

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengetahuan *Discharge Planning*

Menurut Potter & Perry (2010; Fitriani, 2021) menyatakan idealnya *discharge planning* harus dilaksanakan oleh perawat secara terstruktur di mulai dari pengkajian saat pasien masuk kerumah sakit sampai pasien pulang dan menurut Carpenito, (2004; Fitriani, 2021) bahwa kesiapan pasien menghadapi pemulangan merupakan faktor penentu dari keberhasilan perawatan ketika berada dirumah dan setelah dirawat di rumah sakit. Sebelum pemulangan pasien dan keluarga harus mengetahui bagaimana cara manajemen pemberian perawatan dirumah dan apa yang diharapkan didalam memantau masalah fisik yang berkelanjutan.

Pengetahuan perawat tentang *discharge planning* adalah pengetahuan tentang pengkajian dengan mengumpulkan dan menggunakan data yang berhubungan untuk mengidentifikasi masalah aktual dan potensial, menentukan tujuan dengan atau bersama pasien dan keluarga, memberikan tindakan khusus untuk mengajarkan dan mengkaji kembali pengetahuan dan keterampilan individu dalam mempertahankan atau memulihkan kembali kondisi pasien secara optimal (Notoatmodjo, 2014).

Pelaksanaan *discharge planning* dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu tahap pelaksanaan pengkajian, merumuskan diagnosa, menyusun intervensi, implementasi, dan evaluasi (Mustikaningsih, 2020): pada pengkajian terdapat beberapa point seperti mengkaji tingkat pendidikan dan mengkaji kondisi pasien yang sesuai dengan pengetahuan yang akan diajarkan oleh perawat, mengkaji tempat tinggal pasien serta keluarga, mengkaji puskesmas terdekat dari rumah pasien agar tanda-tanda infeksi dapat dikontrol, pasien tinggal bersama siapa sehingga pengobatan dibantu oleh keluarga, mengkaji pendidikan kesehatan yang sesuai dengan hasil instruksi dokter. Bagian perencanaan meliputi : perencanaan waktu pendidikan kesehatan yang sudah

disepakatikan bersama dengan pasien, perencanaan pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan hasil yang ada, misalnya penyembuhan luka pada sakit pasca operasi, perencanaan pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan metode seperti ceramah dengan alat peraga yang sesuai dengan materi saat pasien akan pulang. Bagian implementasi yang meliputi : pengetahuan dan keterampilan diajarkan dalam beberapa shift, penalaran klinis oleh perawat baik aktual, potensial, risiko dan peningkatan pengetahuan, edukasi tentang; persiapan lingkungan rumah yang dapat memfasilitasi pemenuhan kebutuhan diri dan keamanan pasien (ukuran kamar, lebar jalan, tangga, keadaan lantai, fasilitas kamar mandi dll). Evaluasi terhadap *discharge planning* merupakan proses untuk melihat apakah seluruh proses *discharge planning* sudah dilaksanakan. Perawat melakukan evaluasi terhadap pendidikan kesehatan, konseling dan rujukan yang diperlukan untuk memastikan keberhasilan perawatan pasien dan optimalisasi pelaksanaan *discharge planning* yang ditandai dengan : pasien merasa puas dan siap untuk pulang, pengetahuan dan ketrampilan pasien meningkat (Nursalam, 2018).

Saat ini, pelaksanaan *discharge planning* pada pasien di rumah sakit umumnya hanya berupa catatan *resume* pasien pulang serta pemberian informasi singkat mengenai jadwal kontrol pasien ke poliklinik, obat-obatan yang harus di minum, serta diet yang harus dipenuhi dan dihindari setelah pasien pulang dari rumah sakit (Slevin, 1996; Spath, 2003; Miranda, 2018). Informasi hanya diberikan pada saat pasien dinyatakan boleh pulang, padahal *discharge planning* di mulai pada hari pertama pasien mulai di rawat di rumah sakit. Hal ini belum bisa dikatakan *discharge planning*, karena diberikan dalam waktu singkat dan informasi yang sangat terbatas sehingga tidak menjamin tercapainya suatu perubahan perilaku pasien dan keluarga.

Discharge planning didapatkan dari suatu proses interaksi dimana perawat profesional dapat memberikan perawatan dengan baik. *Discharge Planning* merupakan bagian penting dari program keperawatan klien yang dimulai segera setelah klien masuk rumah sakit. Hal ini merupakan suatu

proses yang menggambarkan usaha kerja sama antara tim kesehatan, keluarga, klien, dan orang yang penting bagi klien (Nursalam, 2016).

1. Pengertian *Discharge Planning*

Perencanaan pulang atau *discharge planning* merupakan proses terintegrasi yang terdiri dari fase-fase yang di tujukan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkesinambungan (Raden., Traft; Octaviani, 2015).

Dalam Bahasa Indonesia *Discharge Planning* lebih dikenal dengan istilah perencanaan pulang. Perencanaan pulang atau *Discharge Planning* merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan perawat dalam pengawas pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang (Nursalam, 2017).

Perencanaan pulang dalam keperawatan merupakan komponen yang terkait dengan rentang keperawatan atau di sebut dengan keperawatan yang berkelanjutan, dimana perawatan yang di butuhkan pasien harus diberikan dimanapun pasien berada. Kegagalan untuk memberikan dan medokumentasikan perencanaan pulang akan beresiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup, dan disfungsi fisik. Dalam perencanaan pulang diperlukan komunikasi yang baik dan terarah sehingga apa yang disampaikan dapat di mengerti dan berguna untuk proses keperawatan di rumah (Nursalam, 2017).

2. Tujuan *Discharge Planning*

Tujuan dari perencanaan pulang menurut Jipp dan Siras (1993; Nursalam (2017) adalah sebagai berikut:

- a. Menyiapkan klien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial,
- b. Meningkatkan kemandirian klien dan keluarga,
- c. Meningkatkan perawatan yang berkelanjutan pada klien,
- d. Membantu rujukan klien pada sistem pelayanan yang lain,
- e. Membantu klien dan keluarga memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan klien,

f. Melakukan rentang perawatan antar-rumah sakit dan masyarakat.

