berpikir. Menurut Nonaka dalam Setiarso (2012), proses sosialisasi antar sumber daya manusia di organisasi salah satunya dilakukan melalui pertemuan tatap muka (rapat, diskusi dan pertemuan bulanan). SDM dapat berbagi *knowledge* dan pengalaman yang dimilikinya tercipta *knowledge* baru bagi mereka. Rapat dan diskusi yang dilakukan secara berkala harus memiliki notulen rapat. Notulen rapat ini kemudian menjadi bentuk eksplisit (dokumentasi) dari *knowledge*. Di dalam sistem *knowledge management* yang akan dikembangkan, *fitur collaboration* seperti *email*, diskusi elektronik sehingga dapat memungkinkan pertukaran *tacit knowledge* (informasi, pengalaman dan keahlian) yang dimiliki seseorang sehingga organisasi semakin mampu belajar serta melahirkan ide baru yang kreatif dan inovatif.

Proses sosialisasi dapat dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan (*training*) dengan mengubah *tacit knowledge* para *trainer* menjadi *tacit knowledge* para karyawan. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan koordinasi, mempercepat proses aktivitas dan menumbuhkan budaya belajar. Pada proses sosialisasi, sosialisasi meliputi kegiatan berbagi *tacit knowledge* disebarkan melalui kegiatan bersama seperti tinggal bersama, meluangkan waktu bersama, dan bukan melalui tulisan atau instruksi verbal. *Tacit knowledge* hanya bisa disebarkan jika seseorang merasa bebas untuk menjadi seseorang yang lebih besar yang memiliki pengetahuan tacit dari orang lain (Setiarso, B., 2013).

2.3.3 Tahap *Externalization*

Tahap eksternalisasi adalah proses mengungkapkan dan menerjemahkan

tacit knowledge menjadi konsep yang eksplisit seperti buku, manual, laporan dan sebagainya untuk dipublikasikan kepada mereka yang berkepentingan. Proses eksternalisasi adalah proses mengungkapkan dan menerjemahkan *tacit knowledge* menjadi konsep yang eksplisit seperti buku, manual, laporan, dan sebagainya untuk dapat dipublikasikan kepada mereka yang berkepentingan. Organisasi mendatangkan *expert* sesuai dengan bidang keahliannya yang tidak dimiliki oleh organisasi. Dengan mendatangkan *expert* akan menghasilkan *knowledge* baru dalam organisasi yang dapat dipelajari, dikembangkan dan dimanfaatkan untuk meningkatkan *knowledge* SDM. Untuk itu semua *tacit knowledge* yang diperoleh dari *expert* dan hasil pekerjaan *expert* yang antara lain berwujud konsep serta prosedur, manual, sistem serta laporan pelaksanaan uraian pekerjaan harus didokumentasikan untuk dimanfaatkan organisasi dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya. (Setiarso, B., 2013).

2.3.4 Tahap *Combination*

Tahap kombinasi adalah proses mengkombinasikan *explicit knowledge* yang berbeda menjadi *explicit knowledge* yang baru melalui analisis, pengelompokan dan penyusunan kembali. Kombinasi adalah proses mengkombinasikan *explicit knowledge* yang berbeda menjadi *explicit knowledge* yang baru melalui analisis, pengelompokan, dan penyusunan kembali. Alat untuk melakukan proses ini misalnya data base dan computer network. *Content management* yang memiliki fungsi untuk mengelola informasi organisasi baik yang terstruktur (*database*) maupun yang tidak terstruktur (dokumen, laporan dan notulen yang mendukung proses kombinasi ini. Kombinasi meliputi konversi

explicit knowledge ke dalam bentuk himpunan yang lebih kompleks. Fase kombinasi bergantung kepada tiga proses yaitu penangkapan dan integrasi *explicit knowledge* baru termasuk pengumpulan data eksternal dari dalam atau dari luar institusi kemudian dikombinasikan. (Setiarso, B., 2013).

