BAB 6
PEMBAHASAN

6.1 Hubungan Faktor Individu Perawat (Pengetahuan, Sikap, dan Motivasi) dengan Pelaksanaan Discharge Planning Berbasis Elektronik

Sebagian besar perawat memiliki faktor individu dalam kategori kurang (58,7%), sedangkan 41,3% berada dalam kategori baik, dengan rerata skor 85,00 (SD = 8,09) (Tabel 5.3). Pelaksanaan *discharge planning* yang baik lebih tinggi pada perawat dengan faktor individu baik (91,6%) dibandingkan kategori kurang (47,5%) (Tabel 5.5). Uji *Chi-Square* menunjukkan hubungan yang signifikan (χ^2 = 40,118; p < 0,001; OR = 12,020; 95% CI 5,115–28,246). Setelah dikontrol dengan faktor lainnya, faktor individu tetap berpengaruh signifikan dengan AOR = 6,633 (95% CI 2,253–19,528; p = 0,001) (Tabel 5.18). Dengan demikian, H1 terbukti. Sebagian besar perawat belum mengikuti pelatihan *discharge planning* (85,6%) maupun pelatihan RME (79,1%), sedangkan masa kerja terbanyak adalah >10 tahun (44,8%) ,

Secara teory faktor individu adalah karakteristik internal perawat yang memengaruhi kemampuan dan kemauan dalam melaksanakan *discharge planning* berbasis elektronik. Tinjauan literatur Wahyu et al. (2025) terhadap 17 artikel menempatkan pengetahuan, sikap, dan motivasi sebagai faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *discharge planning* oleh perawat, di samping tenaga, komunikasi, dan waktu. Pengetahuan menjadi dasar bagi perawat untuk memahami tujuan, tahapan, dan komponen *discharge planning*. Pentingnya pengetahuan terlihat pada kegiatan edukasi yang dilakukan Nurjanah et al. (2025), yaitu nilai pre-test perawat sebesar 60–75% meningkat menjadi 85–95% pada post-test. Heryyanoor et al. (2024) juga menemukan bahwa perawat memahami

konsep *discharge planning* dengan cukup baik, tetapi implementasinya belum optimal karena perbedaan persepsi dan sikap, Sikap menggambarkan kecenderungan perawat menilai *discharge planning* sebagai tanggung jawab profesional atau sekadar beban administratif. Kurniawan et al. (2023) melaporkan bahwa perawat di Indonesia memandang *discharge planning* sebagai tanggung jawab profesional meskipun menghadapi tantangan koordinasi dan pola kerja. Dari sisi motivasi, Iqbal et al. (2024) pada 73 perawat di RSUD Meuraxa Banda Aceh menemukan bahwa motivasi yang baik berhubungan dengan pelaksanaan *discharge planning* (p = 0,003) dengan peluang 4,472 kali lebih tinggi. Hubungan antarfaktor tersebut dijelaskan oleh Theory of Planned Behavior (TPB), yang menyatakan bahwa sikap, norma subjektif, dan *perceived behavioral control* membentuk intensi yang kemudian diwujudkan menjadi perilaku (Ajzen, 2019; Bosnjak et al., 2020). Widiharti dan Sari (2023) pada 90 perawat di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya menemukan bahwa pengetahuan berhubungan dengan norma subjektif dan *perceived behavioral control* (p = 0,000), tetapi sikap, norma subjektif, dan *perceived behavioral control* tidak berhubungan signifikan dengan intensi (p = 0,353; 0,147; 0,061). Pada *discharge planning* berbasis elektronik, kemampuan menggunakan sistem juga berperan: Nguyen et al. (2024) mencatat computer literacy sebagai faktor tingkat individu dalam pelatihan EHR, dan Taneva et al. (2024) menyebutkan bahwa pengalaman teknologi, pendidikan yang lebih tinggi, dan pelatihan yang memadai berpengaruh positif terhadap adopsi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Wahyu et al. (2025) dan Iqbal et al. (2024) bahwa pengetahuan, sikap, dan motivasi berkaitan dengan pelaksanaan

discharge planning. Peneliti berpendapat bahwa perawat dengan pengetahuan yang memadai, sikap positif, dan motivasi yang baik cenderung memandang *discharge planning* sebagai bagian dari tanggung jawab profesionalnya, bukan sekadar pengisian formulir elektronik. Perawat yang demikian lebih mungkin menjalankan komponen IDEAL yang menuntut komunikasi dengan pasien dan keluarga, seperti diskusi, edukasi, dan *teach-back*. Pandangan ini sesuai dengan TPB bahwa sikap dan motivasi mendorong niat yang kemudian menjadi tindakan.