Sedangkan menurut Raden dan Traft (2000; Nursalam (2016) adalah :

- a. Membantu klien dan keluarga untuk memahami permasalahan, pencegahan yang harus dilakukan sehingga dapat mengurangi angka kambuh, dan penerimaan kembali di rumah sakit.
- b. Terjadi pertukaran informasi antara klien sebagai penerima pelayanan dengan perawat mulai dari pertama kali klien masuk sampai keluar rumah sakit.

3. Manfaat *Discharge Planning*

Menurut Nursalam (2016), perencanaan pulang mempunyai manfaat seperti:

- a. Dapat memberikan kesempatan untuk memperkuat pengajaran kepada pasien yang dimulai dari rumah sakit.
- b. Dapat memberikan tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas perawatan pasien.
- c. Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi ke kambuhan atau kebutuhan perawatan baru.
- d. Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan perawatan rumah.

4. Prinsip Pemulangan Pasien

Adapun prinsip-prinsip yang dapat diterapkan dalam perencanaan pulang antara lain (Nursalam, 2017) :

- a. Pasien merupakan fokus dalam perencanaan pulang dimana perawat perlu mengaji dan mengevaluasi nilai keinginan dan kebutuhan pasien.
- b. Identifikasi kebutuhan pasien dimana kebutuhan berkaitan dengan masalah yang mungkin muncul pada saat pulang, sehingga dapat mengantisipasi masalah yang mungkin muncul di rumah.
- c. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif dimana perencanaan pulang merupakan pelayanan multidisiplin dan setiap tim saling bekerja sama.

- d. Sesuai dengan sumber daya dan fasilitas dimana tindakan atau rencana ketika pasien berada di rumah disesuaikan dengan keadaan yang ada di lingkungan rumah.
- e. Perencanaan pulang dilakukan pada setiap sistem pelayanan kesehatan. Setiap pasien masuk pelayanan kesehatan maka perencanaan pulang juga dilakukan.

5. Komponen *Discharge Planning*

Menurut Nursalam (2016) adapun komponen perencanaan pulang meliputi:

- a. Pada saat pasien memasuki ruangan; menyambut kedatangan pasien, memperkenalkan pasien pada teman sekamar perawat dokter dan tenaga kesehatan lainnya, melakukan pengkajian keperawatan, menyampaikan kepada keluarga perkiraan lama masa perawatan, orientasi ruangan peraturan dan denah ruangan.
- b. Selama masa perawatan: pemeriksaan klinis dan penunjang lainnya, melakukan asuhan keperawatan berdasarkan masalah yang muncul sampai dengan evaluasi perkembangan pasien selama dirawat, penyuluhan kesehatan tentang penyakit perawatan pengobatan dan diet.

6. Hal-hal Yang Perlu Diketahui Pasien Sebelum Pulang

Menurut Nursalam (2017) perencanaan pulang meliputi :

- a. Instruksi tentang penyakit yang diderita, pengobatan yang harus dijalankan serta masalah-masalah atau komplikasi yang dapat terjadi.
- b. Informasi tertulis tentang keperawatan yang harus dilakukan di rumah
- c. Pengaturan diet khusus dan bertahap harus dijalankan.
- d. Jelaskan masalah yang mungkin timbul dengan cara mengantisipasi
- e. Pendidikan kesehatan yang ditunjukkan kepada keluarga maupun pasien sendiri dapat digunakan metode ceramah, demonstrasi dan lain-lain
- f. Informasi tentang nomor telepon layanan keperawatan, media, dan kunjungan rumah apabila pasien memerlukan.

7. Alur *Discharge Planning*

Perencanaan pulang menunjukkan beberapa proses formal yang melibatkan team atau memiliki tanggung jawab untuk mengatur perpindahan

sekelompok orang ke kelompok lainnya (Poter & Perry, 2015). Adapun team yang terlibat adalah perawat, dokter ataupun tim kesehatan lainnya. Mereka melakukan perencanaan pulang dari awal pasien masuk, selama pasien dirawat sampai pasien keluar. Hal tersebut harus di lakukan secara berurutan karena perencanaan pulang merupakan keperawatan yang berkelanjutan dimana perawatan pasien harus diberikan dimanapun pasien berada. Kegagalan untuk memberikan dan mendokumentasikan perencanaan pulang akan beresiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup dan disfungsi fisik. Dalam perencanaan pulang perlu komunikasi yang baik dan terarah sehingga apa yang di sampaikan dapat disampaikan dan dimengerti dan berguna untuk proses keperawatan di rumah.

Adapun alur perencanaan pulang dimulai dari pasien masuk rumah sakit, perawat harus menyambut datangnya pasien dan langsung memberikan orientasi tentang ruangan, peraturan, denah ruangan, setelah itu perawat memperkenalkan teman sekamar, dokter ataupun tim kesehatan yang terkait dan yang terakhir melakukan pengkajian keperawatan. Selama pasien di rawat perawat melakukan pemeriksaan klinis dan penunjang, melakukan asuhan keperawatan dan melakukan penyuluhan kesehatan (penyakit, perawatan, pengobatan, diet dan aktivitas *control*). Pada saat pasien keluar, perawat harus melakukan program HE (*health education*) yaitu pengobatan / *control* nutrisi, aktivitas dan istirahat dan perawatan di rumah. Tidak hanya itu perawat juga harus membantu pasien untuk mengurus surat surat yang terkait proses pemulangan pasien. Semua alur perencanaan pulang tidak hanya di lakukan oleh perawat, tapi tim kesehatan yang lainpun harus membantu proses perencanaan pulang agar resiko kembalinya pasien semakin menurun (Sumah, 2014).

