BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dibahas faktor- faktor yang berkontribusi terhadap implementasi *discharge planning* pada pasien menggunakan rekam medik berbasis sistem elektronik

a. ***Discharge planning***

2.a.1. Pengertian

Discharge planning merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis mulai dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan oleh professional keperawatan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang (Hayajneh et al., 2020).

Discharge Planning menurut Lin, Cheng, Shih, Chu, & Tjung, 2012 suatu pendekatan interdisipliner dari berbagai disiplin ilimu (professional pemberi asuhan) untuk menjaga kelangsungan proses keperawatan yang meliputi tahapan identifikasi, penilaian, penetapan tujuan, perencanaan, pelaksanaan, koordinasi, serta evaluasi, diperlukan keterkaitan yang solid antara rumah sakit, layanan kesehatan berbasis masyarakat, organisasi non-pemerintah, dan berbagai penyedia layanan kesehatan lainnya. Definisi lainnya menurut pendapat dari Nordmark, Zingmark, & Lindberg, 2016 discharge planning merupakan suatu proses yang kompleks, harus dibuat sejak awal pasien datang ke pelayanan kesehatan memiliki tujuan menyiapkan pasien selama masa transisi di rumah sakit sampai pasien tersebut kembali ke rumahnya (Wulandari, Dyah Fitri; Hariyati, 2019).

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

Discharge planning merupakan proses interdisiplin yang memerlukan Tindakan asesmen terhadap kebutuhan pasien akan perawatan berkelanjutan setelah keluar dari rumah sakit dan mengatur perawatan tersebut, baik berupa perawatan mandiri, perawatan yang dilakukan oleh keluarga, perawatan dari tenaga kesehatan profesional, atau kombinasi dari berbagai pilihan tersebut. Discharge planning yang menyeluruh dapat dipandang sebagai rangkaian proses yang saling berkaitan. Asesmen pra-penerimaan mencakup identifikasi kasus saat pasien masuk, yang kemudian mengarah pada penilaian selama rawat inap dan penyusunan rencana pemulangan berdasarkan kebutuhan individual dalam kerangka tim interdisiplin. Proses kedua berfokus pada persiapan pasien melalui edukasi pemulangan – intervensi edukatif yang dilakukan terutama selama periode rawat inap untuk mempersiapkan pasien dan keluarga menghadapi transisi dari rumah sakit ke rumah. Proses ketiga adalah koordinasi pemulangan, yang mencakup implementasi tindakan yang ditargetkan untuk memperlancar transisi dari rumah sakit, mengantisipasi dan meminimalkan masalah setelah pemulangan melalui pengaturan, penghubungan, dan pengurutan layanan dukungan di berbagai penyedia dan sistem pemberian perawatan. (Lockwood C; Mabire C, 2020)

Perencanaan pemulangan adalah pengembangan rencana pemulangan individual untuk pasien sebelum mereka meninggalkan rumah sakit dan pulang. Rencana pemulangan dapat berupa intervensi mandiri, dapat mencakup dukungan pasca-pemulangan (Parker 2002; Phillips 2004), atau dapat diintegrasikan ke dalam intervensi lain. Misalnya, sebagai komponen perawatan unit stroke (Langhorne 2020), sebagai bagian dari asesmen geriatri komprehensif (Ellis 2017), atau dapat

menjadi bagian dari tinjauan pengobatan saat seseorang bertransisi dari rumah sakit ke rumah (Redmond 2016). Selama bertahun-tahun, perhatian terhadap kesalahan pengobatan yang dapat terjadi pada saat pemulangan dari rumah sakit semakin meningkat, dengan bukti yang menunjukkan bahwa kesalahan lebih mungkin terjadi ketika pasien dipindahkan dari satu fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan lain selama proses penerimaan (WHO 2019) . (Leinert et al., 2022) . *Discharge planning* / Perencanaan pemulangan untuk pasien seharusnya dimulai sejak awal mereka dirawat di rumah sakit (Rudd et al, 2002). Beberapa hasil penelitian di luar negeri juga menunjukkan informasi yang sama. Studi Goodman (2010) memperoleh data dari responden perawat yang menyatakan bahwa perencanaan pemulangan pasien seharusnya dimulai di klinik pra-penerimaan atau saat mereka dirawat di rumah sakit. Morris (2012) juga mendapatkan data yang menyatakan bahwa hampir 80% responden setuju bahwa perencanaan untuk pasien di rumah seharusnya dimulai saat mereka masuk ke unit perawatan kesehatan. Watts et al, (2005) menemukan dari sebagian besar catatan dalam studi mereka bahwa perencanaan pemulangan dimulai dari saat penerimaan ketika pasien dirawat hingga mereka dipulangkan. (Asmuji et al., 2018)

Berdasarkan berbagai kajian literatur, discharge planning dapat didefinisikan sebagai suatu proses sistematis dan komprehensif yang dirancang untuk memfasilitasi transisi perawatan pasien dari Rumah sakit atau fasilitas kesehatan ke rumah atau komunitas. Proses ini mencakup serangkaian kegiatan yang terorganisir meliputi pengkajian kebutuhan pasien, persiapan yang matang, serta koordinasi antar institusi pelayanan kesehatan dan layanan dukungan sosial di masyarakat.

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

Sebagai suatu rangkaian kegiatan yang terintegrasi, discharge planning diinisiasi sejak awal pasien masuk ke rumahsakit atau fasilitas pelayanan kesehatan dan berlangsung secara berkesinambungan hingga pasien dinyatakan siap untuk kembali ke lingkungan tempat tinggalnya. Esensi dari discharge planning terletak pada kontinuitas asuhan keperawatan yang memastikan keberlangsungan proses pemulihan dan pemeliharaan status kesehatan pasien pasca perawatan di rumah sakit.

2.a.2. Jenis *discharge planning*

Menurut Nursalam (2022), terdapat tiga jenis *discharge planning* :

1. Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*). Keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau puskesmas terdekat.
2. Pulang mutlak (*absolute discharge*). Cara ini merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.
3. Pulang paksa (*judicial discharge*). Kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang,tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat puskesmas terdekat.

2.a.3.Tujuan *discharge planning*

Tujuan utama dari perencanaan pemulangan pasien adalah untuk memberikan pendidikan kesehatan yang mencakup pengaturan nutrisi, penggunaan obat-

obatan, aktivitas dan latihan, serta instruksi khusus mengenai pengenalan tanda dan gejala penyakit. Sebelum pasien meninggalkan rumah sakit, baik pasien maupun keluarga diberikan edukasi yang cukup agar mereka dapat mengelola kondisi kesehatan selama masa pemulihan. Kegiatan edukasi ini merupakan tanggung jawab dan peran profesional perawat sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan terpadu yang sangat penting dalam mendukung keberlangsungan kesehatan pasien dan keluarga di masa depan. Oleh karena itu, pelaksanaan perencanaan pemulangan pasien sesuai dengan standar pelayanan harus diterapkan di rumah sakit, mengingat bahwa discharge planning adalah elemen krusial dalam pelayanan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian pasien setelah keluar dari rumah sakit. (Suradi Efendi et al., 2022) *Discharge planning* atau Perencanaan pulang bertujuan untuk membantu pasien dan keluarga untuk dapat memahami permasalahan dan upaya pencegahan yang harus ditempuh sehingga dapat mengurangi risiko kambuh, serta menukar informasi antar pasien sebagai penerima pelayanan dengan perawat dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit (Nursalam, 2022). (Rezkiki & Fardilah, 2019) Mengatakan tujuan *discharge planning* adalah mempersiapkan pasien atau keluarga secara fisik dan psikologis untuk ditransfer ke lingkungan yang disetujui, memberikan informasi baik tertulis maupun lisan kebutuhan pasien dan pelayanan kesehatan, mempersiapkan fasilitas yang digunakan, dan proses perpindahan yang nyaman, serta mempromosikan tahap kemandirian aktivitas perawatan kepada pasien, orang-orang yang ada disekitar pasien.

Menurut Nursalam (2022), perencanaan pulang memiliki tujuan :

1. Mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis dan sosial.
2. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga.
3. Meningkatkan perawatan yang 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.

2.a.4. Manfaat Discharge Planning

Dari beberapa literatur perencanaan pulang mempunyai manfaat sebagai berikut: (Rosya et al., 2020)

1. Discharge planning memberikan peluang untuk memperkuat edukasi kesehatan kepada pasien yang telah dimulai sejak pasien menjalani perawatan di fasilitas kesehatan. Proses pendidikan ini berlangsung secara berkesinambungan sehingga pasien memperoleh pemahaman yang komprehensif mengenai kondisi kesehatannya.
2. Menyediakan mekanisme tindak lanjut yang terstruktur dan sistematis untuk menjamin kesinambungan asuhan keperawatan pasien setelah keluar dari rumah sakit. Hal ini memastikan bahwa perawatan pasien tidak terputus dan dapat berlanjut dengan optimal di lingkungan tempat tinggalnya.
3. Memfasilitasi evaluasi terhadap efektivitas intervensi yang telah direncanakan dalam proses pemulihan pasien, serta mengidentifikasi secara dini kemungkinan terjadinya kekambuhan atau munculnya kebutuhan perawatan

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

baru yang memerlukan penanganan lebih lanjut.

4. Meningkatkan kemandirian dan kesiapan pasien dalam melaksanakan perawatan mandiri di rumah, sehingga dapat mengurangi kejadian rawat inap ulang yang tidak terencana (unplanned admission) yang dapat membebani sistem pelayanan kesehatan.
5. Mengantisipasi dan mencegah terjadinya situasi kegawatdaruratan setelah pasien kembali ke lingkungan rumah melalui persiapan yang matang dan edukasi yang memadai mengenai tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai.
6. Berkontribusi dalam mereduksi lama waktu perawatan (*Length of Stay*/LOS) pasien di rumah sakit, yang secara tidak langsung dapat meningkatkan efisiensi pemanfaatan fasilitas dan sumber daya kesehatan yang tersedia.
7. Meningkatkan tingkat kepuasan baik dari sisi individu pasien maupun pemberi layanan kesehatan melalui proses perawatan yang terorganisir dengan baik dan komunikasi yang efektif antara semua pihak yang terlibat.
8. Mengoptimalkan efisiensi biaya selama proses perawatan berlangsung dengan menghindari tindakan medis yang tidak perlu dan meminimalkan komplikasi yang dapat memperpanjang masa rawat inap.
9. Mengurangi beban biaya ketika pelaksanaan perawatan dilakukan di luar rumah sakit atau di tingkat masyarakat, hal ini dimungkinkan karena perencanaan yang matang dan persiapan yang komprehensif sebelum pasien dipulangkan.
10. Memaksimalkan pencapaian hasil kesehatan (health outcomes) yang optimal melalui koordinasi perawatan yang baik antara berbagai tingkat pelayanan kesehatan dan keterlibatan aktif pasien serta keluarga dalam proses perawatan.

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

2.a.5. Keuntungan Discharge Planning

Discharge planning memberikan keuntungan yang spesifik bagi berbagai pihak yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan, khususnya bagi pasien dan tenaga keperawatan. Keuntungan-keuntungan tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut . (Rosya et al., 2020)

Keuntungan bagi Pasien (Rosya et al., 2020)

1. Terpenuhinya seluruh kebutuhan perawatan pasien secara komprehensif dan holistik, baik kebutuhan fisik, psikologis, maupun sosial yang diperlukan untuk proses pemulihan yang optimal.
2. Pasien merasakan keterlibatan aktif sebagai subjek dalam proses perawatan, bukan semata-mata sebagai objek pasif yang tidak berdaya, sehingga meningkatkan rasa kemandirian dan kontrol terhadap kondisi kesehatannya.
3. Meningkatnya kesadaran pasien mengenai hak-haknya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan pemenuhan kebutuhan perawatan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
4. Memberikan rasa kenyamanan dan ketenangan kepada pasien terkait kelanjutan perawatannya setelah keluar dari rumah sakit, serta memperoleh dukungan yang diperlukan sebelum munculnya masalah kesehatan baru.
5. Pasien memiliki kebebasan untuk memilih prosedur dan metode perawatan yang sesuai dengan preferensi dan kondisinya, dengan tetap mempertimbangkan rekomendasi medis yang diberikan oleh tenaga kesehatan profesional.
6. Pemahaman yang lebih baik mengenai kondisi kesehatan yang dialami dan

pengetahuan tentang pihak-pihak yang dapat dihubungi untuk mendapatkan bantuan atau konsultasi lebih lanjut apabila diperlukan.

Keuntungan bagi Perawat

1. Perawat merasakan apresiasi dan pengakuan terhadap keahlian profesionalnya yang dapat digunakan secara optimal dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien.
2. Memperoleh akses terhadap informasi penting dan terkini setiap waktu yang diperlukan, sehingga dapat membuat keputusan klinis yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan.
3. Pemahaman yang lebih jelas mengenai peran dan tanggung jawabnya dalam sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk kontribusinya dalam keberhasilan discharge planning.
4. Kesempatan untuk mengembangkan dan meningkatkan keterampilan dalam prosedur-prosedur baru melalui proses pembelajaran berkelanjutan yang terjadi dalam pelaksanaan discharge planning.
5. Memiliki peluang untuk bekerja dalam berbagai setting pelayanan kesehatan dan menggunakan pendekatan yang bervariasi sesuai dengan kebutuhan pasien dan karakteristik lingkungan pelayanan.
6. Kemampuan untuk bekerja secara efektif dalam suatu sistem pelayanan kesehatan yang terintegrasi, dengan koordinasi yang baik antara berbagai disiplin ilmu dan tingkat pelayanan.