Nilai AOR (6,633) yang lebih rendah daripada OR kasar (12,020) menunjukkan bahwa sebagian kekuatan hubungan pada analisis bivariat berasal dari faktor lain, namun faktor individu tetap bermakna secara independen. Peneliti memandang bahwa upaya meningkatkan *discharge planning* tidak cukup dengan memperbaiki sistem, tetapi juga perlu menyasar kompetensi dan motivasi perawat. Rendahnya cakupan pelatihan (hanya 14,4% pernah mengikuti pelatihan *discharge planning*) membuat peneliti menduga bahwa pengetahuan perawat lebih banyak terbentuk dari pengalaman kerja daripada pelatihan terstruktur; dugaan ini perlu dibuktikan karena hubungan pelatihan dengan skor faktor individu tidak diuji dalam penelitian ini.

Temuan Widiharti dan Sari (2023) bahwa sikap tidak berhubungan dengan intensi mengingatkan bahwa sikap bukan satu-satunya penentu. Pada penelitian ini faktor individu diukur sebagai skor gabungan, sehingga hubungan yang bermakna mencerminkan kombinasi pengetahuan, sikap, dan motivasi, dan belum dapat dipastikan sub-variabel mana yang paling berperan. Selain itu, interval kepercayaan AOR yang lebar (2,253–19,528) menunjukkan besar pengaruh yang

diperkirakan kurang presisi, dan pengelompokan berdasarkan rerata bersifat relatif terhadap sampel. Penelitian lanjutan dapat menganalisis tiap sub-variabel secara terpisah.

6.2 Hubungan Faktor Organisasi (Ketersediaan Sumber Daya, Dukungan Manajemen, dan Beban Kerja) dengan Pelaksanaan Discharge Planning Berbasis Elektronik

Sebanyak 98 perawat (48,8%) menilai faktor organisasi mendukung, sedangkan 103 perawat (51,2%) menilai kurang mendukung, dengan rerata skor 57,84 (SD = 6,67) (Tabel 5.3). Pelaksanaan *discharge planning* yang baik lebih tinggi pada kelompok organisasi mendukung (86,7%) dibandingkan kelompok kurang mendukung (45,6%) (Tabel 5.6). Uji *Chi-Square* menunjukkan hubungan signifikan (χ^2 = 35,834; p < 0,001; OR = 7,791; 95% CI 3,866–15,700). Setelah dikontrol dalam analisis multivariat, faktor organisasi tetap signifikan dengan AOR = 5,528 (95% CI 2,583–11,833; p < 0,001) dan memiliki nilai *Wald* tertinggi (19,389) (Tabel 5.18), sehingga H2 terbukti, Studi pendahuluan juga menunjukkan adanya beban kerja tinggi, keterbatasan waktu dokumentasi, ketidakseimbangan jumlah perawat dan pasien, serta dokumentasi yang belum sesuai SOP.

Secara teory faktor organisasi adalah kondisi lingkungan rumah sakit yang dapat memfasilitasi atau menghambat pelaksanaan *discharge planning*, meliputi dukungan manajemen, ketersediaan sumber daya, dan beban kerja. Kurniawan et al. (2024) menggambarkan bahwa standar akreditasi, kepala ruangan, dan perawat pelaksana mengatur praktik *discharge planning* melalui standar dan formulir, pemantauan, serta prinsip kelengkapan dokumen. Rahman et al. (2025) menyimpulkan bahwa efektivitas *discharge planning* dipengaruhi oleh

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

keterlibatan perawat, dukungan organisasi, dan koordinasi tim, dan tanpa dukungan internal organisasi *discharge planning* berisiko hanya menjadi dokumen formal. Pada ranah teknologi, Corbett et al. (2025) melaporkan bahwa dukungan manajemen dan pelatihan memfasilitasi penerimaan electronic health record oleh perawat.