8. Faktor-Faktor Pengaruh *Discharge Planning*

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*, yaitu (Nursalam, 2018) :

a. Pengetahuan

Pengetahuan perawat yang dimaksud disini adalah bagaimana perawat tersebut mempersepsikan *discharge planning* yang selama ini perawat telah lakukan. Pengetahuan dapat diukur dengan keakuratan jawaban perawat tersebut sesuai dengan pelaksanaannya.

b. Faktor Personel

Pada pelaksanaan *discharge planning* diperlukan kolaborasi tim interdisiplin, kolaborasi antar tim interdisiplin membutuhkan komunikasi yang baik. Setiap tim interdisiplin memiliki perannya masing-masing untuk mendukung perumusan *discharge planning* mereka. gan seberapa besar setiap tim telah berkontribusi dalam perumusan *discharge planning*, tim tersebut terdiri dari perawat, dokter, petugas kesehatan di masyarakat, pasien dan anggota keluarga.

c. Keterlibatan dan partisipasi

Seperti yang dibahas pada faktor sebelumnya, pelaksanaan *discharge planning* melibatkan beberapa tim interdisiplin yaitu diantaranya antar perawat dan dokter yang saling berdiskusi dan berkonsultasi untuk perumusan *discharge planning*. Rofi'i (2019) menyebutkan hasil dari penelitiannya bahwa perawat memiliki persepsi baik terhadap keterlibatan dan partisipasi dan pelaksanaan *discharge planning* juga dalam kategori yang baik. Sehingga, ada hubungan antara keterlibatan dan partisipasi oleh perawat, pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain dengan pelaksanaan *discharge planning* pada penelitian tersebut. Keterlibatan keluarga sebagai pendukung kesehatan pasien juga penting selain dengan kolaborasi tim interdisiplin lain untuk perumusan *discharge planning* saat pasien masih di rumah sakit hingga pasien melakukan perawatan di rumah. Perawatan berkelanjutan cenderung masih dalam permasalahan untuk kelanjutan kontinuitas perawatan setelah keluar dari rumah sakit. Keterlibatan dan partisipasi dapat diukur dari permasalahan yang masih ada untuk kelanjutan perawatan setelah keluar dari rumah sakit (OBE, Nurse, and Manager 2016).

d. Komunikasi

Komunikasi dapat diartikan sebagai proses perpindahan pengertian dari seseorang yang ditujukan untuk orang lain dalam bentuk gagasan maupun informasi dan bertujuan untuk membentuk, mempengaruhi, ataupun memodifikasi perilaku seseorang (Pieter, 2017). Tinjauan literatur oleh OBE, *Nurse, and Manager* (2016) komunikasi masih sering buruk dilakukan sehingga mengakibatkan tidak optimalnya pelaksanaan *discharge planning*. Komunikasi adalah salah satu hal penting untuk melanjutkan kesiapan pasien merawat diri, dan untuk berkolaborasi dengan komunitas, jika komunikasi buruk maka kemungkinan besar pelaksanaan *discharge planning* tidak berjalan optimal sesuai dengan prinsipnya. Sebagai seorang perawat, komunikasi merupakan bagian penting untuk saling bertukar informasi antara perawat dan pasien. Perawat wajib memiliki komunikasi yang baik, efektif, dan tepat sasaran. Perawat harus memiliki komunikasi yang baik agar mudah dalam mengumpulkan data, mengidentifikasi, mengkaji, mengolah dan menarik kesimpulan, dan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien (Pieter, 2017). Selain berkomunikasi kepada pasien dan keluarganya, perawat juga dituntut untuk memiliki komunikasi yang baik kepada tim interdisiplin untuk saling berkolaborasi memberikan informasi.

e. Waktu

Beberapa perawat mengatakan bahwa kurangnya waktu saat mereka melaksanakan *discharge planning*. Mengurangi lama rawat pasien di rumah sakit dengan pergantian pasien untuk rawat inap merupakan hal yang kurang efektif dan menjadikan pelaksanaan *discharge planning* secara komperhensif tidak maksimal. Penelitian dari OBE, *Nurse, and Manager* (2016) juga menyebutkan dalam waktu perawat menyampaikan perencanaan pulang adalah pada saat saat tertentu saja dan tidak setiap hari dilakukan pemberian *discharge planning* yang dikeluhkan oleh perawat komunitas yang menganggap perawat rumah sakit tidak memiliki banyak waktu untuk melakukan *discharge planning*.

f. Perjanjian dan konsensus

Keterlibatan dan partisipasi dapat diketahui dari kegiatan perawat mengkonfirmasi perencanaan pulang terhadap keputusan pasien dan keluarganya akan melaksanakannya di rumah. OBE, *Nurse, and Manager* (2016) memilikipendapat dari perawat rumah sakit dan perawat komunitas, perawat rumah sakit mengatakan bahwa mereka seperti menjadi perantara antara pasien dan keluarganya untuk memutuskan perumusan, sedangkan perawat komunitas menyatakan bahwa hanya beberapa kali saja melakukan kontrak dengan keluarga pasien saat melaksanakan *discharge planning*. Pentingnya keterlibatan keluarga dalam keputusan akan memudahkan perawat dalam menyeimbangkan kebutuhan pasien saat di rumah. *Discharge planning* diperlukan seperti pengembangan kisi-kisi detail dari perencanaan yang ada, mencapai kesepakatan bersama, kemudian mengimplementasi rencana yang telah disepakati sebelumnya, dan memulangkan klien dengan membawa lembar detail *discharge planning* untuk perawatan pasien di rumah. Penelitian lainnya oleh Rofi'i (2011) menyebutkan bahwa perawat yang memiliki persepsi baik tentang perjanjian dan konsensus lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang, dan pada penelitian tersebut menyatakan bahwa ada hubungan antara perjanjian dan konsensus dengan pelaksanaan pulang.

g. Keterampilan

Undang-undang no. 13 tahun 2003 pasal 1 tentang ketenagakerjaan menyatakan pelatihan/training adalah keseluruhan kegiatan untuk memberi, memperoleh, meningkatkan, serta mengembangka kompetensi kerja, produktivitas, disiplin, sikap dan etis kerja pada tingkat keterampilan dan keahlian tertentu sesuai dengan jenjang dan kualitas jabatan atau pekerjaan. Keterampilan sangat dituntut dalam upaya meningkatkan kepuasan pasien karena keterampilan merupakan kemampuan seseorang menerapkan pengetahuan ke dalam bentuk tindakan, keterampilan seseorang pengetahuan ke dalam bentuk tindakan, keterampilan seorang karyawan

diperoleh melalui pendidikan dan latihan, menurut Garry Dessler (2015) pelatihan memberikan pegawai baru atau yang ada sekarang keterampilan yang mereka butuhkan untuk melaksanakan pekerjaan.

B. Keterampilan *Discharge Planning* Pasien Post Operasi

1. Pengertian Keterampilan *Discharge Planning*

Keterampilan sangat dituntut dalam upaya meningkatkan kepuasan pasien karena keterampilan merupakan kemampuan seseorang menerapkan pengetahuan ke dalam bentuk tindakan, keterampilan seseorang pengetahuan ke dalam bentuk tindakan, keterampilan seorang karyawan diperoleh melalui pendidikan dan latihan, menurut Garry Dessler (2015) pelatihan memberikan pegawai baru atau yang ada sekarang keterampilan yang mereka butuhkan untuk melaksanakan pekerjaan.

Keterampilan dalam keperawatan adalah suatu keahlian yang dimiliki seseorang dalam bidang tertentu, keterampilan keperawatan adalah keahlian yang dimiliki perawat dalam melakukan proses keperawatan atau tindakan asuhan keperawatan. Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan dilakukan dengan cara yang sistematis atau metode yang sistematis dan rasional dalam merencanakan dan memberikan pelayanan keperawatan kepada individu. Tujuan proses keperawatan adalah memberikan metode sistematis bagi praktik keperawatan: proses keperawatan menyatukan, menstandarisasi, dan mengarahkan praktik keperawatan. Peran dan fungsi perawat ditentukan, dan komunikasi, kolaborasi, dan sinkronisasi anggota tim kesehatan ditingkatkan oleh proses keperawatan. Tujuan lain dari proses keperawatan adalah Memudahkan pendokumentasian data, diagnosis, rencana, respons klien, dan evaluasi, Mengevaluasi efektivitas dan efisiensi asuhan, Memberikan arahan, pedoman, dan makna untuk asuhan keperawatan, Memberikan kemungkinan asuhan yang

kesinambungan dan mengurangi kelalaian dan individualisasi keikutsertaan klien dalam keperawatan (Layuk, 2017)

2. Keterampilan Perawat Dalam *Discharge Plaining*

Fokus *discharge planning* oleh perawat dengan melaksanakan edukasi persiapan pasien pulang mengenai lingkungan, obat sampai diet yang biasa disingkat dengan METHOD yaitu *Medication* (obat), *Environment* (lingkungan), *Treatment* (pengobatan), *Health Teaching* (pengajaran kesehatan), *Outpatient Referral dan Diet* (Luverne dan Barbara, 1988 dalam Yuliana, 2013). Keterampilan perawat dalam discharge planning adalah kemampuan memilih pengetahuan dan keterampilan yang akan diajarkan kepada pasien dan keluarganya berdasar kondisi dan kebutuhan pasien. Salah satunya adalah mengganti balutan pada pasien *post operasi*, dan merawat keluarga yang mengalami pemulihan pasca operasi.

Keberhasilan yang diharapkan dari pelaksanaan *discharge planning* yaitu pasien dan keluarga mengetahui perawatan kedaruratan di rumah, pasien dan keluarga mengetahui perawatan yang tepat saat di rumah, berkoordinasi dengan keluarga dan tetangga terdekat sehingga dapat meningkatkan coping yang adaptif terhadap perubahan kondisi kesehatan serta berkoordinasi dengan fasilitas kesehatan di wilayah rumah pasien untuk lanjutan perawatan (Potter, P. A., & Perry, 2015). Evaluasi perlu dilaksanakan untuk mengetahui keberhasilan *discharge planning*. Adapun indikator yang perlu dievaluasi yaitu proses dan hasil seperti *readmission* (Darliana, 2012).

3. Keterampilan Perawat

Keterampilan terdiri atas keterampilan psikomotor, manual, dan interpersonal yang kuat. Untuk mengikuti setiap jenis tindakan operasi, perawat kamar bedah diharapkan mampu untuk mengintegrasikan antara

kemampuan yang dimiliki dengan keinginan dari operator bedah pada setiap tindakan yang dilakukan (Muttaqin & Sari, 2020). Hal ini akan memberikan tantangan tersendiri pada perawat untuk mengembangkan keterampilan psikomotor mereka agar dapat mengikuti jalannya prosedur operasi. Keterampilan psikomotor dan klinis dapat dioptimalkan dengan mengikuti pelatihan perawat kamar bedah yang tersertifikasikan serta diakui oleh profesi (Arhan & Ratnasari, 2019)

Menurut Majid, (2014) keterampilan peran perawat dalam merawat pasien post operasi adalah:

a. Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, *drainage*, tube/selang, dan komplikasi.

b. Manajemen luka

Amati kondisi luka operasi dan jahitannya, pastikan luka tidak mengalami perdarahan abnormal.

c. Mobilisasi dini

Mobilisasi dini yang dapat dilakukan meliputi ROM (*range of motion*), nafas dalam dan juga batuk efektif yang penting untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret dan lendir.

d. Rehabilitasi

Rehabilitasi diperlukan oleh pasien untuk memulihkan kondisi pasien kembali. Rehabilitasi dapat berupa berbagai macam latihan spesifik yang diperlukan untuk memaksimalkan kondisi pasien seperti sedia kala.