2.a.6. Prinsip *discharge planning*

Prinsip *discharge planning* diawali dengan melakukan pengkajian pada saat pasien

masuk rumah sakit guna mempermudah proses identifikasi kebutuhan pasien. Merencanakan pemulangan pasien sejak awal dapatmenurunkan lama masa perawatan sehingga diharapkan akan menurunkan biaya perawatan. *Discharge planning* disusun bersama pihak yang terkait antara lain pasien dan keluarga berdasarkan kebutuhan pasien dan keluarga secara komprehensif. Hal ini memungkinkan optimalnya sumber-sumber pelayanan kesehatan yang sesuai untuk pasien setelah rawat inap. Prinsip *discharge planning* juga meliputi dokumentasi pelaksanaan yang didokumentasikan kepada pasien dan keluarga dalam kurun waktu 24 jam sebelum pasien keluar dari rumah sakit (Nursalam, 2022). (Silvia, 2023)

Discharge planning merupakan suatu proses yang kompleks dan mencakup berbagai prinsip fundamental guna menjamin keberlangsungan perawatan pasien yang efektif dan aman pascakeluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.

1. Menempatkan pasien dan keluarga sebagai mitra aktif dalam keseluruhan proses perencanaan perawatan. Keterlibatan ini diwujudkan melalui pemberian informasi yang komprehensif mengenai rencana perawatan, penyediaan ruang bagi pasien dan keluarga untuk mengajukan pertanyaan, serta sikap responsif tenaga kesehatan terhadap kekhawatiran yang disampaikan.
2. Menekankan pentingnya individualisasi perencanaan. Mengingat setiap pasien memiliki kebutuhan, kondisi, dan latar belakang yang berbeda-beda, *discharge planning* harus dirancang secara spesifik sesuai karakteristik masing-masing

individu, termasuk dalam hal identifikasi risiko kesehatan dan penghormatan terhadap preferensi pasien.

3. Kolaborasi tim multidisiplin. *discharge planning* yang optimal memerlukan keterlibatan berbagai profesi kesehatan, meliputi dokter, perawat, apoteker, pekerja sosial, serta terapis fisik maupun okupasi, guna mengidentifikasi dan menangani seluruh aspek kebutuhan perawatan pasien secara menyeluruh.
4. Pasien dan keluarga perlu memperoleh pemahaman yang memadai mengenai kondisi penyakit, regimen pengobatan yang diresepkan, prosedur pemantauan mandiri, serta tanda-tanda peringatan yang harus diwaspadai, sebagai bekal dalam melaksanakan perawatan secara mandiri di rumah.
5. Perlunya evaluasi kebutuhan pascakeluar secara menyeluruh, mencakup kebutuhan medis, kebutuhan rehabilitasi, dukungan sosial, serta layanan perawatan lanjutan yang mungkin diperlukan pasien setelah meninggalkan rumah sakit.
6. Menyusun rencana perawatan yang terperinci. memuat jadwal pengobatan, prosedur perawatan khusus, serta langkah-langkah pemantauan yang menjadi acuan bagi pasien maupun seluruh anggota tim perawatan.
7. Pengaturan tindak lanjut, yaitu pengoordinasian jadwal kontrol pascakeluar serta penghubungan pasien dengan penyedia layanan kesehatan yang relevan, seperti dokter, terapis, atau spesialis yang diperlukan.
8. *Discharge planning* bukanlah tindakan yang bersifat final, melainkan merupakan proses yang berkesinambungan, diperlukan evaluasi dan pemantauan secara berkala untuk memastikan relevansi dan efektivitas rencana

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

perawatan, sekaligus mendeteksi potensi masalah atau komplikasi yang mungkin timbul pascapemulangan.

9. Komunikasi yang efektif. Seluruh informasi perawatan harus disampaikan secara jelas dan terkoordinasi di antara semua anggota tim kesehatan, pasien, serta keluarga, guna menjamin kelancaran alur informasi dalam proses perawatan.
10. Aspek privasi dan keamanan pasien. *Discharge planning* wajib memastikan perlindungan terhadap kerahasiaan data medis pasien serta menciptakan rasa aman bagi pasien dalam menjalankan rencana perawatan yang telah ditetapkan.

2.a.7. Prinsip-Prinsip Discharge Planning IDEAL

Discharge planning yang efektif memerlukan pendekatan sistematis yang menempatkan pasien dan keluarga sebagai pusat pelayanan. Prinsip IDEAL merupakan kerangka kerja komprehensif yang mengintegrasikan lima elemen kunci dalam seluruh kontinuum perawatan, dari admission hingga post-discharge follow-up. (Keçeci et al., 2025)

1. Include (Melibatkan) **:** Prinsip ini menekankan pentingnya keterlibatan aktif pasien dan keluarga sebagai mitra setara dalam perencanaan pemulangan. Pendekatan ini mengubah paradigma tradisional di mana pasien hanya sebagai penerima informasi pasif, menjadi partisipan aktif yang berkontribusi dalam pengambilan keputusan. Keterlibatan ini dimulai sejak awal hospitalisasi dan berlanjut hingga periode transisi ke rumah atau fasilitas perawatan selanjutnya. Dengan melibatkan pasien dan keluarga secara penuh, tim kesehatan dapat memahami konteks sosial, budaya, dan personal yang

memengaruhi kemampuan pasien dalam melaksanakan rencana perawatan di rumah.

2. Discuss (Mendiskusikan) **:** Prinsip ini mengharuskan tim kesehatan untuk membuka ruang dialog yang memungkinkan eksplorasi mendalam terhadap berbagai aspek yang dapat memengaruhi outcome post-discharge. Diskusi tidak hanya mencakup aspek klinis dan medis, tetapi juga dimensi psikososial seperti kekhawatiran, ketakutan, harapan, dan ekspektasi pasien terhadap proses pemulihan. Melalui diskusi yang terstruktur namun tetap fleksibel, tim dapat mengidentifikasi potensi hambatan, risiko komplikasi, dan sumber daya yang tersedia, sehingga rencana pemulangan dapat disesuaikan dengan kebutuhan individual pasien.

3. *Educate* (Mendidik) Prinsip ini menekankan penyampaian informasi menggunakan bahasa yang sederhana, jelas, dan bebas dari jargon medis yang kompleks. Materi edukasi harus disesuaikan dengan tingkat literasi kesehatan, latar belakang pendidikan, preferensi belajar, dan kondisi kognitif pasien serta keluarga. Pendekatan edukatif yang efektif menggunakan berbagai modalitas pembelajaran—verbal, visual, demonstrasi, dan hands-on practice—untuk memastikan pemahaman yang komprehensif tentang manajemen kondisi kesehatan, penggunaan medikasi, perawatan luka, tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai, dan kapan harus mencari bantuan medis.

4. *Assess* (Menilai) : Penilaian berkelanjutan terhadap pemahaman dan kesiapan pasien serta keluarga merupakan prinsip kritis untuk memastikan efektivitas discharge planning. Asesmen tidak hanya dilakukan pada akhir masa

rawat, tetapi merupakan proses iteratif yang berlangsung sepanjang hospitalisasi. Metode teach-back menjadi strategi gold standard dalam memvalidasi pemahaman, di mana pasien atau keluarga diminta untuk menjelaskan kembali informasi yang telah diterima dengan kata-kata mereka sendiri.

5. *Listen (*Mendengarkan) **:** Prinsip ini mengharuskan tim kesehatan untuk memberikan perhatian penuh terhadap perspektif, nilai-nilai, tujuan personal, kekhawatiran, dan preferensi pasien serta keluarga. Mendengarkan yang efektif bukan sekadar menerima informasi verbal, tetapi juga menangkap komunikasi non-verbal, memahami konteks emosional, dan menghormati keunikan setiap individu. Dengan mendengarkan secara tulus, tim dapat mengembangkan rencana pemulangan yang tidak hanya secara medis sound, tetapi juga realistis, dapat dilaksanakan, dan selaras dengan nilai-nilai serta prioritas pasien dalam perjalanan penyembuhannya. Pelaksanaan Discharge Planning di Rumah Sakit menggunakan standar IDEAL yang dikembangkan oleh Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), pada saat proses Discharge Planning dari pasien masuk hingga keluar. (Keçeci et al., 2025)

6. Fase Penerimaan Pasien (Hari Pertama) Ketika pasien pertama kali masuk rumah sakit, proses perencanaan pemulangaan sebenarnya sudah dimulai. Perawat yang bertanggung jawab melakukan langkah- langkah awal yang sangat penting:

a. Perkenalan dan Perencanaan Awal perawat mengidentifikasi siapa yang akan menjadi pengasuh atau pendamping pasien di rumah, untuk menjelaskan rencana pemulangan kepada pasien dan keluarganya bersama- sama dengan
b. pasien dan keluarga menentukan tujuan-tujuan yang ingin dicapai selama

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

perawatan dan setelah pulang,

c. Menjelaskan secara rinci apa yang akan dilakukan setiap hari dalam rangka edukasi pemulangan serta merencanakan waktu-waktu pertemuan dengan pasien dan keluarga untuk sesi edukasi berikutnya, Pada tahap ini, perawat berusaha membangun kepercayaan dan komunikasi yang baik dengan pasien serta keluarganya, meskipun sering kali pasien mengalami kecemasan dan ketakutan tentang kondisi kesehatannya.

7. Fase Perawatan Aktif .

Selama pasien menjalani perawatan, edukasi pemulangan dilakukan secara bertahap dan terstruktur kegiatan yang dilakukan :

a. Edukasi kondisi dan perawatan dasar:

1) Perawat memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang kondisi umum pasien
2) Mendiskusikan kemajuan yang telah dicapai terkait tujuan yang telah ditetapkan bersama
3) Menjelaskan berbagai pengobatan yang sedang dijalani pasien
4) Memberikan informasi yang diperlukan tentang cara merawat kondisi khusus (misalnya perawatan stoma)
5) Memberikan penjelasan tentang pola makan yang harus dijalani
6) Melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam praktik perawata
7) Menjadwalkan waktu pertemuan berikutnya

b. Pendalaman keterampilan perawatan**:**

Melanjutkan pemberian informasi tentang perkembangan kondisi pasien

1) Mendiskusikan kemajuan pencapaian tujuan

2) Memperdalam penjelasan tentang pengobatan

3) Memberikan informasi lebih detail tentang situasi-situasi lain yang mungkin dihadapi

4) Terus melibatkan pasien dan keluarga dalam praktik perawatan mandiri

5) Merencanakan pertemuan selanjutnya

c. Persiapan pemulangan:

1) Memberikan update terbaru tentang kondisi pasien kepada keluarga

2) Menjelaskan rencana pengobatan final

3) Mengevaluasi kemajuan yang dicapai terhadap tujuan pasien, keluarga, dan tim medis

4) Menjelaskan kembali semua pengobatan kepada pasien dan keluarga

5) Sangat penting**:** Mengulas daftar obat-obatan menggunakan metode "teach-back" (pasien menjelaskan kembali apa yang telah dipelajari untuk memastikan pemahaman)

6) Menjadwalkan jadwal kontrol tindak lanjut

7) Menilai kebutuhan perawatan di rumah

8) Merencanakan pertemuan terakhir sebelum pulang

8. Fase Pemulangan (Hari Terakhir)

Merupakan sesi terakhir sebelum pasien benar-benar meninggalkan rumah sakit, beberapa hal yang Perawat lakukan:

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

a. Memberikan informasi final tentang kondisi pasien dan umpan balik terakhir
b. Menjelaskan rencana pengobatan final dengan sangat jelas
c. Mengulas kembali semua kemajuan yang telah dicapai : Menggunakan metode teach-back untuk memastikan pasien dan keluarga benar-benar memahami: bagaiamana Cara minum obat dengan benar, Tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai, Cara merawat luka atau kondisi khusus (seperti stoma)
d. Memberikan jadwal kontrol dalam bentuk tertulis
e. Memberikan informasi kontak tertulis dari petugas kesehatan yang akan memantau setelah pemulangan
f. Menilai sekali lagi kebutuhan perawatan di rumah serta memastikan ada yang mendampingi pasien di rumah.
g. Memberikan materi edukasi tertulis (brosur, panduan) yang bisa dibawa pulang.

Discharge planning yang efektif terbukti Meningkatkan keterampilan perawatan diri pasien, Dengan demikian bukan hanya tentang memberikan instruksi saat pasien akan pulang, tetapi merupakan proses berkelanjutan yang dimulai sejak pasien masuk dan melibatkan pasien serta keluarga sebagai mitra aktif dalam perawatan kesehatan mereka dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Meningkatkan kepercayaan diri pasien dalam mengelola kesehatannya
2. Mengurangi tingkat rawat inap ulang (readmission)
3. Menurunkan biaya perawatan Kesehatan dan Meningkatkan kualitas perawatan
4. Meningkatkan kepatuhan terhadap rencana pengobatan
5. Berkontribusi pada hasil kesehatan jangka panjang yang lebih baik

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

b. **Rekam Medis Elektronik (RME)**

2.b.1. Pengertian Rekam Medis Elektronik (RME)

Rekam medis elektronik didefinisikan sebagai sistem dokumentasi medis yang dikembangkan dan dioperasikan melalui platform teknologi elektronik yang secara khusus dirancang untuk keperluan penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis. (Permenkes No. 24 Tahun 2022), Rekam medis elektronik dapat didefinisikan sebagai sistem informasi kesehatan yang menyediakan data pasien yang akurat dan mudah diakses, memfasilitasi pencarian catatan medis, dan menyederhanakan proses pengisian formulir administratif (Karp et al., 2019). Sistem ini dirancang untuk meningkatkan efisiensi administratif, mempersingkat waktu dokumentasi, dan memungkinkan tenaga kesehatan, khususnya perawat, untuk mengalokasikan lebih banyak waktu pada pemberian asuhan langsung kepada pasien. (Aprilia et al., 2023)

Menurut WHO, rekam kesehatan elektronik (*Electronic Health Record* atau EHR) merupakan catatan kesehatan yang berpusat pada pasien dan diperbarui secara waktu nyata (*real-time*), sehingga mampu menyediakan informasi yang akurat, lengkap, dan aman bagi pengguna yang memiliki hak akses. EHR umumnya memuat berbagai informasi penting, seperti riwayat kesehatan pasien, diagnosis, terapi yang diberikan, daftar obat, riwayat alergi, status imunisasi, serta hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi, berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022, rekam medis adalah dokumen yang berisi identitas pasien, hasil pemeriksaan, tindakan pengobatan, serta pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien. Dalam peraturan yang sama, rekam

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

medis elektronik (RME) didefinisikan sebagai rekam medis yang dibuat, disimpan, dan dikelola dalam bentuk digital melalui sistem elektronik, sehingga dapat diakses oleh tenaga kesehatan yang berwenang dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.. (Amelia Septi Ayuni et al., 2024)

2.b.2. *Discharge Planning* berbasis teknologi elektronik

Merupakan salah satu komponen integral dari sistem rekam medis elektronik yang dikembangkan sebagai alternatif pengganti sistem perencanaan pemulangan konvensional yang berbasis dokumen kertas. Sistem perencanaan pemulangan elektronik ini pada hakikatnya merupakan transformasi digital dari format perencanaan pemulangan manual, yang mengonversi seluruh catatan, formulir, dan dokumentasi yang sebelumnya dicatat secara tertulis di atas media kertas ke dalam format digital atau elektronik (Triyanti & Weningsih, 2018).