Untuk ketersediaan sumber daya, Nguyen et al. (2024) menyebutkan bahwa ketersediaan komputer, kejelasan persyaratan dokumentasi, trainer, dan staf pendukung merupakan bagian penting lingkungan organisasi dalam implementasi sistem elektronik. Untuk beban kerja, Iqbal et al. (2024) menemukan bahwa motivasi, beban kerja, ketenagaan, dan waktu perawat berhubungan signifikan dengan pelaksanaan *discharge planning*; pada perawat dengan beban kerja rendah, 84,4% melaksanakan *discharge planning* dengan baik (p = 0,007). Chrisnawati et al. (2022) sebagaimana dikutip pada Bab 1 melaporkan bahwa waktu yang terbatas akibat beban kerja tinggi membuat perawat tidak optimal melakukan *discharge planning*. Heryyanoor et al. (2024) menempatkan kebijakan manajemen, beban kerja tinggi, dan keterbatasan format dokumentasi sebagai hambatan utama, serta menegaskan pentingnya dukungan manajemen, supervisi, pelatihan, dan digitalisasi. Petrus dan Ade (2021) sebagaimana dikutip Elasari et al. (2024) juga melaporkan ketercapaian pelaksanaan *discharge planning* sebesar 92% setelah dilakukan sosialisasi kepada perawat.

Dalam kerangka TPB, kondisi pendukung dan penghambat ini membentuk *perceived behavioral control*, dan niat hanya akan menjadi tindakan bila tersedia

kontrol aktual yang memadai atas perilaku tersebut (Ajzen, 2019). Konsep serupa dikenal sebagai *facilitating conditions* dalam UTAUT (Venkatesh et al., 2003).

Dari hal-hal tersebut penelitian ini sejalan dengan Iqbal et al. (2024) dan Heryyanoor et al. (2024) bahwa dukungan organisasi, termasuk beban kerja, berkaitan dengan pelaksanaan *discharge planning*. Peneliti berpendapat bahwa organisasi berperan menyediakan kontrol aktual bagi perawat, yaitu perangkat, waktu, kebijakan, dan supervisi dari kepala ruangan dan manajemen. Pengetahuan dan motivasi perawat tidak akan terwujud menjadi pelaksanaan *discharge planning* yang lengkap apabila waktu tidak tersedia dan beban kerja tidak proporsional. Hal ini tampak dari selisih proporsi yang besar, yaitu 86,7% pada organisasi mendukung dibandingkan 45,6% pada organisasi kurang mendukung. Kondisi ini diperkuat oleh studi pendahuluan yang menemukan beban tugas tinggi dan kesenjangan jumlah perawat dengan pasien.

Fakta bahwa 51,2% perawat masih menilai organisasi kurang mendukung menunjukkan ruang perbaikan bagi manajemen. Faktor organisasi memiliki nilai *Wald* tertinggi dan interval kepercayaan yang lebih sempit dibandingkan faktor individu, sehingga estimasi pengaruhnya relatif lebih stabil. Karena sub-variabel tidak dianalisis terpisah, belum dapat dipastikan apakah ketersediaan sumber daya, dukungan manajemen, atau beban kerja yang paling berperan, meskipun studi pendahuluan menunjuk beban kerja sebagai masalah yang menonjol.