Perawat hendaknya memberikan edukasi rehabilitasi klien meliputi :

(1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Adakah kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekuensinya), bagaimana status ekonomi keluarga kebiasaan merokok dalam mempengaruhi penyembuhan luka.

(2) Pola tidur dan istirahat

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

(3) Pola aktivitas

Aktivitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri luka operasi, aktivitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lama setelah pembedahan.

(4) Keterampilan Perawat

Keterampilan perawat juga meliputi kemampuan perawat dalam memprioritaskan masalah keperawatan, memilih intervensi keperawatan yang diajarkan berdasarkan kondisi pasien dan standar pelayanan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam memprioritaskan masalah-masalah yang akan diintervensi dalam perencanaan pulang :

- (1) Kondisi pasien, dimana masalah Infeksi Luka Operasi (ILO) tidak ditemukan. Seperti mengkaji adanya cairan luka berupa pus. Nyeri, eritema yang menyebar yang merupakan indikasi selulitis. Demam (lebih dari 38⁰C untuk NPS), nyeri, edema dan batas eritema yang meluas
- (2) Kebutuhan pasien yang sangat prioritas meliputi, pasien pasca operasi diharapkan dapat melakukan mobilisasi sesegera mungkin untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan menurunkan insiden komplikasi pasca operasidan tidak lupa pula di tambah dengan asupan nutrisi yang adekuat sebagai sarana untuk mempercepat penyembuhan luka. Syarat diet pasca operasi adalah memberikan makanan secara bertahap mulai dari bentuk cair, saring, lunak, dan biasa. Pemberian makanan dari tahap ke tahap tergantung pada macam pembedahan dan keadaan pasien, seperti pasca operasi kecil makanan diusahakan secepat mungkin kembali seperti biasa atau normal.
Pasca operasi besar makanan diberikan secara berhati-hati disesuaikan dengan kemampuan pasien untuk menerimanya
- (3) Tingkat kerumitan yang diajarkan, seperti mengajarkan ganti balutan dirumah, mengajarkan cuci tangan sebelum mengganti balutan,

mengidentifikasi apabila terjadi infeksi pada saat proses penyembuhan luka

- (4) Keluarga yang dilibatkan dalam pemberian intervensi meliputi, orang terdekat seperti suami/ istri, ayah/ ibu ataupun keluarga yang memiliki status tenaga Kesehatan, keluarga yang mampu menerima pemberian pendidikan kesehatan tentang ganti balutan, keluarga yang mampu memberikan *informed consent*

4. Keterampilan *Discharge Planning* Dan Asuhan Keperawatan

Keterampilan yang harus dikuasai perawat dalam pelaksanaan *discharge planning*. Pengkajian Proses pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data yang berhubungan dengan pasien (Potter & Perry, 2005).

- a. Pengkajian dilakukan sejak waktu penerimaan pasien, tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pasien pulang dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan, dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus.
- b. Mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan proses penyakit, obat-obatan, prosedur cara perawatan, pencegahan faktor risiko atau hal-hal yang harus dihindarkan akibat dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
- c. Bersama pasien dan keluarga, mengkaji faktor-faktor lingkungan rumah sehingga mengganggu perawatan diri (fasilitas rumah, kamar mandi).
- d. Berkoordinasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain, mengkaji perlunya rujukan untuk mendapatkan perawatan di rumah atau di tempat pelayanan yang lain atau support sistem.
- e. Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut atau pemahaman pasien terhadap penjelasan dari fisioterpi dan ahli gizi.
- f. Konsultasi dengan tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan pasien setelah pulang

Perencanaan berfokus pada kebutuhan pengajaran yang baik untuk persiapan pulang pasien, yang disingkat dengan METHOD yaitu:

a. *Medication* (obat)

Pasien diharapkan mengetahui jenis, jumlah obat yang dilanjutkan pasca rawat inap.

b. *Environment* (lingkungan)

Dalam proses *discharge planning* dibutuhkan lingkungan yang nyaman serta fasilitas kesehatan yang baik untuk proses perawatan setelah rawat inap.

c. *Treatment* (pengobatan)

Perawat memastikan bahwa pengobatan dapat berlanjut setelah pasien pulang, yang dilakukan oleh pasien dan anggota keluarga.

d. *Health Teaching* (pengajaran kesehatan).

Sebelum pasien dijadwalkan untuk pulang, sebaiknya diberikan edukasi tentang kondisi kesehatannya serta perawatan kesehatan tambahan.

e. *Outpatient Referral*.

Pasien sebaiknya mengenal pelayanan dari rumah sakit atau komunitas lain diluar rumah sakit yang dapat meningkatkan perawatan berkelanjutan.

f. Diet Pasien

Perawat sebaiknya memberikan edukasi tentang pola makan yang sebaiknya dikonsumsi oleh pasien.

C. Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

1. Pengertian Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

Menurut Potter & Perry dalam Wahyu (2018) program perencanaan pulang (*discharge planning*) pada dasarnya merupakan program pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien. Andayani et al. (2015) mengungkapkan,

Health Education atau Pendidikan Kesehatan adalah suatu usaha untuk menolong individu/kelompok masyarakat dalam meningkatkan kemampuan perilaku untuk mencapai kesehatan secara optimal dengan pemberian informasi sesuai kebutuhan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan.

Valera et al. dalam Waryana (2016) menjelaskan prinsip penyuluhan kesehatan adalah bekerja bersama sasaran bukan bekerja untuk sasaran. Terdapat beberapa prinsip dalam penyuluhan partisipatif diantaranya yaitu menolong diri sendiri, partisipasi, demokrasi, keterbukaan, kemandirian, membangun pengetahuan dan adanya kerja sama serta koordinasi terhadap pihak-pihak terkait. Minat dan kebutuhan pasien menjadi faktor efektifitasnya pendidikan kesehatan. Penyuluh kesehatan harus mengetahui kebutuhan apa saja yang dapat dipenuhi dengan ketersediaan sumber daya yang ada.