Discharge planning dalam Rekam medis elektronik merupakan transformasi digital dari sistem rekam medis konvensional berbasis kertas yang secara tradisional digunakan di institusi pelayanan kesehatan. Sistem Rekam medis elektronik mengintegrasikan seluruh catatan medis dan informasi klinis yang dikumpulkan oleh tenaga medis di fasilitas layanan kesehatan untuk keperluan diagnosis dan tatalaksana perawatan pasien. Implementasi Rekam medis elektronik memfasilitasi penyedia layanan kesehatan dalam melakukan pemantauan data pasien secara longitudinal, mengidentifikasi kebutuhan kunjungan preventif dan skrining kesehatan, melaksanakan monitoring kondisi pasien secara berkelanjutan,

serta mendorong peningkatan kualitas pelayanan kesehatan**.** (Gunawan & Christianto, 2020) Dalam konteks pelayanan keperawatan di rumah sakit, Rekam Medik Elektronik dipersepsikan mampu meningkatkan terhadap kualitas asuhan keperawatan, akurasi dokumentasi rekam medis, dan efektivitas proses administratif, sekaligus berkontribusi dalam mendorong peningkatan mutu layanan, keselamatan pasien, dan koordinasi perawatan yang lebih baik (McCrorie et al., 2019). Implementasi Rekam Medik Elektronik terbukti dapat mereduksi durasi waktu yang diperlukan untuk pencarian berkas rekam medis pasien dan pengisian formulir administratif, sehingga memungkinkan perawat untuk mengalokasikan waktu mereka secara lebih optimal pada pemberian asuhan keperawatan langsung kepada pasien (Karp et al., 2019). Lebih lanjut Rekam Medik Elektronik memiliki peranan penting dalam meminimalisir terjadinya kesalahan medis yang bersumber dari faktor manusia, khususnya dalam administrasi pemberian obat dan prosedur klinis lainnya, melalui penyediaan data yang akurat, terkini, dan mudah diakses, sehingga secara substansial dapat menurunkan risiko kejadian kesalahan medis (Aprilia et al., 2023) .(Gunawan & Christianto, 2020)

2.b.3. Manfaat Dan Keuntungan Rekam Medis Elektronik Bagi Perawat

Berikut manfaat dan keuntungan rekam medis elektronik bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Taneva et al., 2024) .

1. Peningkatan Kemampuan Bekerja dengan Standar Klasifikasi Keperawatan, Sistem rekam medis elektronik sangat sesuai untuk beroperasi di lingkungan digital dan berfungsi sebagai fondasi dasar dalam dokumentasi keperawatan (Heidarizadeh et al., 2017).

2. Standardisasi sistem melalui penggunaan Clinical Care Classification (CCC) terbukti merupakan metode yang tepat untuk menstandarisasi laporan keperawatan dan meningkatkan kualitas rekam medis elektronik dari perspektif struktural, sehingga mengoptimalkan proses kerja perawat dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (Heidarizadeh et al., 2017)
3. Peningkatan Kualitas Manajemen dan Koordinasi Perawatan , Implementasi rekam medis elektronik berkontribusi pada optimalisasi manajemen kesehatan dan peningkatan koordinasi perawatan multidisiplin. Sistem ini mengurangi fragmentasi informasi dan mendorong pembagian data dengan profesional kesehatan lainnya, yang mengarah pada formulasi rencana terapi dan pendidikan kesehatan multidisiplin yang lebih komprehensif (Jayousi et al., 2028).
4. Penerapan rekam medis elektronik memiliki dampak signifikan terhadap peningkatan keselamatan pasien melalui pengembangan sistem kontrol kualitas yang berdampak langsung pada kualitas perawatan yang didokumentasikan (Zhang et al., 2015). Sistem ini membantu perawat dalam mengurangi kesalahan medis, meningkatkan ketersediaan informasi pasien yang akurat, dan menurunkan beban kerja terkait risiko kesalahan dokumentasi (Chang et al., 2032).
5. Peningkatan Pengetahuan Teoritis dan Kemampuan Menggunakan Rencana Perawatan Standar, Rekam medis elektronik memfasilitasi perawat dalam meningkatkan pengetahuan teoritis dan bekerja dengan rencana perawatan

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

6. keperawatan yang terstandarisasi. Sistem ini menyediakan struktur yang jelas dan konsisten dalam pendokumentasian proses keperawatan, sehingga meningkatkan kompetensi profesional perawat dalam memberikan asuhan berbasis bukti.
7. Penyederhanaan Proses Administrasi dan Optimalisasi Waktu, Sistem dokumentasi elektronik mengotomatisasi dan mengoptimalkan berbagai proses administratif keperawatan. Perangkat lunak tambahan dapat mengurangi waktu input data, meminimalkan kesalahan pencatatan, dan meningkatkan kepuasan kerja perawat (Zhang et al., 2015). Tugas keperawatan tradisional seperti pembuatan laporan shift telah direstrukturisasi untuk mencapai optimalisasi, sehingga perawat dapat mengalokasikan lebih banyak waktu untuk asuhan keperawatan langsung kepada pasien.
8. Peningkatan Komunikasi Intra dan Interdisipliner, Rekam medis elektronik menjamin bahwa komunikasi antar perawat maupun dengan profesi kesehatan lainnya didigitalkan secara efektif. Sistem ini memfasilitasi pertukaran informasi yang lebih cepat dan akurat, meningkatkan kolaborasi tim kesehatan, dan mendukung pengambilan keputusan klinis yang lebih baik dalam konteks perawatan multidisiplin.
9. Kepuasan Profesional dan Pengakuan Peran Keperawatan, Pengalaman perawat dalam bekerja dengan teknologi informasi menunjukkan peningkatan kepuasan profesional (Jayousi et al., 2028). Dokumentasi keperawatan elektronik berfungsi untuk mengidentifikasi peran dan tempat perawat dalam proses perawatan pasien secara lebih jelas, s ehingga meningkatkan

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

10. pengakuan terhadap kontribusi profesi keperawatan dalam sistem pelayanan kesehatan.
11. Dukungan untuk Pengembangan Penelitian Keperawatan, Informasi yang dihasilkan secara elektronik tersedia dalam basis data yang merupakan prasyarat untuk pengolahan statistik dan analisis sejumlah besar informasi. Rekam medis elektronik menyediakan sumber data yang sesuai untuk merangsang dan meningkatkan penelitian ilmiah di bidang praktik keperawatan (Luan et al., 2029; Dionisi et al., 2030), sehingga mendukung perawat dalam mengembangkan evidence-based practice dan berkontribusi pada pengembangan ilmu keperawatan.
12. Peningkatan Efisiensi dan Efektivitas , hal ini sesuai arah implementasi rekam medis elektronik yaitu peningkatan perawatan yang berpusat pada pasien, dengan penekanan pada efisiensi, efektivitas, keamanan, dan kualitas terhadap kebutuhan individual pasien.
13. Sistem rekam medis elektronik bermanfaat dalam program pendidikan keperawatan, baik di tingkat universitas maupun rumah sakit (Kleib et al., 2034). Evaluasi pengguna terhadap dokumentasi elektronik membantu dalam pengembangan strategi pelatihan yang lebih efektif, redistribusi sumber daya pendidikan, dan adaptasi teknologi baru sesuai dengan kebutuhan perawat dalam berbagai tingkat pengalaman profesional (Ahn et al., 2018).

2.b.4. Hambatan penggunaan rekam medis elektronik bagi profesi perawat

(Reierson et al., 2025)

1. Masih rendahnya Kompetensi Teknologi Informatika Keperawatan pada

Perawat Baru, terutama perawat yang baru lulus masih memiliki kekurangan kompetensi dalam informatika keperawatan, termasuk dokumentasi rekam medis elektronik.

2. Keterbatasan dalam Pendidikan dan Pelatihan tentang Dokumentasi Rekam Medik Elektronik , sehingga terdapat kesenjangan dan keterbatasan yang signifikan dalam pendidikan dokumentasi berbasis Rekam Medik Elektronik pada tingkat sarjana dan pascasarjana keperawatan , tinjauan terbaru mengenai pendidikan dan pelatihan kesehatan digital mahasiswa keperawatan mengungkapkan bahwa hanya dua dari 36 studi yang melaporkan pembelajaran berfokus pada pembelajaran Rekam Medik Elektronik berbasis simulasi. Hal ini menunjukkan minimnya integrasi pembelajaran Rekam Medik Elektronik dalam kurikulum pendidikan keperawatan secara komprehensif.

3. Keterbatasan Akses terhadap Sistem Rekam Medik Elektronik selama Praktik Klinis., untuk dokumentasi Rekam Medik Elektronik selama penempatan klinis mahasiswa keperawatan seringkali terbatas, terutama disebabkan oleh kurangnya akses terhadap sistem Rekam Medik Elektronik di lapangan praktik , hambatan akses ini mengurangi efektivitas pembelajaran praktis yang seharusnya diperoleh mahasiswa dalam lingkungan klinis nyata.

4. Ketidaksesuaian antara kebutuhan kompetensi dan sistem pendidikan yang ada , sistem pendidikan keperawatan yang ada belum mampu secara optimal memfasilitasi pengembangan kompetensi tersebut. Kesenjangan ini menciptakan hambatan struktural yang menghalangi perawat, khususnya lulusan baru, dalam memberikan dokumentasi keperawatan yang berkualitas dan memenuhi standar

keselamatan pasien yang dipersyaratkan.

c. Factor Factor Yang Mempengaruhi Discharge Planning

2.c.1. Model Ideal Discharge Planning

Model IDEAL merupakan kerangka kerja strategis untuk perencanaan pemulangan pasien yang dikembangkan oleh Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), dengan penekanan utama pada pelibatan aktif pasien dan keluarga dalam seluruh proses perencanaan serta edukasi pemulangan. Terminologi IDEAL sendiri merupakan singkatan (akronim) yang merepresentasikan lima komponen fundamental yang harus diintegrasikan secara sistematis dalam pelaksanaan discharge planning. Model IDEAL Discharge Planning dikembangkan sebagai upaya sistematis untuk mengatasi problematika yang signifikan dalam pelayanan kesehatan, yakni prevalensi yang tinggi dari kejadian merugikan pasien (adverse events) serta tingkat readmisi yang meningkat pada periode pasca-pemulangan dari fasilitas rumah sakit. Esensi dari model ini terletak pada pengakuan bahwa kesuksesan proses pemulangan pasien ditentukan oleh kualitas dan efektivitas transfer informasi dari pemberi layanan kesehatan kepada pasien beserta keluarganya. Filosofi yang mendasari konstruksi model IDEAL adalah konsep kemitraan penuh antara tenaga kesehatan dengan pasien dan keluarga dalam seluruh tahapan proses perencanaan pemulangan, yang bertujuan untuk mewujudkan transisi perawatan yang aman sekaligus efektif dalam memfasilitasi kemandirian pasien pasca-hospitalisasi. (Emmanouilidou et al., 2025)

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

2.c.2. Lima Komponen Utama Model *IDEAL* Discharge Planning

Model IDEAL Discharge Planning terdiri dari lima komponen fundamental yang membentuk kerangka kerja sistematis untuk optimalisasi proses pemulangan pasien. Kelima komponen ini direpresentasikan dalam akronim IDEAL, yang mencakup: Include (Melibatkan), Discuss (Mendiskusikan), Educate (Mengedukasi), Assess (Menilai), dan Listen (Mendengarkan). Setiap komponen memiliki peran spesifik dan saling berkaitan dalam memastikan transisi perawatan yang aman dan efektif dari rumah sakit ke rumah. (Topham et al., 2022) (Keçeci et al., 2025)

1. *Include* (Melibatkan): Pasien Dan Keluarga Sebagai Mitra Kolaboratif Komponen pertama dari model IDEAL menekankan pentingnya melibatkan pasien dan keluarga sebagai mitra penuh dalam proses perencanaan pemulangan. Prinsip ini merepresentasikan pergeseran paradigma dari pendekatan paternalistik tradisional menuju model kolaboratif yang menempatkan pasien dan keluarga sebagai bagian integral dari tim perawatan, bukan sekadar penerima informasi yang pasif sebagai berikut :

a. Pertama, identifikasi dini terhadap anggota keluarga atau teman yang akan bertanggung jawab memberikan perawatan di rumah merupakan langkah krusial yang harus dilakukan sejak awal proses hospitalisasi. Identifikasi ini tidak boleh diasumsikan berdasarkan kehadiran keluarga di rumah sakit, melainkan harus dikonfirmasi secara eksplisit dengan pasien mengenai siapa yang akan menjadi caregiver utama di lingkungan rumah.
b. Kedua, pelibatan aktif caregiver dalam semua percakapan dan diskusi

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

tentang perawatan menjadi komponen penting untuk memastikan kontinuitas informasi. Hal ini mencakup partisipasi mereka dalam ronde multidisiplin, diskusi rencana perawatan, dan sesi edukasi pasien.

c. Ketiga, pengakuan bahwa pengasuh utama harus dikenali sejak awal proses perawatan memungkinkan tim kesehatan untuk membangun relasi terapeutik dan memastikan bahwa edukasi serta persiapan pemulangan dapat dilakukan secara komprehensif sepanjang masa rawat inap. Pendekatan ini tidak hanya mengidentifikasi caregiver tetapi juga membuka dialog tentang ekspektasi, kekhawatiran, dan kebutuhan dukungan yang mungkin diperlukan setelah pemulangan, Lebih lanjut, pelibatan pasien dan keluarga sebagai mitra kolaboratif memfasilitasi identifikasi dini terhadap hambatan potensial dalam pelaksanaan rencana perawatan di rumah, seperti keterbatasan finansial, aksesibilitas transportasi, atau konfigurasi fisik lingkungan rumah yang mungkin memerlukan modifikasi. Dengan melibatkan mereka sejak awal, tim kesehatan dapat mengembangkan rencana pemulangan yang realistis, dapat dilaksanakan, dan sesuai dengan konteks kehidupan nyata pasien.