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

6.3 Hubungan Faktor Teknologi (Kemudahan Penggunaan Sistem, Keandalan Sistem, dan Pelatihan Penggunaan Sistem Elektronik) dengan Pelaksanaan Discharge Planning Berbasis Elektronik

Sebanyak 58 perawat (28,9%) menilai faktor teknologi baik, sedangkan 143 (71,1%) menilai kurang, dengan rerata skor 60,81 (SD = 6,83) (Tabel 5.3). Proporsi kategori baik merupakan yang terendah dibandingkan faktor individu, organisasi, dan keluarga. *Discharge planning* yang baik lebih banyak pada kelompok teknologi baik (93,1%) dibandingkan kelompok teknologi kurang (54,5%), dengan hubungan signifikan (χ^2 = 25,529; p < 0,001; OR = 11,250; 95% CI 3,868–32,721) (Tabel 5.7). Pada analisis multivariat, faktor teknologi tidak lagi menunjukkan hubungan signifikan (AOR = 1,462; 95% CI 0,346–6,182; p = 0,606), sehingga H3 hanya terbukti pada analisis bivariat dan tidak sebagai faktor independen. Sebagian besar responden belum mengikuti pelatihan RME (79,1%), meskipun seluruh indikator dokumentasi elektronik terlaksana pada 100% responden

Secara teory faktor teknologi membedakan *discharge planning* berbasis elektronik dari *discharge planning* konvensional. Technology Acceptance Model (TAM) menempatkan persepsi kemanfaatan dan persepsi kemudahan penggunaan sebagai penentu utama sikap, niat, dan penggunaan teknologi (Davis, 1989), dan UTAUT memperluasnya dengan performance expectancy, effort expectancy, social influence, dan *facilitating conditions* (Venkatesh et al., 2003). Konstruk tersebut sejalan dengan indikator penelitian ini, yaitu kemudahan penggunaan, keandalan sistem, dan pelatihan.

Bukti empiris mendukung kerangka tersebut. Corbett et al. (2025) pada tinjauan sistematik campuran atas 13 studi menemukan bahwa efisiensi,

kemudahan akses informasi, dukungan manajemen, dan pelatihan memfasilitasi penerimaan electronic health record oleh perawat, sedangkan beban dokumentasi, navigasi sistem yang sulit, serta dukungan teknis dan pelatihan yang kurang menjadi penghambat. Maawati et al. (2025) pada tinjauan integratif atas 19 studi menyimpulkan bahwa persepsi perawat terhadap rekam medis elektronik dibentuk oleh keterampilan komputer, kepercayaan diri, dan pelatihan. Pada aspek keandalan dan infrastruktur, Harerimana et al. (2025) melaporkan bahwa pelatihan yang tidak memadai, teknologi usang, masalah konektivitas, dan resistensi terhadap perubahan menghambat adopsi electronic health record. Taneva et al. (2024) menambahkan masalah usability dan beban dokumentasi sebagai tantangan, dan Reierson et al. (2025) menyoroti terbatasnya pendidikan dan pelatihan dokumentasi RME bagi perawat. Chien et al. (2023) menyatakan bahwa penerimaan sistem dipengaruhi oleh karakteristik teknologi dan kesesuaian fungsi sistem dengan kebutuhan pekerjaan klinis.

Sesuai dengan hal tesebut hasil bivariat penelitian ini sejalan dengan Corbett et al. (2025) dan Maawati et al. (2025) bahwa kemudahan sistem dan pelatihan berkaitan dengan penggunaan sistem elektronik. Rendahnya proporsi perawat yang menilai teknologi baik (28,9%) dan rendahnya cakupan pelatihan RME menunjukkan bahwa kesiapan pengguna masih menjadi tantangan di rumah sakit ini, sebagaimana digambarkan Reierson et al. (2025) dan Harerimana et al. (2025).

Hilangnya kemaknaan faktor teknologi pada analisis multivariat tidak berarti teknologi tidak penting. Peneliti menduga ada tiga penyebab yang dapat

bekerja bersamaan. Pertama, faktor teknologi beririsan dengan faktor individu dan organisasi: pelatihan dan keterampilan menggunakan sistem berkaitan dengan kompetensi perawat, sedangkan keandalan perangkat dan dukungan teknis berkaitan dengan sumber daya organisasi, sehingga pengaruhnya terserap ketika ketiganya dianalisis bersama. Kedua, kelompok teknologi baik hanya terdiri atas 58 perawat dan hanya 4 di antaranya berada pada kategori *discharge planning* kurang, sehingga estimasi menjadi tidak stabil (interval kepercayaan 0,346–6,182). Ketiga, penggunaan sistem RME sudah menjadi kewajiban yang terlaksana pada 100% responden, sehingga variasi mutu *discharge planning* lebih ditentukan oleh bagian proses yang bergantung pada perawat, seperti diskusi dan edukasi, daripada oleh sistem itu sendiri. Dugaan ini perlu dikonfirmasi dengan uji *multikolinearitas* dan penelitian dengan sampel lebih besar.

6.4 Hubungan Faktor Keterlibatan Keluarga/Caregiver (Identifikasi Caregiver Sejak Dini, Partisipasi dalam Diskusi dan Edukasi, serta Tingkat Pemahaman dan Kesiapan Keluarga) dengan Pelaksanaan Discharge Planning Berbasis Elektronik

Sebanyak 63 perawat (31,3%) menilai keterlibatan keluarga aktif, sedangkan 138 (68,7%) menilai kurang aktif, dengan rerata skor 50,51 (SD = 5,53) (Tabel 5.3). Pelaksanaan *discharge planning* yang baik lebih tinggi pada kelompok dengan keterlibatan keluarga aktif (88,9%) dibandingkan kelompok kurang aktif (55,1%), dengan hubungan signifikan (χ^2 = 20,466; p < 0,001; OR = 6,526; 95% CI 2,777–15,336) . Pada analisis multivariat, keterlibatan keluarga tidak lagi signifikan (AOR = 1,486; 95% CI 0,484–4,560; p = 0,489), sehingga H4 hanya terbukti pada analisis bivariat. Observasi menunjukkan identifikasi *caregiver* dan kesempatan menyampaikan kekhawatiran terlaksana 100%, sedangkan diskusi diagnosis, kondisi terkini, dan prognosis hanya

mencapai 59,7%

Secara teory model IDEAL, komponen *Include* menekankan identifikasi dini anggota keluarga atau teman yang akan menjadi caregiver di rumah, pelibatan aktif caregiver dalam percakapan dan diskusi perawatan, serta pengenalan caregiver utama sejak awal rawat inap. Identifikasi ini tidak boleh diasumsikan dari kehadiran keluarga di rumah sakit, tetapi harus dikonfirmasi eksplisit dengan pasien (Topham et al., 2022). Pelibatan sejak awal juga memungkinkan tim mengenali hambatan pelaksanaan perawatan di rumah dan menyusun rencana pemulangan yang realistis.

Topham et al. (2022) menemukan bahwa keterlibatan caregiver cenderung pasif, sebatas menjadi pendengar, dan setelah pulang muncul kesenjangan pengetahuan, antara lain pada mobilitas dan manajemen obat. Grootel et al. (2025) melalui systematic review dan meta-sintesis transisi rumah sakit ke rumah mengidentifikasi keterlibatan pasien dan keluarga sebagai salah satu dari empat tema utama transisi perawatan yang aman. Keçeci et al. (2025) melaporkan bahwa tantangan utama pada simulasi IDEAL adalah mendiskusikan tujuan pasien dan melibatkan keluarga secara aktif. Moradi Rekabdar Kalaiee et al. (2024) menemukan bahwa edukasi pemulangan berbasis IDEAL yang melibatkan pasien dan caregiver meningkatkan kepuasan pasien trauma secara signifikan (rerata 77,37 pada kelompok intervensi dibandingkan 49,74 pada kontrol; p = 0,001), dan Porwoll (2018) memasukkan identifikasi caregiver sejak admisi sebagai bagian dari implementasi IDEAL yang meningkatkan kesiapan pasien.

Hal tersebut pada hubungan bivariat yang bermakna sejalan dengan prinsip

IDEAL bahwa keluarga adalah mitra dalam perencanaan pemulangan (Topham et al., 2022; Grootel et al., 2025). Peneliti berpendapat bahwa keluarga yang aktif memudahkan perawat menjalankan komponen *discharge planning* karena adanya pihak yang dapat diajak berdiskusi, diedukasi, dan dinilai pemahamannya.

Tidak bermaknanya keterlibatan keluarga pada analisis multivariat diduga berkaitan dengan dua hal. Pertama, keterlibatan keluarga dalam penelitian ini dinilai melalui kuesioner yang diisi perawat, dan indikatornya (identifikasi caregiver, partisipasi dalam diskusi dan edukasi, kesiapan keluarga) beririsan dengan komponen *Include*, *Educate*, dan *Assess* pada variabel dependen. Keterlibatan keluarga juga sangat bergantung pada upaya perawat sendiri, sehingga pengaruhnya dapat terserap oleh faktor individu dan organisasi ketika dianalisis bersama. Kedua, interval kepercayaan yang lebar (0,484–4,560) menunjukkan estimasi yang belum presisi.

Hasil observasi menunjukkan bahwa identifikasi caregiver terdokumentasi pada seluruh responden, tetapi 68,7% perawat menilai keterlibatan keluarga kurang aktif. Peneliti menduga terdapat kesenjangan antara identifikasi caregiver yang sudah menjadi rutinitas dokumentasi dengan partisipasi dan kesiapan keluarga yang sebenarnya. Hal ini sejalan dengan temuan Topham et al. (2022) tentang keterlibatan caregiver yang pasif. Dugaan ini perlu digali lebih lanjut, misalnya melalui penelitian kualitatif atau pengukuran dari sisi keluarga.

6.5 Pelaksanaan Discharge Planning Berbasis Elektronik dengan Model IDEAL (Include, Discuss, Educate, Assess, Listen) pada Perawat .

Sebanyak 132 perawat (65,7%) melaksanakan *discharge planning* berbasis

elektronik dengan kategori baik, sedangkan 69 perawat (34,3%) berada dalam kategori kurang baik. Rerata skor mencapai 22,72 (SD = 1,35) dari maksimal 24 atau setara dengan 94,7% item yang terlaksana (Tabel 5.3). Berdasarkan skor bulat, kategori baik ditetapkan pada pelaksanaan minimal 23 dari 24 item., komponen *Include* memiliki capaian tertinggi (100%), diikuti *Listen* (97,5%), Dokumentasi Elektronik (95,3%), *Assess* (94,4%), *Educate* (90,9%), dan *Discuss* (89,9%). Capaian terendah terdapat pada diskusi diagnosis, kondisi terkini, dan prognosis (59,7%), kelengkapan seluruh komponen IDEAL dalam sistem elektronik (81,1%), serta dokumentasi materi edukasi dalam sistem (83,6%). Edukasi diet/nutrisi terlaksana pada 85,6% responden. Secara keseluruhan, pelaksanaan *discharge planning* berbasis elektronik mencapai 94,7% dari 24 item yang dinilai.

Secara teory model IDEAL dikembangkan oleh Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) untuk mengatasi kejadian merugikan dan readmisi setelah pemulangan, dengan filosofi kemitraan penuh antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga (Emmanouilidou et al., 2025). Model ini terdiri atas lima komponen: *Include* (melibatkan pasien dan keluarga sebagai mitra), *Discuss* (mendiskusikan kehidupan di rumah, medikasi, tanda bahaya, hasil pemeriksaan, dan jadwal tindak lanjut), *Educate* (edukasi berkelanjutan dengan bahasa sederhana), *Assess* (menilai pemahaman dengan metode *teach-back*), dan *Listen* (mendengarkan tujuan, preferensi, dan kekhawatiran pasien) (Topham et al., 2022; Keçeci et al., 2025). Teach-back direkomendasikan sebagai gold standard untuk memverifikasi pemahaman pasien dan keluarga.

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

Pada komponen *Discuss*, penjelasan hasil pemeriksaan harus disampaikan dalam bahasa yang dapat dipahami pasien beserta implikasinya terhadap diagnosis, prognosis, dan rencana perawatan. Pada aspek elektronik, *discharge planning* berbasis elektronik merupakan transformasi digital dari format perencanaan pemulangan berbasis kertas (Triyanti & Weningsih, 2018), dan rekam medis elektronik dipersepsikan meningkatkan akurasi dokumentasi serta koordinasi perawatan (McCrorie et al., 2019; Taneva et al., 2024).