2. Pendidikan Kesehatan Pasien *Post Operasi*

Merupakan tindakan keperawatan oleh perawat kepada pasien dengan memberikan informasi setelah proses pembedahan yang bertujuan agar fungsi fisiologis dari tubuh pasien kembali normal (Muttaqin and Kumala 2019).

Menurut (Bosse et al. 2015) dalam penelitian mengenai perawatan perioperatif dan pentingnya peningkatan kualitas perawatan menyatakan bahwa sekelompok tim yang dibentuk menyatakan bahwa fase *post operatif* perawatan pada area luka jarang dilakukan sehingga akan meningkatkan komplikasi infeksi. Kemudian dari hasil diskusi tim membuat desain mengenai perawatan post operatif yaitu mengenai aplikasi pemberian obat anti nyeri, manajemen perawatan luka, pemberian intake dan output pada pasien dan dokumentasi *post operatif* sesuai dengan kondisi pasien.

Proses pemulihan pasien post pembedahan di ruang bangsal diawali dengan mobilisasi (Grap, 2012). Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Konsep mobilisasi mulamula berasal dari ambulasi dini yang merupakan pengembalian secara

berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi (Indonesia Nursing, 2008).

Mobilisasi dini dapat meningkatkan kembali fungsi tubuh dan mengurangi nyeri. Mobilisasi dini merupakan peningkatan pola aktivitas yang diawali dengan rentang gerak aktif atau rentang gerak pasif melalui ambulasi yang dimulai sekitar 24 sampai 48 jam setelah pembedahan (Amdeii, 2012). Manfaat dari mobilisasi dini ditujukan untuk mempercepat penyembuhan luka, memperbaiki sirkulasi, menunjang fungsi pernafasan optimal, meningkatkan fungsi pencernaan, mengurangi komplikasi pascabedah, mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi, mempertahankan konsep diri pasien dan mempersiapkan pasien pulang (Smeltzer & Bare, 2018). Secara khusus mobilisasi dini telah terbukti mengurangi length of stay di rumah sakit hingga 3 hari dan meningkatkan kembali fungsi kemandirian (Amdeii, 2012). Peran perawat dalam mobilisasi dini adalah sebagai care giver yaitu memberi asuhan keperawatan dari mulai melakukan pengkajian rentang gerak pada pasien, kemudian menegakkan diagnosis keperawatan, melakukan perencanaan, implementasi dan evaluasi (Potter & Perry, 2016).

3. Tujuan Dan Manfaat Pendidikan Kesehatan

Menurut (Potter A. Patricia 2018) tujuan dari edukasi adalah untuk membantu suatu individu, keluarga, ataupun masyarakat dalam memelihara kesehatannya, memahami kondisi kesehatan, dan menurunkan kecemasan pada individu atas kondisi penyakit. Manfaat pendidikan kesehatan adalah :

- a. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang informasi yang relevan mengenai tersedianya pelayanan kesehatan, mekanisme coping, dan dukungan psikososial sebelum tindakan pembedahan (Guo Ping 2012).
- b. Untuk mendapatkan hasil pasca operasi yang lebih baik dengan berbagai jenis pasien pembedahan (Guo Ping 2012).
- c. Pasien pre operasi membutuhkan informasi mengenai tindakan yang akan dilakukan karena itu merupakan salah satu hak dari pasien. Sebelum informed consent ditanda tangani pasien harus mendapatkan penjelasan tentang proses pembedahan, efek samping dari pembedahan serta komplikasi dari pembedahan (Arisandi, Sukei, and Solechan, 2014).
- d. Untuk menurunkan tingkat kecemasan pasien (Potter A. Patricia, 2015)
- e. Mempercepat proses penyembuhan pasien (Potter A. Patricia, 2015)
- f. Untuk menurunkan penggunaan obat anti nyeri setelah pembedahan dan pasien bisa mentaati prosedur setelah tindakan pembedahan (Potter A. Patricia, 2015)

4. Faktor-Faktor Yang Berperan Dalam Pembentukan Perilaku Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2014) faktor-faktor yang berperan dalam pembentukan perilaku dikelompokkan menjadi dua jenis yaitu:

a. Faktor internal

Faktor internal yang mempengaruhi pemberian discharge planning adalah tingkat pendidikan yang meningkat semakin mudah dalam menerima pemberian informasi. Keadaan fisik pasien apabila semakin sehat maka akan semakin baik dalam penerimaan informasi. Kemampuan perawat sistematis dalam menjelaskan isi materi pendidikan kesehatan dan dengan mudah untuk dimengerti oleh pasien. Pemilihan materi sesuai dengan kebutuhan pasien.

Kesesuaian antara pendapat dokter dan perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan sehingga mudah dimengerti oleh pasien. Keadaan emosi perawat yang stabil dapat memberikan kemudahan bagi pasien dalam menerima materi yang disampaikan.

b. Faktor eksternal

Faktor-faktor yang berada diluar individu seperti posisi tempat tidur yang terlalu dekat sehingga tidak bisa mempertahankan privasi pasien, kesediaan keluarga untuk menerima tenaga kesehatan, bila keluarga menerima makan akan mempermudah proses pendidikan kesehatan berjalan dengan baik. Waktu pemberian pendidikan kesehatan juga mempengaruhi, bila semakin benar pemberian informasi maka akan semakin mudah seseorang menerima, ruangan yang panas, berisik akan mempengaruhi pendengaran dan penerimaan pasien serta keluarga. Sarana dan prasarana tetap berprinsip pada aspek ilmiah, dan bila ada faktor budaya keluarga yang tidak diijarkan untuk tidak digunakan. Faktor yang mempengaruhi juga adalah suasana kerja, misalnya terlalu banyak nakes yang memberikan pendidikan kesehatan tetapi tidak terprogram satu sama lain sehingga membingungkan pasien dan keluarga. Pasien bila mendapat informasi yang berulang akan mempengaruhi pola berfikir pasien dan keluarga.

