

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1. Pembahasan

4.1.1 Gambaran Umum SDM Ruang Jasil RSGM

Berdasarkan hasil pengkajian data khusus mengenai karakteristik Sumber Daya Manusia (SDM) keperawatan di Ruang Jasil RSGM, ditemukan bahwa mayoritas tenaga perawat berada pada usia produktif yaitu kurang dari 35 tahun sebesar 70,6% (12 perawat). Dari segi gender, profesi keperawatan di ruangan ini didominasi oleh perawat perempuan yaitu sebanyak 82,4% (14 perawat). Karakteristik tingkat pendidikan menunjukkan kualitas kualifikasi SDM yang sangat baik dan unggul, di mana sebagian besar perawat telah menyelesaikan pendidikan profesi Ners yaitu sebanyak 76,5% (13 perawat), sedangkan sisanya berpendidikan D3 Keperawatan sebanyak 23,5% (4 perawat). Selain itu, berdasarkan masa kerja, didapatkan bahwa hampir seluruh perawat memiliki pengalaman klinis yang matang dengan masa kerja lebih dari 5 tahun sebesar 82,4% (14 perawat) (Aisyah, 2023).

Kondisi demografi SDM yang didominasi oleh usia produktif dan latar belakang pendidikan profesi Ners ini merupakan modalitas internal yang sangat strategis bagi Ruang Jasil. Menurut teori manajemen keperawatan, perawat pada kelompok usia produktif memiliki kapasitas adaptasi yang tinggi, fleksibilitas terhadap inovasi teknologi, serta motivasi kerja yang kuat untuk mengimplementasikan standar asuhan keperawatan terbaru (Wiradani, 2024). Didukung oleh kualifikasi pendidikan Ners yang dominan, hal ini mencerminkan pemenuhan kompetensi klinis dan akuntabilitas profesional dalam mengambil keputusan klinis yang tepat. Pengalaman kerja yang melebihi 5 tahun juga memberikan kontribusi signifikan terhadap kematangan emosional, ketelitian, serta keterampilan komunikasi terapeutik perawat, yang seluruhnya menjadi pilar penting dalam

keberhasilan penyampaian edukasi kesehatan dan pelaksanaan perencanaan pemulangan pasien *discharge planning* secara komprehensif (Salsabila, 2023).

4.1.2 Analisis SWOT Implementasi *Discharge Planning*

Berdasarkan matriks Internal Strategic Factors Analysis Summary (IFAS), diperoleh skor kekuatan (Strength) 3,70 dan kelemahan (Weakness) 1,20, sehingga nilai bersih internal (S - W) sebesar +2,50. Kekuatan utama terletak pada pelaksanaan edukasi yang mayoritas sudah baik dan komunikatif, serta didukung oleh SDM perawat usia produktif yang berpendidikan profesi Ners. Namun, kelemahan seperti kedalaman informasi yang belum merata, penumpukan edukasi di hari terakhir kepulangan, belum adanya media portabel (leaflet/brosur), serta fokus yang masih dominan pada keluarga tetap perlu diatasi.

Sementara itu, hasil External Strategic Factors Analysis Summary (EFAS) menunjukkan skor peluang (Opportunity) sebesar 4,00 dan ancaman (Threat) sebesar 3,00, menghasilkan nilai bersih eksternal (O - T) sebesar +1,00. Peluang besar yang dimiliki adalah hubungan kerja sama yang sangat baik serta antusiasme keluarga yang menganggap edukasi pasca-rawat sebagai ilmu bernilai tinggi. Di sisi lain, tantangan nyata yang dihadapi adalah risiko ketidakpatuhan instruksi di rumah yang berpotensi memicu rawat inap ulang rehospitalisasi, diperumit oleh keberagaman tingkat pendidikan formal pasien dan keluarga.

Berdasarkan hasil perumusan Posisi pada Kuadran I ini mengindikasikan situasi internal dan eksternal yang sangat menguntungkan bagi Ruang Jasil. Kondisi internal ruangan memiliki kekuatan yang jauh lebih dominan untuk meminimalkan kelemahan yang ada, sekaligus diperkuat oleh peluang eksternal yang masif untuk menangkal potensi ancaman. Komponen kekuatan utama meliputi performa *discharge planning* perawat yang mayoritas berkategori baik/sangat baik, penggunaan bahasa edukasi harian yang mudah

dipahami, serta kualifikasi pendidikan profesional Ners yang unggul. Kekuatan internal ini bersinergi dengan peluang eksternal berupa sikap kooperatif dan hubungan kerja sama yang sangat baik dari pasien dan keluarga, yang memandang edukasi pasca-rawat sebagai bekal ilmu mandiri yang bernilai tinggi. Sesuai prinsip manajemen strategis, organisasi yang berada pada kuadran ini harus menerapkan strategi progresif dengan memanfaatkan seluruh kekuatan internal secara maksimal untuk menangkap peluang eksternal demi keberlanjutan ekspansi mutu pelayanan (Salsabila, 2023).