2. Discuss (Mendiskusikan): Struktur diskusi yang sistematis ini dirancang berdasarkan evidens tentang informasi kritis yang dibutuhkan pasien dan keluarga untuk mengelola perawatan secara aman dan efektif di lingkungan rumah meliputi :

Menggambarkan Kehidupan di Rumah Pasca-Pemulangan, Melakukan eksplorasi mendalam tentang bagaimana kehidupan sehari-hari erpengaruh setelah pemulangan. Diskusi ini harus meliputi klarifikasi aktivitas yang diizinkan dan yang harus dihindari, mengingat kondisi medis dan tingkat pemulihan pasien. Perubahan

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

rutinitas yang mungkin diperlukan, seperti modifikasi dalam aktivitas pekerjaan, hobi, atau tanggung jawab rumah tangga, perlu dikomunikasikan dengan jelas untuk menetapkan ekspektasi yang realistis termasuk mengidentifikasi secara spesifik bantuan yang akan dibutuhkan dalam activities of daily living (ADL), seperti mandi, berpakaian, mobilisasi, atau persiapan makanan.

a. Peninjauan Komprehensif Medikasi dengan diskusi mengenai obat-obatan harus dilakukan secara mendetail dan sistematis. Pertama, pasien dan keluarga harus menerima daftar lengkap medikasi yang harus dikonsumsi setelah pulang, dengan klarifikasi eksplisit mengenai obat mana yang merupakan kelanjutan dari regimen sebelumnya, obat baru yang diresepkan, dan obat yang harus dihentikan. Instruksi dosis harus spesifik dan tidak ambigu, mencakup jumlah tablet atau dosis, frekuensi pemberian, dan waktu optimal untuk konsumsi (misalnya, pagi hari dengan makanan, sebelum tidur, atau dengan perut kosong). Instruksi tentang cara mengonsumsi obat, termasuk apakah obat harus ditelan utuh, dapat dikunyah, atau harus dilarutkan, juga perlu dikomunikasikan dengan jelas.
b. Identifikasi Tanda-Tanda Peringatan dan Masalah Potensial tentang tanda-tanda peringatan (warning signs) dan situasi yang memerlukan perhatian medis untuk memungkinkan deteksi dini komplikasi dan mencegah deteriorasi kondisi yang dapat mengakibatkan rehospitalisasi. Diskusi ini harus disesuaikan dengan kondisi spesifik pasien dan prosedur atau intervensi yang telah dijalani selama hospitalisasi, misalnya, untuk pasien post-operasi, tanda-tanda infeksi luka seperti kemerahan yang meluas, pembengkakan, rasa

hangat berlebihan pada area luka, drainase purulent, atau bau tidak sedap harus dijelaskan dengan detail. Untupasien dengan kondisi kardiovaskular, tanda-tanda seperti nyeri dada, sesak napas yang memburuk, edema perifer yang meningkat, atau peningkatan berat badan mendadak harus diidentifikasi sebagai warning signs yang memerlukan evaluasi medis. Selain itu, informasi kontak yang jelas, termasuk nomor telepon dokter, klinik, atau hotline konsultasi, harus diberikan dalam format tertulis yang mudah diakses.

c. Penjelasan Hasil Tes dan Pemeriksaan transparansi dan komunikasi yang efektif mengenai hasil tes diagnostik merupakan elemen penting dalam discharge planning. Untuk hasil pemeriksaan laboratorium atau radiologi yang telah tersedia saat pemulangan, penjelasan harus diberikan dalam bahasa yang dapat dipahami pasien, mengklarifikasi apakah hasil berada dalam rentang normal atau abnormal, dan apa implikasi klinis dari hasil tersebut terhadap diagnosis, prognosis, atau rencana perawatan.

d. Penjadwalan Janji Tindak Lanjut dengan memastikan bahwa appointment follow-up tidak hanya diinstruksikan tetapi secara aktif difasilitasi oleh tim discharge planning. Melakukan pendekatan optimal adalah menawarkan untuk membuat janji follow-up sebelum pasien meninggalkan rumah sakit, dengan mempertimbangkan preferensi pasien mengenai hari dan waktu yang paling sesuai dengan jadwal mereka. Pertimbangan praktis seperti ketersediaan transportasi, kemampuan untuk mengambil cuti kerja, atau kebutuhan untuk mengatur penitipan anak harus dieksplorasi untuk mengidentifikasi dan mengatasi hambatan potensial terhadap kehadiran pada

appointment. Informasi lengkap tentang appointment, termasuk nama dan spesialisasi provider yang akan dikunjungi, tanggal dan waktu yang spesifik, Selain itu, edukasi tentang pentingnya follow-up dan apa yang akan terjadi selama kunjungan tersebut (pemeriksaan fisik, review medikasi, pemeriksaan laboratorium, evaluasi luka, dll.) membantu pasien memahami nilai dari appointment dan meningkatkan motivasi untuk hadir.

3. Educate (Mengedukasi): Pembelajaran Berkelanjutan Dengan Bahasa Sederhana dengan merepresentasikan pergeseran fundamental dalam pendekatan edukasi pasien, dari model tradisional yang berfokus pada transfer informasi masif pada hari pemulangan, menuju model edukasi berkelanjutan yang dimulai sejak admission dan berlangsung sepanjang hospitalisasi. Filosofi yang mendasari komponen Educate adalah pengakuan bahwa pembelajaran yang efektif memerlukan waktu, repetisi, dan kontekstualisasi dalam berbagai situasi klinis, meliputi :

a. Prinsip Bahasa Sederhana (Plain Language) dalam Edukasi Pasien Komponen yang digunakan dalam melakukan Edukasi adalah penggunaan bahasa sederhana (plain language) yang dapat dipahami oleh pasien dengan berbagai tingkat literasi kesehatan. Komunikasi kesehatan yang efektif mengharuskan tenaga kesehatan untuk menghindari jargon medis yang rumit dan terminologi teknis yang mungkin familiar bagi profesional kesehatan tetapi asing bagi pasien awam. Penyesuaian bahasa dan kompleksitas informasi dengan tingkat literasi kesehatan pasien memerlukan assessment awal terhadap kemampuan pemahaman pasien, yang dapat dilakukan melalui

observasi, pertanyaan klarifikasi, atau penggunaan instrumen screening literasi kesehatan. Sensitivitas terhadap diversitas pendidikan, latar belakang budaya, dan preferensi komunikasi pasien merupakan aspek penting dalam individualisasi pendekatan edukasi.

b. Pendekatan Edukasi Berkelanjutan Sepanjang Hospitalisasi ini didasarkan pada pemahaman bahwa information overload pada hari pemulangan, ketika pasien dan keluarga sudah overwhelmed dengan persiapan logistik dan emosi terkait transisi ke rumah, menghasilkan retensi informasi yang buruk dan pemahaman yang superfisial, dengan mendistribusikan edukasi sepanjang hospitalisasi, informasi dapat diberikan dalam "small chunks" atau segmen-segmen kecil yang lebih mudah diproses, dipahami, dan diintegrasikan ke dalam mental model pasien tentang kondisi dan perawatan mereka. Pendekatan bertahap ini juga memungkinkan waktu untuk refleksi, formulasi pertanyaan, dan klarifikasi misconceptions sebelum informasi baru ditambahkan.

c. Pemanfaatan Berbagai Kesempatan untuk Edukasi, umtuk memaksimalkan opportunities untuk pembelajaran tanpa memerlukan alokasi waktu terpisah yang ekstensif, yang seringkali merupakan barrier dalam lingkungan klinis yang sibuk. Kunjungan dokter selama ronde harian merupakan kesempatan untuk mendiskusikan kemajuan klinis, perubahan dalam rencana perawatan, dan rasional untuk keputusan terapeutik. Saat perawat memberikan obat, ini adalah opportunity untuk menjelaskan nama obat, indikasi, dosis, timing, dan potential side effects yang perlu diwaspadai.

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

Pemeriksaan vital signs dapat menjadi momen untuk mengedukasi pasien tentang parameter normal versus abnormal dan apa yang diindikasikan oleh perubahan dalam vital signs mereka. Prosedur atau tindakan keperawatan seperti perawatan luka, mobilisasi, atau latihan pernapasan dapat disertai dengan demonstrasi dan penjelasan tentang bagaimana pasien atau caregiver akan melakukan aktivitas tersebut di rumah.

d. Penyediaan Materi Edukasi yang Komprehensif mencakup penyediaan berbagai materi edukasi tertulis dan visual yang dapat berfungsi sebagai referensi bagi pasien dan keluarga setelah pemulangan. Materi-materi ini meliputi. Booklet edukasi yang comprehensive, disesuaikan dengan kondisi spesifik pasien atau prosedur yang telah dijalani, menyediakan informasi mendalam tentang patofisiologi dalam bahasa sederhana, manajemen gejala, modifikasi gaya hidup, dan strategi self-management. Instruksi tertulis yang jelas tentang regimen medikasi, komunikasi dengan family caregivers yang mungkin tidak hadir selama semua sesi edukasi di rumah sakit.

4. *Assess* (Menilai): Verifikasi Pemahaman Melalui Metode *Teach-Back* Kegiatan disni berupa assessment sistematis terhadap kualitas komunikasi dan pemahaman pasien, mengakui bahwa penyampaian informasi oleh tenaga kesehatan tidak secara otomatis menjamin pemahaman dan retensi oleh pasien. Komponen Assess merupakan critical quality check yang memastikan bahwa edukasi yang telah diberikan benar-benar dipahami dan bahwa pasien serta keluarga memiliki knowledge dan competence yang diperlukan untuk melaksanakan perawatan mandiri secara aman setelah pemulangan. Metode

teach-back merupakan strategi assessment yang evidence-based dan direkomendasikan sebagai gold standard untuk mengevaluasi pemahaman pasien. metode teach-back meminta pasien atau family caregiver untuk menjelaskan kembali informasi yang telah diberikan menggunakan kata-kata mereka sendiri. Kesiapan emosional pasien merupakan salah satu komponen krusial dalam pelaksanaan discharge planning, Pasien yang merasa kurang dihargai atau menghadapi situasi kritis cenderung mengalami kecemasan dan ketakutan terkait kemampuan mereka dalam mengelola kondisi kesehatan secara mandiri setelah pulang dari rumah sakit. Kurangnya rasa percaya diri ini tidak hanya memengaruhi keputusan pasien terhadap pemulangan, tetapi juga berpotensi meningkatkan angka kunjungan ke unit gawat darurat dan kejadian rawat inap ulang yang dapat dicegah. Oleh karena itu, perawat memiliki peran penting dalam melakukan penilaian kesiapan emosional dengan cara mengeksplorasi kekhawatiran pasien secara komprehensif, memberikan edukasi dan jaminan yang tepat, serta menghubungkan pasien dengan sumber daya pendukung yang relevan. Pendekatan ini diharapkan mampu meningkatkan kepercayaan diri pasien dan keberhasilan transisi perawatan dari rumah sakit ke rumah. Komponen *assess* dalam proses discharge planning tidak hanya berfokus pada identifikasi kesenjangan pengetahuan atau keterampilan pasien, tetapi juga menekankan pentingnya pelaksanaan tindakan korektif untuk mengatasi kesenjangan tersebut sebelum pasien dipulangkan. Ketika metode *teach-back* atau bentuk penilaian lainnya menunjukkan adanya aspek yang belum dipahami secara memadai oleh pasien, kondisi tersebut seharusnya dipandang sebagai peluang

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

untuk melakukan edukasi ulang dan klarifikasi, bukan sebagai kegagalan pasien dalam memahami informasi yang diberikan. Dokumentasi yang komprehensif terkait area spesifik yang masih belum dipahami oleh pasien, rencana pemberian edukasi tambahan, serta pelaksanaan edukasi ulang yang telah dilakukan merupakan aspek penting untuk menjamin akuntabilitas dan kesinambungan pelayanan. Setelah proses edukasi ulang, perlu dilakukan penilaian kembali guna memastikan bahwa kesenjangan pemahaman telah teratasi dan pasien telah memiliki pemahaman yang diperlukan untuk melanjutkan perawatan secara mandiri di rumah. Selain itu, identifikasi berbagai hambatan yang berpotensi mengganggu pemahaman pasien, seperti kendala bahasa, gangguan sensori (pendengaran atau penglihatan), keterbatasan kognitif, maupun rendahnya tingkat literasi, juga merupakan bagian penting dari proses asesmen. Pengenalan terhadap hambatan- hambatan tersebut memungkinkan tenaga kesehatan untuk menyesuaikan metode dan media pembelajaran agar lebih mudah diakses dan dipahami oleh pasien. Sebagai contoh, pasien dengan gangguan penglihatan memerlukan materi edukasi dengan huruf berukuran besar atau instruksi berbasis audio, sedangkan pasien dengan keterbatasan kemampuan bahasa memerlukan materi edukasi dalam bahasa ibu mereka serta dukungan dari penerjemah profesional. Pendekatan ini diharapkan dapat meningkatkan efektivitas edukasi dan keberhasilan pelaksanaan perawatan pasca pemulangan.