Konsep umum yang digunakan untuk mendiagnosis perilaku adalah konsep dari Lawrence Green (1980; Notoatmodjo (2014) menurut Lawrence Green perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama yakni:

A. Faktor predisposisi (*predisposing faktor*).

Faktor-faktor ini mencakup pengetahuan terkait *discharge planning* dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya.

Faktor predisposisi pada *discharge planning* adalah pengetahuan tentang *discharge planning*, kebiasaan atau standar pelayanan yang ada di rumah sakit, keyakinan perawat akan manfaat *discharge planning*, kepercayaan diri perawat, keterampilan dalam melaksanakan *discharge planning*, kepercayaan pasien terhadap perawat, tingkat pendidikan pasien dan keluarganya.

B. Faktor pemungkin (*enabling faktor*)

Faktor-faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat. Faktor pemungkin pada discharge planning adalah tersedianya alat-alat dan prasarana untuk melakukan discharge planning, seperti alat-alat perawatan yang bisa dipakai dan ditemukan di rumah, sarana dokumentasi dan alat-alat edukasi

C. Faktor penguat (*reinforcing faktor*)

Faktor-faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama dan perilaku petugas termasuk petugas kesehatan. Faktor penguat adalah kepercayaan tim kesehatan lain pada perawat, kepercayaan sesama perawat, adanya penghargaan bagi perawat bila mampu melaksanakan discharge planning

D. Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahaun

Pengetahuan (knowledge) adalah kemampuan individu untuk mengingat kembali (recall) atau mengenali kembali nama, kata, inspirasi, rumus, dan sebagainya (Widyawati, 2020). Pengetahuan merupakan hasil dari mengetahui dan akan terjadi pada saat penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan diperoleh dari penginderaan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba (Pakpahan dkk., 2021).

Pengetahuan individu tentang suatu objek mengandung dua aspek, yaitu aspek positif dan aspek negatif. Adanya aspek positif dan aspek negatif tersebut dapat menentukan sikap individu dalam berperilaku dan jika lebih banyak aspek dan objek positif yang diketahui dapat menimbulkan perilaku positif terhadap objek tertentu (Sinaga, 2021). Menurut Siregar (2020), Irwan (2017), Notoatmodjo (2010) dalam (Pakpahan dkk., 2021) mengklasifikasikan pengetahuan menjadi beberapa jenis, yaitu: 1) pengetahuan faktual, yaitu pengetahuan berupa potongan-potongan berita yang beredar, 2) Pengetahuan konseptual, yaitu pengetahuan yang menentukan keterlibatan antara unsur-unsur dasar dalam struktur yang lebih

besar dan semuanya berfungsi dan hidup berdampingan; 3) pengetahuan prosedural, yaitu pengetahuan yang berkaitan dengan bagaimana melakukan suatu hal tertentu; 4) Pengetahuan metakognitif, yaitu pengetahuan yang terdiri dari pemahaman universal dan individual.

2. Tingkat Pengetahuan

Nurmala (2018) menjelaskan bahwa pengetahuan merupakan ilmu yang berguna dalam membangun perilaku manusia, sehingga tingkat pengetahuan dalam ranah kognitif terdiri dari 6 level, yaitu: 1) Mengetahui (know), merupakan level terendah dalam ranah psikologis; 2) Pemahaman (comprehension), merupakan tingkatan yang lebih tinggi dari sekedar pemahaman; 3) Penerapan (application), adalah tingkat individu yang mampu memanfaatkan pengetahuan yang telah dipahami dan diterjemahkan secara intensif ke dalam situasi kehidupan yang konkrit; 4) Analisis (analysis), adalah tingkat kemampuan individu untuk menggambarkan hubungan materi dengan materi yang lebih lengkap dalam komponen tertentu; 5) Sintesis (synthesis), adalah tingkat keahlian individu untuk mengorganisasikan suatu rumusan baru dari yang sudah ada; 6) Evaluasi (evaluation), adalah tingkat ahli individu dalam mengevaluasi materi yang diberikan.

3. Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Rachmawati (2019) faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah pemahaman, realitas, minat, rasa ingin tahu, pikiran dan nalar, akal sehat, dan minat manusia. Sedangkan menurut dalam Rachmawati (2019) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah tingkat pendidikan, berita, budaya, dan pengalaman.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, yaitu (Notoatmodjo, 2014): 1) Faktor internal: a) Pendidikan, merupakan proses mengarahkan individu terhadap perkembangan individu lain untuk

keinginan tertentu; b) Pekerjaan, adalah zona dimana individu memperoleh pengalaman dan pengetahuan secara langsung maupun tidak langsung; c) Umur, merupakan tingkat kedewasaan dan kekuatan individu dalam berpikir dan bekerja; 2) Faktor eksternal: a) Lingkungan, merupakan keadaan di sekitar individu dan berdampak pada pertumbuhan dan perilaku individu; b) Sosial budaya, merupakan norma dalam masyarakat yang mempengaruhi sikap dalam memperoleh informasi.

