

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas tentang konsep beban kerja, konsep *discharge planning*, kerangka teori, kerangka konsep dan hipotesis penelitian.

2.1 Konsep Beban Kerja

2.1.1 Pengertian Beban Kerja

Menurut Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara republik Indonesia, (2004) Nomer: KEP/75/M.PAN/7/2004, Beban kerja adalah sejumlah target pekerjaan atau target hasil yang harus dicapai dalam satu satuan waktu tertentu. Beban kerja adalah kemampuan tubuh pekerja dalam menerima pekerjaan. Peraturan Menteri Dalam Negeri, (2008) menetapkan beban kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan/unit organisasi dan merupakan hasil kali antara volume kerja dan norma waktu. Dari sudut pandang ergonomi, setiap beban kerja yang diterima seseorang harus sesuai dan seimbang terhadap kemampuan fisik maupun psikologis pekerja yang menerima beban kerja tersebut. Beban kerja dapat berupa beban kerja fisik dan beban kerja psikologis. Beban kerja fisik dapat berupa beratnya pekerjaan seperti mengangkat, merawat, mendorong. Sedangkan beban kerja psikologis dapat berupa sejauh mana tingkat keahlian dan prestasi kerja yang dimiliki individu dengan individu lainnya (Manuaba, 2014).

Berdasarkan beberapa pengertian tentang beban kerja di atas dapat disimpulkan bahwa beban kerja adalah besarnya pekerjaan yang di targetkan kepada suatu jabatan atau unit organisasi yang harus diselesaikan dalam waktu yang sudah ditentukan dimana besarnya pekerjaan disesuaikan dengan kemampuan fisik dan psikologis individu. Semakin besar target pekerjaan yang harus diselesaikan maka beban kerja juga akan semakin tinggi, dan semakin sedikit waktu yang ditentukan dalam menyelesaikan tugas maka semakin tinggi pula beban kerja yang di tanggung oleh individu.

2.1.2 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja

Beban kerja dipengaruhi oleh 2 faktor, yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Menurut Manuaba (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja antara lain :

1. Faktor Eksternal yaitu beban yang berasal dari luar tubuh pekerja, seperti :
 - a. Tugas-tugas yang dilakukan yang bersifat fisik seperti stasiun kerja, tata ruang, tempat kerja, alat dan sarana kerja, kondisi kerja, sikap kerja, sedangkan tugas-tugas yang bersifat mental seperti kompleksitas pekerjaan, tingkat kesulitan pekerjaan, pelatihan atau pendidikan yang diperoleh, tanggung jawab pekerjaan.

- b. Organisasi kerja seperti masa waktu kerja, waktu istirahat, kerja bergilir, kerja malam, sistem pengupahan, model struktur organisasi, pelimpahan tugas dan wewenang.
- c. Lingkungan kerja adalah lingkungan kerja fisik, lingkungan kimiawi, lingkungan kerja biologis, dan lingkungan kerja psikologis.

Ketiga aspek ini disebut wring stresor.

2. Faktor Internal

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh akibat dari reaksi beban kerja eksternal. Reaksi tubuh disebut strain, berat ringannya strain dapat dinilai baik secara objektif maupun subjektif. Faktor internal meliputi faktor somatis (Jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, status gizi, kondisi kesehatan), faktor psikis (motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan dan kepuasan).

Sedangkan menurut Duffield et al., (2009) beban kerja keperawatan juga dipengaruhi oleh jumlah waktu yang dihabiskan pasien di ruang perawatan atau rumah sakit, lama tinggal yang lebih singkat memampatkan pekerjaan keperawatan, peningkatan populasi yang menua (termasuk perawat dan pasien), peningkatan kunjungan pasien, penyakit baru, perawatan dan teknologi, dan perubahan pola kerja. Faktor yang mempengaruhi beban kerja keperawatan meliputi lima kategori utama yaitu jumlah waktu keperawatan, tingkat

kompetensi keperawatan, beratnya perawatan pasien langsung, jumlah aktivitas fisik, dan kompleksitas perawatan (Alghamdi, 2016)

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa faktor faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah tugas fisik, waktu, organisasi kerja, lingkungan kerja, faktor individu (perawat), faktor pasien, dan peningkatan kunjungan.

2.1.3 Jenis Beban Kerja

Beban kerja meliputi 2 jenis, sebagaimana dikemukakan oleh Munandar, (2001) ada 2 jenis beban kerja, yaitu :

1. Beban kerja kuantitatif, meliputi :
 - a. Harus melaksanakan observasi pasien secara ketat selama jam kerja.
 - b. Banyaknya pekerjaan dan beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan.
 - c. Kontak langsung perawat pasien secara terus menerus selama jam kerja.
 - d. Rasio perawat dan pasien
2. Beban kerja kualitatif, meliputi :
 - a. Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki perawat tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di rumah sakit.
 - b. Tanggung jawab yang tinggi terhadap asuhan keperawatan pasien kritis.

- c. Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas.
- d. Tuntutan keluarga pasien terhadap keselamatan pasien.
- e. Setiap saat dihadapkan pada pengambilan keputusan yang tepat.
- f. Tugas memberikan obat secara intensif.
- g. Menghadapi pasien dengan karakteristik tidak berdaya, koma dan kondisi terminal.

2.1.4 Indikator Beban Kerja

Pengukuran tinggi rendahnya beban kerja menggunakan konsep dari Spector dan Jex (Kumalasari, 2014) yang meliputi dua aspek yaitu jumlah pekerjaan dan kecepatan. Perawat harus mengerjakan pekerjaan dengan jumlah beban yang bervariasi tergantung jenis rawat inap. Kecepatan dalam melakukan pekerjaan berkaitan dengan waktu yang tersedia. Perawat diuntut untuk bekerja dengan cepat dan sigap dalam melayani pasien, seperti menangani pasien yang sedang kritis. Semakin cepat pekerjaan harus dikerjakan, semakin tinggi tingkat stress kerja.

2.1.5 Analisa Beban Kerja

Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara Republik Indonesia, (2004) menjelaskan definisi dari analisis beban kerja adalah upaya menghitung beban kerja pada satuan kerja dengan menjumlah semua beban kerja dan selanjutnya membagi dengan kapasitas kerja perorangan per satuan waktu. Peraturan Menteri Dalam Negeri, (2008) menetapkan analisis beban

kerja adalah suatu teknik manajemen yang dilakukan secara sistematis untuk memperoleh informasi mengenai tingkat efektivitas dan efisiensi kerja organisasi berdasarkan volume kerja.

Hasibuan, (2016) menjelaskan bahwa uraian pekerjaan dan uraian jabatan harus di tetapkan secara jelas untuk setiap jabatan, supaya pejabat tersebut mengetahui tugas dan tanggung jawab yang harus dilakukannya. Uraian pekerjaan akan memberikan ketegasan dan standar tugas yang harus dicapai oleh seorang pejabat pada jabatan tersebut .

Menurut Ilyas (2011), beban kerja dapat dilihat dari kegiatan yang dilakukan staf pada waktu kerja baik kegiatan langsung, tidak langsung, dan kegiatan lain seperti kegiatan pribadi dan kegiatan tidak produktif. Sumberdaya manusia yang tersedia berkaitan dengan beban kerja.

Dalam perhitungan beban kerja ada tiga cara dapat digunakan diantaranya adalah (Ilyas, 2011) :

1. *Work Sampling*

Work sampling adalah suatu teknik untuk mengukur besaran kegiatan masing-masing karyawan dengan cara melakukan pengamatan dan pencatatan, dimana jumlah sampel pengamatan kegiatan dilakukan secara acak. Pada metode ini fokus pada pola kegiatan dari total waktu kegiatan yang telah dilaksanakan dari suatu kelompok kerja (unit kerja). Jadi jumlah pengamatan setiap 5 menit selama 24 jam (3 shift), dalam 6 hari kerja. Dengan demikian jumlah pengamatan = 5 (perawat) x 60 menit/ 5 (menit) x

24 jam x 6 (hari kerja) 8.640 sampel pengamatan. Dengan jumlah data pengamatan yang besar ini menghasilkan data yang akurat yang menggambarkan kegiatan personel yang sedang diteliti.

Kegiatan yang diamati dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Kegiatan langsung adalah kegiatan yang dilakukan berkaitan langsung dengan pasien/pelanggannya, disini dicantumkan semua kegiatan yang mungkin dilakukan oleh tenaga tersebut.
- 2) Kegiatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan tidak langsung terhadap pelanggan/konsumenya.
- 3) Kegiatan pribadi adalah kegiatan untuk kepentingan pribadinya seperti makan, minum, dan ke toilet.
- 4) Kegiatan non produktif adalah kegiatan yang dilakukan oleh tenaga tersebut yang tidak bermamfaat kepada pelanggan/konsumen, unit satuan kerjanya, serta organisasinya.

2. Time Motion Study

Teknik ini dapat digunakan untuk mengevaluasi tingkat kualitas dari pelatihan atau pendidikan bersertifikasi keahlian. Pengamatan dilakukan secara terus menerus sampai pekerjaan selesai, kemudian dilakukan pengulangan pada keesokan harinya. Pengamat atau peneliti harus cermat dalam mengikuti kegiatan yang dilakukan oleh pegawai. Teknik ini merupakan teknik yang sulit dilakukan, berat, dan mahal, sehingga jarang dilakukan. Pada penelitian tentang pengukuran kerja, bias bisa terjadi karena seseorang merasakan bahwa dirinya sedang diamati ketika bekerja, sehingga

dia melakukan pekerjaan dengan lebih baik. Bias dalam penelitian dapat diminalisasi dengan adanya penambahan lama waktu pengamatan. Biasanya hal ini terjadi pada masa awal penelitian, setelah beberapa hari ritme kerja pun kembali normal.

3. *Daily Log*

Daily log merupakan bentuk yang lebih sederhana dari *work sampling*. Caranya adalah orang yang diteliti menuliskan sendiri kegiatan dan waktu yang digunakan untuk penelitian tersebut. Oleh karena itu, teknik ini sangat bergantung pada kejujuran dan kerjasama dari pegawai yang menjadi sampel. Pelaksanaan teknik ini menggunakan formulir isian sederhana mengenai kegiatan, waktu, dan lamanya kegiatan

Pada metode ini biasanya peneliti membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari dan diisi sendiri oleh informan. Sebelum dilakukan penelitian perlu diberikan penjelasan mengenai tujuan dan cara pengisian kepada subyek personel yang diteliti.

Analisa beban kerja di lakukan dengan cara mempresentase waktu pelaksanaan kegiatan produktif yang di kategorikan menjadi tiga kategori yaitu :

- 1) Beban kerja tinggi bila presentase waktu pelaksanaan kegiatan produktif melebihi waktu kerja produktif yang optimum yaitu lebih dari 80% dari seluruh waktu kegiatan yang di lakukan perawat.

- 2) Beban kerja optimum bila persentase waktu pelaksanaan kegiatan produktif berkisar 80%.
- 3) Beban kerja rendah bila persentase waktu pelaksanaan kegiatan produktifnya <80% dari seluruh waktu kegiatan yang dilakukan perawat.

2.2 Konsep *Discharge Planning*

2.2.1 Pengertian *Discharge Planning*

Discharge planning merupakan proses mengidentifikasi kebutuhan pasien dan perencanaannya dituliskan untuk memfasilitasi keberlanjutan suatu pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain (Dougherty & Lister, 2011). Perencanaan pulang atau *discharge planning* merupakan proses terintegrasi yang terdiri dari fase-fase yang di tujukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkesinambungan (Nursalam, 2014). Perencanaan pulang adalah proses yang memfasilitasi pemindahan seseorang dari satu tingkat perawatan kesehatan ke tingkat lainnya, atau dari tempat perawatan sementara atau tempat perawatan di sekitar kembali ke rumah untuk perawatan yang lebih permanen (*Florida department of health*, 2012).

Berdasarkan beberapa pengertian tentang *discharge planning* atau perencanaan pulang di atas dapat disimpulkan bahwa *discharge planning* adalah suatu proses yang terintegrasi dalam memberikan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mempersiapkan seseorang dalam meningkatkan

kemandirian dalam perawatan saat kembali ke rumah atau menyiapkan perawatan rujukan ke tempat pelayanan kesehatan lainnya.

2.2.2 Tujuan *Discharge Planning*

Discharge planning merupakan kolaborasi antara keperawatan, pasien dan keluarga pasca rawat inap, yang bertujuan untuk menyiapkan kemandirian pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, sosial, pengetahuan, keterampilan perawatan dan sistem rujukan berkelanjutan. Hal tersebut dilaksanakan untuk mengurangi kekambuhan, serta menukar informasi antara pasien sebagai penerima layanan dengan perawat selama rawat inap sampai keluar dari rumah sakit (Nursalam, 2015)

Secara lebih terperinci Dougherty & Lister (2011) menyatakan bahwa tujuan dilakukannya *discharge planning* adalah:

- a. Untuk mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk transfer ke rumah atau ke suatu lingkungan yang disetujui.
- b. Menyediakan informasi tertulis dan verbal kepada pasien dan pelayanan kesehatan untuk mempertemukan kebutuhan mereka dalam proses pemulangan.
- c. Memfasilitasi proses perpindahan yang nyaman dengan memastikan semua fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan telah dipersiapkan untuk menerima pasien.

- d. Mempromosikan tahap kemandirian yang tertinggi kepada pasien dan keluarga dengan menyediakan serta memandirikan aktivitas perawatan diri.

2.2.3 Manfaat *Discharge Planning*

Discharge planning bermanfaat dalam menurunkan jumlah kekambuhan, menurunkan perawatan kembali di rumah sakit dan ke ruang kedaruratan yang tidak perlu kecuali untuk beberapa diagnosa, membantu klien untuk memahami kebutuhan setelah perawatan di rumah sakit, serta dapat digunakan sebagai bahan dokumentasi keperawatan (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2012). Menurut (Nursalam, 2014), manfaat *discharge planning* adalah memberikan tindak lanjut secara sistematis guna memberikan perawatan lanjutan pada pasien, mengevaluasi pengaruh dari rencana yang telah disusun dan mengidentifikasi adanya kekambuhan atau perawatan baru yang dibutuhkan serta membantu pasien supaya mandiri dan siap untuk melakukan perawatan di rumah.

2.2.4 Prinsip *Discharge Planning*

Prinsip yang diterapkan dalam *discharge planning* menurut Nursalam, (2015) yaitu pasien merupakan sasaran dalam *discharge planning* sehingga perlu pengkajian nilai keinginan dan kebutuhan pasien berdasarkan pengetahuan dari tenaga atau sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat. Kemudian kebutuhan tersebut akan dikaitkan dengan masalah

yang mungkin timbul pada saat pasien keluar dari rumah sakit. Melalui pengkajian tersebut diharapkan dapat menurunkan resiko masalah yang timbul pasca rawat inap. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif pada setiap tatanan pelayanan kesehatan dan dibutuhkan kerja sama yang baik antar petugas.

Dougherty & Lister (2011), mengemukakan *discharge planning* merupakan proses multidisiplin terlatih yang mempertemukan kebutuhan pasien dengan pelayanan kesehatan. Prosedur *discharge planning* dilakukan secara berkesinambungan pada semua pasien kemudian selanjutnya akan dirujuk pada suatu komunitas atau layanan kesehatan yang aman dan adekuat untuk menentukan keberlanjutan perawatan antar lingkungan. Selain itu diperlukan informasi mengenai penyusunan pemulangan antara tim kesehatan dengan pasien yang disediakan dalam bentuk perawatan berkelanjutan tertulis dengan mempertimbangkan kepercayaan dan budaya pasien.

2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi *Discharge Planning*

Menurut penelitian (Rhadiatul, 2017) beberapa faktor perawat yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* yaitu motivasi yang dimiliki oleh perawat dan cara yang komunikatif dalam penyampaian informasi kepada pasien dan keluarga sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti oleh pasien dan keluarga. Pengetahuan perawat merupakan kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik akan mengarahkan perawat pada kegiatan pembelajaran pasien dan keluarga,

sehingga dapat menerima informasi sesuai dengan kebutuhan. Terdapat beberapa faktor mengakibatkan tidak memadainya *discharge planning* saat ini. Faktor-faktor ini terdiri dari Pengetahuan, Pengambilan keputusan, fokus pada target, pendekatan secara menyeluruh, kordinasi, dan komunikasi (Kamalanathan, 2015). Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Astuty, (2015) tentang “Pengaruh Beban Kerja Perawat Terhadap Pelaksanaan *Discharge Planning* Pada Pasien Baru Di Rumah Sakit TK. II. Dr. Soepraoen Malang” menunjukkan bahwa beban kerja pada perawat dapat mengakibatkan stress yang akan menurunkan performa perawat dalam memberikan pelayanan pelaksanaan *discharge planning* secara optimal dan profesional. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa beban kerja mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*.

Dari beberapa sumber di atas dapat diketahui bahwa faktor faktor yang mempengaruhi *discharge planning* adalah motivasi, komunikasi, pengetahuan, pengambilan keputusan, fokus pada target, pendekatan yang menyeluruh, koordinasi dan beban kerja.

2.2.6 Proses Pelaksanaan Discharge Planning

Tahapan pelaksanaan discharge planning menurut *NHS Institute for Innovation and Improvement* dikutip dalam (Nursing Times, 2013) adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan perencanaan sebelum atau pada saat klien masuk rumah sakit. Dalam perawatan yang efektif, perencanaan pulang dapat

dimulai sebelum klien masuk yang dan dapat dilakukan dengan penilaian risiko saat klien berada di unit rawat jalan atau unit gawat darurat.

- b. Mengidentifikasi apakah klien memiliki kebutuhan yang sederhana atau kompleks. Pada tahap ini tim multidisiplin melakukan identifikasi penyakit yang diderita oleh klien sejak sebelum masuk ke ruangan untuk diketahui kemungkinan perubahan penyakit dari sederhana ke lebih kompleks.
- c. Mengembangkan rencana manajemen klinis dalam waktu 24 jam saat klien masuk rumah sakit. Klien yang masuk rumah sakit akan diterima oleh perawat. Keterlibatan dari tim multidisiplin tergantung pada saat penerimaan, misalnya, penerimaan klien setelah pukul 5 pm akan ditinjau oleh tim perawat untuk hari berikutnya, tergantung pada shift kerja perawat. Oleh sebab itu dibutuhkan perencanaan manajemen yang baik. Seluruh perawat yang bertugas pada akhirnya harus terlibat dalam proses perawatan dan discharge planning klien.
- d. Mengkoordinasikan proses perencanaan atau serah terima klien. Dalam melakukan koordinasi proses perencanaan dan serah terima klien, sebagian besar pelayanan klinis menggunakan sistem koordinasi discharge planning pada perawat koordinator. Namun ada beberapa yang menggunakan staf administrasi untuk mengkoordinasikan tugas-tugas sederhana, sementara yang lain menggunakan perawat, ada beberapa mengalihkan perawat ke peran

koordinator serah terima klien setiap hari, dan ada pula yang berperan sebagai koordinator discharge planning secara penuh. Hal yang dapat mendukung koordinasi dari proses perencanaan pulang klien adalah Komunikasi, Manajemen kerja dan evaluasi.

- e. Menetapkan waktu atau tanggal yang diharapkan dalam perencanaan pulang dalam waktu 48 jam setelah klien masuk rumah sakit. Menerapkan dan menanamkan waktu dalam perencanaan pulang klien adalah hal yang sulit dalam suatu organisasi di rumah sakit. Tanggal kepulangan klien harus diperkirakan sedini mungkin. Untuk memandu proses discharge planning, tanggal harus ditetapkan dengan penilaian ulang kemajuan klien terhadap rencana pengelolaan klinis

Tujuan dari perkiraan tanggal kepulangan adalah sebagai berikut:

- 1) Strategis: untuk memprediksi kapasitas rumah sakit secara keseluruhan
 - 2) Operasional: untuk menilai kemajuan dan hasil dari rencana klinis
 - 3) Individu: bagi klien untuk memahami harapan, keterbatasan dan keperluan klien dalam proses discharge planning (*Lees & Holmes, 2005* dikutip dalam *Nursing times, 2013*).
- f. Meninjau rencana manajemen pelayanan kesehatan yang diberikan setiap hari. Sejak klien masuk, telah tersedia rencana pengelolaan klinis. Proses perencanaan yang disarankan oleh Badan

Kepemimpinan dan Inovasi Nasional untuk Kesehatan tahun 2008 adalah tinjauan (*review*), tindakan (*action*) dan perkembangan (*progress*).

- g. Melibatkan klien dan keluarga. Keterlibatan klien dan keluarga dalam proses discharge planning bertujuan untuk mengelola harapan klien / keluarga dan memahami potensi kompleksitas penyakit klien serta tantangan yang dihadapi, terutama melibatkannya dalam terapi yang harus dipandu sesuai dengan arahan dan tindakan klinis. Melibatkan klien membutuhkan pengalaman dan kesabaran bagi perawat serta perlu diadakan pertemuan antara klien, keluarga, perawat, pihak manajemen dan terapis.
- h. Rencanakan pemulangan atau pemindahan klien setelah lebih dari 7 hari. Hal ini bergantung pada keterlibatan dari layanan yang mendukung kepulangan klien, seperti terapi, *X-ray*, transportasi, dan layanan perawatan di masyarakat sekitar tempat tinggal klien. Hal ini juga didukung dari lama hari kerja pelayanan rumah sakit, yang nantinya disesuaikan dengan pemulangan klien.
- i. Gunakan checklist perencanaan pulang 48 jam sebelum klien dioperkan. Checklist telah terbukti sulit untuk dipertahankan. Penggunaan checklist dalam suatu organisasi harus dipastikan dengan adanya keterlibatan perawatan primer dan sosial. Intinya adalah untuk tidak meniru informasi yang ada namun untuk memastikan tahap perencanaan dan *pra-discharge*.

- j. Membuat keputusan untuk serah terima klien setiap hari. Kepulangan klien yang dilaksanakan oleh perawat bukanlah untuk menggantikan peran dari tim multidisiplin dalam pengambilan keputusan klinis klien namun akan mendukung tim multidisiplin untuk memberikan layanan lebih dari tujuh hari.

2.2.7 Pemberi Layanan *Discharge Planning*

Proses *discharge planning* dilakukan secara komprehensif yang melibatkan seluruh pemberi layanan kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan kepada pasien, juga melibatkan pasien beserta keluarga bisa juga dengan antara pelayanan kesehatan dan social (Dougherty & Lister, 2011). *Discharge planning* merupakan proses interaksi antar petugas kesehatan multidisiplin, pasien, dan keluarga yang berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas perawatan yang diperlukan pasien (Nursalam, 2015). Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah tim interdisiplin yang terdiri dari dokter, gizi, fisioterapi, farmasi, dan perawat yang memberikan asuhan kepada pasien Komisi Akreditasi Rumah Sakit (2018).

2.2.8 Penerima *Discharge Planning*

Menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit, (2018) menetapkan kriteria pasien yang menerima *Discharge Planning* antara lain: umur , tidak adanya mobilitas, perlu bantuan medik dan keperawatan terus menerus, serta

bantuan melakukan kegiatan sehari-hari. Sedangkan menurut Nursalam, (2014) pasien adalah fokus dari perencanaan pasien pulang.

2.3 Panduan Rencana Pemulangan Pasien (*Discharge Planning*) Rumah Sakit Umum Anwar Medika

2.3.1 Tahap – Tahap Discharge Planning

- a. Identifikasi, persiapan, dan rancang discharge planning
- b. Mengidentifikasi perkiraan waktu pemulangan pasien (*Estimated Discharge Date/EDD*) ditetapkan sedini mungkin (maksimal kurang dari 48 jam setelah pasien diadmission) untuk mengantisipasi gangguan dan hambatan saat proses pemulangan dan dievaluasi perkiraan waktu pemulangan pasien tersebut setiap hari
- c. Mengkaji mengenai kondisi status mental pasien
- d. Mengkaji kebutuhan pasien dan keluarga terhadap pendidikan kesehatan berhubungan dengan bagaimana memberikan terapi di rumah, penggunaan alat-alat kesehatan di rumah, larangan atau batasan terhadap jenis aktifitas yang boleh dilakukan akibat gangguan kesehatan (berdasarkan *indeks barthel*), dan kemungkinan terjadinya komplikasi
- e. Mengkaji kondisi rumah/ lingkungan tempat tinggal pasien yang mungkin menghambat perawatan pasien
- f. Identifikasi siapa pendamping utama / penanggung jawab perawatan pasien
- g. Memberikan informasi mengenai fasilitas kesehatan terdekat dengan tempat tinggal pasien apabila sewaktu-waktu terjadi kekambuhan terhadap penyakit pasien

- h. Mengkaji mengenai perawatan komunitas yang berkaitan dengan penyakit pasien apabila diperlukan, contohnya pada penyakit kencing manis dengan komunitas PERSADIA (Persatuan Diabetes Indonesia)
- i. Mengkaji mengenai transportasi yang digunakan pasien sewaktu pasien akan pulang dari Rumah Sakit
- j. Berdiskusi dengan Dokter dan profesi kesehatan lainnya tentang perawatan pasien di rumah
- k. Setelah asesmen pasien dilakukan, tim discharge planner/ DPJP, PPJP dan karu akan berdiskusi dengan tim multi disipliner mengenai :
 - l. Asesment risiko : Pasien dengan risiko tinggi membutuhkan discharge planning yang baik dan adekuat. Berikut adalah kriteria resiko tinggi:
 1. Usia \geq 65 tahun
 2. Tinggal sendirian tanpa dukungan sosial secara langsung
 3. Stroke, serangan jantung, PPOK, gagal jantung kongestif, Emfisema, Demensia, Alzeimer, AIDS, atau penyakit dengan potensi mengancam nawa lainnya.
 - Pasien berasal dari panti jompo
 - Alamat tidak diketahui atau berasal dari luar kota
 - Tunawisma
 - Dirawat kembali dalam 30 hari
 - Percobaan bunuh diri
 - Pasien tidak dikenal/ tidak ada identitas
 - Korban dari kasus kriminal
 - Trauma multiple
 - Tidak bekerja/ tidak ada asuransi
- m. Identifikasi dan diskusi pilihan perawatan apa yang tersedia untuk pasien Saat di ruang rawat inap :
 1. Tetap prioritas mengenai hal – hal yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga

2. Gunakan pendekatan multi disiplin dalam menyusun perencanaan dan tatalaksana pasien
3. DPJP dan PPJP di ruangan harus memastikan pasien memperoleh perawatan yang sesuai dan adekuat serta proses discharge planning berjalan lancar
4. DPJP, PPJP, dan karu, harus memahami mengenai discharge planning
5. Tugas PPJP, dan karu adalah :
 - Mengkoordinasi semua aspek perawatan pasien termasuk discharge planning, asesmen, dan peninjauan ulang rencana perawatan
 - Memastikan semua rencana berjalan dengan lancar
 - Mengambil tindakan segera bila terdapat masalah
 - Mendiskusikan dengan pasien mengenai perkiraan tanggal pemulangan pasien dalam 24 jam setelah pasien di rawat
 - Identifikasi, melibatkan, dan menginformasikan pasien mengenai rencana keperawatan, pastikan bahwa kebutuhan – kebutuhan khusus pasien terpenuhi
 - Catat semua perkembangan ke dalam rekam medis pasien
 - Finalisasi discharge planning pasien 48 jam sebelum pasien dipulangkan, dan konfirmasi dengan pasien dan keluarga/ PJ perawatan pasien.

Tabel 2.1 Checklist discharge planning yang harus dilengkapi 48 jam sebelum pasien pulang

Rencana Pemulangan	MPP	Pj Perawatan Pasien
A. Informasi kesehatan		
1. Pemberian informasi tentang hasil pengkajian medis, diagnosis, tatalaksana, prognosis, rencana pemulangan pasien		
2. Rencana pemulangan pasien didiskusikan dengan keluarga/PJ perawatan pasien dirumah		
3. Pemberitahuan tanggal rencana pemulangan pasien		

4. Tanda dan gejala yang perlu dilaporkan		
5. Tindakan/pengobatan yang dapat dilakukan sebelum ke rumah sakit		
6. Pemberian nomor telepon yang bisa dihubungi saat pasien membutuhkan bantuan		
B. Edukasi kesehatan untuk pasien di rumah		
1. Pemberian edukasi kesehatan sesuai dengan diagnosis		
2. Informasi tentang clinical pathway		
3. Pemberian leaflet edukasi kesehatan		
4. Pemberian informasi pada pasien/PJ perawatan pasien dirumah tentang aktivitas pasien		
5. Pemberian edukasi tentang nutrisi		
6. Pemberian edukasi tentang perawatan di rumah		
7. Pemberian edukasi tentang pemberian obat - obatan		
C. Persiapan Pemulangan		
1. Tempat perawatan kesehatan untuk di rumah		
2. Rencana kontrol		
3. Format ringkasan pulang/resum medis yang sudah terisi		
4. Format ringkasan keperawatan yang sudah terisi		
5. Alat transportasi yang digunakan untuk pulang : ambulance/mobil pribadi/		
6. Kelengkapan administrasi		

6. Berikut adalah peralatan tambahan yang diperlukan pasien sepulang dari rumah sakit :
- a. Peralatan yang portabel dan sederhana : mudah digunakan, instruksi penggunaan minimal. Contoh : tongkat, toilet duduk
 - b. Peralatan yang membutuhkan pelatihan mengenai cara menggunakannya.
Contoh : tempat tidur khusus, pegangan teriksasi (grab.rails), oksigen
 - c. Kursi roda
7. Pilihan transportasi yang dapat digunakan adalah :
- a. Ambulance
 - b. Mobil pribadi
 - c. Helikopter (bila diperlukan) biasanya digunakan untuk pasien dengan penyakit akut yang berat dan harus di transfer ke rumah sakit lain
 - d. Taksi
 - e. Becak

8. Identifikasi dan latihan profesional kesehatan yang dapat merawat pasien serta lakukan koordinasi dengan tim multi disiplin dalam merancang discharge planning pasien
9. Yang dimaksud tim multi disiplin adalah para profesional kesehatan dari disiplin ilmu yang berbeda-beda, seperti pekerja sosial, perawat, terapis, dokter
10. Lakukan diskusi dengan pasien dan keluarga mengenai alasan pasien dirawat, tata laksana, prognosis, dan rencana pemulangan pasien
11. Tanyakan kepada pasien : “ anda ingin dirawat oleh siapa sepulang dari rumah sakit?”
12. Biasanya pasien akan memilih untuk dirawat oleh anggota keluarganya
13. Tanyakan kepada keluarganya mengenai kesediaan mereka untuk merawat pasien.
14. Berikut adalah hal – hal yang harus diketahui oleh pemberi layanan perawatan pasien sepulang dari rumah sakit/career (biasanya keluarga)
 - a. Rencana pemulangan pasien secara tertulis dan lisan
 - b. Kondisi medis pasien
 - c. Hak career untuk memperoleh asesmen
 - d. Penjelasan mengenai seperti apa terlibat dalam perawatan pasien
 - e. Keuntungan yang di dapat
 - f. Dampak finansial
 - g. Akses penerjemah untuk memungkinkan komunikasi dan pemahaman yang efektif
 - h. Pemberitahuan mengenai kapan pasien akan dipulangkan
 - i. Pengaturan transportasi
 - j. Demonstrasikan cara menggunakan peralatan tertentu sebelum pasien dipulangkan dan pastikan terdapat jadwal pengecekan alat yang rutin
 - k. Aturlah jadwal pertemuan berikutnya dengan pasien dan pendamping/PJ perawatan pasien.

Tabel 2.2 Asesmen dan Rencana Perawatan oleh MPP

Kebutuhan Pendamping Pasien	Tindakan	Oleh siapa dan kapan
Tugas asuhan keperawatan		
Bagaimana mencari saran dan bantuan		
Informasi mengenai perawatan		
Informasi mengenai gangguan jiwa		
Keterlibatan dala perencanaan peralatan dan tatalaksana		
Dukungan untuk pendamping pasien/perawatan pasien		
Hubungan dengan pasien		
Keluarga dan teman		
Uang		
Kesehatan pendamping pasien		
Resiko dan keamanan		
Pilihan perawatan		
Masalah lainnya		

15. Jika pasien menolak keterlibatan keluarga dalam diskusii, MPP harus memberitahukannya kepada keluarga dan menghargai keinginan pasien
16. Jika terdapat konflik antara keinginan pasien dan keluarganya dalam merancang discharge planning, MPP harus melakukan peninjauan ulang mengenai rencana perawatan dan mencari solusi relistik dari masalah yang timbul. salah satu cara adalah dengan konferensi kasus yang melibatkan multi disiplinier.

Saat pasien akan dipulangkan dari rumah sakit :

- a. Saat pasien tidak lagi memerlukan perawatan rumah sakit, pasien sebaiknya dipulangkan dan memperoleh discharge planning yang sesuai
- b. Yang berwenanga memutuskan bahwa pasien boleh pulang atau tidak adalah DPJP.
- c. Pastikan bahwa pasien dan keluarganya berperan aktif dalam perencanaan dan pelaksanaan pemulangan pasien.
- d. Lakukan penilaian pasien secara menyeluruh (holistik)
- e. Nilailah kondisi fisik mental, emosional dan spiritual pasien
- f. Pertimbangkan juga aspek sosial, budaya, etnis, dan finansial pasien
- g. Tentukan tempat perawatan selanjutnya (setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit) yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Penentuan tempat ini dilakukan oleh DPJP dan tim perawatan bersama

dengan penanggung jawab pasien. Berikut adalah beberapa contoh tempat perawatan :

- Perawatan di rumah dengan penggunaan peralatan tambahan untuk penunjang perawatan pasien
 - Pemulangan pasien ke rumah tanpa erlu perawatan khusus
 - Perawatan di rumah dengan di dampingi oleh perawat/ pendamping pasien
 - Rumah sakit/ fasilitas jangka panjang
 - Fasilitas perawatan yang terlatih
 - Rumah perawatan umum, seperti panti jompo dan sebagainya
- i. Jika tempat perawatan selanjutnya tidak memadai (tidak dapat memenuhi kebutuhan pasien), maka pasien tidak dapat dipulangkan
 - j. Tim discharge planners (DPJP, PPJA, MPP) harus berusaha untuk mencari tempat perawatan yang dapat menunjang kebutuhan pasien
 - k. Pastikan terjadinya komunikasi efektif antara pelaksanaan perawatan primer, sekunder, dan sosial untuk menjamin bahwa setiap pasien menerima perawatan dan penanganan yang sesuai dan adekuat
 - l. Petugas rumah sakit sebaiknya melakukan komunikasih dengan dokter keluarga pasien atau tim layanan primer mengenai rencana pemulangan pasien
 - m. Identifikasi pasien – pasien yang memerlukan perawatan khusus/ekstra seperti kebutuhan perawatan kebersihan diri, sosial, dan sebagainya. Usaha untuk memenuhi kebutuhan pasien dan berikan dukungan tambahan
 - n. Diskusikan kembali dengan pasien dan buatlah kesepakatan mengenai rencana keperawatan
 - o. Finalisasi rencana keperawatan dan aturlah proses pemulangan pasien
 - p. Pastikan bahwa pasien dan keluarga/pendamping telah memperoleh informasi yang adekuat

q. Hak pasien sebelum dipulangkan

- Memperoleh informasi yang lengkap mengenai diagnosis, asesment medis, rencana perawatan, detail kontak yang dapat dihubungi, dan informasi relevan lainnya mengenai rencana perawatan dan tatalaksana selanjutnya
- Telibat sepenuhnya dalam discharge planning dirinya, bersama dengan kerabat, pendamping atau teman pasien
- Rancangan rencana pemulangan dimulai sesegera mungkin baik sebelum/saat pasien masuk rumah sakit
- Memperoleh informasi lengkap mengenai layanan yang relevan dengan perawatannya dan tersedia di masyarakat
- Memperoleh informasi lengkap mengenai fasilitas perawatan jangka panjang, termasuk dampak finansialnya
- Diberikan nomor kontak yang dapat dihubungi saat pasien membutuhkan bantuan/saran mengenai pemulangannya
- Diberikan surat pemulangan yang resmi, dan berisi detail layanan yang dapat diakses
- Memperoleh informasi lengkap mengenai kriteria dilakukannya perawatan yang berkesinambungan
- Tim discharge planner (DPJP,PJA,MPP) tersedia sebagai orang yang dapat dihubungi oleh pasien dalam membantu memberikan saran
- Memberoleh akses untuk memberikan complain mengenai pengaturan discharge planning dan memperoleh penjelasannya

r. Pada pasien yang ingin pulang dengan sendirinya atau pulang atas permintaan sendiri (dimana bertentangan dengan saran dan kondisi medisnya), dapat dikategorikan sebagai berikut :

Pasien memahami resiko yang dapat timbul akibat pulang atas permintaan sendiri

Pasien tidak kompeten untuk memahami resiko yang berhubungan dengan pulang paksa, dikarenakan kondisi medisnya

Pasien tidak kompeten untuk memahami resiko yang berhubungan dengan pulang paksa, dikarenakan gangguan jiwa

s. Perencanaan pemulangan pasien berisi :

Ringkasan perawatan pasien selama di rumah sakit

Ringkasan rencana penanganan/tata laksana pasien selanjutnya

Regimen pengobatan pasien

Detail mengenai pengaturan layanan di komunitas/publik dan waktu pertemuannya

Nomor kontak yang dapat di hubungi jika terjadi emergensi/ pembatalan pertemuan/muncul masalah-masalah medis pada pasien

t. Rencanakan dan aturlah pertemuan selanjutnya dengan pasien

3 Penyerahan

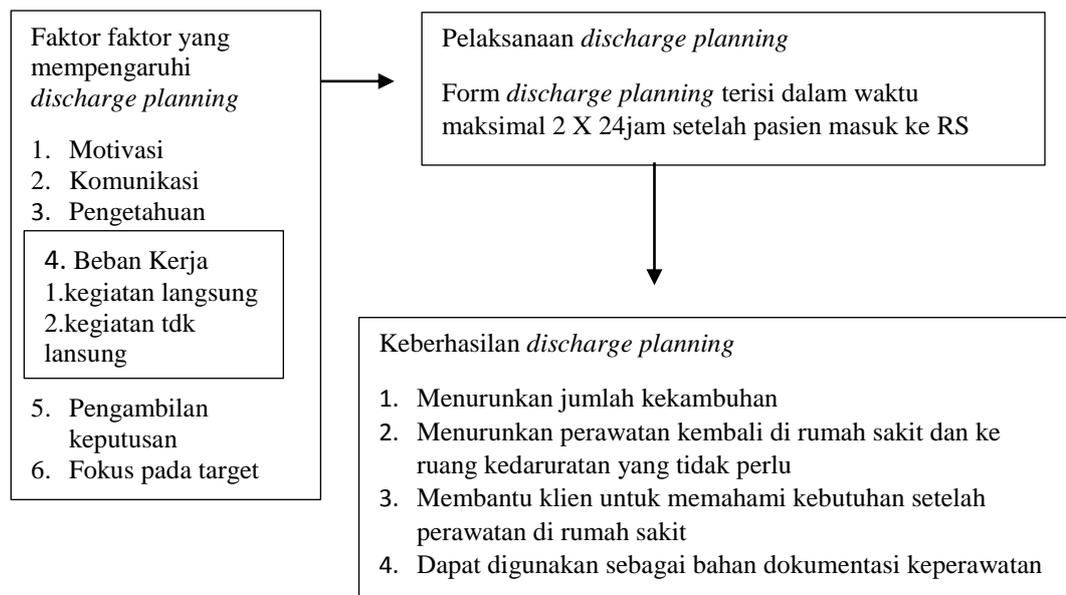
Penyerahan *home care* dibuat sebelum klien pulang. Informasi tentang klien dan perawatanya diberikan kepada agen tersebut. Seperti informasi tentang jenis pembedahan, pengobatan (termasuk kebutuhan terapi cairan IV di rumah), status fisik dan mental klien, faktor sosial yang penting (misalnya rumah), status fisik dan mental klien, faktor sosial yang penting (misalnya kurangnya pemberian perawatan, atau tidak ada pemberi perawatan) dan kebutuhan yang diharapkan oleh klien. Transportasi harus tersedia pada saat ini.

4 Keberhasilan rencana pemulangan tergantung pada 6 variabel :

- a. Derajat penyakit.
- b. Hasil yang diharapkan dari perawatan.
- c. Durasi perawatan yang dibutuhkan.
- d. Jenis – jenis pelayanan yang dibutuhkan.
- e. Komplikasi tambahan.
- f. Ketersediaan sumber – sumber.

2.4 Kerangka Teori

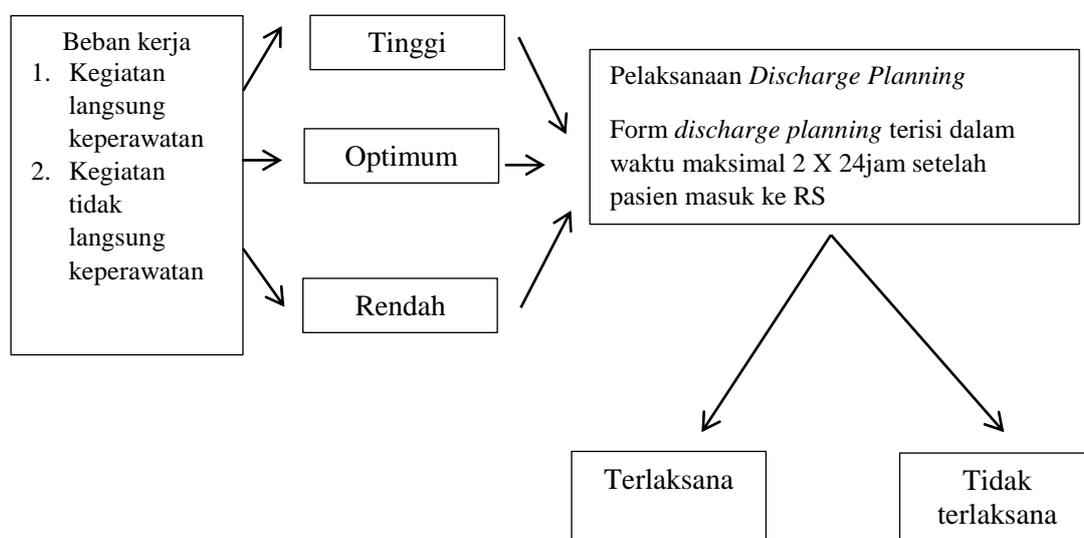
Menurut Rhadiatul, (2017), Kamalanathan, (2015), Astuty, (2015), Doenges et al., (2012), Panduan rencana pemulangan pasien RSU anwar medika, (2020), dan Ilyas, (2011) dapat disimpulkan sebagai kerangka teori Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Pelaksanaan *Discharge Planning* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Anwar Medika.



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Pelaksanaan *Discharge Planning* Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Anwar Medika

2.5 Kerangka Konsep.

Berdasarkan Ilyas, (2011) dan Panduan rencana pemulangan pasien (RSU anwar medika, 2020) dapat disimpulkan sebagai kerangka konsep Penelitian Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Di Rumah Sakit Umum Anwar medika.



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Pelaksanaan Discharge Planning Di Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Anwar Medika

2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan dugaan sementara yang masih dibuktikan kebenarannya melalui suatu penelitian Berdasarkan beberapa pemaparan diatas maka hipotesis pada penelitian ini adalah

H1 : Ada hubungan antara beban kerja dengan pelaksanaan *discharge planning* di ruang rawat inap RSAM.