4.1.3 Strategi Peningkatan Implementasi *Discharge Planning*

Bedasarkan hasil analisis SWOT menempatkan Ruang Jasil pada kuadran agresif, hasil identifikasi mendalam tetap menemukan beberapa area kelemahan (Weakness) internal yang memerlukan intervensi taktis. Kelemahan tersebut meliputi: (1) kedalaman pemberian informasi kesehatan yang belum merata antar-perawat pelaksana, (2) belum tersedianya media penunjang portabel seperti leaflet atau brosur cetak untuk dibawa pulang oleh pasien, (3) adanya kecenderungan pelaksanaan edukasi yang menumpuk di hari terakhir menjelang kepulangan pasien, serta (4) fokus sasaran edukasi yang masih dominan berorientasi pada keluarga dibandingkan dengan membangun kemandirian pasien itu sendiri. Di sisi lain, terdapat tantangan berupa faktor ancaman (Threat) eksternal seperti keberagaman latar belakang pendidikan formal pasien/keluarga serta risiko ketidakpatuhan instruksi kesehatan di rumah yang dapat memicu rehospitalisasi (Fitriana, 2023).

Untuk mempertahankan posisi di Kuadran I sekaligus mengatasi kelemahan dan ancaman tersebut, draf perencanaan strategis yang perlu diimplementasikan secara taktis di Ruang Jasil adalah sebagai berikut:

4.1.1.1 Strategi Mengoptimalkan Pelaksanaan *Discharge Planning* Sejak Awal Perawatan

Berdasarkan hasil pengkajian klinis yang dilakukan pada April 2026 di Ruang Jasil RSGM ditemukan data objektif bahwa pelaksanaan *discharge planning* oleh perawat pelaksana sebagian besar masih menumpuk di hari terakhir menjelang kepulangan pasien. Fenomena ini diperkuat oleh hasil wawancara dengan tenaga keperawatan di ruangan yang menyatakan bahwa tingginya beban kerja klinis harian serta keterbatasan waktu di setiap shift menjadi hambatan utama dalam menyampaikan edukasi kesehatan secara kontinu sejak awal pasien masuk rumah sakit. Kondisi tersebut menyebabkan penyampaian informasi dan persiapan pemulangan menjadi tergesa-gesa dan kurang terintegrasi dalam asuhan keperawatan harian.

Pelaksanaan *discharge planning* Menurut Asih (2024) Secara konseptual, akumulasi informasi kesehatan yang diberikan secara mendadak di akhir masa perawatan dapat menurunkan daya tangkap kognitif pasien serta menurunkan kesiapan mereka untuk menjalani perawatan mandiri di rumah yang dibagi ke dalam tahapan yang sistematis dimulai dari fase pengkajian awal (saat pasien masuk) hingga fase evaluasi akhir secara berkala terbukti secara komprehensif mampu meningkatkan kesiapan pemulangan pasien serta mereduksi kecemasan psikososial keluarga. Teori ini sejalan dengan temuan Putri dan Rahmawati (2023) yang menyatakan bahwa penerapan perencanaan pulang yang diinisiasi dalam 24 jam pertama saat pasien masuk rumah sakit *early discharge planning* secara signifikan dapat memperpendek lama hari rawat *length of stay* dan mengoptimalkan pemahaman pasien mengenai regimen terapi. Selain itu, Suryani (2022) menegaskan bahwa pemberian edukasi kesehatan yang terfragmentasi atau ditunda hingga hari

kepulungan berisiko tinggi meningkatkan angka rawat inap ulang *readmission rate* akibat ketidakpatuhan pasien dalam mengelola tanda-tanda kegawatan penyakit di rumah.