Sebagai pembanding, penelitian terdahulu pada Bab 1 melaporkan pelaksanaan *discharge planning* yang masih rendah: kepatuhan perawat hanya 23% (Graham et al., 2013), prosedur yang terlaksana hanya 25% (Pribadi et al., 2019), dan kelengkapan di bawah 80% setiap bulan (Tasalim & Widodo, 2020). Oktarina et al. (2024) menemukan bahwa praktik *discharge planning* sering terbatas pada pengisian resume medis dan edukasi singkat menjelang pulang. Sebaliknya, Petrus dan Ade (2021) sebagaimana dikutip Elasari et al. (2024) melaporkan ketercapaian 92% setelah sosialisasi. Chrisnawati et al. (2022) menyebutkan bahwa pasien yang terburu-buru pulang sering mengaku paham padahal belum benar-benar mengerti.

Dari beberapa capaian penelitian ini (94,7%) jauh lebih tinggi daripada angka pada studi-studi terdahulu yang dikutip pada Bab 1 dan mendekati hasil setelah sosialisasi yang dilaporkan Petrus dan Ade (2021). Peneliti menduga bahwa pencatatan *discharge planning* dalam sistem elektronik dengan format yang terstruktur ikut mendorong kelengkapan, sehingga item yang bersifat prosedural dan terdokumentasi (identifikasi caregiver, leaflet, penyelesaian

dokumentasi sebelum pulang) terlaksana pada seluruh responden. Hal ini sejalan dengan manfaat rekam medis elektronik pada kelengkapan dan akurasi dokumentasi (Taneva et al., 2024). Perlu diingat bahwa pengukuran menggunakan observasi yang dikombinasikan dengan telaah dokumentasi, sehingga capaian yang tinggi dapat mencerminkan kelengkapan pengisian dan kesadaran responden bahwa dirinya diamati (Bab 4), bukan semata kedalaman komunikasi dengan pasien.

Item dengan capaian terendah adalah diskusi diagnosis, kondisi, dan prognosis (59,7%). Peneliti menduga hal ini terkait dengan pembagian kewenangan, karena penyampaian diagnosis dan prognosis umumnya berada pada dokter penanggung jawab pasien dan perawat belum merasa memiliki peran yang jelas atau kepercayaan diri untuk melakukannya. Dugaan ini sejalan dengan Kurniawan et al. (2023) tentang keraguan perawat dalam edukasi pemulangan dan perbedaan persepsi peran, tetapi masih perlu dikonfirmasi. Temuan ini juga menjadi sasaran perbaikan komponen *Discuss*, bersama dokumentasi materi edukasi (83,6%) dan kelengkapan seluruh komponen IDEAL dalam sistem (81,1%).

Keterkaitan dengan faktor-faktor yang diteliti dapat dimaknai sebagai berikut. Komponen yang menuntut kemampuan komunikasi dan penilaian (*Discuss*, *Educate*, *Assess*) lebih bergantung pada pengetahuan, sikap, dan motivasi perawat (faktor individu) serta waktu yang tersedia (faktor organisasi). Komponen *Include* dan *Listen* berkaitan dengan peran keluarga, sedangkan dokumentasi elektronik berkaitan dengan sistem dan pelatihan. Interpretasi ini

merupakan pendapat peneliti berdasarkan kerangka konseptual dan belum diuji secara statistik per komponen. Selain itu, rentang skor yang sempit (SD = 1,35) menunjukkan variasi antarperawat yang kecil, sehingga kategori kurang baik bersifat relatif terhadap rerata dan tidak berarti *discharge planning* tidak dilaksanakan.

6.6 Faktor yang Paling Dominan Memengaruhi Pelaksanaan Discharge Planning Berbasis Elektronik dengan Analisis Regresi Logistik Berganda