3 *Listen* (Mendengarkan): Menghormati Dan Merespons Perspektif Pasien Komponen ini mencerminkan komitmen yang kuat terhadap penerapan *patient-centered care*, di mana perspektif, nilai, preferensi, serta kekhawatiran pasien dan

keluarga tidak hanya menjadi bahan pertimbangan, tetapi secara aktif dihargai dan diintegrasikan dalam proses perencanaan pemulangan pasien. Pendekatan ini menegaskan bahwa pasien dan keluarga memiliki pemahaman yang mendalam mengenai kondisi, kemampuan, serta konteks kehidupan mereka sendiri. Oleh karena itu, rencana pemulangan yang tidak selaras dengan realitas, kapasitas, dan prioritas pasien serta keluarga berpotensi rendah untuk dapat dilaksanakan secara efektif, meskipun secara klinis telah dirancang dengan baik, meliputi :

a. Mendengarkan dan Mengintegrasikan Tujuan Pasien, erfokus pada proses eksplorasi dan pengintegrasian tujuan personal pasien ke dalam perencanaan pemulangan (*discharge planning*). Tujuan yang dianggap penting oleh pasien tidak selalu sejalan dengan prioritas yang ditetapkan oleh tim medis. Namun demikian, pemahaman yang mendalam mengenai hal-hal yang paling bermakna bagi pasien merupakan elemen esensial dalam menyusun rencana pemulangan yang relevan, bermakna, dan mampu meningkatkan motivasi pasien, Sementara itu, bagi pasien yang masih aktif bekerja, waktu dan kesiapan untuk kembali bekerja dapat menjadi perhatian utama yang perlu dipertimbangkan dalam perencanaan pemulangan. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan motivasi dan keterlibatan pasien dalam proses perawatan, tetapi juga membantu dalam menentukan prioritas di antara berbagai rekomendasi klinis, khususnya ketika pasien dihadapkan pada regimen perawatan yang kompleks dan berpotensi menimbulkan beban.
b. Menghormati dan Mengakomodasi Preferensi Pasien, menekankan pentingnya penghormatan terhadap preferensi pasien dalam berbagai aspek

pelayanan dan perencanaan pemulangan. Preferensi terkait cara pasien ingin menerima perawatan, individu yang diharapkan berperan sebagai pengasuh utama atau sumber dukungan, serta metode komunikasi yang dianggap paling efektif. Penghormatan terhadap preferensi pasien tidak semata-mata bertujuan meningkatkan kepuasan pasien, tetapi juga berkontribusi secara signifikan terhadap efektivitas pelaksanaan rencana pemulangan. Rencana pemulangan yang menerapkan struktur atau pendekatan yang tidak sesuai dengan kenyamanan maupun kemampuan pasien cenderung memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Selain itu, pertimbangan budaya merupakan elemen penting dalam penghormatan terhadap preferensi pasien. Pada pasien dengan latar belakang budaya yang beragam, pemahaman mengenai keyakinan budaya terkait penyakit dan proses penyembuhan, peran keluarga dalam pemberian perawatan, serta praktik diet yang dianut menjadi aspek krusial dalam penyusunan rencana pemulangan yang sensitif budaya. Ketidaksesuaian antara rekomendasi pelayanan kesehatan dengan konteks budaya pasien berpotensi menghasilkan rencana pemulangan yang kurang relevan dan sulit untuk diimplementasikan secara optimal.

c. Memperhatikan dan Menvalidasi Pengamatan Pasien, hal ini menekankan pentingnya perhatian terhadap pengamatan yang disampaikan oleh pasien dan keluarga mengenai kondisi kesehatan serta respons terhadap terapi yang dijalani. Melalui pengalaman langsung dalam menghadapi penyakit, pasien dan keluarga sering kali mengembangkan pemahaman yang mendalam mengenai pola gejala, faktor pencetus, serta respons tubuh terhadap berbagai

intervensi, yang tidak selalu dapat teridentifikasi secara utuh dalam interaksi klinis yang bersifat singkat. Selain itu, pengalaman pasien dan keluarga pada perawatan sebelumnya, termasuk riwayat hospitalisasi dan interaksi dengan sistem pelayanan kesehatan, memberikan konteks penting bagi perencanaan pemulangan saat ini.

2.3.3. Theory of Planned Behavior (TPB) :

Menurut *Theory of Planned Behaviour* (TPB) dapat dioperasionalisasikan sebagai model teoritis untuk mempelajari dan memprediksi perilaku individu, dengan penekanan khusus pada perilaku kesehatan (Sarafino & Smith, 2017). *Theory of Planned Behaviour* (TPB) diakui sebagai salah satu kerangka teori yang solid dan telah banyak digunakan dalam penelitian perilaku karena kemampuannya mengintegrasikan tiga faktor determinan perilaku fundamental yang merepresentasikan dimensi psikologis dan sosial yang relevan dalam konteks kesehatan masyarakat, yaitu sikap terhadap perilaku (attitude toward behavior), norma subjektif (subjective norms), dan persepsi kontrol perilaku (perceived behavioral control). Dalam struktur teoretisnya, *Theory of Planned Behaviour* (TPB) memberikan penekanan pada intensi perilaku (*behavioral intention*) sebagai prediktor langsung dari perilaku aktual, di mana intensi ini mencerminkan tingkat motivasi seseorang untuk melakukan perilaku tertentu dan berfungsi sebagai konstruk penghubung antara proses kognitif-evaluatif dengan manifestasi tindakan nyata. (Widiharti & Sari, 2023)

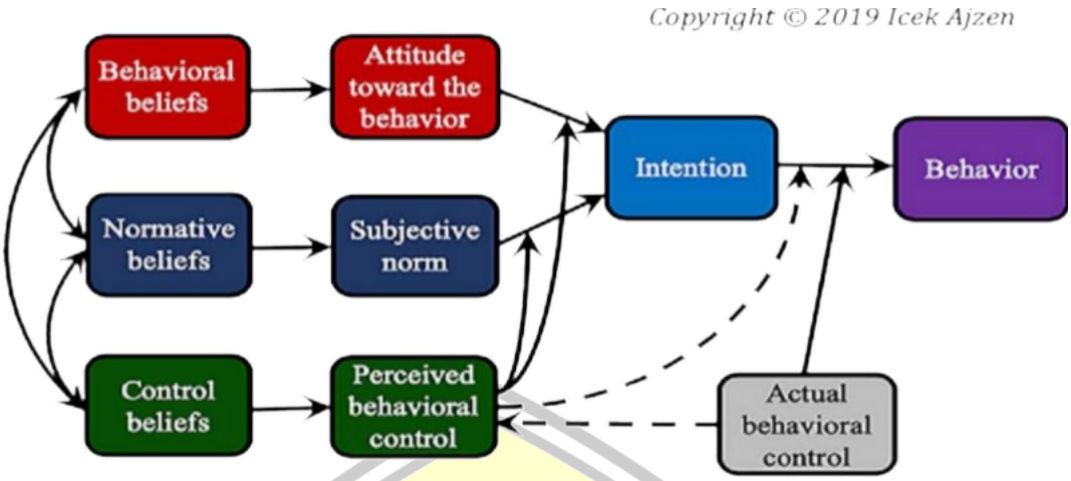
Menurut *Theory of Planned Behaviour* (TPB), perilaku manusia dipandu oleh tiga jenis pertimbangan: keyakinan tentang konsekuensi yang mungkin terjadi dari

perilaku (keyakinan perilaku), keyakinan tentang harapan normatif dari orang lain (keyakinan normatif), dan keyakinan tentang adanya faktor-faktor yang dapat memfasilitasi atau menghalangi pelaksanaan perilaku (keyakinan kontrol). Dalam agregat masing-masing, keyakinan perilaku menghasilkan sikap yang menguntungkan atau tidak menguntungkan terhadap perilaku; keyakinan normatif menghasilkan tekanan sosial yang dirasakan atau norma subjektif; dan keyakinan kontrol menimbulkan persepsi kontrol perilaku atau efikasi diri. Pengaruh sikap terhadap perilaku dan norma subjektif terhadap niat dimoderasi oleh persepsi kontrol perilaku. Sebagai aturan umum, semakin menguntungkan sikap dan norma subjektif, serta semakin besar kontrol yang dirasakan, semakin kuat niat seseorang untuk melakukan perilaku yang dimaksud. Akhirnya, dengan adanya tingkat kontrol aktual yang cukup atas perilaku, orang diharapkan untuk melaksanakan niat mereka ketika kesempatan muncul. (Ajzen, 2019). Gambar 2 adalah representasi skematis dari teori tersebut. (Bosnjak et al., 2020)

Berdasarkan *Theory of Planned Behaviour* (TPB), perilaku individu dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu intensi perilaku (behavioral intention) yang merupakan keinginan atau niat individu untuk melakukan atau tidak melakukan suatu perilaku tertentu, serta persepsi kontrol perilaku (perceived behavioral control) yang mencerminkan faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam mewujudkan niat tersebut menjadi tindakan nyata. Intensi merupakan elemen psikologis dalam diri individu yang mengindikasikan keinginan untuk menampilkan tingkah laku spesifik. Dalam konteks keperawatan, tingkah laku ini merujuk pada perilaku aktual (actual behavior) perawat dalam bentuk partisipasi

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

aktif pada aktivitas pengembangan profesional. (Neny Rif'ah, Sandra Dewi, 2021)



Gambar 2.1. Graphical depiction of the *theory of planned behavior* (Ajzen, 2019b). Adjustments (Bosnjak et al., 2020)

Penggabungan TPB (*Theory Of Planned Behavior)* dengan model *AHRQ IDEAL Discharge Planning*

Pelaksanaan discharge planning yang efektif memerlukan pendekatan komprehensif yang menggabungkan aspek perilaku tenaga kesehatan dengankerangka kerja sistematis dalam pelaksanaannya. Dalam konteks ini, *Theory of Planned Behavior (TPB)* menjadi landasan teoretis yang sangat relevan mengingat pelaksanaan discharge planning sangat dipengaruhi oleh persepsi, keyakinan, dan sikap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Teori ini memberikan kerangka pemahaman tentang bagaimana intensi perawat terbentuk dan diterjemahkan menjadi tindakan nyata dalam praktik klinis, Untuk mewujudkan discharge planning yang optimal, diperlukan model struktural yang dapat mengintegrasikan prinsip-prinsip TPB dengan praktik klinis yang terstandarisasi. Model *IDEAL Discharge Planning* hadir sebagai

kerangka kerja sistematis yang terdiri dari lima komponen fundamental, yaitu *Include* (melibatkan), *Discuss* (mendiskusikan), *Educate* (mengedukasi), *Assess* (menilai), dan *Listen* mendengarkan). Kelima komponen ini membentuk suatu kesatuan yang saling berkaitan dan berkesinambungan dalam memfasilitasi transisi perawatan pasien dari lingkungan rumah sakit ke rumah secara aman dan efektif. Penggabungan TPB dengan model IDEAL menciptakan sinergi yang kuat dalam pelaksanaan discharge planning. Ketika perawat memiliki persepsi positif, keyakinan yang kuat, dan sikap mendukung terhadap *discharge planning* sebagaimana dijelaskan dalam TPB mereka akan lebih mampu melaksanakan setiap komponen IDEAL secara optimal yang melibatkan (include) memastikan partisipasi aktif pasien dan keluarga sejak awal, komponen mendiskusikan *(discuss*) memfasilitasi komunikasi terbuka mengenai rencana perawatan, komponen mengedukasi (*educate*) menyediakan informasi yang diperlukan untuk kemandirian pasien, komponen menilai (*assess*) memastikan kesiapan pasien untuk pulang, dan komponen mendengarkan (listen) menangkap kebutuhan serta kekhawatiran pasien secara holistik. Hasil yang diharapkan dari integrasi kedua kerangka teoretis ini adalah terlaksananya *discharge planning* secara sistematis, terstruktur, dan berkelanjutan mulai dari pengkajian saat pasien masuk hingga proses pemulangan. Pelaksanaan yang sistematis ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas transisi perawatan, menurunkan angka readmisi, meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, serta mengoptimalkan kemandirian pasien melanjutkan perawatan di rumah. Implementasi yang terstruktur ini akan menciptakan standar praktik discharge planning yang konsisten dan terukur, yang

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan keperawatan secara menyeluruh.

2.3.4. Individu Perawat

Pelaksanaan discharge planning merupakan proses multidimensional yang tidak hanya ditentukan oleh kemampuan individu perawat, tetapi juga dipengaruhi oleh lingkungan organisasi, karakteristik teknologi yang digunakan, serta keterlibatan pasien dan keluarga. Pada konteks discharge planning berbasis elektronik, faktor-faktor tersebut menjadi semakin kompleks karena pelaksanaan pelayanan keperawatan harus mengintegrasikan kompetensi klinis, komunikasi, dokumentasi, koordinasi antarprofesi, serta kemampuan menggunakan sistem informasi kesehatan. Hasil literature review Wahyu et al. (2025) terhadap 17 artikel mengidentifikasi beberapa faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan discharge planning oleh perawat, yaitu pengetahuan, sikap, motivasi, tenaga/personel, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, serta kesepakatan dan konsensus. Temuan tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan discharge planning merupakan hasil interaksi antara faktor individu dan faktor lingkungan kerja, bukan hanya kemampuan teknis perawat. (Wahyu et al., 2025)

Faktor individu merupakan karakteristik internal perawat yang dapat memengaruhi kemampuan dan kemauan dalam melaksanakan discharge planning berbasis elektronik. Faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, motivasi, kompetensi dan literasi digital, serta pengalaman perawat dalam melaksanakan discharge planning.