Bedasarkan pendapat Penulis bahwa penerapan pembagian fase edukasi yang terstruktur berdasarkan hari rawat clinical pathway sangat mendesak untuk segera diterapkan di Ruang Jasil. Melalui penguraian porsi informasi medis ke dalam unit-unit kompetensi kecil yang diberikan secara bertahap misalnya setiap kali melakukan operan sif, saat pemberian terapi obat harian, atau selama tindakan perawatan luka perawat pelaksana tidak akan mengalami beban kerja yang menumpuk di akhir waktu rawat. Pendekatan longitudinal yang dicicil sejak awal pasien masuk ini tidak hanya akan meringankan beban kerja perawat, tetapi juga memberikan waktu yang cukup bagi pasien dan keluarga untuk mengasimilasi informasi, melakukan demonstrasi ulang, serta membangun kepercayaan diri yang matang sebelum kembali ke lingkungan rumah.

4.1.1.2 Strategi Menyeragamkan Materi Edukasi dan Kedalaman Informasi Kesehatan

Data hasil observasi dan wawancara klinis di Ruang Jasil RSGM menunjukkan fakta bahwa kedalaman pemberian informasi kesehatan mengenai manajemen penyakit belum merata di antara sesama perawat pelaksana. Kondisi ini terjadi karena belum tersedianya panduan klinis baku, standar operasional khusus, atau modul materi edukasi tertulis yang seragam untuk dijadikan acuan bersama oleh staf keperawatan di ruangan. Akibatnya, kelengkapan dan detail edukasi yang diterima oleh pasien sangat bergantung pada subjektivitas, pengalaman, serta keterbatasan ingatan masing-masing individu perawat yang sedang bertugas pada sif tersebut.

Secara teori, pengetahuan tenaga kesehatan merupakan pilar utama dalam menjamin mutu asuhan transisional yang berkualitas tinggi. Hastuti (2023) mengungkapkan dalam studinya bahwa tingkat pengetahuan perawat dan keseragaman kompetensi dalam mengaplikasikan panduan asuhan keperawatan memiliki korelasi yang signifikan terhadap keberhasilan serta mutu pelaksanaan discharge planning di rumah sakit. Landasan teori ini diperkuat oleh penelitian Ramadhan dan Wijaya (2022) yang menekankan bahwa variasi pemahaman antar perawat dalam memberikan edukasi kesehatan dapat membingungkan pasien dan menurunkan kepatuhan terhadap protokol pengobatan pasca-rawat. Selain itu, Hidayat (2024) menyatakan bahwa penyusunan dan penerapan clinical pathway edukasi yang terstandar terbukti secara signifikan menyamakan persepsi klinis perawat, sehingga mampu meminimalkan kesenjangan informasi yang diterima oleh pasien selama masa perawatan transisional.

Berdasarkan pendapat Penulis bahwa kepala ruangan bersama tim klinis Ners di Ruang Jasil perlu segera menyusun panduan materi edukasi klinis tertulis baku yang disesuaikan dengan karakteristik jenis diagnosis penyakit terbanyak di ruangan. Penyeragaman standar materi ini sangat krusial untuk mengikat performa seluruh perawat pelaksana agar isi informasi yang disampaikan kepada pasien tetap setara, terarah, dan komprehensif. Dengan adanya acuan yang baku (seperti lembar panduan edukasi terintegrasi), ruangan dapat mengeleminasi bias personal antar staf, sehingga siapa pun perawat yang berdinasi, kualitas kedalaman instruksi klinis yang diterima oleh pasien dan keluarga tetap berada pada standar mutu pelayanan keperawatan yang seragam dan optimal.

2.1.4.3 Strategi Memanfaatkan Alat Bantu Media Edukasi Cetak

(Leaflet/Brosur)

Data objektif hasil observasi dan wawancara di Ruang Jasil RSGM mengindikasikan fakta bahwa proses pemberian edukasi pemulangan pasien selama ini masih didominasi oleh penjelasan lisan (verbal) secara konvensional. Pihak ruangan belum mengoptimalkan ketersediaan alat bantu media edukasi portabel cetak, seperti leaflet atau brosur visual, yang dapat dibawa pulang sebagai panduan mandiri oleh pasien di rumah. Hal ini mengakibatkan proses edukasi pasca-rawat berjalan kurang maksimal karena tidak ada media fisik yang dapat dijadikan rujukan ulang oleh pasien setelah meninggalkan rumah sakit.

Di dalam teori komunikasi kesehatan, media visual portabel bertindak sebagai instrumen penguat memori sekunder yang sangat efektif bagi pasien pasca-rawat. Aisyah (2023) dalam penelitiannya menegaskan bahwa penerapan program *discharge planning* yang diintegrasikan dengan pemanfaatan media leaflet terbukti efektif meningkatkan pemahaman dan kesiapan pulang pasien secara signifikan. Teori ini didukung oleh temuan Kurnia dan Santoso (2023) yang menunjukkan bahwa penggunaan media cetak edukatif (seperti leaflet bergambar) mampu meningkatkan retensi informasi pasien hingga 60% dibandingkan hanya dengan metode penyuluhan lisan. Selain itu, Fauzi (2022) menyatakan bahwa penyediaan brosur instruksi klinis yang dibawa pulang oleh pasien kronis berkorelasi positif dengan penurunan angka kesalahan minum obat medication error di rumah karena menyediakan acuan tertulis yang dapat dibaca berulang kali oleh keluarga maupun pasien.

Berdasarkan pendapat Penulis meyakini bahwa pengadaan media penunjang portabel seperti leaflet cetak atau brosur interaktif merupakan langkah taktis yang akan memberikan dampak kemandirian yang masif bagi pasien. Media

cetak ini tidak sekadar berfungsi sebagai perpanjangan informasi medis di luar rumah sakit, melainkan menjadi instrumen kritis untuk mengatasi keterbatasan daya ingat pasien. Melalui visualisasi instruksi yang jelas (seperti pengaturan diet gizi, cara minum obat, dan jadwal kontrol), media ini mampu menetralkan risiko ketidakpatuhan instruksi pasca-rawat akibat keberagaman latar belakang pendidikan formal pasien dan keluarga di lingkungan RSGM.

4.1.1.3 Strategi Meningkatkan Keterlibatan Aktif dan Kemandirian Pasien

Berdasarkan pengamatan nyata dan hasil analisis situasi di Ruang Jasil RSGM, ditemukan fakta bahwa proses interaksi pemberian edukasi kesehatan pasca-rawat oleh perawat pelaksana masih memiliki fokus yang dominan berorientasi pada keluarga pendamping ketimbang membangun kemandirian pasien itu sendiri. Sasaran edukasi selama ini lebih condong memperlakukan pasien sebagai objek pasif karena adanya paradigma dari petugas bahwa pasien dianggap kurang kooperatif secara fisik untuk dilatih secara mandiri. Hal ini menyebabkan tingkat keterlibatan personal pasien secara langsung dalam memahami rencana pemulangan keperawatannya menjadi sangat rendah.

Berdasarkan dari teori tingkat kepatuhan terapi jangka panjang dan penurunan angka *rehospitalisasi* sangat dipengaruhi oleh tingkat kemandirian serta keterlibatan aktif pasien dalam mengelola status kesehatannya sendiri. Menurut Fitriana (2023) partisipasi aktif dari pasien yang diimbangi dengan pengelolaan waktu yang efisien serta keterhubungan sistem kesehatan memiliki kaitan yang signifikan dengan keberhasilan pelaksanaan *discharge planning*. Landasan teori ini diperkuat

oleh studi Anggraeni dan Saputra (2022) yang menunjukkan bahwa pasien yang dilatih secara mandiri melalui metode interactive learning memiliki tingkat self-efficacy (kepercayaan diri) yang jauh lebih tinggi dalam menjalankan perawatan pasca-rawat dibandingkan pasien yang edukasinya diwakilkan penuh pada keluarga. Lebih lanjut, Wahyuni (2024) menegaskan bahwa ketidakterlibatan pasien secara langsung dalam proses perencanaan pulang berisiko memicu kegagalan adaptasi fisik di rumah, yang menjadi salah satu faktor predisposisi utama terjadinya perawatan ulang *readmission rate*.

Berdasarkan pendapat Penulis bahwa perawat pelaksana di Ruang Jasil harus mulai menggeser paradigma edukasi satu arah yang berpusat pada keluarga menjadi komunikasi interaktif dua arah yang berpusat pada pasien *patient-centered care*. Mengingat hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien memiliki sikap yang kooperatif, perawat sebaiknya menerapkan teknik simulasi mandiri langsung (seperti mempraktikkan cara minum obat yang benar, latihan mobilisasi bertahap, atau mengenali tanda bahaya klinis) sebelum pasien dinyatakan pulang. Pendekatan ini dinilai sangat krusial bukan untuk mengabaikan peran keluarga, melainkan untuk memastikan pasien memiliki kesiapan fisik dan psikis yang matang, sehingga mampu meminimalkan risiko ketidakpatuhan instruksi kesehatan yang berpotensi memicu *rehospitalisasi* saat kembali ke rumah.