Keempat faktor memenuhi kriteria untuk masuk analisis multivariat karena memiliki nilai p < 0,25 pada analisis bivariat. Model regresi logistik secara keseluruhan menunjukkan hasil yang signifikan (χ^2 = 71,898; df = 4; p < 0,001), mampu menjelaskan 41,4% variasi pelaksanaan *discharge planning* (Nagelkerke R^2 = 0,414; Cox & Snell R^2 = 0,301), memiliki *goodness of fit* yang baik (*Hosmer-Lemeshow* χ^2 = 6,214; p = 0,624), serta mampu mengklasifikasikan 79,6% responden secara tepat (86,4% kategori baik dan 66,7% kategori kurang baik) (Tabel 5.14–5.17). Pada model akhir, faktor individu perawat (AOR = 6,633; 95% CI 2,253–19,528; p = 0,001) dan faktor organisasi (AOR = 5,528; 95% CI 2,583–11,833; p < 0,001) berhubungan signifikan dengan pelaksanaan *discharge planning*. Sebaliknya, faktor teknologi (AOR = 1,462; p = 0,606) dan keterlibatan keluarga (AOR = 1,486; p = 0,489) tidak menunjukkan hubungan yang signifikan. Berdasarkan nilai AOR terbesar, faktor individu perawat merupakan faktor paling dominan, diikuti oleh faktor organisasi.

Secara teory pelaksanaan *discharge planning* merupakan hasil interaksi antara faktor individu dan faktor lingkungan kerja, bukan semata kemampuan

teknis perawat (Wahyu et al., 2025). Dalam TPB, perilaku ditentukan oleh intensi yang dibentuk oleh sikap, norma subjektif, dan *perceived behavioral control*, dan intensi tersebut akan diwujudkan menjadi perilaku bila tersedia kontrol aktual yang cukup (Ajzen, 2019). Kerangka ini sejalan dengan hasil penelitian terdahulu: pengetahuan menjadi dasar pembentukan norma subjektif dan *perceived behavioral control* (Widiharti & Sari, 2023), motivasi, beban kerja, ketenagaan, dan waktu berhubungan dengan pelaksanaan *discharge planning* (Iqbal et al., 2024), serta dukungan organisasi menentukan apakah *discharge planning* berjalan substansial atau hanya menjadi dokumen formal (Rahman et al., 2025). Untuk aspek teknologi, dukungan manajemen dan pelatihan disebut memfasilitasi penerimaan sistem elektronik oleh perawat (Corbett et al., 2025), sehingga pengaruh teknologi dapat bekerja melalui kompetensi individu dan dukungan organisasi.

Peneliti berpendapat bahwa kedua faktor yang signifikan, yaitu individu dan organisasi, merupakan penentu utama dan bersifat saling melengkapi. Meskipun faktor individu memiliki AOR terbesar, interval kepercayaannya (2,253–19,528) tumpang tindih dengan faktor organisasi (2,583–11,833), dan nilai *Wald* faktor organisasi (19,389) justru lebih tinggi daripada faktor individu (11,793). Oleh karena itu, kedudukan faktor individu sebagai faktor dominan perlu dimaknai secara hati-hati: secara angka lebih besar, tetapi belum dapat dikatakan berbeda bermakna dari faktor organisasi.

Model menjelaskan 41,4% variasi, sehingga 58,6% lainnya dipengaruhi faktor di luar model. Faktor yang dapat dipertimbangkan pada penelitian

berikutnya antara lain komunikasi dan kolaborasi antarprofesi serta waktu (Wahyu et al., 2025), serta karakteristik pasien seperti literasi kesehatan (Suradi Efendi et al., 2022). Model lebih baik memprediksi kategori baik (86,4%) daripada kategori kurang baik (66,7%), yang berarti perawat dengan pelaksanaan kurang baik lebih sulit dikenali hanya berdasarkan keempat faktor ini.

Implikasinya, upaya meningkatkan pelaksanaan *discharge planning* berbasis elektronik di rumah sakit ini sebaiknya diprioritaskan pada penguatan kompetensi dan motivasi perawat, misalnya melalui pelatihan *discharge planning* dan RME yang baru dijangkau oleh sebagian kecil perawat, serta pada perbaikan kondisi organisasi berupa supervisi, dukungan manajemen, dan pengaturan beban kerja. Faktor teknologi dan keluarga tetap perlu diperhatikan karena berhubungan secara bivariat dan menunjukkan arah positif, meskipun belum terbukti sebagai faktor independen dalam penelitian ini.

UNIVERSITAS PPNI BINA SEHAT PPNI