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

a. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan dasar bagi perawat dalam memahami tujuan, tahapan, komponen, serta prosedur discharge planning. Perawat yang memiliki pengetahuan memadai akan lebih mampu mengidentifikasi kebutuhan pasien, menentukan informasi yang perlu diberikan, melibatkan keluarga, melakukan edukasi, serta mendokumentasikan proses discharge planning secara tepat. Literature review tahun 2025 yang secara khusus membahas faktor pelaksanaan discharge planning pada perawat menempatkan knowledge/pengetahuan sebagai salah satu faktor penting yang berhubungan dengan pelaksanaan discharge planning. (Wahyu et al., 2025)

Penelitian intervensi pada 165 perawat dan bidan di Indonesia juga menunjukkan pentingnya pendidikan discharge planning. Penelitian tersebut dilakukan karena ditemukan keterbatasan pemahaman tenaga kesehatan mengenai discharge planning dan cara mengisi formulir discharge planning; intervensi edukasi kemudian digunakan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai discharge planning

b. Sikap

Sikap menggambarkan kecenderungan positif atau negatif perawat terhadap discharge planning. Sikap positif dapat mendorong perawat memandang discharge planning sebagai bagian integral dari tanggung jawab profesional, sedangkan sikap kurang mendukung dapat menyebabkan discharge planning dipersepsikan sebagai pekerjaan administratif tambahan. Hal ini relevan dengan penelitian kualitatif pada perawat di Indonesia yang menemukan

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

bahwa perawat memandang discharge planning sebagai bagian dari tanggung jawab profesional, meskipun pelaksanaannya menghadapi berbagai tantangan koordinasi dan pola kerja. (Kurniawan et al., 2023)

c. Motivasi

Motivasi merupakan dorongan internal maupun eksternal yang menyebabkan perawat melakukan suatu tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Dalam discharge planning, motivasi dapat mendorong perawat untuk memberikan edukasi, melakukan komunikasi dengan pasien dan keluarga, memastikan kesiapan pasien sebelum pulang, serta melengkapi dokumentasi. Review Wahyu et al. (2025) memasukkan motivasi sebagai salah satu faktor yang memengaruhi pelaksanaan discharge planning perawat. (Wahyu et al., 2025) Dalam perspektif Theory of Planned Behavior (TPB), sikap, norma subjektif, dan perceived behavioral control membentuk niat yang selanjutnya berhubungan dengan perilaku. Kerangka ini dapat digunakan untuk menjelaskan bagaimana faktor psikologis perawat berkontribusi terhadap pelaksanaan discharge planning.

d. Kompetensi Digital

Pada discharge planning berbasis elektronik, kompetensi perawat tidak hanya mencakup kompetensi klinis tetapi juga kemampuan menggunakan teknologi informasi. Kompetensi digital mencakup kemampuan melakukan login dan navigasi sistem, memasukkan data, mengakses informasi pasien, melakukan dokumentasi, serta menggunakan fitur sistem secara tepat. Scoping review mengenai pelatihan EHR pada perawat rawat inap yang mencakup 30 artikel

menemukan faktor penting pada tingkat individu berupa computer literacy, preferensi belajar, dan kemampuan berlatih menggunakan EHR. Pada tingkat organisasi, ketersediaan komputer, kejelasan persyaratan dokumentasi, trainer, serta dukungan staf juga menjadi faktor implementasi. (Nguyen et al., 2024)

2.3.5 Faktor organisasi

Factor merupakan kondisi lingkungan rumah sakit yang dapat memfasilitasi atau menghambat pelaksanaan discharge planning. Faktor tersebut meliputi dukungan manajemen, ketersediaan sumber daya, beban kerja, kebijakan, supervisi, waktu, pelatihan, komunikasi dan koordinasi antarprofesi.

a. Dukungan Manajemen

Dukungan manajemen menunjukkan sejauh mana pimpinan rumah sakit menyediakan kebijakan, regulasi, supervisi, sumber daya, pelatihan dan sistem evaluasi untuk mendukung discharge planning.

Rapid review tahun 2023 mengenai implementasi proses discharge menemukan bahwa kurangnya dukungan pemimpin, dokumentasi klinis yang buruk, resistensi terhadap perubahan, serta masalah finansial dan logistik merupakan hambatan dalam implementasi proses discharge berbasis teknologi. Oleh karena itu, dukungan kepala ruang dan manajemen rumah sakit menjadi penting dalam memastikan discharge planning tidak hanya menjadi kewajiban administratif, tetapi menjadi bagian dari proses pelayanan keperawatan. Dukungan manajemen dapat berbentuk kebijakan, standar prosedur, supervisi, dan kepemimpinan yang menguatkan perilaku perawat. Kurniawan et al. (2024) mengidentifikasi standar

akreditasi rumah sakit, kepala ruangan, dan perawat pelaksana sebagai relasi yang mengatur praktik *discharge planning* melalui standar dan formulir, pemantauan, serta prinsip kelengkapan dokumen. Rahman et al. (2025) menyimpulkan bahwa efektivitas *discharge planning* dipengaruhi oleh keterlibatan perawat, dukungan organisasi, dan koordinasi tim, dan bahwa tanpa dukungan internal organisasi *discharge planning* berisiko hanya menjadi dokumen formal (dengan merujuk pada Friska et al., 2022). Pada ranah teknologi, tinjauan sistematik campuran menunjukkan bahwa dukungan manajemen dan pelatihan termasuk pemfasilitasi penerimaan *electronic health record* oleh perawat. (Corbett, 2025)

b. Ketersediaan Sumber Daya

Sumber daya mencakup jumlah tenaga, waktu, komputer/perangkat, jaringan, materi edukasi, sistem informasi, serta dukungan teknis. Ketidaktersediaan sumber daya dapat menyebabkan perawat kesulitan melaksanakan seluruh tahapan discharge planning.

Review mengenai implementasi dan pelatihan EHR pada perawat rawat inap menunjukkan bahwa ketersediaan komputer, kejelasan persyaratan dokumentasi, dukungan trainer, dan staf pendukung merupakan bagian penting dari lingkungan organisasi untuk implementasi sistem elektronik. (Nguyen et al., 2024)

c. Beban Kerja dan Waktu

Beban kerja dapat memengaruhi ketersediaan waktu perawat untuk memberikan edukasi, melakukan komunikasi, melibatkan keluarga, serta menyelesaikan dokumentasi discharge planning. Penelitian terbaru mengenai implementasi praktik berbasis bukti pada perawat juga mengidentifikasi beban kerja berlebihan

dan keterbatasan waktu sebagai hambatan implementasi. Dalam discharge planning, masalah waktu menjadi penting karena proses tersebut membutuhkan komunikasi individual, edukasi, asesmen pemahaman, dan dokumentasi yang tidak selalu dapat dilakukan secara singkat.

d. Pelatihan dan Pengembangan Kompetensi

Pelatihan merupakan faktor organisasi yang dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam menggunakan sistem dan melaksanakan discharge planning secara konsisten. Systematic review tahun 2024 mengenai Health Information Systems berbasis TAM menunjukkan bahwa pelatihan sebelum penggunaan sistem merupakan komponen penting, dan pelatihan dapat meningkatkan persepsi terhadap kemanfaatan serta kemudahan penggunaan teknologi

Pada *discharge planning* berbasis elektronik, kualitas pelaksanaan bergantung juga pada bagaimana perawat menerima dan menggunakan sistemnya. Technology Acceptance Model menempatkan persepsi kemanfaatan dan persepsi kemudahan penggunaan sebagai penentu utama sikap, niat, dan penggunaan teknologi (Davis, 1989). UTAUT memperluasnya dengan *performance expectancy*, *effort expectancy*, *social influence*, dan *facilitating conditions* (Venkatesh et al., 2003). Konstruk-konstruk ini sejalan dengan indikator yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu kemudahan penggunaan, keandalan sistem, dan pelatihan. Bukti empiris terbaru mendukung kerangka tersebut. Tinjauan sistematik campuran atas 13 studi menemukan bahwa peningkatan efisiensi, kemudahan akses informasi, dukungan manajemen, dan pelatihan memfasilitasi penerimaan *electronic health record* oleh perawat, sedangkan beban dokumentasi

yang meningkat, ancaman terhadap kerahasiaan pasien, navigasi sistem yang sulit, serta dukungan teknis dan pelatihan yang kurang menjadi penghambatnya (Corbett et al., 2025). Tinjauan integratif atas 19 studi menyimpulkan bahwa persepsi perawat terhadap rekam medis elektronik dibentuk oleh keterampilan komputer, kepercayaan diri, dan pelatihan, sehingga peningkatan kompetensi, pelatihan, dan jaminan dukungan teknis penting bagi keberhasilan integrasi sistem (Maawati et al., 2025). Pada aspek keandalan dan infrastruktur, tinjauan cakupan di Afrika melaporkan bahwa pelatihan yang tidak memadai, gangguan alur kerja, teknologi usang, masalah konektivitas, dan resistensi terhadap perubahan menghambat adopsi *electronic health record* oleh perawat (Harerimana et al., 2025). Di Indonesia, penelitian pada *discharge planning* berbasis rekam medis elektronik menunjukkan bahwa pelaksanaan yang buruk masih dialami lebih dari separuh perawat (57,3%), yang mengindikasikan bahwa tersedianya sistem saja belum menjamin kepatuhan . (Tamam et al., 2025)

2.3.6. Faktor Teknologi

Faktor teknologi menjadi pembeda utama antara discharge planning konvensional dan discharge planning berbasis elektronik. Dalam penelitian Anda, faktor teknologi terdiri atas kemudahan penggunaan, keandalan sistem, dan pelatihan, sebagaimana telah tercantum dalam kerangka konseptual.

Kemudahan Penggunaan merupakan tingkat persepsi pengguna bahwa suatu sistem dapat digunakan tanpa usaha yang berlebihan.

Konsep tersebut sesuai dengan Technology Acceptance Model (TAM) yang menjelaskan bahwa perceived ease of use dan perceived usefulness merupakan

konstruk penting dalam penerimaan teknologi. Systematic review International Journal of Medical Informatics tahun 2024 mengenai sistem informasi kesehatan dengan pendekatan TAM menegaskan bahwa perawat merupakan pengguna utama berbagai sistem informasi kesehatan dan bahwa pelatihan dapat meningkatkan persepsi kemanfaatan serta kemudahan penggunaan sistem.

Penelitian lain mengenai penerimaan teknologi oleh perawat juga menunjukkan bahwa penerimaan terhadap sistem dipengaruhi oleh karakteristik teknologi dan kesesuaian fungsi sistem dengan kebutuhan pekerjaan klinis. Sistem yang mendukung pekerjaan dan mengurangi beban klinis dapat meningkatkan penerimaan pengguna. (Chien et al., 2023)

2.3.7. Keterlibatan Keluarga/Caregiver

Keluarga atau caregiver merupakan komponen penting dalam keberhasilan discharge planning karena sebagian pasien membutuhkan bantuan keluarga untuk melanjutkan perawatan setelah pulang. Dalam kerangka penelitian Anda, keterlibatan keluarga mencakup partisipasi aktif caregiver dan pemahaman terhadap instruksi perawatan. Systematic review dan meta-synthesis tahun 2024 mengenai transisi rumah sakit ke rumah mengidentifikasi empat tema utama, yaitu koordinasi dan kontinuitas pelayanan, komunikasi, keterlibatan pasien dan keluarga, serta dukungan individual dan pertukaran informasi. Temuan tersebut menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga merupakan bagian penting dari transisi perawatan yang aman. (Grootel et al., 2025)

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

2.4. Telaah Jurnal

Penulis/ Tahun	Judul	Metode Penelitian	Jumlah & Kriteria Sampel	Intervensi	Hasil / Pembahasan
Emily Wahlquist Topham, Hbsn, Rn; Alycia Bristol, Phd, Rn,Agcns-Bc; Brenda Luther,Phd,Rn; Catherine E. Elmore,Phd, Msn, Rn, Cnl; Erin Johnson, Phd; Dan Andrea S. Wallace, Phd, Rn, Faan (2022)	Caregiver Inclusion in IDEAL Discharge Teaching: Implications For Transitions From Hospital to Home	Penelitian kualitatif Deskriptif (Qualitative Descriptive Approach) Menggunakan wawancara mendalam berbasis kasus (in-depth case interviews).pendekatan ini mendukung evaluasi mendalam terhadap Kata-kata yang digunakan partisipan untuk mendeskripsikan pengalamannya (Neergard et al., 2009).	Dari 14 caregiver yang teridentifikasi melalui teknik referral, hanya 4 caregiver yang bersedia berpartisipasi (response rate: 28,6%).	Penelitian ini bukan merupakan Penelitian intervensi/ eksperimental. Penelitian ini bersifat deskriptif-eksploratif kualitati	- Penelitian ini menunjukan bahwa meskipun caregiver merasa mendapatkan instruksi yang jelas pada saat discharge, keterlibatan mereka hanya bersifat pasif sebatas hadir sebagai pendengar. - Setelah sampai di rumah, kesenjangan pengetahuan nyata muncul dalam area mobilitas, manajemen obat, perawatan drain, dan kualitas tidur. - Dua dari empat caregiver secara Langsung mengaitkan kesenjangan pengetahuan mereka dengan readmisi pasien
Keçeci, A., Demiray, A., Keskin Kızıltepe, S., İlaslan, N., Açıl, A., & Ertürk, F.BMC Nursing, 24, 856 (2025)	The Acquisition And Effectiveness of "IDEAL" Standards in Discharge Planning and Education with Simulation Method	Desain: Mixed- method (Convergent- parallel mixed-methods) Sampel: 19 mahasiswa keperawatan tingkat 2, tahun akademik 2023–2024 Instrumen Kuantitatif: General Self-Efficacy Scale (GSE) Simulation Design Scale	Intervensi berupa simulasi 5 sesi (±1 jam/sesi) yang Terstruktur berdasarkan kerangka IDEAL discharge planning dari AHRQ: I Include: Melibatkan pasien dan keluarga sebagai mitra penuh dalam	Hasil kuantitatif: Skor posttest meningkat dibanding pretest pada seluruh sesi Peningkatan signifikan pada sub-dimensi 'continuation effort and persistence' di sesi ke-4 (p = 0,004)	Kesimpulan: Intervensi simulasi dengan kerangka IDEAL terbukti meningkatkan keterampilan edukasi discharge dan kepercayaan diri mahasiswa keperawatan Kerangka IDEAL mendorong perawatan berpusat pada pasien