E. Penelitian Terkait

1. Penelitian oleh Widiarti (2020) dengan judul “Hubungan komunikasi terapeutik perawata dengan keberhasilan pelaksanaan *discharge planning* pada pasien pasca pembedahan di RSUD Ungaran” didapat *p-value* 0.022 yang artinya terdapat hubungan komunikasi terapeutik perawata dengan keberhasilan pelaksanaan *discharge planning* pada pasien pasca pembedahan di RSUD Ungaran.
2. Oktaviani (2015) dengan judul “*Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Dengan Pelaksanaan Discharg Planning Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tk. II Dustira Cimahi*” Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan perawat yang memiliki pengetahuan cukup (65.0%), sedangkan pelaksanaannya (64.6%) memiliki pelaksanaan baik. Hasil uji statistic didapatkan nilai *p-value* = 1.000, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan *discharge planning* di ruang rawat inap RS Tk. II Dustira Cimahi.
3. Suryadi (2013) judul “hubungan peran *educator* perawat dalam *discharge planning* dan tingkat kepatuhan pasien rawat inap untuk kontrol di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember” hasil peran *educator* perawat baik sebanyak 23 orang (57.5%) dan pasien yang melakukan kontrol ulang sebanyak 24 orang, dengan hasil uji statistika didapat nilai *p-value* 0,001 (<0.05) yang artinya hubungan peran *educator* perawat dalam *discharge planning* dan tingkat kepatuhan pasien rawat inap untuk kontrol di Rumah Sakit Paru Kabupaten Jember

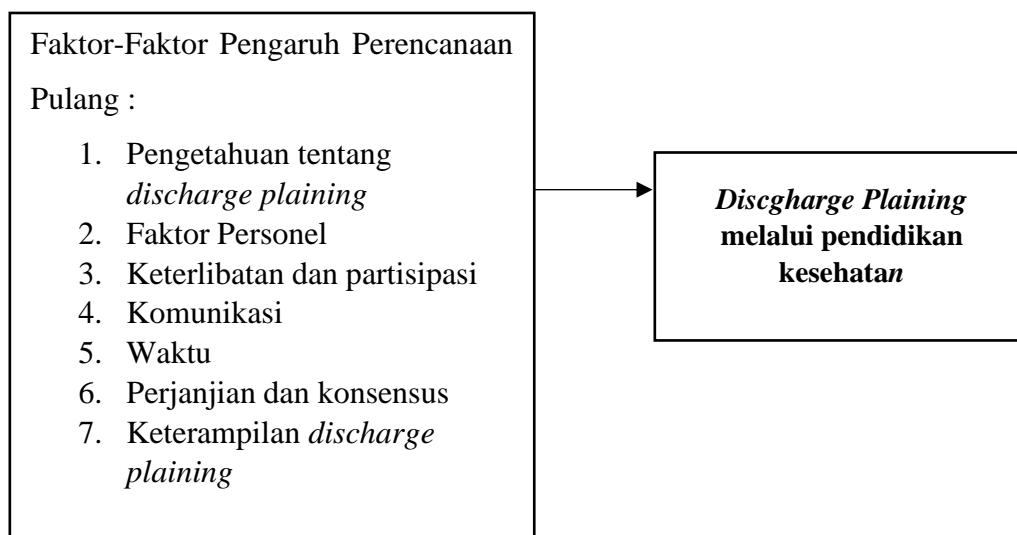
4. Triyoso (2015) dengan judul “hubungan mutu pelayanan dengan motivasi berkunjung ulang pada pasien rawat jalan di RSUD Demang Sepulau Raya Kabupaten Lampung Tengah” hasil univariat didapat mutu pelayanan lebih tinggi pada kategoeri kurang baik sebesar 55 orang (56.1%), motivasi berkunjung ulang dengan kategori rendah sebesar 65 orang (66.3%) dengan hasil uji statistik chi square didapat nilai *p-value* 0.002 (<0.05) yang artinya terdapat hubungan mutu pelayanan dengan motivasi berkunjung ulang pada pasien rawat jalan di RSUD Demang Sepulau Raya Kabupaten Lampung Tengah.

F. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan gambaran atau Batasan teori tentang teori teori yang digunakan sebagai landasan atau dsar penelitian (Hidayat, 2015). Pendidikan kesehatan penting dilaksanakan di rumah sakit, karena pendidikan kesehatan adalah komponen penting dari proses kesembuhan pasien dan merupakan bagian integral dari praktek keperawatan professional.

Persiapan pendidikan kesehatan pada pasien penting, karena dapat memberikan kenyamanan dan mengurangi kecemasan. Pasien akan merasa nyaman bila mengetahui apa yang akan terjadi, sedikit kecemasan akan lebih baik dari pada tidak tahu sama sekali.

Gambar 2.2
Kerangka Teori



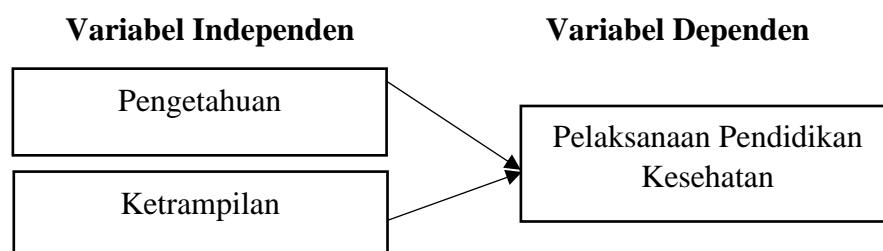
Sumber : Garry Dessler, 2015., Nursalam, 2018., Rofi'i, 2011., OBE, Nurse, and Manager 2016., Pieter, 2017., Layuk, 2017

G. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan dan kaitan antara-antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2018). Pelaksanaan pendidikan kesehatan di Rumah sakit dipengaruhi faktor pengetahuan dan keterampilan perawat yang dijabarkan sebagai berikut :

Gambar 2.3

Kerangka Konsep



H. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah, jawaban dari hasil penelitian, yang menyatakan ada hubungan atau tidak sebuah penelitian.

Ha : ada hubungan pengetahuan *discharge planning* perawat *perioperatif* dengan pelaksanaan pendidikan kesehatan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2022.

Ho : ada hubungan keterampilan *discharge planning* perawat *perioperatif* dengan pelaksanaan pendidikan kesehatan di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2022.