2.3.5 Tahap *Internalization*

Tahap internalisasi adalah proses memahami *explicit knowledge* menjadi *tacit knowledge* yang biasanya dilakukan melalui belajar sambil bekerja atau melakukan simulasi. Internalisasi berarti adalah proses penyerapan *explicit knowledge* menjadi *tacit knowledge* yang biasanya dilakukan melalui belajar sambil bekerja atau melakukan simulasi. Semua dokumen data, informasi dan *knowledge* yang sudah didokumentasikan dapat dibaca oleh orang lain. Pada proses inilah terjadi peningkatan *knowledge* sumber daya manusia. Beberapa sumber *explicit knowledge* dapat diperoleh melalui media intranet (database organisasi), surat edaran atau surat keputusan, papan pengumuman dan internet serta media massa sebagai sumber eksternal. Guna mendukung proses ini, sistem perlu memiliki alat bantu pencarian dan pengambilan dokumen. *Content management*, selain mendukung proses kombinasi, juga dapat memfasilitasi proses internalisasi. Pemicu untuk proses ini adalah penerapan "*learning by doing*". Beberapa fitur yang terdapat pada fungsi learning akan sangat membantu terlaksananya proses ini. Selain itu, pendidikan dan pelatihan (*training*) dapat mengubah berbagai pelajaran tertulis (*explicit knowledge*) menjadi *tacit knowledge* para karyawan. (Setiarso, B., 2013).

Selanjutnya Ikujiro Nonaka dan Hirotaka Takeuchi (Bandera, 2017)

menyatakan penciptaan pengetahuan merupakan proses yang berkesinambungan dari interaksi dinamis antara pengetahuan *tacit* dan *eksplisit*. Hanya dengan memasuki pengetahuan *tacit* dapat pengetahuan *eksplisit* baru dan lebih baik dibuat. Keuntungan dari penggunaan *model SECI* dalam proses pembelajaran antara lain adalah untuk:

- a. Mengapresiasi dinamika dari sifat *knowledge* dan penciptaan *knowledge*.
- b. Menyediakan kerangka kerja bagi manajemen yang terkait.

2.3.6 Penerapan *Discharge planning* SECI di Rumah Sakit

Discharge planning di rumah sakit terbagi menjadi awal masuk rumah sakit (MRS), saat dirawat, dan menjelang keluar rumah sakit (KRS) (Nursalam, Ahsan and Soebagiyo, 2020). *Discharge planning* ketika awal masuk rumah sakit (MRS) merupakan perencanaan pulang yang dilaksanakan segera setelah pasien masuk rumah sakit (Nursalam, 2020a). Penerapan *Discharge planning* pada awal MRS meliputi identifikasi pasien, pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan pendidikan kesehatan, dan implementasi (perkenalan dan penatalaksanaan penyakit) (Nursalam, Ahsan and Soebagiyo, 2020).

Discharge planning saat dirawat rumah sakit merupakan proses edukasi kesehatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga (Nursalam, 2020a). Edukasi yang diberikan meliputi kelanjutan dari edukasi ketika pasien masuk rumah sakit, disamping itu juga mengevaluasi pemberian edukasi sebelumnya. Edukasi saat dirawat juga mencakup *medication, environment, treatment, health, out patient referral*, dan diit (Nursalam, Ahsan and Soebagiyo, 2020).

Discharge planning menjelang keluar rumah sakit merupakan pelaksanaan *discharge planning* yang diberikan kepada pasien dan keluarga saat sebelum pulang (Nursalam, 2020a). Kegiatan ini diberi nama evaluasi dari edukasi yang telah diberikan yang meliputi implementasi (kontrol, obat, aktivitas, dan nutrisi), pengkajian sumber komunitas, dan evaluasi pelaksanaan *discharge planning* (Nursalam, Ahsan and Soebagiyo, 2020).

2.4 Kepuasan pasien

2.4.1 Definisi Kepuasan Pasien

Linder Pelz (dalam Krowinsky dan Steiber) menyebutkan bahwa kepuasan pasien adalah evaluasi positif dari dimensi pelayanan yang beragam. Pelayanan yang dievaluasi dapat berupa sebagian kecil dari pelayanan, misalkan salah satu jenis pelayanan dari serangkaian pelayanan rawat jalan atau rawat inap, semua jenis pelayanan yang diberikan untuk menyembuhkan seorang pasien sampai dengan sistem pelayanan secara menyeluruh di dalam rumah sakit. Dia juga menyebutkan bahwa kajian tentang kepuasan pasien harus dipahami sebagai suatu hal yang sangat banyak dimensinya atau variabel yang mempengaruhinya.

Kepuasan pasien merupakan hal yang sangat subyektif, sulit untuk diukur, dapat berubah-ubah, serta banyak sekali faktor yang berpengaruh, sebanyak dimensi di dalam kehidupan manusia. Subyektivitas tersebut bisa berkurang dan bahkan bisa menjadi obyektif bila cukup banyak orang yang sama pendapatnya terhadap sesuatu hal. Oleh karena itu, untuk mengkaji kepuasan pasien dipergunakan suatu instrumen penelitian yang cukup valid disertai dengan metode penelitian yang baik. Di dalam situasi yaitu rumah sakit harus mengutamakan

pihak yang dilayani (*client oriented*), karena pasien adalah *client* yang terbanyak, maka banyak sekali manfaat yang dapat diperoleh suatu rumah sakit bila mengutamakan kepuasan pasien.

1. Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit.
2. Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain. Hal ini secara akumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena merupakan pemasaran rumah sakit secara tidak langsung.
3. Citra positif rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah pasien yang berobat, karena ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengar akan menguntungkan rumah sakit secara sosial dan ekonomi (meningkatnya pendapatan rumah sakit). Dalam studinya di 51 rumah sakit di Amerika Serikat terhadap sekitar 15.000 pasien, Nelson, et al. (dalam Krowinski) menemukan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara penampilan rumah sakit dengan penampilan finansial rumah sakit dalam analisis multivariatnya yang terbukti kepuasan pasien berpengaruh secara positif pada penerimaan rumah sakit, pendapatan bersih dan tingkat pengembalian aset rumah sakit.
4. Berbagai pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) rumah sakit, seperti, perusahaan asuransi, akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif.

5. Di dalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak-hak pasien. Rumah sakitpun akan berusaha sedemikian rupa sehingga malpraktik tidak terjadi.

2.4.2 Kepuasan Pasien Dan Dimensi Mutu

Kualitas merupakan standar yang harus dicapai oleh seseorang atau sekelompok atau lembaga atau organisasi mengenai kualitas sumber daya manusia, kualitas cara kerja, proses dan hasil kerja berupa produk atau pelayanan jasa. Kualitas pelayanan di rumah sakit dapat tercermin dari persepsi pasien atas kualitas pelayanan yang dilakukan oleh para tenaga kesehatan yang ada. Pasien dapat memberikan penilaian tentang kualitas pelayanan melalui persepsi masing-masing pasien. Peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit akan memberikan dampak pada kepuasan pasien. Pasien yang merasa puas dengan kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit akan mempengaruhi tingkat loyalitas pasien yaitu kesediaan pasien untuk menggunakan kembali pelayanan serta kesediaan untuk merekomendasikan kepada orang lain. Adapun Tjiptono (2019) membagi kualitas layanan menjadi 5 indikator diantaranya adalah *Reliability* (Keandalan), *Responsiveness* (Ketanggapan), *Assurance* (Jaminan), *Emphaty* (Empati), serta *Tangibles* (Berwujud nyata) (Nursalam, 2020a).. Indikator-indikator kualitas pelayanan tersebut di atas perlu diperhatikan oleh pihak rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan yang baik kepada pasien dengan tujuan agar dapat memberikan kepuasan kepada pasien adapun penjabaran dari masing masing indicator adalah sebagai berikut :

1. *Reliabilitas* (keandalan)

Reliabilitas adalah setiap pegawai memiliki kemampuan yang andal, mengetahui seluk beluk prosedur kerja, mekanisme kerja, memperbaiki berbagai kekurangan atau penyimpangan yang tidak sesuai dengan prosedur kerja dan mampu menunjukkan, mengarahkan dan memberikan arahan yang benar kepada setiap bentuk pelayanan yang belum dimengerti oleh masyarakat, sehingga memberi dampak positif atas pelayanan tersebut yaitu pegawai memahami, menguasai, andal, mandiri dan profesional atas uraian kerja yang ditekuninya (Nursalam, 2020a). Keandalan dari seorang pegawai dapat dilihat dari keandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan tingkat pengetahuan terhadap uraian kerjanya. Keandalan dalam memberikan pelayanan yang terampil sesuai dengan tingkat keterampilan kerja yang dimilikinya dalam menjalankan aktivitas pelayanan yang efisien dan efektif, keandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan pengalaman kerja dapat dilakukan secara cepat, tepat, mudah, dan berkualitas sesuai dengan pengalamannya, keandalan dalam mengaplikasikan penguasaan teknologi untuk memperoleh pelayanan yang akurat dan memuaskan sesuai hasil output penggunaan teknologi yang ditunjukkan (Nursalam, 2020a). (Satrianegara, 2014) menyatakan bahwa reliabilitas adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan ketepatan waktu layanan, pendaftaran pemeriksaan dokter, ketepatan dalam asuhan keperawatan, dan lama waktu pemeriksaan dokter dan tenaga keperawatan.

2. Assurance (Jaminan)

Jaminan adalah kepastian atas pelayanan yang diberikan. Bentuk kepastian dari suatu pelayanan sangat ditentukan oleh jaminan dari pegawai yang memberikan pelayanan, sehingga orang yang menerima pelayanan merasa puas dan yakin bahwa segala bentuk urusan pelayanan yang dilakukan akan tuntas dan selesai sesuai dengan kecepatan, ketepatan, kemudahan, kelancaran, dan kualitas layanan yang diberikan (Nursalam, 2020a). Jaminan atas pelayanan yang diberikan oleh pegawai sangat ditentukan oleh performance atau kinerja pelayanan, sehingga diyakini bahwa pegawai tersebut mampu memberikan pelayanan yang andal, mandiri, dan profesional yang berdampak pada kepuasan pelayanan yang diterima (Nursalam, 2020a). Mampu memberikan kepuasan dalam pelayanan yaitu setiap pegawai akan memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah, lancar, berkualitas, dan hal tersebut menjadi bentuk konkret yang memuaskan orang yang mendapat pelayanan. Mampu menunjukkan komitmen kerja yang tinggi sesuai dengan bentuk-bentuk integritas kerja, etor kerja, dan budaya kerja yang sesuai dengan aplikasi dari visi, misi suatu organisasi dalam memberikan pelayanan. Mampu memberikan kepastian atas pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan, agar orang yang mendapat pelayanan yakin sesuai dengan perilaku yang dilihatnya (Nursalam, 2020a). Kriteria jaminan berhubungan dengan kemampuan tenaga medis dalam melakukan tindakan dengan cekatan dan profesional (mahir), keamanan selama perawatan, keamanan barang

bawaan pasien dan keluarga, penjelasan protokol asuhan keperawatan, pengetahuan tenaga medis dan perawat dalam menerangkan efek tindakan medis yang akan dilakukan dan upaya yang dapat dilakukan agar pasien cepat sembuh (Satrianegara, 2014).

3. *Tangibles (Tampilan Fisik)*

Tampilan fisik adalah bentuk aktualisasi nyata secara fisik dapat terlihat atau digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan membantu pelayanan yang diterima oleh orang yang menginginkan pelayanan, sehingga puas atas pelayanan yang dirasakan, yang sekaligus menunjukkan prestasi kerja atas pelayanan yang diberikan (Nursalam, 2020a). Pelayanan kesehatan dapat dirasakan secara langsung oleh pasien dengan menyediakan fasilitas dan perlengkapan yang modern, menjaga kebersihan, keindahan, kerapian tenaga medis dan ruang perawatan, kelengkapan fasilitas perawatan, kenyamanan dalam ruang perawatan dan fasilitas ruang tunggu (Satrianegara, 2014). Kualitas layanan berupa tampilan fisik merupakan bentuk kualitas layanan nyata yang memberikan adanya apresiasi dan membentuk gambaran positif bagi setiap individu yang dilayaninya dan menjadi suatu penilaian dalam menentukan kemampuan dari pengembangan pelayanan tersebut memanfaatkan segala kemampuannya untuk dilihat secara fisik, baik dalam menggunakan alat dan perlengkapan pelayanan, kemampuan menginovasi dan mengadopsi teknologi, dan menunjukkan suatu performance yang cakap, berwibawa

dan memiliki integritas yang tinggi sebagai suatu wujud dari presentasi kerja yang ditunjukkan kepada orang-orang yang mendapat pelayanan (Nursalam, 2020a).

4. *Emphaty (Empati)*

Empati dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu perhatian, keseriusan, simpati, pengertian, dan keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan dengan pelayanan untuk mengembangkan dan melakukan aktivitas pelayanan sesuai dengan tingkat pengertian dan pemahaman dari masing-masing pihak tersebut (Nursalam, 2020a). Kriteria empati terkait kemudahan dalam pengurusan administrasi, perhatian tenaga medis untuk bertanya keadaan dan perkembangan kondisi pasien setiap waktu (frekuensi visitasi dokter), perhatian perawat untuk melihat kondisi pasien dan menanyakan kondisi pasien (frekuensi kunjungan petugas selama dirawat), kemudahan mendapatkan segala kebutuhan dan informasi, kemudahan dalam membayar biaya perawatan dan menebus obat (Satrianegara, 2014). Bentuk kualitas layanan dari empati orang-orang pemberi pelayanan terhadap yang menerima pelayanan harus diwujudkan dalam lima hal, yaitu: mampu memberikan perhatian terhadap berbagai bentuk pelayanan yang diberikan sehingga yang dilayani merasa menjadi orang yang penting, mampu memberikan keseriusan atas aktivitas kerja pelayanan yang diberikan sehingga yang dilayani mempunyai kesan bahwa pemberi layanan menyikapi pelayanan yang diinginkan, mampu menunjukkan rasa simpatik atas pelayanan yang diberikan sehingga yang dilayani merasa memiliki wibawa atas pelayanan yang dilakukan, mampu menunjukkan pengertian yang mendalam atas berbagai hal yang diungkapkan sehingga yang dilayani menjadi lega dalam menghadapi bentuk-bentuk pelayanan yang dirasakan, mampu menunjukkan

keterlibatannya dalam memberikan pelayanan atas berbagai hal yang dilakukan sehingga yang dilayani menjadi tertolong menghadapi berbagai bentuk kesulitan pelayanan (Nursalam, 2020a).

5. *Responsiveness (Ketanggapan)*

Dimensi ini merupakan ketanggapan tenaga medis terhadap keluhan atau masalah kesehatan pasien, keramahan dan kesopanan tenaga medis selama perawatan, kecepatan petugas dalam memberikan pelayanan saat dibutuhkan (kesiapsiagaan petugas), ketanggapan semua petugas dalam merespon kebutuhan pasien dan keluarganya, ketepatan dalam pelayanan makanan dan minuman selama perawatan (Satrianegara, 2014). Pegawai dalam memberikan bentuk-bentuk pelayanan mengutamakan aspek pelayanan yang sangat mempengaruhi perilaku orang yang mendapat pelayanan, sehingga diperlukan kemampuan daya tanggap dari pegawai untuk melayani masyarakat sesuai dengan tingkat penyerapan, pengertian, ketidaksesuaian atas berbagai bentuk pelayanan yang tidak diketahuinya. Hal ini memerlukan penjelasan yang bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan, dan membujuk agar menyikapi segala bentuk prosedur dan mekanisme kerja yang berlaku dalam suatu organisasi, sehingga bentuk pelayanan mendapat respon positif (Nursalam, 2020a). Kualitas layanan daya tanggap adalah suatu bentuk pelayanan dalam memberikan penjelasan agar orang yang menerima pelayanan tanggap dan menanggapi pelayanan yang diterima, unsur kualitas layanan daya tanggap yaitu: memberikan penjelasan secara bijaksana sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang diterimanya. Penjelasan bijaksana tersebut mengantar individu yang menerima pelayanan mampu mengerti dan menyetujui segala bentuk pelayanan yang diterima. Memberikan penjelasan yang mendetail yaitu bentuk penjelasan yang substantif dengan

persoalan pelayanan yang dihadapi, yang bersifat jelas, transparan, singkat, dan dapat dipertanggungjawabkan. Memberikan pembinaan atas bentuk-bentuk pelayanan yang dianggap masih kurang atau belum sesuai dengan syarat- syarat atau prosedur pelayanan yang ditunjukkan. Mengarahkan setiap bentuk pelayanan dari individu yang dilayani untuk menyiapkan, melaksanakan dan mengikuti berbagai ketentuan pelayanan yang harus dipenuhi. Membujuk orang yang dilayani apabila menghadapi suatu permasalahan yang dianggap bertentangan, berlawanan, atau tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku (Nursalam, 2020a).

2.5 *Theoretical Mapping*

Pada penelitian ini menggunakan referensi online pada database dan agregator di Proquest, Sciencedirect, Scopus, dan Google Scholar. Kata kunci yang digunakan adalah *discharge planning*, *knowledge management*, SECI model. Dari 700 artikel yang didapatkan dihasil pencarian, peneliti menetapkan 15 artikel yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut: desain penelitian deskriptif *cross-sectional*, variabel *discharge planning*, variabel *knowledge management*, dan sampel adalah tenaga kesehatan.

Theoretical mapping merupakan pencarian literature dalam penelitian ini menggunakan lima database dengan kriteria kualitas tinggi dan sedang, yaitu *Scopus*, *Pubmed*, *Scient Direct* dan *Cinahl*. Kata kunci dan operator (AND, OR NOT, dan AND NOT) masing-masing digunakan untuk memperluas atau menentukan pencarian artikel atau jurnal, membuatnya lebih mudah untuk memutuskan artikel atau jurnal mana yang akan digunakan. Kata kunci pada pencarian artikel ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading (MeSH)* dan

Penulisan keaslian penelitian diawali dengan penetapan kata kunci yaitu: *discharge planning AND patient satisfaction AND hospitalization* , dan kriteria inklusi dan eksklusi sesuai dengan format PICOS sebagai berikut:

Tabel 2.2 PICOS Pencarian Literature

PICOS Framework	Kriteria inklusi	Kriteria eksklusi
Population	Studi berfokus pada <i>discharge planning</i> perawat	Selain, <i>discharge planning</i>
Intervention	Pemberian knowledge manajemen seci pada perawat	Membahas selain penyebab <i>discharge planning</i>
Comparators	<i>discharge planning</i> pada perawat yang memberikan asuhan keperawatan pada pasien PPOK	Tidak ada pembanding
Outcomes	Memahami kepuasan pasien dampak dari <i>discharge planning</i> belum efektif pada perawat untuk merawat pasien PPOK	Luaran penelitian tidak berfokus pada penyebab sesak pada pasien tetapi bagaimana seorang pasien PPOK bisa beradaptasi sehat dengan penyakit yang diderita dengan mandiri ADL di rumah
Study design	<i>Quasy experiment, cross-sectional study, case report, system review</i>	<i>Literature Review</i>
Publication years	2016 -2023	Sebelum tahun 2016
Language	Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia	Bahasa lain

Tabel 2.3 Hasil Pencarian Jurnal

No	Judul	Metode	Hasil
1.	Model <i>discharge planning</i> pada bayi berat lahir rendah (BBLR) berbasis health promotion model (HPM) terhadap perilaku keluarga dalam merawat bblr (Elmi aris,2019)	Desain : penelitian explanatory, desain penelitian ini adalah cross sectional. Sample : Tahap I : 105 keluarga dengan BBLR yang dirawat di ruang bayi RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Variable : <i>Discharge planning</i> berbasis HPM Instrument : data dianalisis dengan menggunakan uji Structural Equation Modeling - Partial Least	Model <i>Discharge planning</i> pada BBLR berbasis Health Promotion Model disusun dalam bentuk edukasi dengan meningkatkan persepsi manfaat, self efficacy, dan komitmen keluarga dalam melaksanakan tindakan pencegahan infeksi, pemberian ASI eksklusif, perawatan metode kanguru dan cara mengganti popok pada bayi.

		<p>Square (SEM-PLS).Quisioner</p> <p>Analyze: persepsi manfaat berpengaruh terhadap komitmen (nilai t statistics =3.790 > 1,96), persepsi hambatan berpengaruh signifikan terhadap komitmen (t statistics =2.330 > 1,96), Persepsi Self Efficacy berpengaruh terhadap komitmen (nilai t statistics =3.370 > 1,96), komitmen berpengaruh terhadap perilaku keluarga dari BBLR (nilai t statistics =6.204 > 1,96).</p>	
2.	<p>Pengembangan model <i>discharge planning</i> berbasis Know-ledge management SECI untuk peningkatan ADL (Darmanik, 2016)</p>	<p>Desain : Explanatory research, Quasy experiment</p> <p>Sample : Tahap I : 102 perawat 102 : Pasien Tahap 2 : 14 kelompok kontrol 13 kelompok perlakuan</p> <p>Variable : <i>Discharge planning</i> berbasis SECI (Indep)Peningkatan ADL</p> <p>Instrument : Quisioner Modul <i>discharge planning</i> berbasis SECI Mode</p> <p>Analyze: Validitas Reliabilitas Inferensial: PLS</p>	<p>Ditemukan peningkatan kemampuan ADL pada kelompok perlakuan sebesar 60 % dari total responden</p>
3.	<p>Penerapan <i>Discharge planning</i> terhadap Kepuasan Pasien pada Asuhan Keperawatan (Sumiati <i>et al.</i>, 2021)</p>	<p>Desain : crossectional</p> <p>Sample : 102 orang</p> <p>Variable : <i>discharge planning</i> dan kepuasan pasien</p> <p>Instrument : penilaian <i>discharge planning</i> dan kuesioner RATER</p> <p>Analyze : uji chi square</p>	<p>Gambaran pengaruh penerapan <i>discharge planning</i> terhadap kepuasan yang paling dominan pada asuhan keperawatan di RS Haji Jakarta yang paling pengaruh kepuasan kehandalan (reliability) p value = 0,002. <i>Discharge planning</i> mempengaruhi kepuasan saat dirawat.</p>
4.	<p>Nurse documentation Of client teaching at discharge Medical-surgical planning by using Knowledge management SECI at Jamaican hospital (Kareem, 2019)</p>	<p>Desain : Quasy experimental</p> <p>Sample : Eighty-eight adult and 43 paediatric records were audited.</p> <p>Variable : completeness of assessment, use of the nursing process, client teaching and.discharge planningCompleteness<i>Discharge planning</i> by using Knowledge Management SECI</p> <p>Instrument : The audit instrument was developed based on the Ministry of Health, Jamaica guidelines</p> <p>Analyze : The SPSS_ version 22</p>	<p>Eighty-eight adult (67.2%) and 43 (32.8%) paediatric records were audited; 89.3% indicated the clients were diagnosed with at least one non-communicable disease. Fourteen percent of records reflected documented evidence of client teaching within the first 72 h of admission. On the day of discharge, only 18.3% reflected client teaching. Nurses seldom began <i>discharge planning</i> within the first 24 h of admission</p>

		for Windows_ facilitated data analysis.	as only 6.9% records had documented evidence. These trends were common to adult and paediatric
5.	Effects of post discharge telephone intervention on rehabilitation following total hip replacement surgery (Ly, 2014)	<p>Desain : Quasy experimental</p> <p>Sample : total, 249 participants were assigned to either the control or telephone intervention group according to the discharge date.</p> <p>Variabel : 1.compliance toward doctor advice 2,post discharge telephone</p> <p>Instrument: 1. questionnaire of compliance with doctors' advice when they were discharged at one, three, and six months after discharge. 2.The Harris Hip Score of patients was assessed on discharge day and six months after discharge.</p> <p>Analyze : T test and Anova</p>	Telephone intervention with patients and family caregivers improved patient Complian-ce with doctors' advice and promoted functional hip joint rehabilitation.
6.	<i>Discharge planning</i> for children with VSD and pulmonary arterial hypertension in China (WU, 2015)	<p>Desain : A quasi-experimental</p> <p>Sample :1.Sixty children and their mothers 2.They divided into two groups: the control group received conventional care, theintervent-ion group received both conventional care and additional</p> <p>Variable : 1. maternal caring knowledge ,behavior, maternal discharge readiness and the rehospitalization of children (VSD-PAH). 2. effectiveness of discharge planning</p> <p>Instrument : 1.Follow-up questionnaire 2.Questionnaire for knowledge of home care for a child with VSD and PAH 3.Questionnaire of maternal behavior in home care for child with VSD and PAH 4.Education booklet</p> <p>Analyze : (SPSS), version 18.0 (SPSS Inc.,Chicago, IL, USA). Statistic-al methods included descript-ivestatistics, t-test, Chi-square test, rank test, and repeated measures analysis</p>	<i>Discharge planning</i> improves the maternal discharge readiness, maternal caring knowledge and maternal caring behaviors. However, this planning did not reduce the readmission rate of children

7. Application of transitional care model in cancer pain management after discharge: a randomized controlled trial (Xuan Wang, 2016)	<p>Desain : Quasy experimental</p> <p>Sample : A total of 156 eligible participants were recruited and randomly assigned into intervention or control groups.</p> <p>Variabel :</p> <p>1.extra,specialized transitional care of pain management</p> <p>2.Cancer Pain</p> <p>Instrument :</p> <p>1.the Brief Pain Inventory, 2.Global Quality of Life Scale, 3.Satisfaction Degree of Nursing 4. Pain Management Index and interview findings.</p> <p>Analyze : performed by SPSS 13.0. The comparisons.data were applied with t-test and $P < 0.05$ was considered as statistically significant</p>	<p>there was a significant difference in the change in average pain score between intervent-ion and control groups ($P < 0.05$). Reduction (difference: 0.98, $P < 0.05$).</p> <p>2.The application of a transitional care model in cancer pain management after discharge could help patients to improve their cancer pain management knowledge and analgesics complian-ce. In addition, the continuum of care service will contribute to effective communication between health care provider</p>
8. Effects of a Multimethod <i>Discharge planning</i> Educational Program for Medical Staff Nurses (Suzuki <i>et al.</i> , 2012)	<p>Desain : Quasi eksperimen</p> <p>Sample : 256 perawat staf di unit pengobatan umum di sebuah RS berkapasitas 1210 tempat</p> <p>Variabel : Program pendidikan discharge planning</p> <p>Instrument : The <i>Discharge planning</i> Process Evaluation Measurement (DCP PEM)</p> <p>Analyze : Analisis kovarians (ANCO-VA)</p>	<p>Program pendidikan tentang <i>discharge planning</i> berhasil memperkuat pengetahuan berbagai sistem yang berkaitan dengan discharge planning, memperbaiki sikap perawat terhadap discharge planning, dan berdampak seluruh unit</p>
9. Nurse' <i>Discharge planning</i> and Risk Assessment: Behaviours, Understanding and Barriers (Graham, 2013)	<p>Desain : Deskriptif</p> <p>Sample : Perawat (n=64) yang bekerja di bangsal akut</p> <p>Variabel : Discharge planing keperawatan</p> <p>Instrument : The development of survey tool required a two phase process</p> <p>Analyze : Statistical package for the social sciences versi 19 uji chikudrat</p>	<p>Kepatuhan terhadap kebijakan <i>discharge planning</i> rendah terlepas dari kesadaran umum akan berkurangnya kualitas outcome pasien yang mungkin terjadi. Hambatan yang mungkin</p>
10. Relationship between knowledge management And qualitative working life in nursing staff of Zahedan teaching hospital , 2014 (Khamarni a. M Shasavani, F shahrakipour M (2015)	<p>Desain : <i>Cross- sectional</i></p> <p>Sample : Semua petugas keperawatan dari enam RS pendidikan di Zahedan 2014 dengan <i>stratified random sampling</i></p> <p>Variabel : Manajemen pengetahuan, kualitas hidup kerja</p> <p>Instrument : Dua kuesioner gaya likert standar</p> <p>Analyze : Pearson, t-test dan uji ANOVA satuarah</p>	<p>Ada korelasi kuat antara manajemen pengetahuan dan semua dimensi QWL di rumah sakit pendidikan (P:0,001).</p> <p>Manajemen pengetahuan dapat memperbaiki QWL pada keperawatan di rumah sakit pendidikan</p>

11. <i>Discharge planning terhadap Tingkat Kepuasan Pasien di Rumah Sakit (Zees, Luawo and Thalib, 2022)</i>	Desain : pre test post test Sample : 27 orang Variabel : <i>discharge planning</i> dan kepuasan pasien Instrument : observasi <i>discharge planning</i> dan kuesioner RATER Analyze : uji t test	Terhadap pengaruh sebelum dan sesudah penerapan DP. Tingkat kepuasan pasien sebelum rencana pulang adalah tidak puas 23 orang (85%) dan puas 4 orang (15%), Tingkat kepuasan pasien setelah perencanaan pulang meningkat menjadi 23 orang (85%) dan ketidakpuasan berkurang menjadi 2 orang (7%).
12. <i>Relationship Between Knowledge Management and Quality of Working Life in Nursing Staff of Zahedan Teaching Hospitals, 2014 (Khammarnia M, 2015)</i>	Desain : <i>Cross-sectional</i> Sample : Semua petugas keperawatan dari enam RS pendidikan di Zahedan 2014 dengan <i>stratified random sampling</i> Variabel: Manajemen pengetahuan, kualitas hidup kerja Instrument : Dua kuesioner gaya likert standar Analyze : Pearson, t-test dan uji ANOVA satu arah	Ada korelasi kuat antara manajemen pengetahuan dan semua dimensi QWL di rumah sakit pendidikan-an (P=0,001).Manajemen pengetahuan dapat memperbaiki QWL pada keperawatan di rumah sakit pendidikan Zahedan.
13. <i>Effective Knowledge Management Systems for a Clinical Nursing Setting (Biswadip, 2017)</i>	Desain : Kualitatif Sample : 10 manajer keperawatan Variabel : Sistem manajemen pengetahuan Instrument : wawancara Analyze : triangulasi	Penelitian ini menerapkan dan memvalidasi model berdasarkan Gold, et.al.(2001) untuk mengidentifikasi proses pengetahuan utama dan faktor pengaktifan organisasi yang mempengaruhi efektivitas KMS yang digunakan pada perawatan di sebuah rumah sakit besar
14. <i>Discharge planning (Rudd carolyne ; 2013) (Carolyne, 2013)</i>	Desain : Quantitative Quasy experiment-tal Sample : They were well attended, with more than 50 per cent, 42 of the 69 trained staff from the unit, attending Variabel : effectiveness of discharge management and planning in a four-ward orthopaedic and trauma unit Instrument : Lost bed days and reduce costs Analyze : Two audits were conducted by a small team of nurses to measure the effectiveness of discharge management and planning in a four-ward orthopaedic and	The findings showed that the wards were proactive planning started admissions and patients were given realistic planned discharge date and a list probable capability

		traumaunit	
15	Nurses' <i>discharge planning</i> and risk assessment: behaviours, understanding and barriers (Graham, 2013)	<p>Desain : Kuantitatif, quasy experimental</p> <p>Sample : 50 kelompok kontrol perawat dan 50 kelompok perlakuanperawat</p> <p>Variabel :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemahaman perawat tentang <i>discharge planning</i> 2. Kepatuhan perawat dalam melaksanakan <i>discharge planning</i> 3. Kendala perawat dalam melakukan <i>discharge planning</i> <p>Instrument : questioner</p> <p>Analyze : Pearson, t-test</p>	<p>1. Kepatuhan perawat dalam melaksanakan kebijakan <i>discharge planning</i> rendah (23%)</p> <p>2. Kendala yang teridentifikasi paling sering adalah keterbatasan waktu dan faktor pasien</p> <p>Terdapat kontradiksi ketika perawat paham akan pentingnya <i>discharge planning</i>, namun tidak dapat melakukan kebijakan <i>discharge planning</i> yang dibutuhkan</p>