		(SDS) Instrumen Kualitatif: Form wawancara semi-terstruktur mendalam (10 pertanyaan) Analisis: Kuantitatif: Mean,SD, paired t-test Kualitatif: Descriptive content Analysis	perencanaan pulang D.Discuss: Mendiskusikan area penting untuk mencegah komplikasi pasca-pulang E. Educate: Mendidik pasiendan keluarga sepanjang rawat inap menggunakan bahasa sederhana A. Assess: Menilai Pemahaman pasien dan keluarga serta Memperkuat pengajaran bila Diperlukan. L.Listen: Mendengarkan dan menghormati tujuan, kekhawatiran, dan preferensi asien/keluarga Platform: 3D MedSim Learning Suite (aplikasi berbasis komputer untuk pretest, posttest, dan simulasi skenario klinis) Setiap sesi dilakukan debriefing (audio recording) untuk refleksi	Skor total General Self- Efficacy Scale: pretest = 55,86 ± 6,59 → posttest = 57,63 ± 6,70 (p =0,009) Simulation design scale: Subdimensi Support: nilai terendah (4,24 ± 0,56) Subdimensi Degree of Fidelity: nilai tertinggi (4,58 ± 0,52) Hasil kualitatif: Mahasiswa melaporkan peningkatan kepercayaan diri dan keterampilan Komunikasi seiring bertambahnya sesi Tantangan utama: mendiskusikan tujuan pasien dan melibatkan keluarga secara aktif (komponen Discuss' dan 'Include' dari IDEAL) Pada sesi ke-4, mahasiswa mulai mengevaluasi pasien secara holistik dan menyadari pentingnya edukasi obat	dengan menekankan keterlibatan pasien dan keluarga Penelitian lanjutan diperlukan untuk mengevaluasi retensi jangka Panjang dan dampak terhadap kepuasan pasien

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

Moradi Rekabdar Kalaiee, Z., Ghafouri, R., Zandi, M., & Nasiri, M. (2024)	Effect of Implementing the IDEAL Discharge Model on Satisfaction of Patient Referred to Trauma Emergency Department	Quasi-experimental study dengan desain intervensi dan kontrol (clinical trial with blinding). Analisis menggunakan independent t-test, paired t-test, Mann-Whitney, Chi-square.	Total 86 pasien (43 intervensi, 43 kontrol). Kriteria inklusi: Usia 18–65 tahun, pasien trauma triase level 3–4, sadar penuh (GCS 15), tanda vital stabil, mampu membaca dan menulis, tidak membutuhkan ventilator, tidak pernah mendapat edukasi serupa. Eksklusi: Perubahan kondisi klinis, pindah ruangan, triase berubah ke level 1–2, tidak bersedia melanjutkan.	Kelompok intervensi mendapatkan edukasi discharge berbasis model IDEAL (Inclusion, Discussion, Education, Assessment, Listening) selama ±1 jam sebelum pulang, melibatkan pasien dan caregiver, dengan pendekatan face- to-face dan diskusi interaktif. Kelompok kontrol mendapat edukasi rutin sesuai standar IGD.	Terdapat perbedaan signifikan kepuasan pasien pasca-edukasi antara kelompok intervensi dan kontrol (p = 0.001). Rata -rata kepuasan total pasca edukasi: • Intervensi: 77.37 ± 7.95 Kontrol: 49.74 ± 8.84 Seluruh dimensi kepuasan (saat datang, selama perawatan, waktu discharge, kepuasan keperawatan, prosedur medis, kepuasan keseluruhan) meningkat signifikan pada kelompok intervensi (p < 0.01). Model IDEAL efektif meningkatka n kepuasan pasien trauma dan direkomendasikan untuk menurunkan angka readmission.
Porwoll, C. (2018)	I.D.E.A.L. Transition Plan	Evidence-Based practice (EBP) Project dengan desain prepost implementati on (practice change project). Evaluasi menggunakan indikator outcome sebelum dan sesudah implementasi .	Tidak disebutkan jumlah sampel secara spesifik. Populasi: Pasien non-kompleks total joint replacement (orthopedic patients) di Bone and Joint Unit, kemudian diperluas ke Medical/Onc ology Unit dan Family Birthing Center, serta seluruh unit rawat inap.	Implementasi model IDEAL discharge planning (Include, Discuss, Educate, Assess, Listen) terintegrasi dalam alur kerja sejak hari admisi hingga hari discharge. Intervensi meliputi: Edukasi seluruh tim multidisiplin	Setelah implementasi (Juni 2016): Kepuasan pasien terhadap kesiapan discharge meningkat hingga rata- rata 98% (pertanyaan follow -up : “Were you aware of your discharge plans and felt prepared?”). Discharge sebelum pukul 12 siang meningkat dari 13% menjadi 54% (rata-rata

				(perawat, dokter, terapi, care management) • Penggunaan “My Care Board” dan discharge checklist Teach- back method Identifikasi caregiver sejak admisi Perencanaan discharge proaktif (follow-up appointment, DME, resep, transportasi) • “Be Prepared to Leave Checklist” diberikan saat admisi	32%). Model diperluas keseluruh unit rawat inap pada 1 Januari 2018. Kebijakan keperawatan diperbarui dengan fokus discharge planning proaktif. Kesimpulan: Model IDEAL efektif meningkatka n kesiapan pasien, kepuasan discharge, serta efisiensi alur keluar pasien (early discharge).
Taneva, D.I.; Gyurova-Kancheva, V.T.; Kirkova-Bogdanov a, A.G.; Paskaleva, D.A.; Zlatanova, Y.T. (2024)	Electronic Nursing Records: Importance for Nursing and Benefits of Implementation in Health Information Systems A Scoping Review	Scoping review menggunakan Arksey and O'Malley protocol, JBI method, dan PRISMA ScR (2018). Pencarian dilakukan di 4 database (Medline/Pub Med, Scopus, Google Scholar, Cochrane Library) pada 16-17 Agustus 2024	Jumlah: 36 artikel (dari 6.970artikel awal). Kriteria Inklusi: - Bahasa Inggris dan Spanyol - Publikasi 2004-2024 Full text dan open access – Fokus pada dampak ENR terhadap kualitas layanan, pengetahuan perawat, dan efektivitas proses keperawatan Kriteria Eksklusi: - Bahasa selain Inggris dan Spanyol Publikasi sebelum 2004	Tidak ada intervensi (studi deskriptif). Penelitian mengeksplorasi literatur tentang: Standardisasi terminologi keperawatan, Dampak ENR terhadap kualitas perawatan , Pengaruh ENR terhadap penelitian, Integrasi dengan sistem informasi kesehatan Optimalisasi proses	Tema Utama: Standardisasi Terminologi: ENR memerluk an terminolo gi standar (NANDA, NOC, NIC, ICNP, CCC) untuk meningka tkan komunikasi dan membeda kan terminologi keperawatan Peningkatan Kualitas: Meningkatkan efisiensi, mengurangi risiko kesalahan ,meningkatkan keselamatan pasien, mendukung manajemen perawatan multidisiplin

				layanan Kondisi implementasi ENR	3.Mendukung Penelitian :Data elektronik tersedia untuk analisis statistik, memfasilitasi evidence-based practice 4. Faktor Adopsi: Usia lebih muda, pengalaman teknologi, tingkat pendidikan lebih tinggi, dan pelatihan memadai berpengaruh positif Tantangan: Kepuasan rendah dengan sistem saat ini, masalah usability, kurangnya modul keperawatan, beban dokumentasi
Titis Kurniawan, Kittikorn Nilmanat, Umaporn Boonyasopun, dan Amelia Ganefianty (2023)	Experiences of discharge planning practices among Indonesian nurses:A qualitative study	Kualitatif deskriptif dengan pendekatan institutional ethnography Wawancara telepon dilakukan pada Maret 2019 (sebelum pandemi) dan Desember 2020 - Agustus 2021 (selama pandemi COVID-19). Analisis konten kualitatif menggunakan metode Elo Kyngäs (2008). Standar pelaporan: Coreq 32-item checklist.	Jumlah:10 perawat (P1-P10) Karakteristik: - Usia rata- rata:38,6 tahun (rentang 33-55 tahun) - Mayoritas sarjana keperawatan - Sebagian besar associate nurses - pengalaman kerja: 1-16 tahun (hampir semua >6 tahun) - Sebagian besar tidak pernah mendapat pelatihan discharge planning Kriteria Inklusi: Bekerja di Ruang >1 tahun Memiliki pengalaman	Tidak ada intervensi (studi deskriptif kualitatif). Penelitian mengeksplorasi pengalaman perawat dalam praktik discharge planning sebelum dan selama pandemi COVID-19, meliputi: 1. Keterlibatan perawat dalam praktik DP 2. Perbandingan praktik sebelum dan selama pandemi 3. Perasaan perawat	Dua Tema Utama: 1. Tantangan dalam Praktik DP: - Koordinasi Perawatan: Kesulitan menghubungi dokter bedah, keputusan discharge mendadak, perbedaan persepsi peran (akibat kebijakan ward fusion selama pandemi) Edukasi Discharge: Tidak percaya diri karena kasus tidak edukasi, discharge instructions, dokumentasi), namun tidak ada program follow-upcare Kesimpulan: Perawat memandang DP sebagai

			discharge planning Metode Sampling: Purposive sampling	saat melakukan DP Persepsi perawat tentang praktik DP	tanggung jawab profesional dan terus melaksanakan nya meskipun menghadapi tantangan. Penting mengakui peran perawat dan mengatasi pola kerja beragam untuk koordinasi efektif
Hui - We n PO, Fang-Ju LIN, Hsing- Jung Cheng, Mei - Ling Huang, Chung-Yu Chen,Juey-Jen Hwang, dan Yi-Wen Chiu (2023)	Factors Affecting the Effectiveness of Discharge Planning Implementation: A case Control Cohort Study	Retrospective case - control cohort study. Data dikumpulkan dari Hospital Medical Information System database dan Care Service Management Information System (Ministry of Health and Welfare) untuk pasien yang dirawat Januari 2017 Desember 2018. F o l l o w - u p sampai 30 September 2020. Analisis statistik menggunaka n Chi-square test binary logistic regression, Kaplan-Meie curve, dan Cox regression model. Software: IBM SPSS Statistics Version 22.0. Kontrol	Jumlah: 7.796 pasien Karakteristik: - 56,0% laki-laki-Usia median: 7 7 tahun(range: 2-105 tahun, mean: 73,5±14,4 tahun) - 56,5% berusia ≥75 tahun Alasan Masuk : - Internal medicine: 4.832 pasien - Bedah: 1.141 pasien - Neurologis: 329 pasien - Ortopedi:133 pasien Lainnya: 1.361 pasien Kriteria Eksklusi: Data tidak lengkap, mortalitas sebelum discharge, penyakit kritis, advisory terhadap discharge Kelompok: Kasus (hospitalisasi >30 hari ATAU readmisi 14- 30 hari ATAU meninggal <30 hari)	Tidak ada intervensi (studi retrospektif observasional). Penelitian menganalisis efektivitas implementasi discharge planning yang sudah berjalan. 8 Kriteria Implementasi DP: - Skor ADL ≤60 Memiliki kateter /tube indwelling Pressure ulcer/luka tidak bersih Kontrol penyakit kronis buruk Readmisi dalam 14 hari kondisi sama Masalah finansial Kapasitas caregiver tidak memadai	(analisis multivariat): Laki-laki: OR=1.16, p=0.045 • Memiliki tube/kateter: OR=1.62, p<0.001 • Tinggal sendiri: OR=6.66, p<0.001 • Dirawat pasangan: OR=5.36, p<0.001 • Hired caretaker: OR=7.54, p<0.0013. Mortalitas 30 Hari (Cox regression): Hospitalisasi ≥30 hari: HR=2.145, p=0.001 • Skor ADL ≤60: HR=3.101, p<0.001• Jenis caregiver tidak berpengaruh kesimpulan: implementas icase management dalam discharge planning tidak mengurangi substansial lama hospitalisasi, status readmisi, atau prognosis.

				Lansia tinggal sendiri Instrumen: Activities of Daily Living (ADL) Scale (skor 0-100, 10 aktivitas perawatan diri dan mobilitas)	namun, usia lanjut, komorbiditas , dan faktor penyakit spesifik menurunkan efikasi dp. intervensi dp aktif harus diberikan untuk pasien berisiko tinggi
Muhamm ad Iqbal S, Syukriadi, Roslina, dan Saiful Riza (2024)	Factors Related to the Implementa tion of Discharge Planning by Nurses in the Inpatient Ward of BLUD RSUD Meuraxa, Banda Aceh City	Kuantitatif analitik dengan desain cross-sectional. Penelitian dilakukan 15-21 Agustus 2023. Pengumpulan data melalui wawancara menggunakan instrumen yang disediakan. Analisis univariat (distribusi frekuensi) dan bivariat (Chi-square test) dengan tingkat signifikansi α=0.05.	Populasi: 272 perawat pelaksana Sampel: 73 responden Teknik: Lottery technique (undian) Karakteristik Responden: Usia: 74,0% berusia 26-35 tahun Jenis Kelamin: 79,5% perempuan Pendidikan: 63,0% Diploma III Status: 63,0% P3K (Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja) Lama Bekerja: 38,4% bekerja 6-10 tahun Distribusi Faktor: Motivasi baik: 61,6% Beban kerja tinggi: 56,2% Ketenagaan cukup: 65,8% Waktu cukup: 69,9% Implementasi DP baik: 65,8%	Tidak ada intervensi (studi observasional cross-sectional). Penelitian menganalisis hubungan antara faktor-faktor dengan implementasi discharge planning. Variabel Independen: -Motivasi perawat -Beban kerja perawat -Ketenagaan ruangan (staffing) -Waktu perawat -Variabel Dependen: Implementasi discharge planning oleh perawat	hasil uji c h i - s q u a r e (semua faktor signifikan): motivasi (p=0.003): motivasi baik dp baik: 80,0% motiasi kurang dp kurang: 57,1% Perawat dengan motivasi baik memiliki 4,472kali peluang lebih tinggi melaksanakan DP efektif. beban kerja (p=0.007): Beban kerja rendah DP baik: 84,4% Beban kerja tinggi DP kurang: 48,8% Standar: 40 jam/minggu (8 jam/hari untuk 5 hari kerja atau 7 jam/hari untuk 6 hari kerja) ketenagaan (p=0.002):ketenagaan cukup dp baik: 79,2% ketenagaan kurang dp kurang: 60,0% Kolaborasi tim (perawat,

					dokter, ahli gizi, apoteker) sangat penting waktu (p=0.008): waktu cukup dp baik: 76,5% waktu kurang dp kurang: 59,1% kurangnya waktu menghalangi pemberian informasi komprehensif. kesimpulan: semua 4 faktor (motivasi, beban kerja, ketenagaan, waktu) memiliki hubungan signifikan dengan implementasi discharge planning. Rekomendasi: meningkatkan pengetahuan perawat, menyediakan SOP, menambah jumlah personel untuk mengurangi beban kerja dan meningkatkan motivasi.
Fita Rusdian Ikawati (2024)	Efektivitas Penggunaan Rekam Medis Elektronik terhadap Peningkatan Kualitas Pelayanan Pasiendi Rumah Sakit	Literature Review Sistematis dengan pendekatan PRISMA	10 artikel terpilih dari total 175 literatur. Kriteria inklusi: jurnal/prosidi ng (2019–2023), akses terbuka, bahasa Indonesia/Ing gris, data primer, membahas efektivitas RME terhadap kualitas pelayanan RS	Penerapan Rekam Medis Elektronik (RME) sebagai sistem informasi kesehatan terkomputerisasi di rumah sakit	RME terbukti meningkatkan efisiensi pelayanan, akurasi pencatatan, keamanan data, serta kualitas pelayanan pasien. RME mempercepat akses informasi pasien, meningkatkan koordinasi antar tenaga kesehatan, dan menurunkan risiko

					kesalahan medis. Tantangan utama meliputi keamanan data kesiapan SDM dan pelatihan pengguna sistem. Implementas RME dinilai sebaga investasi strategis jangka panjang dalam peningkatan mutu layanan kesehatan.
Fadilla Ayu Nurjanah, Yunina Elasari, Rizki Yeni Wulandari (2025)	Implementasi Discharge Planning Perawat Ruangan dalam Upaya Peningkatan Pengetahuan Perawat	Metode wawancara, observasi, implementasi ,dan evaluasi (kegiatan pengabdian masyarakat dengan pendekatan manajemen keperawatan)	11 perawat, terdiri dari: 1 kepala ruangan, 2 ketua tim, dan 8 perawat pelaksana. Kriteria: perawat yang bertugas di Ruang Siger RSD Dr. A.Dadi Tjokrodipo Bandar Lampung	Edukasi discharge planning keperawatan melalui sosialisasi materi, diskusi, serta pre-test dan post-test untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan perawat	Hasil menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan perawat tentang discharge planning. Nilai pre-test 60–75% meningkat menjadi post-test 85–95%. Edukasi terbukti efektif meningkatkan pemahaman perawat dalam pelaksanaan discharge planning sesua SOP. Discharge planning yang terstruktur berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan keperawatan dan kesinambungan perawatan pasien.
Widiharti & Diah Jerita Eka Sari (2023)	Analisis Faktor yang Mempengaruhi Intensi terhadap Pelaksanaan	Jenis Penelitian: Penelitian observasional analitik Desain: Cross-	Jumlah Sampel: 90 orang perawat di RS Tingkat III Brawijaya	Tidak ada intervensi khusus. Penelitian ini	1. Hubungan Signifikan: (p=0,000) Pengetahuan norma

BINA SEHAT PPNI

	Discharge Planning Berdasarkan Theory of Planned Behavior (TPB)	sectional Teknik Sampling: Probability sampling dengan pendekatan simple random sampling Instrumen: Kuesioner Analisis Data: Uji Lambda	Surabaya Kriteria Inklusi: 1.Perawat denganlatar belakang pendidikan minimal Diploma III 2. Melaksanakan tugas di ruangan rawat inap 3. Masih aktif bekerja sebagai perawat Kriteria Eksklusi:	merupakan studi observasional yang menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi intensi perawat dalam pelaksanaan discharge planning menggunakan kerangka Theory of Planned Behavior (TPB). Variabel yang diukur meliputi pengetahuan, sikap (attitude), norma subjektif, perceived behavior control, dan intention perawat.	subjektif (p=0,000) Pengetahuan dengan perceived behavior control (p=0,000) 2. Tidak Ada Hubungan Signifikan: Sikap dengan intensi (p=0,353) Norma subjektif dengan intensi (p=0,147) Perceived behavior
Michael Bosnjak, Icek Ajzen, Peter Schmidt / 2020	The Theory of Planned Behavior: Selected Recent Advances and Application s	bibliometrik (Webof Science, April 2020) Tinjauan sistematis terhadap 5 studi empiris dengan berbagai desain: Studi prospektif dua gelombang Structural equation modeling Model integratif	Tidak ada sampel langsung	Tidak ada intervensi eksperimental. Studi bersifat observasional/survei yang mengeksplorasi: Penyesuaian & Ekstensi TPB: Integrasi social identity dengan TPB • Penambahan variabel habit dan pemisahan komponen afektif-kognitif sikap	Perceived behavioral control (PBC) •PBC yang tinggi memperkuat pengaruh sikap terhadap intensi • PBC yang tinggi melemahkan pengaruh norma subjektif terhadap intensi

				Analisis moderasi perceived behavioral control (PBC) terhadap sikap dan norma subjektif.	
Paskalia Uut, Rizki Fitryasari, Ni Ketut Alit Armini / 2024	Instrumen Discharge Planning Berbasis Patient Family Centered Care	Systematic Review dengan protokol PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviewand Meta- analysis	Kriteria Inklusi: Populasi: Lembar discharge planning rawat inap Context: Discharge planning di Rawat inap rumah sakit Artikel menjelaskan dampak pelaksanaan discharge planning Desain penelitian: RCT, cross-sectional, fenomenologi dan prospective study Kriteria Eksklusi: Artikel yang tidak membahas discharge planning di rawatinap Setting di Puskesmas, Klinik, atau Rawat Jalan Artikel	Tidak ada Intervensi eksperimental (systematic review). Studi menganalisis berbagai intervensi discharge planning dari 15 artikel: Intervensi Berbasis Bukti:Perencanaan pemulangan berbasis bukti (HOME intervention) Penggunaan alat elektronik perencanaan pemulangan (electronic health record tool Pendekatan Patient Family Centered Care (PFCC) Partisipasi dan kolaborasi pasien-keluarga Komponen discharge Planning: Penilaian sejak awal masuk	Efektivitas Discharge Planning Peningkatan pengetahuan dan Keterampilan Pengaruh PFCC Komunikasidan Kolaborasi

UNIVERSITAS PPNI BINA SEHAT PPNI

				(admission), Kebutuhan informasi dan Pendidikan, Nilai-nilai, kepercayaan, latar belakang budaya, Kondisi fisik dan psikologis, Edukasi kesehatan,dukungan psikososial, Kolaborasi interprofesional Media dan Metode: Media Online , Komunikasi terstruktur dan teratur	
Audai A. Hayajneh, Issa M. Hweidi, Milian W. Abu Dieh (2020)	*Nurses' Knowledge, Perception and Practice toward Discharge Planning in Acute Care Settings: A Systematic Review*	Systematic Review menggunaka n pedoman PRISMA	9 artikel penelitian (1990–2020); kriteria inklusi: perawat di layanan akut, membahas pengetahuan, persepsi, dan praktik discharge planning	Tidak ada intervensi langsung (review literatur); analisis terhadap praktik discharge planning oleh perawat	Hasil menunjukkan bahwa perawat merupakan aktor utama dalam discharge planning, namun masih terdapat kendala berupa rendahnya pengetahuan, perbedaan persepsi tentang waktu pelaksanaan discharge planning, beban kerja tinggi, kurangnya waktu, serta anggapan bahwa discharge planning adalah tugas administratif yang menyita waktu. Praktik discharge planning sering tidak dimulai sejak awal perawatan dan cenderung tidak

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

					terintegrasi secara optimal.
Heryyano or, H., Hardiyant i, D., Pertiwi, M. R., & Mulyati, A. D. (2024)	*Nurses' perceptions of discharge planning implementa tion: A descriptive qualitative study*	Deskriptif kualitatif dengan pendekatan wawancara mendalam; analisis data menggunaka n metode Colaizzi	14 perawat rawat inap Kriteria inklusi: perawat ruang rawat inap, pengalaman kerja ≥ 1 tahun, bersedia menjadi responden Teknik sampling: purposive random sampling	Tidak ada intervensi eksperimental; eksplorasi persepsi perawat terhadap implementasi discharge planning	Perawat memiliki pemahaman yang cukup baik tentang konsep, tujuan, dan manfaat discharge planning, namun implementasi nya belum optimal. Ditemukan variasi persepsi terkait waktu pelaksanaan, alur kegiatan, metode dan media edukasi, dokumentasi, serta evaluasi. Hambatan utama meliputi kebijakan manajemen rumah sakit, beban kerja tinggi, perbedaan persepsi dan sikap perawat, keterbatasan format dokumentasi, serta faktor pasien dan keluarga. Studi menegaskan pentingnya dukungan manajemen, supervisi, pelatihan, dan digitalisasi untuk mengoptimal kan discharge planning

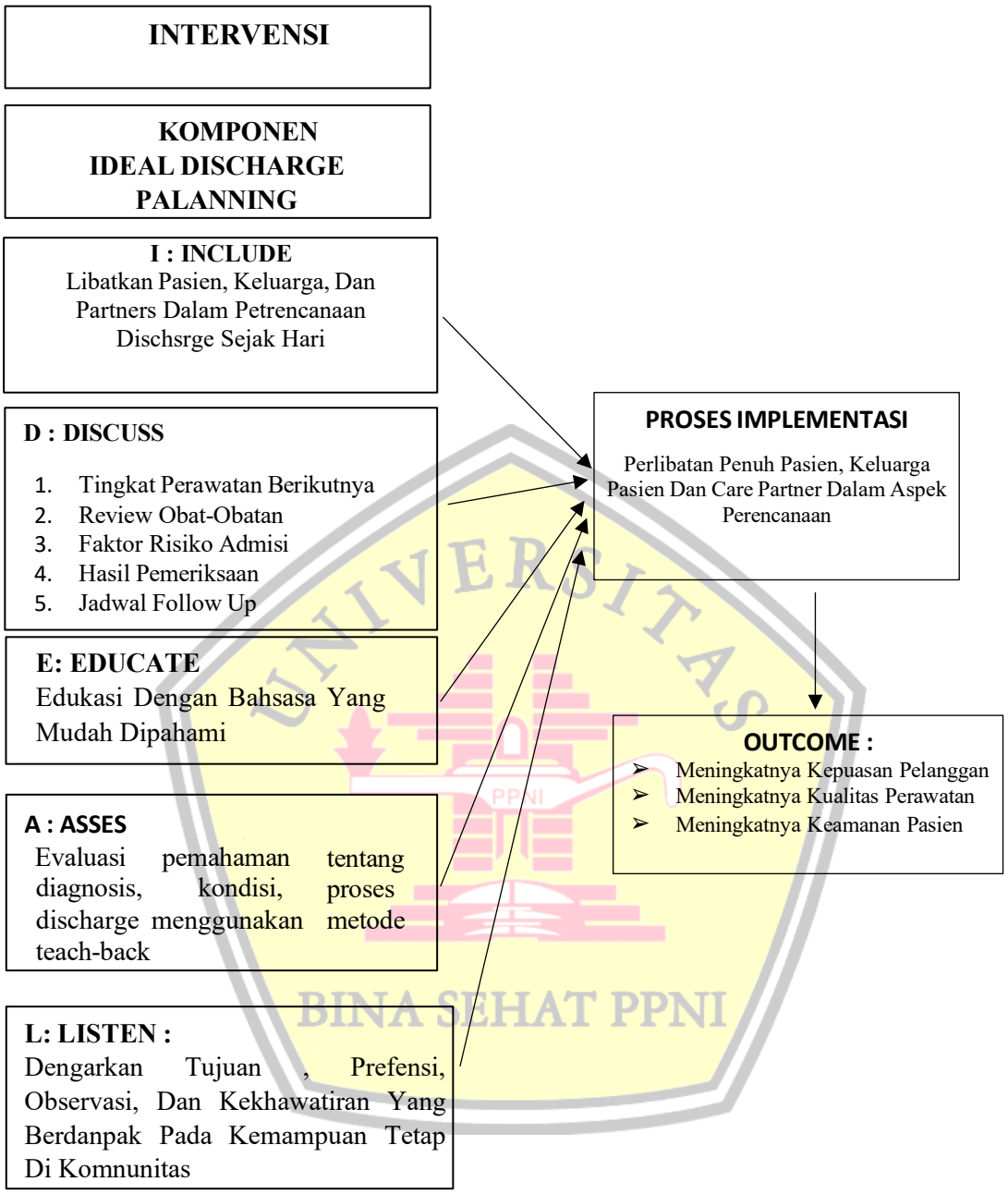
UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

2.5. Teoritis *AHRQ IDEAL Discharge Planning*

Dari teori Model *IDEAL Discharge Planning* melalui lima komponen yang saling terintegrasi, yaitu Include, Discuss, Educate, Assess, dan Listen dapat disimpulkan bahwa model ini menawarkan suatu kerangka kerja yang komprehensif dan berbasis bukti ilmiah dalam mereorientasi praktik perencanaan pemulangan pasien. (Topham et al., 2022) Model ini menggeser discharge planning yang sebelumnya cenderung terfragmentasi, bersifat terburu-buru, dan berfokus pada penyedia layanan kesehatan, menjadi suatu proses yang lebih sistematis, berpusat pada pasien, serta efektif dalam mendukung transisi perawatan yang aman dari rumah sakit ke lingkungan rumah. Penerapan kelima komponen IDEAL secara konsisten dan terencana berpotensi memberikan dampak yang signifikan, antara lain menurunkan kejadian tidak diinginkan pasca-pemulangan, mengurangi angka readmisi yang sebenarnya dapat dicegah, serta meningkatkan tingkat kepuasan dan luaran kesehatan pasien selama fase transisi perawatan yang rentan. Dengan demikian, Model IDEAL Discharge Planning dapat menjadi pendekatan strategis dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien secara berkelanjutan.

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

2.6. Kerangka Teoritis



Gambar 3.1. kerangka teoritis *Model IDEAL*

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI