



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PELAKSANAAN PERENCANAAN PULANG PADA
PERAWAT DI RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG**

TESIS

**Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh gelar Magister Keperawatan**

**OLEH :
MUHAMAD ROFI'I
0906573710**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN & MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhamad Rofi'i
NPM : 0906573710
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Peminatan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 15 Juli 2011

Muhamad Rofi'i

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

=====

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Muhamad Rofi'i
NPM : 0906573710
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 15 Juli 2011

Yang Menyatakan

(Muhamad Rofi'i)

Nama : Muhamad Rofi'i
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Abstrak

Penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Desain penelitian adalah deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel riset adalah perawat dan dokumentasi asuhan keperawatan dengan jumlah masing-masing 147 dengan *purposive sampling* dan *proporsionate sampling*. Analisis riset menggunakan uji *Chi Square* (signifikansi 5%) dan uji regresi logistik ganda. Hasil penelitian adalah ada hubungan antara faktor personil perencanaan pulang ($p=0,01$), keterlibatan dan partisipasi ($p=0,021$), komunikasi ($p=0,008$), perjanjian dan konsensus ($p=0,007$) dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Faktor yang paling berpengaruh adalah perjanjian dan konsensus ($OR=2,361$). Perawat harus mampu untuk menjalin hubungan, komunikasi, membuat kesepakatan dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lain.

Kata kunci: dokumentasi asuhan keperawatan, pelaksanaan perencanaan pulang, perawat, perencanaan pulang

Daftar Pustaka: 76 (1995 – 2011)

Name : Muhamad Rofi'i
Study Program : Magister in Nursing Science
Title : Determinant factors analysis of discharge planning implementation of nurse at the Islamic Hospital Sultan Agung Semarang

Abstract

The research aimed to identify determinant factors of discharge planning implementation. The study design was descriptive correlation with cross-sectional approach. Research sample was nurses and nursing care documentation 147 each with *purposive sampling* and *proportional sampling*. Research analysis used *Chi square* (5% significant) and binary logistic regression test. The result indicated that there was relationship between personnel discharge planning ($p=0,01$), involvement and participation ($p=0,021$), communication ($p=0,008$), agreement and consensus ($p=0,007$) with the discharge planning implementation. The most determinant factor was the agreement and consensus. Nurses should be able to establish network; communicate; making consensus with the patient, family, and other health teams.

Key words: discharge planning, discharge planning implementation, nurse, nursing care documentation

References: 76 (1995 – 2011)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Muhamad Rofi'i
NPM : 0906573710
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

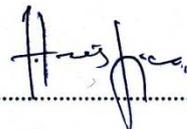
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS



Pembimbing : Hening Pujasari, S.Kp., M.Biomed, MN



Penguji : Ns. Sukihananto, S.Kep., M.Kep.



Penguji : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep.



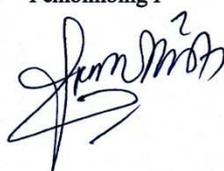
Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 15 Juli 2011

LEMBAR PERSETUJUAN

Hasil tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk dilaksanakan
ujian sidang

Jakarta, Juli 2011

Pembimbing I



Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS

Pembimbing II



Hening Pujasari, S.Kp., M.Biomed., MM.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat rahmat, hidayah, dan pertolongan-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang". Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu prasyarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis sangat menyadari bahwa kemudahan dalam melakukan penyusunan tesis ini banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis sangat berterima kasih kepada:

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas fasilitas, sarana, dan prasarana yang telah diberikan sehingga penulis mampu menyelesaikan tesis ini.
2. Astuti Yuni Nursasi, MN selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FIK UI.
3. Krisna Yetty, S.Kp., M.App.Sc. selaku Koordinator MA Tesis FIK UI yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menyusun tesis ini.
4. Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp., MARS selaku Pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu dan perhatiannya kepada penulis.
5. Hening Pujasari, S.Kp., M.Biomed., MN selaku Pembimbing II yang telah banyak membantu dalam penyusunan tesis ini.
6. Dr. Hj. Nur Anna C.S., Sp.PD selaku Direktur Pendidikan dan Penunjang Medis Rumah Sakit Islam Sultan Agung yang telah memberikan ijin untuk penelitian ini.
7. Kepala Bagian Penelitian dan Pengembangan RSI Sultan Agung Semarang yang telah membantu proses pengambilan data penelitian.
8. Ari Susiyanti tercinta, Anggita & Adinda tersayang yang telah memberikan dukungan moral dan material.

9. Rekan-rekan mahasiswa kekhurusan kepemimpinan dan manajemen keperawatan Angkatan 2009 yang dengan setia memberikan dukungan kepada penulis.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah mendukung terselesaikannya tesis ini dengan baik.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan. Semoga tesis ini dapat menjadi acuan bagi pembaca penelitian ini.

Depok, Juli 2011

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	iii
ABSTRAK	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Perencanaan Pulang	12
2.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perencanaan Pulang	21
2.3 Proses Keperawatan	28
2.4 Kerangka Teori	38
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	40
3.2 Hipotesis Penelitian	42
3.3 Definisi Operasional Penelitian	42
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	46
4.2 Populasi dan Sampel	46
4.3 Tempat Penelitian	50
4.4 Waktu Penelitian	51
4.5 Etika Penelitian	51
4.6 Alat Pengumpul Data Penelitian	53
4.7 Pengujian Instrumen	55

4.8 Pelaksanaan Pengumpulan Data	57
4.9 Analisa Data	58
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Hasil Analisis Univariat	63
5.2 Hasil Analisis Bivariat	65
5.3 Hasil Analisis Multivariat	71
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil	77
6.2 Keterbatasan Penelitian	90
6.3 Implikasi terhadap Pendidikan, Pelayanan dan Penelitian	91
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	93
7.2 Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

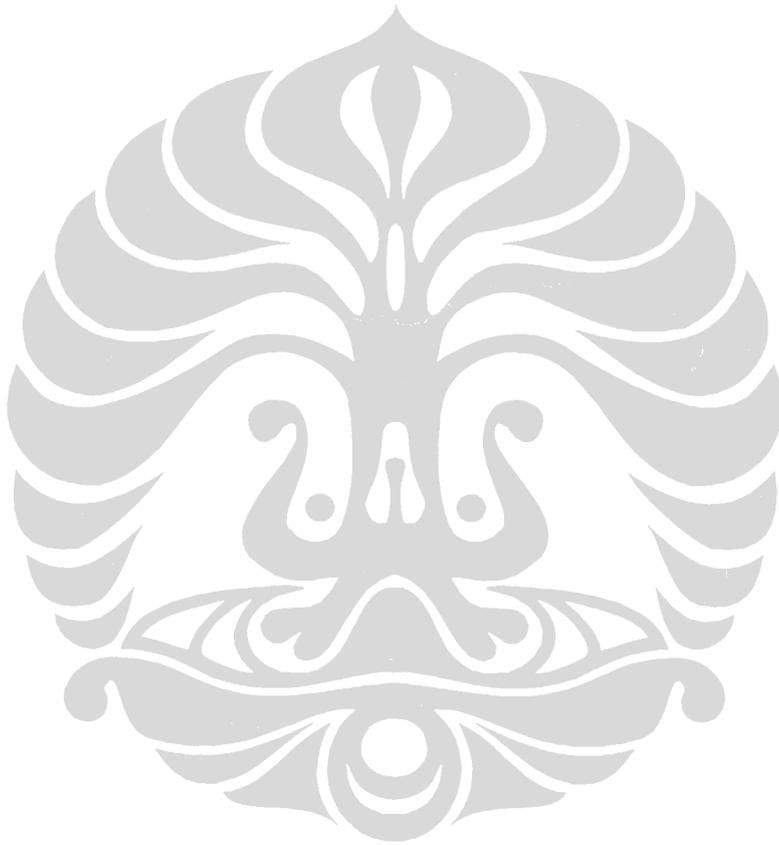
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1	Definisi operasional variabel bebas karakteristik perawat 43
Tabel 3.2	Definisi operasional variabel bebas 44
Tabel 3.3	Definisi operasional variabel terikat 45
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi populasi perawat ruang rawat inap RSI Sultan Agung berdasarkan ruang dan tingkat pendidikan bulan Oktober 2010 47
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi sampel perawat ruang rawat inap RSI Sultan Agung bulan Juni 2011 49
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi proporsi sampel dokumentasi asuhan keperawatan ruang rawat inap RSI Sultan Agung bulan Juni 2011 50
Tabel 4.4	Kisi-kisi kuesioner faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang 54
Tabel 4.5	Uji statistik pada analisa univariat 60
Tabel 4.6	Uji statistik pada analisa bivariat 61
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi faktor-faktor perencanaan pulang pada perawat di RSI Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011 64
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi pelaksanaan perencanaan pulang yang dicerminkan melalui dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RS Islam Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011 65
Tabel 5.3	Analisis bivariat karakteristik perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSISA Semarang Bulan Juni 2011 (N=147) 66
Tabel 5.4	Analisis bivariat faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSISA Semarang Bulan Juni 2011 (n=147) 69

Tabel 5.5	Hasil seleksi analisis bivariat variabel-variabel kandidat multivariat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RS Islam Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011	72
Tabel 5.6	Hasil uji regresi logistik ganda tahap pertama antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RS Islam Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011	73
Tabel 5.7	Hasil uji regresi logistik ganda tahap kedua antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSISA Semarang Bulan Juni 2011	73
Tabel 5.8	Hasil uji regresi logistik ganda tahap ketiga antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RS Islam Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011	74
Tabel 5.9	Hasil uji regresi logistik ganda tahap keempat antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSISA Semarang Bulan Juni 2011	74
Tabel 5.10	Hasil uji regresi logistik ganda tahap akhir antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSISA Semarang Bulan Juni 2011	75

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Proses Keperawatan dan Perencanaan Pulang Pasien	20
Skema 2.2 Kerangka Teori	39
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	41
Skema 4.1 Rumus Penentuan Besar Sampel	47



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal kegiatan penelitian

Lampiran 2 Lembar penjelasan menjadi responden

Lampiran 3 Format persetujuan (*informed consent*)

Lampiran 4 Kuesioner untuk perawat

Lampiran 5 Panduan observasi dokumentasi pelaksanaan perencanaan pulang

Lampiran 6 Surat keterangan lolos kaji etik penelitian

Lampiran 7 Surat permohonan ijin uji instrumen penelitian

Lampiran 8 Surat permohonan ijin penelitian

Lampiran 9 Surat pemberian ijin penelitian

Lampiran 10 Daftar riwayat hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap orang yang sakit sebagian besar membutuhkan sarana pelayanan kesehatan. Pada saat mereka pergi ke pelayanan kesehatan mereka mengharapkan kesembuhan dari penyakitnya. Begitu juga orang yang sedang dirawat di rumah sakit, mereka mengharapkan agar segera sembuh dari penyakit yang dideritanya. Perawat dapat membantu klien yang mengharapkan kesembuhannya dengan mempersiapkan mereka untuk merencanakan pulang dari rumah sakit dan kembali ke rumah mereka masing-masing.

Pengertian perencanaan pulang menurut *National Council of Social Service/NCSS* (2006) adalah suatu rencana pulang pada pasien yang ditulis di lembar catatan perawat yang merupakan tujuan dari perencanaan perawatan pasien, yang akhirnya bertujuan untuk memberdayakan klien untuk membuat keputusan dan berupaya untuk memaksimalkan potensi hidup secara mandiri, dan untuk memberdayakan pasien dengan melalui dukungan dan sumber-sumber yang ada dalam keluarga atau masyarakat.

Proses pelaksanaan perencanaan pulang dapat dilakukan dengan pemindahan pasien dari rumah sakit ke fasilitas perawatan pasien pada level yang lebih rendah, misalnya pasien pindah dari tempat perawatan akut ke tempat perawatan biasa. Proses pemindahan pasien dari level perawatan yang tinggi ke level yang rendah juga terjadi pada semua tempat, termasuk rumah sakit rehabilitasi rawat inap, fasilitas perawatan terampil dan perawatan kesehatan di rumah (Birmingham, 2010)

Perencanaan pulang pasien diperlukan untuk memberikan motivasi dalam mencapai kesembuhan pasien (Moran, et al., 2005). Perencanaan pulang pasien sangat diperlukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien di rumah sakit, sehingga perlu dipersiapkan oleh perawat dan dilakukan sedini

ungkinan. Perencanaan pulang pasien secara dini akan memberikan dampak terhadap pemendekan lamanya perawatan pasien di rumah sakit, dapat memberikan dampak pada penurunan anggaran biaya rumah sakit, dapat menurunkan angka kekambuhan setelah mereka pulang dari rumah sakit, dan dapat memungkinkan intervensi rencana pulang dilakukan dengan tepat waktu (Swanburg, 2000). Perencanaan pulang pasien diharapkan dapat menjalin kerjasama dengan penyedia pelayanan keperawatan yang lebih lanjut atau dukungan dari penyedia layanan kesehatan yang lain serta menjalin kerjasama dengan petugas kegawatdauratan (Potter & Perry, 2005). Hasil penelitian di Inggris yang dilakukan oleh Shepperd, et al. (2010), bahwa pasien yang diberikan intervensi perencanaan pulang terjadi peningkatan kepuasan dibandingkan dengan pasien yang menerima pemulangan secara rutin.

Penelitian yang dilakukan oleh Bauer, et al. (2009) dari Australia menjelaskan bahwa praktek pemulangan pasien dari rumah sakit dapat meningkatkan beban perawatan pada petugas perawatan keluarga. Perencanaan pulang dan pelaksanaan pulang pada pasien lanjut usia yang tidak memadai dapat mengakibatkan hasil yang merugikan dan meningkatkan resiko kekambuhan untuk kembali ke rumah sakit. Penelitian ini juga membuktikan bahwa perencanaan pulang dari rumah sakit pada orang tua yang lemah dapat ditingkatkan jika ada intervensi yang melibatkan keluarga, pemberian pendidikan, komunikasi antara petugas perawatan kesehatan dan keluarga, komunikasi interdisiplin dan dukungan berkelanjutan setelah pasien pulang. Intervensi harus dilakukan dengan baik sebelum pemulangan. Adanya kesadaran tentang bagaimana pelaksanaan perencanaan pulang yang dibuat oleh rumah sakit dapat diterima oleh pemberi perawatan keluarga pada lanjut usia yang lemah, kondisi ini memungkinkan perawat dan orang lain yang terlibat dengan proses pemulangan pasien akan terjadi rekonsiliasi antara pemberi perawatan keluarga dan tujuan perencanaan pulang dari rumah sakit.

Perencanaan pulang pada pasien dapat meningkatkan pengetahuan yang memadai untuk pengelolaan perawatan di rumah. Penelitian yang dilakukan oleh Kleinpell (2004) menjelaskan bahwa pasien yang diberikan perencanaan pulang secara dini melaporkan bahwa mereka memiliki informasi yang memadai tentang masalah kesehatan atau perawatan, memiliki kepedulian untuk mengelola perawatan di rumah, mengetahui tentang obat-obatan, dan mengetahui tanda-tanda bahaya yang menunjukkan potensial komplikasi dibandingkan dengan pasien yang tidak diberikan perencanaan pulang. Penelitian ini dilakukan pada dua kelompok pasien lanjut usia yang dirawat di ruang rawat intensif. Kedua kelompok ini dilakukan penilaian tentang kesiapannya untuk pemulangan ketika pulang dari rumah sakit dan ditindaklanjuti 2 minggu kemudian dengan melakukan survei kepada pasien di rumah.

Sasaran pada pelaksanaan perencanaan pulang adalah klien. Menurut Rice (1992, dalam Potter & Perry, 2005) bahwa setiap klien yang dirawat di rumah sakit membutuhkan perencanaan pulang. Menurut *American Health Association/AHA* (1983, dalam Potter & Perry, 2005) bahwa perencanaan pulang dari rumah sakit yang berhasil merupakan suatu proses yang terfokus dan terkoordinasi dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu yang memberikan kepastian bahwa klien mempunyai suatu rencana untuk memperoleh perawatan yang berkelanjutan setelah meninggalkan rumah sakit.

Perencanaan pulang berfokus untuk mempersiapkan klien dengan ketrampilan dan untuk melanjutkan pengobatan agar mencapai kemajuan yang lebih baik dan menghindari kambuh dari penyakit yang diderita. Keterlibatan klien penting dalam perencanaan pasien pulang, sehingga mereka menyadari sepenuhnya tentang apa yang mereka telah tentukan (Potter & Perry, 2005).

Pelaksanaan perencanaan pulang adalah tanggung jawab staf keperawatan dan juga tanggung jawab staf pekerja sosial (Baron, et al., 2008). Pendapat ini juga sesuai dengan hasil penelitian dari Tomura, et al. (2011) menyatakan bahwa

proses perencanaan pasien pulang dilakukan oleh perawat. Menurut NCSS (2006), apabila metode penugasan yang digunakan adalah *case mangement*, maka manajer kasus bertanggung-jawab untuk melaksanakan, mengkoordinasikan dan memantau kemajuan perawatan dan kesiapan klien untuk pemulangan. Menurut Owyoung (2010), perawat berperan dalam pembuatan rencana pulang bagi pasien, yaitu mengidentifikasi klien yang membutuhkan perencanaan pulang, memindahkan pasien dari fasilitas yang satu ke fasilitas lain.

Perencanaan pulang pasien harus dilakukan dengan jangka waktu yang optimal untuk klien. Perencanaan pemulangan pasien dilakukan setelah dilakukan pengkajian kepada klien (NCSS, 2006). Perencanaan pasien pulang harus dimulai setelah masuk ke rumah sakit (Baron, et al., 2008).

Proses perencanaan pulang pasien yaitu mengembangkan/menyusun perencanaan pulang pasien, membuat kesepakatan, mewujudkan rencana yang telah disepakati, dan mengantar pasien ke rumah. Perencanaan pasien dimulai dengan merencanakan perencanaan kehidupan klien atau keluarga setelah pulang (Tomura, et al. 2011). Kegiatan perencanaan pasien pulang ini secara rinci didasarkan pada kehidupan sehari-hari klien dan keluarga. Perawat yang memberi perawatan di rumah biasanya bekerja sama dengan klien, keluarga dan staf perawatan lain (seperti perawat, ahli terapi, pekerja sosial) untuk merencanakan pemulangan klien (Potter & Perry, 2005). Berkomunikasi dengan penyedia layanan yang relevan diperlukan untuk menunjang kegiatan perencanaan pasien pulang. Pertimbangan lain seperti akomodasi dan dukungan sosial penting untuk direncanakan dalam pemulangan ini, tentunya dengan suatu persetujuan dari klien itu sendiri (Swansburg, 2000).

Pelaksanaan perencanaan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Menurut Poglitsch, Emery & Darragh (2011), dari hasil penelitian kualitatif yang telah dilakukan yaitu tentang faktor-faktor yang menentukan keberhasilan proses perencanaan pulang terdapat lima faktor yang berkontribusi. Faktor-faktor tersebut adalah

faktor personal perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus.

Pelaksanaan perencanaan pulang bisa dilakukan dengan pengenalan model perencanaan pulang yang berbasis teknologi informasi. Hasil penelitian dari Hariyati, Afifah dan Handiyani (2008), menyatakan bahwa adanya peningkatan pengetahuan yang bermakna setelah dilakukan pengenalan model perencanaan pulang yang terorganisasi terhadap pengetahuan perawat. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa terjadi peningkatan pelaksanaan perencanaan pulang yang bermakna setelah dikenalkan model pelaksanaan perencanaan pulang. Perencanaan pasien pulang ini sangat membantu pasien dan keluarga dalam mempersiapkan pasien pulang, sehingga pasien mempunyai kesiapan adaptasi untuk pulang dan mengurangi dampak stress.

Penerapan informatika dalam perencanaan pulang dapat juga meningkatkan kepuasan dalam mentransfer pengetahuan dan komunikasi. Penelitian yang dilakukan oleh Archie & Boren (2009) di Columbia mendukung pernyataan ini. Hasil dari penelitian ini adalah adanya proses perencanaan pemulangan pasien yang terfragmentasi mempengaruhi informasi yang disampaikan pada semua orang yang terlibat dalam perawatan pasien. Hasil menunjukkan bahwa adanya hubungan antara kepuasan, transfer pengetahuan dan komunikasi dengan penerapan informatika dalam perencanaan pulang. Bukti lain juga menunjukkan bahwa berbagi informasi melalui interdisiplin dalam perawatan pasien dapat berperan penting di masa yang akan datang.

Proses pelaksanaan perencanaan pulang terjadi perbedaan pemahaman pada perawat di Taiwan. Perbedaan pemahaman ini didasarkan pada hasil penelitian yang dilakukan oleh Han, Barnard dan Chapman (2009). Pemahaman dan pengalaman pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di bangsal gawat darurat menunjukkan bahwa mereka menganggap pelaksanaan perencanaan pemulangan adalah upaya untuk menyingkirkan atau membuang pasien dan menyelesaikan pekerjaan rutinitas ruangan. Anggapan yang lain tentang

perencanaan pulang adalah perencanaan pulang dilakukan dengan keterlibatan dalam pendidikan pasien, praktek profesional yang dapat dipertanggung-gugatkan, dan adanya otonomi dalam praktek keperawatan.

Pandangan tentang keberhasilan pemulangan klien lanjut usia dari rumah sakit kembali ke rumah berbeda antara klien dan pemberi pelayanan di rumah (Eija & Marja-Leena (2005). Pandangan dari pemberi pelayanan di rumah tentang keberhasilan pemulangan adalah paling penting menjalin kerjasama pada pemulangan klien lanjut usia dari rumah sakit pulang kembali ke rumah, dimana faktor-faktor tersebut terkait dengan bagaimana para pemberi pelayanan di rumah dapat merencanakan yang terbaik buat pekerjaan mereka sendiri.

Penelitian tentang standarisasi perencanaan pasien pulang yang dilakukan di Klinik Mayo oleh Holland dan Heman (2011) dilatarbelakangi oleh adanya ketentuan dari *Center for Medicare & Medicaid Services* (CMS) bahwa untuk setiap rumah sakit diharuskan memiliki perencanaan pulang yang berlaku untuk semua pasien. Penelitian ini menggambarkan tentang dampak perubahan praktek perencanaan pulang pada kualitas koordinasi pemulangan yang dievaluasi dari perspektif pasien. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini adalah tidak adanya perbedaan yang signifikan antara karakteristik partisipan dari sebelum dan sesudah dilakukan perubahan pada standarisasi perencanaan pulang. Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa keberhasilan standarisasi proses perencanaan pulang adalah kerjasama tim multidisiplin, ini penting untuk ditingkatkan bagi pelaksanaan seluruh organisasi pelayanan kesehatan.

Nosbuch, Weiss dan Bobay (2011) melakukan studi literatur tentang tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut. Studi ini dilatarbelakangi oleh adanya permasalahan pada pasien dengan perawatan akut yang sering menghambat perencanaan pulang yang komprehensif. Tujuan dari studi ini adalah untuk menginvestigasi praktek, persepsi dan pengalaman perawat disamping tempat tidur pada perencanaan pulang dari rumah sakit. Setelah melakukan kajian 38 artikel publikasi studi

yang memenuhi kriteria inklusi didapatkan hasil bahwa telah teridentifikasi tujuh tema yaitu intra komunikasi dan komunikasi lintas disiplin, struktur dan sistem, waktu, kebingungan peran, kesinambungan pelayanan, pengetahuan dan tidak terlihatnya peran staf perawat dalam perencanaan pasien pulang.

Perencanaan pulang juga telah ditetapkan sebagai surat keputusan direktur di RSI Sultan Agung Semarang. Rumah Sakit Islam Sultan Agung merupakan lembaga pelayanan kesehatan masyarakat dibawah naungan Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung Semarang Provinsi Jawa Tengah. Rumah sakit ini terletak di ruas jalan utama Semarang-Surabaya di jalan raya Kaligawe KM 4 yang berdekatan dengan Terminal Terboyo. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang terdiri atas Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Rawat Insentif, Instalasi Farmasi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Gizi, Instalasi Rekam Medis, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang juga mempunyai layanan unggulan seperti Semarang *Eye Center* (SEC) dan Lasik yaitu pelayanan untuk menghilangkan minus, plus dan silinder pada mata.

Rumah Sakit Islam Sultan Agung mempunyai 12 ruang rawat inap yang diklasifikasikan menjadi kelas III sampai dengan kelas VIP. Kapasitas tempat tidur rumah sakit adalah sejumlah 261 tempat tidur dan dengan jumlah perawat berkisar 173 orang untuk di ruang rawat inap. Tingkat pendidikan perawat rata-rata 95% adalah lulusan D3 keperawatan, sementara hanya 5% yang berpendidikan S1 / Ners.

Pelaksanaan perencanaan pulang dapat menurunkan *Length Of Stay* (LOS) yang merupakan indikator mutu RS. Mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit selalu dievaluasi secara terus-menerus. Data bulan Januari sampai dengan bulan September 2010 menunjukkan bahwa untuk *Bed Occupation Rate* (BOR) adalah 77,6 %, *Length Of Stay* (LOS) adalah 4,6 hari, *Turn Over Interval* (TOI) adalah 1,6 hari, dan *Bed Turn Over* (BTO) adalah 8,6 kali. Nilai BOR telah mencapai

standar efisiensi (60-85%) untuk pemakaian tempat tidur di ruang rawat inap, tapi masih standar efisiensi yang minimal. Nilai LOS sudah mencapai standar efisiensi (6 - 9 hari), tapi dianjurkan serendah mungkin tanpa mempengaruhi kualitas pelayanan perawatan. Nilai TOI juga sudah mencapai standar efisiensi (1-3 hari). Namun nilai BTO termasuk rendah, sehingga perlu diperhatikan jumlah tempat tidur dan kualitas pelayanan perawatan untuk bisa mencapai efisiensi BTO yaitu 40-50 kali (Depkes RI, 2005).

Hasil wawancara dengan manajer keperawatan dan kepala bagian keperawatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung dinyatakan bahwa pemulangan pasien telah dilakukan pendokumentasian dalam bentuk catatan pasien pulang. Catatan untuk pasien pulang ini dilakukan oleh perawat setelah selesai masa perawatan (rawat inap) dalam bentuk catatan untuk pulang pasien. Catatan untuk pasien pulang ini digunakan sebagai perantara pasien pada saat pasien mau kontrol kembali ke dokter atau rumah sakit, sehingga kalau pasien mau berkunjung ke rumah sakit atau dokter harus membawa formulir ini. Pada tahap pengkajian keperawatan dinyatakan juga bahwa tidak ada pengkajian atau perencanaan yang terkait dengan pemulangan pasien.

Hasil observasi pada dokumentasi untuk pasien pulang adalah tertera pada lembar dokumentasi yang berisi yaitu judul lembar dokumentasi adalah catatan untuk pasien pulang. Pada lembar ini digunakan untuk surat kontrol kembali ke dokter. Format isian pada dokumentasi adalah nama; nomer rekam medis; ruang; tanggal masuk dan tanggal keluar; dokter yang merawat; konsultan; macam tindakan; tanggal tindakan; pendidikan kesehatan atau perawatan di rumah; diet; obat-obatan yang diteruskan dan diserahkan; disertakan waktu pulang (misalnya *CT Scan*, foto Rontgen dan lain-lain); jadwal kontrol dokter; dan tanda tangan penerima maupun tanda tangan petugas ruangan.

Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit No. 380/PER/RSI-SA/I/2009 tentang perencanaan pulang, maka pelaksanaan perencanaan pulang yang telah dilakukan oleh perawat tersebut perlu dievaluasi. Setelah terbitnya

surat keputusan tersebut yang sudah 2 tahun ditetapkan, tetapi pelaksanaan perencanaan pulang tersebut belum pernah dilakukan evaluasi. Fenomena inilah yang menjadikan landasan untuk dilakukan penelitian tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1.2 Rumusan Masalah

Perencanaan pulang merupakan salah satu kegiatan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien di rumah sakit, yang akan memberikan dampak terhadap pemendekan lama perawatan pasien di rumah sakit dan akan dapat menurunkan angka kekambuhan pasien. Selain itu, akan dapat memberikan intervensi perencanaan pulang dengan tepat waktu.

Pelaksanaan perencanaan pulang telah menjadi salah satu program kegiatan dalam sistem pemberian asuhan keperawatan pada klien. Namun dalam pelaksanaannya, perencanaan pulang belum sesuai dan belum optimal. Perencanaan pulang masih cenderung menginformasikan tentang kapan dan cara pemakaian obat setelah pulang ke rumah, serta membuat ringkasan pencatatan pasien pulang. Berbagai faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang di rumah sakit. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang secara langsung terlibat dengan perencanaan pulang ini juga sangat menentukan proses pelaksanaan perencanaan pulang. Komitmen rumah sakit juga sangat berpengaruh besar terhadap pelaksanaan perencanaan pulang bagi pasien.

Rumah Sakit Islam Sultan Agung perlu untuk melaksanakan kegiatan perencanaan pulang pada pasien, karena akan dapat menurunkan angka kekambuhan penyakit pada pasien yang sudah dipulangkan dari rumah sakit. Manfaat lain adalah dapat meningkatkan promosi rumah sakit kepada masyarakat, tempat pembelajaran yang ideal bagi mahasiswa yang merupakan peran rumah sakit sebagai rumah sakit pendidikan.

Ditemukannya permasalahan tentang pelaksanaan perencanaan pasien pulang di Rumah Sakit Islam Sultan Agung yang belum sesuai dan belum optimal, maka berdasarkan hal tersebut, dirasakan penting untuk melengkapi dan mengoptimalkan kegiatan tersebut. Oleh karena itu peneliti bermaksud untuk melakukan penelaahan lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat. Pertanyaan penelitian yang dapat dirumuskan adalah “Bagaimana gambaran tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1.3.2 Tujuan khusus

Penelitian ini bertujuan agar teridentifikasi:

- 1.3.2.1 Gambaran faktor-faktor (karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus) yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 1.3.2.2 Gambaran pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Semarang
- 1.3.2.3 Hubungan faktor-faktor (karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus) dengan pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 1.3.2.4 Faktor (karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus) yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat bagi pelayanan keperawatan dan masyarakat

Penelitian ini dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan dapat mengidentifikasi pendokumenasian asuhan keperawatan khususnya pelaksanaan perencanaan pulang di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, sehingga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menetapkan kebijakan manajemen khususnya manajemen keperawatan yang berimplikasi kepada pendokumentasian asuhan keperawatan yang terkait dengan perencanaan pulang di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Hasil penelitian ini juga bermanfaat untuk pengembangan pedoman perencanaan pasien pulang dari rumah sakit, selain itu juga dapat bermanfaat dalam memberikan informasi kepada masyarakat dan memberikan dampak positif sebagai wujud partisipasi dalam perencanaan pulang.

1.4.2 Manfaat bagi pendidikan dan perkembangan ilmu keperawatan.

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat, sehingga dapat digunakan sebagai pengembangan keilmuan dalam ilmu keperawatan. Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai referensi dalam pendidikan terutama yang terkait dengan perencanaan pulang. Untuk meningkatkan ilmu manajemen khususnya untuk fungsi pengendalian.

1.4.3 Manfaat bagi metodologi

Hasil penelitian ini dapat dijadikan rujukan bagi peneliti di bidang manajemen keperawatan dalam mengatasi masalah yang terkait dengan perencanaan pulang. Rujukan tersebut dapat terkait dengan desain penelitian, masalah penelitian maupun dasar untuk penelitian.

BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1 Konsep Perencanaan Pulang

2.1.1 Pengertian perencanaan pulang

Perencanaan pasien pulang (*discharge planning*) adalah suatu mekanisme untuk memberikan asuhan keperawatan secara terus-menerus, memberikan informasi tentang kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pasien pulang, melaksanakan evaluasi dan mengarahkan untuk perawatan diri sendiri (Swansburg, 2000). Perencanaan pulang adalah suatu proses sistematis untuk perkiraan, persiapan dan koordinasi yang dilakukan untuk memfasilitasi pembekalan perawatan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan setelah pemulangan (Carpenito, 2009). Perencanaan pulang pasien adalah suatu rencana pulang pasien yang ditulis di lembar catatan keperawatan yang merupakan tujuan dari perencanaan perawatan pasien, yang akhirnya bertujuan untuk memberdayakan klien untuk membuat keputusan dan berupaya untuk memaksimalkan potensi untuk hidup secara mandiri, dan untuk memberdayakan pasien dengan melalui dukungan dan sumber-sumber yang ada dalam keluarga atau masyarakat (NCSS, 2006).

Pengertian lain tentang perencanaan pulang adalah suatu proses yang digunakan untuk menentukan apakah pasien sudah dapat dipindahkan dari satu tingkat perawatan yang lebih tinggi ke tingkat perawatan yang dibawahnya. Pasien sering dipindahkan dari rumah sakit ke rumah atau ke fasilitas perawatan rehabilitasi, atau bahkan ke sebuah panti jompo (Shelby, 2010). Ketika merencanakan pemulangan dapat dilakukan secara bervariasi dari satu fasilitas pelayanan ke fasilitas pelayanan yang lain (NCSS, 2006). Perencanaan pulang pasien ini merupakan suatu proses yang digunakan untuk memutuskan apakah klien perlu menjaga tingkat kesehatan saat ini yang sudah baik atau perlu meningkatkan lagi status kesehatannya menjadi tingkat yang lebih tinggi lagi (Swansburg, 2000). Menurut Carpenito (2009), perencanaan pulang dapat dikategorikan sebagai standar tambahan.

Proses perencanaan pulang pada pasien yang dilakukan secara dini adalah penting. Ini sesuai dengan pernyataan dari *The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) yaitu untuk memfasilitasi pemulangan pada pasien dengan tingkat perawatan akut tidak dilakukan sesegera mungkin, rencana pulang dimulai sedini mungkin untuk penentuan kebutuhan aktivitas (Swansburg, 2000). Perencanaan pulang pasien yang kurang tepat bisa berdampak pada kembalinya pasien dari rumah sakit setelah pasca perawatan dan pada akhirnya pasien akan menanggung pembiayaan untuk biaya rawat inap di rumah sakit. Pasien yang memerlukan perawatan di rumah, konseling kesehatan atau penyuluhan kesehatan, dan pelayanan komunitas tetapi tidak dibantu oleh perawat di rumah sakit pada saat sebelum pemulangan klien akan berakibat pada kembalinya pasien untuk dirawat di rumah sakit (Potter & Perry, 2005).

Perencanaan pulang pasien pertama kali dikembangkan di rumah sakit umum dengan fokus untuk menentukan waktu meninggalkan atau pulang dari rumah sakit dan mengatur perawatan pada tingkat berikutnya (Moran, et al. 2005). Pemulangan pasien dari rumah sakit kembali ke rumah telah disepakati oleh pasien. Dengan melalui persetujuan pasien ini akan memberikan kesempatan pada pasien untuk mempersiapkan diri untuk pemulangan. Persiapan secara fisik, mental dan psikologis diperlukan untuk pemulangan (Owyong, 2010).

2.1.2 Alasan pentingnya perencanaan pulang

Perencanaan pulang pasien ini merupakan elemen penting dalam penyusunan proses keperawatan. Pembuatan perencanaan pulang pasien akan memendekkan lama perawatan pasien di rumah sakit dan akan memberikan kesinambungan perawatan setelah pasien pulang ke rumah, serta akan menjadi suatu harapan kesembuhan pasien dari penyakitnya dan dapat segera kembali ke rumah mereka sendiri (Potter & Perry, 2005).

Perencanaan pulang pasien ini sangat penting dan dibutuhkan oleh pasien. Dokumentasi perencanaan pulang pasien akan membantu semua pihak yang terlibat dalam perawatan klien dan klien itu sendiri, selain itu memberikan

pemahaman yang jelas dan harapan dari rencana tindakan termasuk harapan untuk pulang pada pasien (NCSS, 2006). Tanpa adanya suatu rencana pulang untuk pasien akan memungkinkan timbulnya suatu keragu-raguan pada peran dan harapan dari pemberi pelayanan. Selain itu akan mempengaruhi motivasi klien untuk terlibat aktif dalam pelaksanaan perawatan. Alasan penting lainnya dari perencanaan pulang adalah secara signifikan dapat meningkatkan kesehatan pasien saat pemulangan, selain itu dapat menurunkan biaya perawatan kesehatan (Shelby, 2010).

Perencanaan pulang pasien ini penting untuk melakukan perencanaan bersama-sama antara klien dan pemberi pelayanan. Pembuatan rencana pulang pasien yang dilakukan diawal akan membuat ketertarikan tersendiri bagi klien, dan ini akan membantu pemberi pelayanan dalam mencapai tujuan akhir dari pemberian dukungan pelayanan bagi klien (NCSS, 2006). Pemberdayaan klien untuk memaksimalkan potensi dan otonomi akan memberikan kemampuan dan keunikan tersendiri (Swansburg, 2000).

2.1.3 Tujuan perencanaan pulang

Persiapan untuk perencanaan pulang pasien dilakukan sesegera mungkin. Perawat perlu untuk merencanakan pulang bagi pasien. Menurut WHO (2005) dinyatakan bahwa tujuan perencanaan pulang pasien adalah:

- 2.1.3.1 Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga tentang masalah kesehatan dan kemungkinan adanya komplikasi dari penyakitnya dan hal-hal yang perlu pembatasan yang akan diberlakukan pada pasien di rumah.
- 2.1.3.2 Mengembangkan kemampuan pasien dan keluarga untuk merawat dan memenuhi kebutuhan pasien dan memberikan lingkungan yang aman untuk pasien di rumah.
- 2.1.3.3 Memastikan bahwa rujukan yang diperlukan untuk perawatan selanjutnya pada pasien dibuat dengan tepat.

Swansburg (2000) menyatakan bahwa tujuan dari perencanaan pulang pasien adalah sebagai berikut yaitu: rencana antisipasi dan dokumentasi menurunkan jumlah penolakan dari pihak asuransi kesehatan; menurunkan jumlah kekambuhan dan akhirnya dirawat kembali di rumah sakit ataupun kunjungan ke ruang kedaruratan yang tidak perlu kecuali pada beberapa diagnosis tertentu; memastikan penggunaan tenaga perawat kesehatan yang tepat, penggunaan sumber-sumber dan pelayanan yang optimal, dan menghindari duplikasi pelayanan; membantu pasien memahami tentang kebutuhan setelah perawatan dari rumah sakit dan biaya pengobatan; dan memastikan sumber-sumber yang ada dimasyarakat dapat dimanfaatkan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga. Tujuan lain dari perencanaan pulang pasien menurut Baron, et al. (2008) adalah untuk mencegah pasien dari rumah sakit menjadi tuna wisma dan menjadi pasien yang dibuang. Menurut Carpenito (2009), tujuan perencanaan pulang adalah untuk mengidentifikasi kebutuhan khusus untuk mempertahankan atau pencapaian fungsi yang maksimal setelah pemulangan.

Perencanaan pulang pasien harus melibatkan pasien dan anggota keluarga atau orang lain yang akan membantu memberikan perawatan pasien di rumah. Perawat harus memastikan pada pasien sesegera mungkin perihal apakah ada anggota keluarga atau orang lain di rumah yang membantu pasien selama di rumah. Perawat perlu untuk mengajarkan pada pasien dan memberi perawatan apa yang akan dilakukan di rumah (WHO, 2005).

2.1.4 Manfaat perencanaan pulang

Berbagai manfaat yang diperoleh dari perencanaan pulang, baik untuk pasien, keluarga, pelayanan kesehatan di masyarakat maupun rumah sakit. Manfaat yang diperoleh dari perencanaan pulang pasien bagi klien menurut NCSS (2006) antara lain untuk menetapkan tujuan bersama antara klien dan pemberi pelayanan sesuai dengan kebutuhan klien, untuk mengelola perawatan jangka panjang, untuk mendorong pendekatan tim baik dari pemberi pelayanan yang formal maupun informal, dan untuk mendapatkan jaminan kelangsungan perawatan.

Manfaat lain dari perencanaan pulang bagi pasien adalah merasakan bahwa dirinya adalah bagian dari proses perawatan sebagai bagian yang aktif dan bukan objek yang tidak berdaya, menyadari haknya untuk dipenuhi segala kebutuhannya, merasa nyaman untuk kelanjutan perawatannya dan memperoleh support sebelum timbulnya masalah, dapat memilih prosedur perawatannya, dan mengerti apa yang terjadi pada dirinya dan mengetahui siapa yang dapat dihubungkannya (Pemila, 2009).

Manfaat perencanaan pulang bagi perawat antara lain merasakan bahwa keahliannya diterima dan dapat digunakan, menerima informasi kunci setiap waktu, memahami perannya dalam sistem, dapat mengembangkan ketrampilan dalam prosedur baru, memiliki kesempatan untuk bekerja dalam tempat yang berbeda dan cara yang berbeda, dan bekerja dalam suatu sistem dengan efektif (Pemila, 2009).

2.1.5 Sasaran perencanaan pulang

Setiap klien yang dirawat di rumah sakit membutuhkan perencanaan pulang. Klien yang memiliki kebutuhan kompleks yang timbul dari interaksi kebutuhan fisik, medis, sosial emosional akan mendapatkan keuntungan dari perencanaan pulang pasien (NCSS, 2006). Klien memerlukan perawat yang terampil dalam pengkajian dan mampu mengelola pelayanan keperawatan yang komprehensif. Klien juga memerlukan pelayanan keperawatan yang terkoordinasi yang baik dengan tim kesehatan yang lain dan dukungan-dukungan pelayanan, sehingga mereka dapat selalu dipantau terhadap kebutuhan perawatan klien. Para orang lanjut usia yang sudah lemah yang tinggal sendirian di rumah maupun tinggal bersama keluarga dengan dukungan keluarga secara minimal, serta anak-anak dan orang dewasa penyandang cacat akan memerlukan perencanaan pulang pasien. *The Interagency Council on Homelessness* tahun 1994 (Baron, et al. 2008) dinyatakan bahwa perencanaan pulang pasien yang tidak memadai merupakan faktor yang memberikan kontribusi bagi tunawisma pada orang-orang yang mengalami sakit mental maupun gangguan penggunaan narkoba.

Menurut Rice (1992, dalam Potter & Perry, 2005) bahwa setiap klien yang dirawat di rumah sakit membutuhkan perencanaan pulang. Tetapi ada beberapa kondisi yang menyebabkan klien beresiko tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan setelah klien pulang. Kondisi klien dengan penyakit terminal, kecacatan permanen, kurangnya sumber dana, operasi besar, operasi radikal, isolasi sosial, dan emosi atau mental yang tidak stabil dapat beresiko dalam perencanaan pulang. Jika klien mengalami kondisi seperti ini, maka perlu dilakukan pengkajian tentang keinginan dan kemampuan klien untuk perawatan di rumah.

2.1.6 Waktu pelaksanaan perencanaan pulang

Perencanaan pulang pasien harus dilakukan dengan jangka waktu yang optimal untuk klien. Perencanaan pulang pasien dilakukan setelah dilakukan pengkajian kepada klien (NCSS, 2006). Perencanaan pulang pasien harus dimulai setelah masuk ke rumah sakit (Baron, M., et al., 2008). Perawat harus mengembangkan jadwal perencanaan pulang pasien sesuai dengan filosofi keperawatan dan harapan dari klien. Menurut Carpenito (2009), perencanaan pulang harus dimulai saat masuk. Setelah pengkajian masuk, perawat harus menganalisa data untuk mengidentifikasi jika klien atau keluarga membutuhkan tambahan perencanaan pulang atau rujukan.

2.1.7 Peran dan tanggung-jawab perawat dalam perencanaan pulang

Pada model penugasan manajemen kasus adalah perawat manajer kasus adalah orang yang akan melaksanakan, mengkoordinasikan dan memantau kemajuan perawatan dan kesiapan klien untuk pemulangan. Klien dan pemberi pelayanan (orang tua, wali atau keluarga) dan atau orang lain yang penting juga harus aktif terlibat dan dikonsultasikan dalam perencanaan pemulangan pasien (NCSS, 2006). Jika model penugasan keperawatan adalah tim keperawatan, maka ketua tim adalah petugas kesehatan yang terlibat dalam perencanaan pemulangan pasien. Menurut Carpenito (2009), standar perencanaan pulang adalah tanggung jawab profesi perawat untuk merawat klien atau keluarga.

Tanggung jawab pada perencanaan pulang di beberapa rumah sakit adalah tanggung-jawab staf keperawatan, selain juga tanggung-jawab staf pekerja sosial (Baron, et al. 2008). Koordinasi awal nampaknya sangat diperlukan antara staf keperawatan dengan staf pekerja sosial pada perencanaan pemulangan, ini menjadi komponen yang penting dari perencanaan tugas secara efektif di komunitas. Perawat membuat perencanaan pulang yang berfokus pada pasien, sedangkan pekerja sosial membuat perencanaan pulang yang berfokus pada sistem keluarga.

Owyong (2010) menyatakan bahwa perawat berperan sebagai pembuat rencana pulang bagi pasien, yaitu mengidentifikasi klien yang membutuhkan perencanaan pulang, memindahkan pasien dari satu fasilitas ke fasilitas lain (misalnya pusat perawatan masyarakat, panti jompo) dan terus menerus mengkaji dan menentukan sumber daya seperti staf dan tenaga medis yang dibutuhkan untuk menjaga kualitas pelayanan untuk pasien diluar rumah sakit. Perawat juga bertanggung jawab untuk bekerjasama dengan pasien dan penyedia layanan kesehatan di masyarakat, membangun pelayanan rujukan kesehatan, dan memeriksa pasien yang masuk setiap hari, serta memulangkan dengan menentukan mana yang akan memerlukan perawatan di luar rumah sakit. Perawat juga bertanggung jawab untuk berkoordinasi dan mempertahankan hubungan dengan perawatan, fasilitas profesional dan sumber daya (misalnya penyedia kursi roda) yang mungkin diperlukan untuk pemulihan pasien.

2.1.8 Elemen perencanaan pulang

Identifikasi faktor-faktor seperti lamanya tinggal, riwayat penyakit mental, penyalahgunaan zat, dan sejarah dan status tunawisma membantu perawat dalam mengantisipasi perencanaan pulang. Perencanaan pulang secara optimal dimulai pada saat pasien masuk. Elemen perencanaan pulang yang sukses harus mencakup sebagai berikut (Baron, et al. 2008):

2.1.8.1 Perencanaan pulang harus dimulai pada saat pasien masuk.

- 2.1.8.2 Mempergunakan alat pengkajian perencanaan pulang yang khusus sehingga informasi yang diambil tidak semata-mata dari catatan pengakuan saja.
- 2.1.8.3 Merumuskan standard alat pengkajian yang berkisar pada pertanyaan-pertanyaan prediksi, seperti *checklist* gejala atau format lain yang bisa digunakan.
- 2.1.8.4 Memilih perencanaan pulang yang paling sesuai dengan pasien.

2.1.9 Prosedur perencanaan pulang

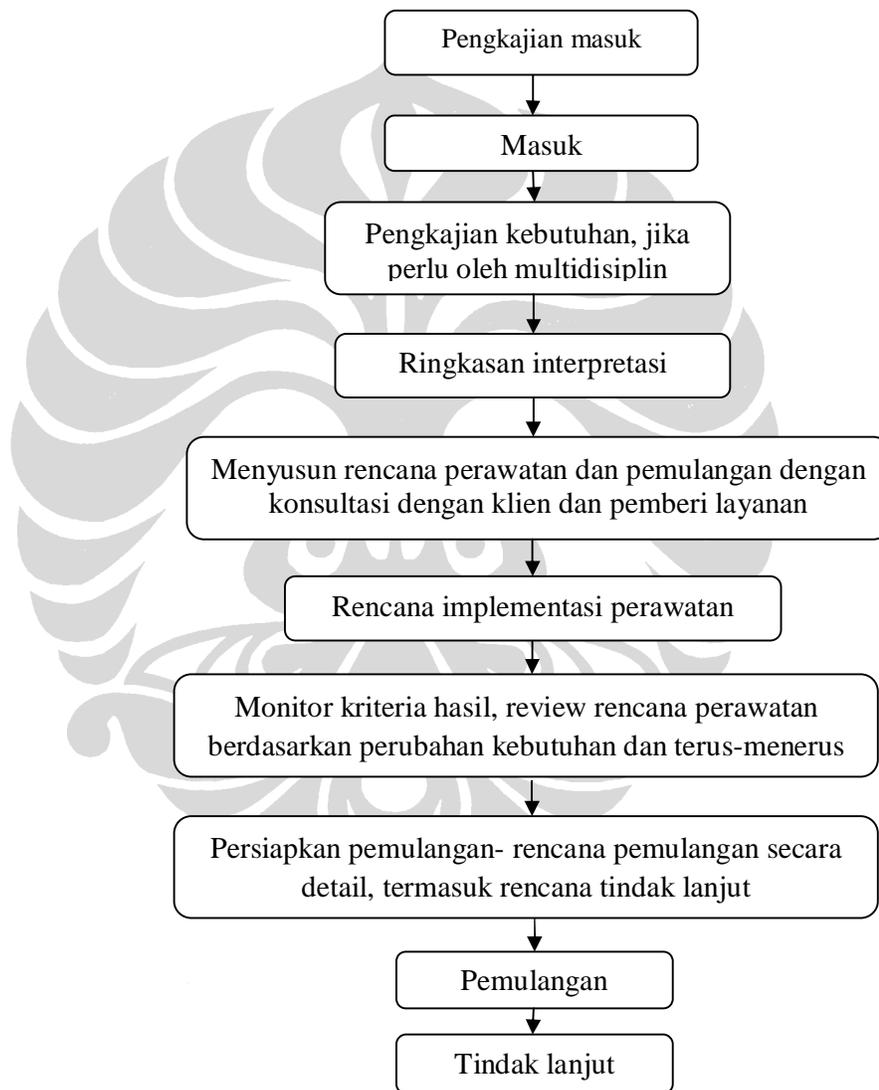
Perawat berperan dalam penyusunan perencanaan pulang bagi klien, maka perawat harus menerapkan langkah-langkah pada prosedur perencanaan pulang. Menurut Potter dan Perry (2005), langkah-langkah prosedur dalam perencanaan pulang adalah sebagai berikut:

- 2.1.9.1 Sejak waktu penerimaan klien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk klien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan, dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus.
- 2.1.9.2 Mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga yang terkait dengan pelaksanaan terapi di rumah, hal-hal yang harus dihindari, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
- 2.1.9.3 Mengkaji faktor-faktor lingkungan di rumah bersama klien dan keluarga tentang hal-hal yang mengganggu perawatan diri.
- 2.1.9.4 Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau ditempat pelayanan yang lainnya.
- 2.1.9.5 Mengkaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut.
- 2.1.9.6 Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang.
- 2.1.9.7 Menetapkan diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan. Lakukan implementasi rencana perawatan. Evaluasi kemajuan secara terus menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu klien akan memahami masalah

kesehatan dan implikasinya, mampu memenuhi kebutuhan individualnya, lingkungan rumah akan menjadi aman, dan tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah.

2.1.10 Alur perencanaan pulang

Skema 2.1 Proses Keperawatan dan Perencanaan Pulang Pasien



Sumber: National Council of Social Service (2006)

Pelaksanaan perencanaan pulang dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, apabila ada alur yang jelas untuk menuntun proses pelaksanaan tersebut. Alur proses keperawatan dan perencanaan pulang pasien menurut NCSS (2006) adalah sebagai berikut: 1) pengkajian masuk, 2) masuk, 3) pengkajian kebutuhan, 4) ringkasan interpretasi, 5) menyusun rencana perawatan dan pemulangan dengan konsultasi dengan klien dan pengasuh/keluarga, 6) rencana implementasi perawatan, 7) monitor kriteria hasil, review rencana perawatan berdasarkan perubahan dan lakukan monitor secara terus-menerus, 8) persiapkan pemulangan dan rencana pemulangan secara detail, termasuk rencana tindak lanjut, 9) pemulangan, 10) tindak lanjut.

2.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Perencanaan Pulang.

Perencanaan pulang merupakan bagian integral dari proses keperawatan. Menurut *Nursing Policy: N-55*, (2010), perencanaan pulang adalah salah satu dari tujuan proses keperawatan, oleh karena itu penerapan perencanaan pulang termasuk bagian penerapan proses keperawatan. Pelaksanaan proses keperawatan adalah tanggung jawab perawat. Keberhasilan pelaksanaan proses keperawatan juga sangat ditentukan oleh perawat, sehingga jika dianalog bahwa keberhasilan proses perencanaan pulang juga ditentukan oleh perawat. Keberhasilan perencanaan pulang dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk perawat. Perawat seperti pada sumber daya lainnya dalam melaksanakan suatu pekerjaan banyak dipengaruhi oleh motivasi yang berkaitan erat dengan ciri pribadi seseorang (Ilyas, 2002). Potter dan Perry (2005), menyebutkan bahwa keberhasilan penerapan proses keperawatan dipengaruhi oleh diri pribadi perawat dan diri pribadi pasien. Selain itu pendapat lain dari hasil penelitian Poglitsch, Emery & Darragh (2011), dari hasil penelitian kualitatif yang telah dilakukan yaitu tentang faktor-faktor yang menentukan keberhasilan proses perencanaan pulang terdapat lima faktor yang berkontribusi. Faktor-faktor tersebut adalah faktor personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus. Dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan pulang adalah karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus.

2.2.1 Karakteristik perawat

Karakteristik biografis individu dalam organisasi antara lain: umur, jenis kelamin, status perkawinan dan masa kerja (Gibson, 1996; Riani, 2011; Robbins, 2006; Tomey, 2003). Pendidikan juga termasuk karakteristik individu yang mempengaruhi perilaku individu (Ilyas, 2002; Siagian, 2006).

2.2.1.1 Umur

Sopiah (2008) menyatakan bahwa umur menentukan perilaku seorang individu. Umur juga menentukan kemampuan seorang untuk bekerja, termasuk bagaimana dia merespon stimulus yang dilancarkan individu/pihak lain. Robbins (2006) meyakini bahwa kinerja merosot dengan meningkatnya umur, tetapi pada umur tertentu pula seseorang meningkat produktivitasnya. Menurut Gibson (1996) bahwa umur dapat mempengaruhi kinerja dimana pengembangan karir terjadi pada usia 30 tahun, selain itu ketrampilan seseorang terutama dalam hal kecepatan, kecekatan, kekuatan dan koordinasi dihubungkan dengan bertambahnya waktu. Umur menurut tingkat perkembangan manusia dikategorikan menjadi dewasa muda (20-39 tahun), dewasa madya (40-59 tahun), dan dewasa akhir (60 tahun keatas). Semakin bertambah usia berarti semakin arif dan bijaksana untuk melakukan suatu pekerjaan (Papalia, Olds & Feldman, 2009). Pada kelompok dewasa muda ini, termasuk pada pernyataan Simanjutak (1995) bahwa kelompok usia 30 – 40 tahun merupakan usia dengan tingkat produktivitas tertinggi.

2.2.1.2 Jenis kelamin

Jenis kelamin dibedakan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Tomey (2003) menyatakan bahwa sikap wanita lebih bervariasi daripada laki-laki. Wanita lebih menekankan kondisi pekerjaan, jam dan kemudahan pekerjaan, supervisi dan aspek sosial dari pekerjaan, dimana laki-laki lebih menekankan pada upah, kesempatan untuk lebih maju, kebijakan dan manajemen perubahan dan ketertarikan pada tugas. Robbins (2006) menyatakan bahwa penelitian-penelitian psikologis menunjukkan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang

dan pria lebih agresif, dan laki-laki memiliki harapan atas keberhasilan lebih besar daripada wanita, namun perbedaan-perbedaan tersebut tidak besar.

Karyawan wanita menurut kodratnya, lebih sering tidak masuk kerja dibanding laki-laki. Misalnya karena hamil, melahirkan, dan lain-lain. Walaupun demikian wanita memiliki kelebihan dibanding karyawan laki-laki. Karyawan wanita cenderung lebih rajin, disiplin, teliti dan sabar (Sopiah, 2008). Robbins (2006) menyatakan bahwa wanita mempunyai peran dan tanggung jawab dalam keluarga dan perawatan anak serta sebagai pencari nafkah sekunder.

Farida (2001) menemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pelaksanaan proses keperawatan. Pendapat ini sejalan dengan Norman (2004) yaitu tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pelaksanaan pelayanan keperawatan. Pelaksanaan pelayanan keperawatan atau pelaksanaan proses keperawatan dikaitkan dengan karakteristik perawat ini karena menurut *Nursing Policy: N-55*, (2010), perencanaan pulang adalah salah satu dari tujuan proses keperawatan, oleh karena itu penerapan perencanaan pulang termasuk bagian penerapan proses keperawatan. Pelaksanaan perencanaan merupakan bentuk dari produktifitas perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Menurut Supriyatna (2003), tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan produktifitas kerja perawat.

2.2.1.3 Status perkawinan

Karyawan yang sudah menikah dengan karyawan yang belum/tidak menikah akan berbeda memaknai suatu pekerjaan. Begitu juga dengan tingkat kepuasan kerja. Karyawan yang sudah menikah menilai pekerjaan sangat penting karena dia sudah memiliki sejumlah tanggung jawab sebagai kepala keluarga (Sopiah, 2008). Robbins (2006) menyatakan bahwa suatu pernikahan akan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting. Pelaksanaan pelayanan keperawatan mencakup pelaksanaan perencanaan pulang.

Beberapa penelitian menyatakan status perkawinan tidak berhubungan dengan pelaksanaan proses keperawatan. Norman (2004) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan pelaksanaan pelayanan keperawatan. Farida (2001) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan pelaksanaan proses keperawatan.

2.2.1.4 Masa kerja

Robbins (2006) menyebutkan bahwa bukti paling baru menunjukkan suatu hubungan positif antara senioritas dan produktivitas pekerjaan, dengan demikian masa kerja diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktivitas karyawan. Menurut Sopiah (2008), bahwa belum ada bukti bahwa semakin lama seseorang bekerja maka tingkat produktivitasnya akan meningkat. Banyak penelitian menyimpulkan bahwa semakin lama seseorang karyawan bekerja, semakin rendah keinginan karyawan untuk meninggalkan pekerjaannya. Siagian (2006) menyatakan bahwa masa kerja menunjukkan berapa lama seseorang bekerja pada masing-masing pekerjaan. Lama kerja terkait dengan jenjang karir dalam panduan Depkes (2006) ada beberapa, yaitu; 0 tahun atau <2 tahun, 3 tahun, 4 tahun, 5 tahun, 6 tahun dan 9 tahun. Penggolongan lama kerja berdasarkan konsep tersebut adalah 1-9 tahun dan lebih dari 9 tahun. Farida (2001) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan pelaksanaan proses keperawatan.

2.2.1.5 Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu karakteristik demografi yang dapat mempengaruhi seseorang, baik terhadap lingkungan maupun obyek tertentu, selain itu pendidikan merupakan faktor tidak langsung yang berpengaruh pada kinerja (Ilyas, 2002). Semakin tinggi pendidikan akan semakin kritis, logis dan sistematis dalam berpikir sehingga meningkatkan kualitas kerjanya. Sejalan dengan pendapat Siagian (2006) yang mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimilikinya. Tomey (2003) menyatakan bahwa wanita yang berpendidikan tinggi lebih termotivasi untuk pencapaian, pengakuan dan

tanggung jawab secara signifikan lebih tinggi daripada wanita yang tidak diperguruan tinggi.

Pelaksanaan perencanaan pulang merupakan bentuk dari kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Menurut Hermawati (2002) dan Panjaitan (2002), tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kinerja. Farida (2001) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pelaksanaan proses keperawatan. Hariyati, Afifah dan Handiyani (2008), menyatakan bahwa tidak ada hubungan jenis pendidikan dengan persepsi terhadap pelaksanaan *discharge planning*.

2.2.2 Faktor personil perencanaan pulang

Personil perencanaan pulang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Faktor personil perencanaan pulang adalah orang-orang yang berkontribusi dalam perencanaan pulang yaitu perawat, dokter, petugas kesehatan di masyarakat, pasien dan anggota keluarga (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Perawat adalah salah satu personil yang mempunyai penting dalam perencanaan pulang. Menurut Nosbuch, Weiss dan Bobay (2011), salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah kebingungan peran dan tidak terlihatnya peran staf perawat dalam perencanaan pasien pulang.

2.2.3 Faktor keterlibatan dan partisipasi

Keterlibatan dan partisipasi mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Keterlibatan dan partisipasi terdiri dari tingkat keterlibatan pasien dan tenaga kesehatan dan cara mereka berpartisipasi dalam perencanaan pulang (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Keterlibatan tim multi profesional secara dini sangat penting dalam perencanaan pulang yang efektif (Frampton, 2011). Menurut Holland dan Heman (2011), keberhasilan standarisasi proses perencanaan pulang adalah kerjasama tim multidisiplin, hal ini penting untuk ditingkatkan bagi pelaksanaan seluruh organisasi pelayanan kesehatan. Menurut Han, Barnard dan Chapman (2009), perencanaan pulang adalah suatu kegiatan perencanaan pulang

dengan keterlibatan dalam pendidikan pasien, praktek profesional yang dapat dipertanggung-gugatkan, dan adanya otonomi dalam praktek keperawatan. Peran dan tanggung-jawab perawat dalam perencanaan pulang adalah melaksanakan, mengkoordinasikan dan memantau kemajuan perawatan dan kesiapan klien untuk pemulangan. Klien dan pemberi pelayanan (orang tua, wali atau keluarga) dan atau orang lain yang penting juga harus aktif terlibat dan dikonsultasikan dalam perencanaan pemulangan pasien (NCSS, 2006). Menurut Bull, Hansen dan Gross (2000), keterlibatan keluarga dalam pelaksanaan perencanaan pulang secara signifikan dapat meningkatkan kepuasan, meningkatkan persepsi tentang perawatan berkelanjutan, meningkatkan persiapan untuk merawat pasien, dan meningkatkan peran untuk memberikan pelayanan pada pasien.

2.2.4 Faktor komunikasi

Komunikasi mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Komunikasi terdiri dari sejauh mana tenaga kesehatan dan pasien berbagi informasi (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Perawat harus menjelaskan tujuan, manfaat dan proses perencanaan perawatan kepada klien dan pengasuh. Rencana perawatan harus disampaikan kepada klien dengan cara dan tingkat kecepatan komunikasi yang sesuai dengan mereka. Perlu untuk mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut dalam berkomunikasi yaitu: latar belakang pribadi (profesi, agama dan suku); bahasa dan cara-cara yang disukai dalam berkomunikasi; kondisi intelektual, mental dan emosional saat berkomunikasi; dan adanya penurunan fisik (misalnya gangguan pendengaran dan visual) (NCSS, 2006). Komunikasi antara pemberi pelayanan/keluarga dan petugas yang terlibat dalam perencanaan pulang adalah penting untuk keberhasilan perencanaan pulang. Konferensi antar multidisiplin dalam pemulangan dilakukan secara rutin, dimana anggota tim berkesempatan untuk berbagi informasi secara langsung tentang keadaan klien dan kebutuhan tertentu klien (Iyer, Levin & Shea, 2006).

Pasien dan keluarga atau orang yang merawat pasien adalah pusat proses pemulangan dan harus terlibat didalam perencanaan pulang, sehingga komunikasi ini penting untuk memastikan pasien dan keluarga atau orang merawat yang

memahami semua yang didiskusikan dan diinstruksikan. Bila ada kendala bahasa, gunakan orang yang bisa membantu untuk mengatasi kendala dalam komunikasi. Kapanpun melakukan komunikasi verbal harus didukung oleh perawat dan pemberian informasi tertulis yang sesuai, khususnya untuk pasien yang tidak bisa berkomunikasi secara efektif akibat dari kendala bahasa atau ketidakmampuan (Frampton, 2011). Menurut Nosbuch, Weiss dan Bobay (2011), tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah intra komunikasi dan komunikasi lintas disiplin dalam perencanaan pulang.

2.2.5 Faktor waktu

Waktu mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Waktu menggambarkan kendala waktu pada proses perencanaan pulang (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Waktu yang cukup adalah penting bagi perencanaan pulang karena memberikan kesempatan untuk pengkajian klien, pengembangan dan pelaksanaan perencanaan pulang. Lamanya waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang bervariasi. Pasien pulang secara dini juga dapat mempengaruhi waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang (Moran, et al. 2005). Danvers (2011) menyatakan bahwa waktu yang cukup sangat penting untuk perencanaan pulang karena memberikan kesempatan untuk melakukan pengkajian klien, pengembangan dan pelaksanaan perencanaan pulang. Lamanya waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang bervariasi pada tiap-tiap institusi yang berbeda. Hasil wawancara dengan berbagai institusi menunjukkan bahwa waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang mempengaruhi kecukupan upaya perencanaan pulang.

Pelaksanaan perencanaan pulang adalah bagian dari penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit. Suhartini, Anggorowati dan Katili (2003) menyatakan bahwa belum lengkapnya fasilitas penunjang seperti buku pedoman SAK di ruang rawat, kurangnya waktu, dan rumit serta sulitnya pengisian format menimbulkan penerapan SAK pada tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi kurang dalam penulisan. Menurut Nosbuch,

Weiss dan Bobay (2011), salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah waktu dalam perencanaan pulang.

2.2.6 Faktor perjanjian dan konsensus

Perjanjian atau konsensus mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Perjanjian atau konsensus adalah menggambarkan persetujuan dan kesepakatan di antara semua anggota tim kesehatan dalam perencanaan pulang pasien (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Proses perencanaan pulang pasien yaitu mengembangkan/menyusun perencanaan pulang pasien, membuat kesepakatan, mewujudkan rencana yang telah disepakati, dan mengantar pasien ke rumah. Perencanaan pasien dimulai dengan merencanakan perencanaan kehidupan klien atau keluarga setelah pulang (Tomura, et al. 2011).

Tomura et al. (2011) menyatakan bahwa membuat perjanjian/ persetujuan pemulangan adalah kategori inti dari proses perencanaan pulang yang dilakukan oleh perawat. Proses perencanaan pulang terdiri dari: 1) mengembangkan cetak biru, 2) membuat kesepakatan, 3) mewujudkan rencana yang telah disepakati, 4) mengirimkan cetak biru ke rumah klien. Perawat memulai mengembangkan suatu cetak biru kehidupan klien/keluarga setelah pulang. Perawat diharapkan untuk membuat persetujuan dengan klien/keluarga tentang perencanaan pulang. Aktifitas perencanaan pulang secara rinci didasarkan pada kehidupan sehari-hari klien/keluarga, dan rencana yang dibuat dalam rentang yang dapat diterima oleh klien.

2.3 Proses Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien (Potter & Perry, 2005). Pengkajian dalam bentuk *Checklist discharge planning* rumah sakit telah dikembangkan oleh *British Columbia Schizophrenia Society* (*British Columbia Schizophrenia Society*, 2007). Format *Checklist discharge planning* rumah sakit ini mengkaji tentang

pengobatan, tempat tinggal, tindak lanjut kesehatan mental, aktivitas sehari-hari, tindak lanjut *medical care*, kebutuhan khusus, dan komentar tambahan.

Pengkajian perencanaan pulang juga telah dikembangkan oleh *Management and Network Services* (MNS, 2011). Pengkajian perencanaan pulang ini menggambarkan tentang nama, tanggal, tempat tinggal, data pengasuh, keluarga pendukung, kebutuhan transportasi, aktivitas, status mental, keamanan, keuangan, dan tindak lanjut.

Pengkajian perencanaan pulang yang dikembangkan oleh Nursalam (2001) mendeskripsikan tentang dengan siapa pasien tinggal, keinginan untuk tinggal setelah pulang, pelayanan kesehatan yang digunakan sebelum dari rumah sakit, transportasi yang digunakan saat pulang, antisipasi keuangan setelah pulang, perawatan diri dan bantuan yang diperlukan setelah pulang.

CMS (2008) mengembangkan format pengkajian dalam bentuk checklist yang diperuntukkan bagi pasien dan pengasuh dalam rangka perencanaan pulang pada klien yang akan meninggalkan rumah sakit, panti jompo, atau perawatan kesehatan lainnya. Petugas kesehatan akan bekerja dengan klien untuk merencanakan pemulangan klien. Klien dan pengasuh klien adalah anggota penting dari tim perencanaan. Format ini berfokus pada hal-hal sebagai berikut yaitu dimana pasien pulang, siapa yang merawat, kondisi pasien, masalah pasien dan cara mengatasinya, pengetahuan tentang obat, penggunaan bahan dan peralatan medis, kebutuhan sehari-hari, cara mengatasi penyakit, cara menghubungi dan minta bantuan petugas kesehatan, kapan kunjungan untuk kontrol, daftar obat-obatan, ringkasan status pasien, nama-nama lembaga yang dapat membantu pasien, serta siapa yang menanggung biaya pengobatan.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah interpretasi ilmiah atas data hasil pengkajian yang digunakan oleh perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi dan evaluasi (Lunney dalam NANDA International, 2009). Menurut Doenges,

Moorhouse, dan Geissler (2000), diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis pada respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (NANDA, 1990 dalam Carpenito, 2009).

Pernyataan yang dikembangkan oleh Scroggins, dalam NANDA International (2009), diagnosa keperawatan yang aktual harus mempunyai minimal tentang label atau judul diagnosa, definisi karakteristik, faktor resiko, dan faktor-faktor yang berhubungan, yang didukung dengan referensi-referensi dan contoh-contoh yang sesuai dengan intervensi dan kriteria hasil. Diagnosa keperawatan mengandung dimensi respon manusia yang mempunyai 7 aksis taksonomi. Tujuh aksis taksonomi tersebut adalah:

2.3.2.1 Aksis I tentang konsep diagnosis

2.3.2.2 Aksis II tentang subyek diagnosa

2.3.2.3 Aksis III tentang penilaian

2.3.2.4 Aksis IV tentang lokasi

2.3.2.5 Aksis V tentang usia

2.3.2.6 Aksis VI tentang waktu

2.3.2.7 Aksis VI tentang status diagnosis

Contoh dianosa keperawatan NANDA-I 2009-2011 adalah sebagai berikut yaitu ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan, ketidakefektifan manajemen kesehatan diri, hambatan pemeliharaan rumah, ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga, defisiensi aktifitas pengalih, gaya hidup kurang gerak, hambatan mobilitas fisik, hambatan mobilitas berkursi roda, hambatan kemampuan berpindah, hambatan berjalan, keletihan, intoleransi aktifitas, defisit perawatan diri: mandi, defisit perawatan diri: berpakaian, defisit perawatan diri: makan, defisit perawatan diri: eliminasi, keluyuran, sindrom gangguan interpretasi lingkungan, gangguan sensori persepsi, defisiensi pengetahuan, ketidakefektifan perencanaan aktifitas, ketegangan peran pemberi asuhan, ketidakefektifan

perlindungan, risiko bunuh diri, isolasi sosial, dan sebagainya (NANDA International, 2009).

Carpenito (2009) menyatakan bahwa yang termasuk standar perencanaan pulang adalah pengajaran yang dibutuhkan pada klien dengan kondisi medik dan pembedahan tertentu. Standar perawatan biasanya ditujukan pada dua diagnosa yang berisi tentang: resiko ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik dan resiko kelemahan manajemen pemeliharaan di rumah.

2.3.3 Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah kategori perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Potter & Perry, 2005). Menurut *Departement of Veterans' Affairs* (2005) bahwa perencanaan pemulangan melibatkan proses yang kompleks dan suatu siklus yang cepat. Proses perencanaan pemulangan tersebut adalah:

2.3.3.1 Data kebutuhan pasien dalam konteks keberadaan pasien di masyarakat.

2.3.3.2 Identifikasi *stakeholders* kunci dalam pemulangan pasien dan libatkan mereka dalam perencanaan pemulangan.

2.3.3.3 Rumusan perencanaan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

2.3.3.4 Mencocokkan kebutuhan seseorang dengan pendukung dan pelayanan yang tersedia di masyarakat.

2.3.3.5 Mengembangkan dan mengimplementasikan perencanaan pemulangan yang dapat dicapai.

Mengevaluasi apakah perencanaan telah sesuai dengan dampak yang diinginkan, jika tidak, revisi dan implementasikan kembali perencanaan.

2.3.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2005).

2.3.4.1 Pendidikan pasien dalam perencanaan pulang.

Pengajaran pada klien, keluarga, dan pemberi pelayanan lain merupakan tanggung jawab bagi seluruh anggota tim kesehatan. Perawat mempunyai tanggung jawab utama untuk memberikan perintah pada klien tentang sifat masalah kesehatan, hal-hal yang harus dihindari, penggunaan obat-obat di rumah, jenis komplikasi dan sumber bantuan yang tersedia (Potter & Perry, 2005). Tujuan dari pengajaran ini adalah untuk memberikan pengetahuan dan ketrampilan yang penting kepada klien dan pemberi pelayanan untuk memenuhi kebutuhan perawatan berkelanjutan. Orang pendukung yang akan membantu klien di rumah perlu diidentifikasi oleh perawat.

Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa klien yang masuk ke rumah sakit untuk waktu kurang dari 23 jam harus menerima pendidikan atau diberi instruksi tentang masalah prioritas sebelum mereka pulang ke rumah masing-masing. Ini adalah suatu tantangan bagi perawat untuk memberikan pendidikan kepada klien yang efektif dalam rentang waktu yang terbatas.

Pasien dan keluarga yang akan pulang dari rumah sakit diberi penyuluhan kesehatan untuk membekali mereka tentang perawatan dan hal-hal yang harus diperhatikan oleh pasien. WHO (2005) menyatakan bahwa prinsip dasar penyuluhan pasien yang baik adalah sebagai berikut:

- a. Menjadwalkan pendidikan klien ketika klien sadar dan berminat terhadap pembelajaran.
- b. Memulai dengan bahan pembelajaran yang paling ingin pasien ketahui atau minati.
- c. Memulai dengan informasi yang paling sederhana atau mudah dimengerti, kemudian baru memberikan informasi pada pasien tentang hal-hal yang lebih rumit atau kompleks.
- d. Menggunakan kata-kata atau bahasa yang jelas, umum, bukan kata-kata atau istilah medis.
- e. Menghentikan penyuluhan apabila pasien kelihatan bingung dan tanyakan apakah pasien memahami.

- f. Mengulangi informasi yang telah diberikan bila diperlukan, atau katakan dalam kata-kata yang berbeda sampai pasien memahami penjelasan perawat.
- g. Memberi kesempatan pada pasien untuk berpendapat dan mengajukan pertanyaan dan untuk menunjukkan informasi mana yang sudah diketahui.
- h. Meminta untuk melakukan demonstrasi ulang prosedur yang perlu dilakukan pasien.
- i. Memberi kesempatan anggota keluarga untuk mengajukan pertanyaan dan pastikan bahwa mereka memahami apa yang perlu dilakukan.
- j. Menggunakan media atau gambar dalam penyuluhan dan berikan makalah sederhana atau leaflet dengan bahasa yang mudah dimengerti dan dipahami oleh pasien.
- k. Memberikan jawaban yang jelas untuk pertanyaan dan berikan senyaman dan setenang mungkin, tanpa mengatakan bahwa ada yang tidak benar.

JCHO (1995, dalam Potter dan Perry, 2005) telah menetapkan standar minimum untuk informasi yang harus diberikan kepada klien dan keluarganya. Berikut adalah standar untuk informasi yang diberikan kepada klien dan keluarganya yaitu:

- a. Klien atau keluarga diberi pendidikan yang dapat meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan perilaku yang diperlukan untuk memberikan keuntungan penuh dari intervensi kesehatan yang dilakukan oleh lembaga.
- b. Organisasi merencanakan dan mendorong pengawasan dan koordinasi aktivitas dan sumber pendidikan klien/keluarga.
- c. Klien/keluarga mengetahui kebutuhan belajar mereka, kemampuan dan kesiapan untuk belajar.
- d. Proses pendidikan klien/keluarga bersifat interdisiplin sesuai dengan rencana asuhan keperawatan.
- e. Klien/keluarga mendapat pendidikan yang spesifik sesuai dengan hasil pengkajian, kemampuan dan kesiapannya. Pendidikan kesehatan meliputi pemberian obat-obatan, penggunaan alat medis, pemahaman tentang interaksi makanan/obat dan modifikasi makanan, rehabilitasi, serta bagaimana melakukan pengobatan selanjutnya.

- f. Informasi mengenai instruksi pulang yang diberikan kepada klien/keluarga diberikan oleh pihak institusi atau individu tertentu yang bertanggung jawab terhadap kesinambungan perawatan klien.

2.3.4.2 Persiapan pemulangan pasien

Persiapan pemulangan pasien dari rumah sakit kembali ke rumah sangat diperlukan oleh pasien. Berikut adalah hal-hal yang perlu dipersiapkan untuk pemulangan pasien (WHO, 2005):

- a. Meminta pasien untuk mengundang orang yang memberi perawatan di rumah untuk datang ke rumah sakit sehingga perawat dapat berkoordinasi dengan orang yang memberi perawatan pasien di rumah tersebut.
- b. Mengajarkan pasien dan anggota keluarga mengenai cara menangani perawatan di rumah. Perawat harus memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami tentang masalah yang mereka hadapi. Memberitahu pasien dan keluarga kemungkinan yang akan terjadi dan kapan mereka diharapkan akan sembuh total. Memberitahu mereka bagaimana mengenali kemungkinan masalah, dan apa yang dilakukan bila mereka melihat tanda-tanda masalah tersebut. Menurut Potter & Perry (2005) bahwa pendidikan klien dan keluarga dilakukan sesegera mungkin setelah klien dirawat di rumah sakit, pendidikan yang diberikan misalnya tanda dan gejala komplikasi, informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan peralatan medis dan lanjutan, diet, latihan dan hal-hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit yang dialami klien. Klien dapat diberikan pamflet atau buku.
- c. Memberi tahu pasien dan keluarga tentang apa yang dapat dilakukan dan apa yang tidak dapat dilakukan oleh pasien.
- d. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga hal-hal yang perlu mereka lakukan untuk membuat tempat tinggal lebih aman dan lebih mudah untuk pasien. Menurut Potter dan Perry (2005), persiapan sebelum pulang dianjurkan tentang cara-cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi.
- e. Memberi tahu pasien dan keluarga tentang medikasi yang perlu digunakan pasien. Pastikan bahwa mereka memahami kapan meminumnya atau

memakainya dan seberapa banyak. Pastikan bahwa pasien dan keluarga memahami berapa lama waktu yang diperlukan untuk minum obat.

- f. Mendiskusikan perlunya cairan dan diet nutrisi yang adekuat.
- g. Menginstruksikan dengan jelas pada pasien dan keluarga untuk mengatasi nyeri pada pasien.
- h. Memberi pasien bahan dan alat-alat yang diperlukan atau berikan instruksi tentang cara mendapatkan hal-hal yang diperlukan. Beri tahu pasien tentang hal-hal yang harus dilakukan.
- i. Mengajarkan keluarga tentang bagaimana mengatur atau mengelola pasien di tempat tidur, memiringkan dan membantu pasien berpindah dari tempat tidur ke kursi, apabila pasien harus menjalani tirah baring.
- j. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga tentang ramuan buatan rumah dan pemakaian obat-obat tradisional.
- k. Membuat rujukan sebelum meninggalkan rumah sakit, apabila pasien perlu menjalani perawatan lanjutan di rumah. Menurut Potter dan Perry (2005), memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada klien dan keluarga juga perlu dilakukan, karena sumber-sumber di masyarakat biasanya memberikan pelayanan yang tidak dapat dipenuhi oleh klien dan keluarga.

Klien yang akan meninggalkan rumah sakit dan kembali ke rumah perlu untuk persiapan dan pertimbangan-pertimbangan tertentu. Hal-hal berikut adalah yang harus diperhatikan ketika pasien meninggalkan rumah sakit adalah (WHO, 2005) :

- a. Menekankan informasi yang telah diberikan sebelumnya dan program dokter untuk medikasi, tindakan atau peralatan khusus.
- b. Menekankan perjanjian rujukan sehingga pasien jelas tentang hal-hal yang harus dilakukan.
- c. Memastikan pasien dan keluarga memahami keterbatasan pasien, berapa lama keterbatasan ini berlangsung, bagaimana mengidentifikasi tanda dan gejala yang perlu diwaspadai dan tindakan untuk membantu proses pemulihan.
- d. Memotivasi pasien dan keluarga untuk memeriksa kembali ke rumah sakit bila kondisi tidak ada perkembangan ataupun menjadi memburuk.

- e. Memotivasi untuk kembali ke kehidupan dan perannya secara normal seperti ketika belum sakit, apabila sudah pulih dari penyakitnya.

Selain prosedur perencanaan pulang, prosedur untuk hari kepulangan klien juga perlu untuk diterapkan. Prosedur pada hari kepulangan klien adalah sebagai berikut (Potter dan Perry, 2005) yaitu:

- a. Membiarkan klien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah.
- b. Memeriksa perintah pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan.
- c. Menentukan apakah klien atau keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah.
- d. Menawarkan bantuan ketika klien berpakaian dan mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi bila diperlukan.
- e. Memeriksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang klien yang masih tertinggal. Carilah salinan daftar barang-barang berharga milik klien yang telah ditandatangani dan minta satpam atau administrator yang tepat untuk mengembalikan barang-barang berharga tersebut kepada klien. Hitung semua barang-barang berharga yang ada.
- f. Memberikan klien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya.
- g. Menghubungi bagian keuangan untuk menentukan apakah klien masih perlu membayar sisa tagihan biaya. Atur klien dan keluarga untuk ke bagian keuangan tersebut.
- h. Menggunakan alat pengangkut barang untuk membawa barang-barang klien. Berikan kursi roda untuk klien yang tidak bisa berjalan sendiri. Klien yang meninggalkan rumah sakit dengan mobil ambulans akan dipindahkan dengan kereta dorong ambulans.
- i. Membantu klien pindah ke kursi roda atau kereta dorong dengan menggunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar. Iringi klien masuk ke dalam alat transportasi.

- j. Mengunci roda kursi roda. Bantu klien pindah ke mobil atau alat transportasi lain. Bantu keluarga memindahkan barang ke dalam kendaraan.
- k. Mengembalikan ke unit dan beritahukan bagian penerimaan atau bagian lain yang berwenang mengenai pemulangan klien.
- l. Mencatat pemulangan klien pada format ringkasan pulang.
- m. Mendokumentasikan status masalah kesehatan saat klien pulang.

2.3.5 Evaluasi

Audit praktek pemulangan yang akan terjadi sebagai bagian dari pelaksanaan perencanaan pulang. Audit atau evaluasi tersebut diperiksa dalam satu tahun dari persetujuan atau sebelumnya jika diperlukan. Audit dari gambaran dan pengalaman staf akan menginformasikan setiap perubahan yang diperlukan (Boyd, et al. 2009).

Format ringkasan perencanaan pulang telah dikembangkan oleh *Departement of Veterans' Affairs* (2005). Ringkasan perencanaan pulang mendokumentasikan tentang nomor register, nama, tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal masuk, ruang, tanggal keluar, alamat, nomor telepon, pemberitahuan tentang pemindahan, agama, bahasa yang digunakan, dimana tujuan pulang, diagnosa, prosedur, komplikasi, riwayat masa lalu, alergi, dan ringkasan kondisi saat pemindahan. Ringkasan kondisi saat pemindahan yaitu menjelaskan tentang nutrisi, kulit, mobilitas dan alat bantu, gastrointestinal, penglihatan, pendengaran, perkemihan, status orientasi, berat badan, riwayat merokok, dan manajemen keperawatan.

2.3.6 Dokumentasi

Menurut Boyd, et al. (2009) pendokumentasian perencanaan pulang harus didokumentasikan dalam catatan kesehatan, ditinjau dan diperbarui setiap hari dalam merespon perubahan kebutuhan. Dianjurkan untuk menggunakan formulir yang terkait dengan pemulangan. Perkiraan lama tinggal di rumah sakit harus dicatat dalam catatan kesehatan pasien. Rujukan internal yang relevan (ahli diagnostik, pemberi pelayanan kesehatan dan sosial, perawat spesialis) harus dibuat pada formulir standar rujukan untuk anggota tim multidisiplin yang

berbeda. Rujukan harus didokumentasikan pada formulir perencanaan pulang dalam catatan kesehatan pasien dalam waktu 24 jam dari rujukan. Kemajuan perencanaan pulang harus dikomunikasikan pada timbang terima pasien. Komunikasi dengan pasien, keluarga/pengasuh dan pemberi pelayanan lain harus secara jelas didokumentasikan dalam catatan kesehatan pasien. *Checklist* pemulangan harus dilengkapi oleh perawat dalam waktu 24 jam sebelum pemulangan. Catatan pada bagian komunikasi tentang transfer/pemulangan pada perencanaan pemulangan harus diisi oleh perawat/bidan yang merawat pasien dan ditandatangani oleh perawat yang bertugas pada hari pemulangan. Setiap profesional perawatan kesehatan memiliki tanggung jawab individual untuk menjaga catatan mereka. Dimanapun kekurangan dalam dokumentasi selalu ada dalam sebuah organisasi/pelayanan, pengembangan dokumen yang sesuai harus dikonsultasikan dengan layanan yang relevan dan pasien.

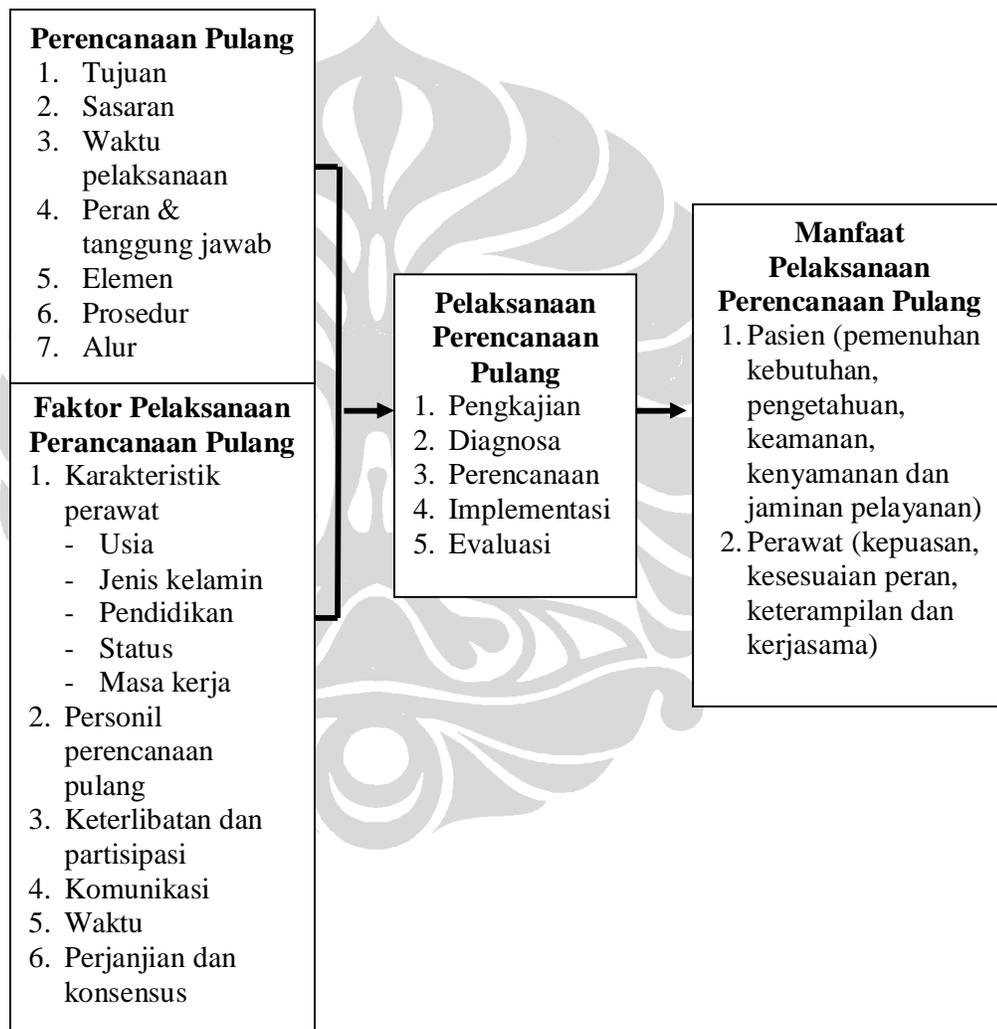
2.4 Kerangka Teori

Kerangka teori pada penelitian ini berdasarkan teori-teori perencanaan pulang untuk pasien dari rumah sakit yang dilakukan oleh perawat. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang adalah karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus. Karakteristik perawat terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dan masa kerja (Gibson, 1996; Riani, 2011; Robbins, 2006; Sopiah, 2008; Tomey, 2003). Karakteristik perawat tentang pendidikan (Ilyas, 2002; Siagian, 2006). Faktor personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus berdasarkan teori dari Poglitsch, Emery, dan Darragh (2011).

Pelaksanaan perencanaan pulang yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pengkajian *discharge planning* berdasarkan pada teori dari *British Columbia Schizophrenia Society* (2007), MNS (2011), Nursalam (2001), dan CMS (2008). Diagnosa keperawatan berdasarkan pada teori NANDA (2009). Perencanaan *discharge planning* berdasarkan pada teori *Departement of Veterans' Affairs* (2005). Implementasi *discharge planning*

berdasarkan pada teori Potter & Perry (2005), WHO (2005) dan *Departement of Veterans' Affairs* (2005). Evaluasi *discharge planning* berdasarkan pada Boyd (2009). Dokumentasi *discharge planning* berdasarkan pada Boyd (2009). Pelaksanaan perencanaan pulang bermanfaat untuk pasien (NCSS, 2006; Pemila, 2009) dan perawat (Pemila, 2009).

Skema 2.2 Kerangka Teori



Sumber: Dikembangkan dari Gibson (1996), Robbins (2006), Tomey (2003), Ilyas (2002), Siagian (2006), Poglitsch, Emery & Darragh (2011), MNS (2011), Nursalam (2001), Heldman (2009), CMS (2008), NCSS (2006)

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan suatu ide atau gagasan yang dinyatakan dalam simbol atau kata, yang terdiri atas variabel bebas (*independent*) dan variabel terikat (*dependent*). Hipotesis merupakan penghubung antara variabel, juga merupakan jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian. Penelitian memerlukan proses konseptualisasi untuk menunjukkan secara tepat tentang apa yang dimaksudkan dalam penggunaan suatu istilah tertentu yang sering disebut definisi operasional.

3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan literatur diketahui bahwa perencanaan pulang (*discharge planning*) merupakan bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang adalah karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus.

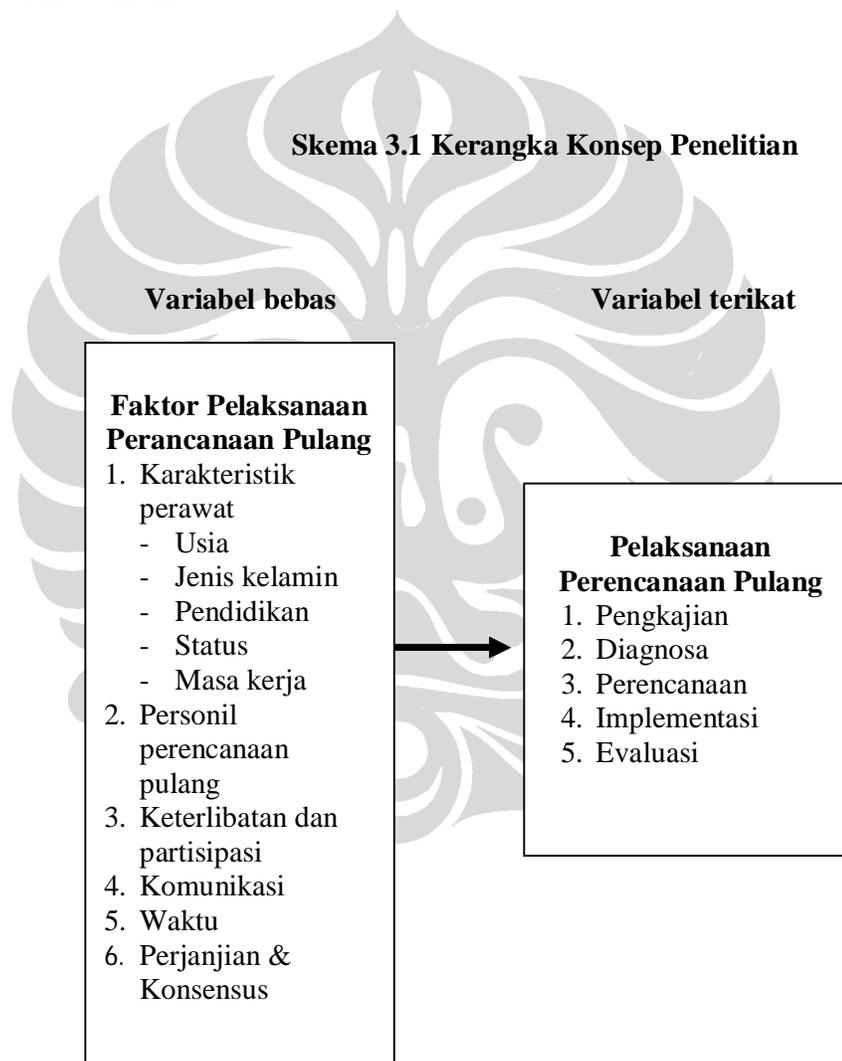
Variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.1.1 Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang adalah karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus yang berpengaruh terhadap pelaksanaan perencanaan pulang pada pasien di rumah sakit. Penelitian ini dibagi menjadi 6 variabel, meliputi karakteristik perawat yang terdiri dari 5 sub variabel (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja), personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus.

3.1.2 Variabel terikat (*dependent*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pelaksanaan perencanaan pulang. Pelaksanaan perencanaan pulang merupakan proses pemberian asuhan keperawatan yang berupa perencanaan pulang pada pasien selama dirawat di rumah sakit. Pada penelitian ini pelaksanaan perencanaan pulang dikelompokkan menjadi 5 sub-variabel, meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.



3.2 Hipotesis Penelitian

- 3.2.1 Ada hubungan antara karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja) dengan pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 3.2.2 Ada hubungan antara faktor personil perencanaan pulang dengan pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 3.2.3 Ada hubungan antara faktor keterlibatan dan partisipasi dengan pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 3.2.4 Ada hubungan antara faktor komunikasi dengan pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 3.2.5 Ada hubungan antara faktor waktu dengan pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 3.2.6 Ada hubungan antara faktor perjanjian dan konsensus dengan pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- 3.2.7 Ada salah satu faktor yang paling berhubungan dengan pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

3.3 Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional merupakan suatu cara untuk memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang akan diukur untuk menentukan metode penelitian yang digunakan dalam analisis data. Definisi operasional penelitian yang berupa definisi operasional variabel bebas dan variabel terikat dapat dilihat pada tabel 3.1, tabel 3.2, dan tabel 3.3.

Tabel 3.1 Definisi operasional variabel bebas karakteristik perawat

N o	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
	Karakteristik perawat	Ciri-ciri perawat yang termasuk umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, dan masa kerja			
1.	Umur	Lama hidup perawat dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuesioner.	Mengisi kuesioner dengan pertanyaan terbuka yaitu umur perawat	<i>Cut of point</i> median 1. 20-39 tahun 2. 40-59 tahun	Ordinal
2.	Jenis kelamin	Karakteristik perawat tentang status seksual yang terdiri dari "laki-laki dan perempuan".	Memilih jawaban yg sesuai dg jenis kelamin perawat	<i>Cut of point</i> median 1. pria 2. wanita	Nominal
3.	Pendidikan	Ijazah formal yang terakhir didapat dan dibuktikan dengan tanda lulus dari institusi pendidikan tersebut.	Memilih jawaban yg sesuai dg tingkat pendidikan perawat	<i>Cut of point</i> median 1. D3 Kep. 2. S1/Ns.	Ordinal
4.	Status perkawinan	Posisi /kedudukan pernikahan yang sekarang dijalani oleh perawat sampai dengan pengambilan data saat ini.	Memilih jawaban yg sesuai dg status perkawinan perawat	<i>Cut of point</i> median 1. tidak menikah 2. menikah 3= janda/ duda	Nominal
5.	Masa kerja	Lamanya waktu pengabdian dalam tahun dimulai saat pertama bekerja di rawat inap rumah sakit sampai dengan pengambilan data dilaksanakan	Memilih jawaban yang sesuai dg masa kerja	<i>Cut of point</i> median 1. 1 - 9 tahun 2. > 9 tahun	Ordinal

Tabel 3.2 Definisi operasional variabel bebas

N o	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Personil perencanaan pulang	Persepsi perawat tentang orang- orang yang berkontribusi dalam perencanaan pulang yaitu perawat, dokter, petugas rehabilitasi, pasien & anggota keluarga	Diukur dengan kuesioner B Skala Guttman pernyataan positif (ya=2, tidak=1) atau negatif (ya=1, tidak=2)	<i>Cut of point</i> median 1. <9 kurang 2. \geq 9 baik	Ordinal
2.	Keterlibatan dan partisipasi	Persepsi perawat dalam memberi kesempatan untuk ikut andil dan mengikutsertakan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lain dalam proses perencanaan pulang	Diukur dengan kuesioner B Skala Guttman pernyataan positif (ya=2, tidak=1) atau negatif (ya=1, tidak=2)	<i>Cut of point</i> median 1. <11 kurang 2. \geq 11 baik	Ordinal
3.	Komunikasi	Persepsi perawat tentang menjalin hubungan dan memberikan informasi kepada klien, keluarga dan tenaga kesehatan lain dalam proses perencanaan pulang	Diukur dengan kuesioner B Skala Guttman pernyataan positif (ya=2, tidak=1), atau negatif (ya=1, tidak=2)	<i>Cut of point</i> median 1. <12 kurang 2. \geq 12 baik	Ordinal
4.	Waktu	Persepsi perawat tentang kendala waktu dalam proses perencanaan pulang	Diukur dengan kuesioner B Skala Guttman pernyataan positif (ya=2, tidak=1), atau negatif (ya=1, tidak=2)	<i>Cut of point</i> median 1. <8 kurang 2. \geq 8 baik	Ordinal
5.	Perjanjian dan konsensus	Persepsi perawat dalam kemufakatan dengan semua anggota tim kesehatan dalam pelaksanaan perencanaan pulang	Diukur dengan kuesioner B Skala Guttman pernyataan positif (ya=2, tidak=1), atau negatif (ya=1, tidak=2)	<i>Cut of point</i> median 1. <11 kurang 2. \geq 11 baik	Ordinal

Tabel 3.3 Definisi operasional variabel terikat

No	Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Pengkajian	Bukti dokumentasi pemberian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi dalam rangka pemulangan pasien Bukti dokumentasi proses pengumpulan data yang terkait dengan perencanaan pulang dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi klien.	Diukur dengan panduan observasi Skala Guttman pernyataan positif (ya=2, tidak=1)	<i>Cut of point</i> median 1. <36 kurang optimal 2. \geq 36 optimal	Ordinal
2.	Diagnosa keperawatan	Bukti dokumentasi rumusan masalah keperawatan pada pasien	Diukur dengan panduan observasi Skala Guttman pernyataan positif (ya=2, tidak=1)	<i>Cut of point</i> median 1. <36 kurang optimal 2. \geq 36 optimal	
3.	Perencanaan	Bukti dokumentasi tujuan dan intervensi pada pasien yang terkait dengan perencanaan pulang			
4.	Implementasi	Bukti dokumentasi tindakan yang telah dilaksanakan yang sesuai dengan rencana yang terkait dengan perencanaan pulang			
5.	Evaluasi	Bukti dokumentasi penilaian perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan yang terkait dengan perencanaan pulang			

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel yang digunakan, serta prosedur penelitian. Prosedur penelitian meliputi tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, pengujian instrumen, prosedur pengumpulan data dan analisa data. Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain korelasi deskriptif (*descriptive correlation*) dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Rancangan penelitian deskriptif korelasi merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan cara mencari hubungan antar variabel (Sastroasmoro & Ismael, 2002). *Cross sectional* bertujuan untuk meneliti hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat yang dilakukan observasi dan diukur sekaligus dalam waktu yang sama (Riyanto, 2011). Menurut Bungin (2010), penelitian *cross sectional* kadangkala tidak menggunakan obyek yang sama serta tidak menggunakan waktu yang sama pula. Menurut Ghazali & Sastromihardjo dalam Sastroasmoro & Ismael (2002), pada penelitian *cross sectional*, tidak semua subyek penelitian harus diperiksa pada hari atau saat yang sama, akan tetapi baik variabel resiko maupun variabel efek dinilai hanya satu kali saja. Penelitian ini menggambarkan analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang di RS Islam Sultan Agung Semarang.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan dari obyek penelitian yang dapat berupa manusia, hewan, tumbuh-tumbuhan, udara, gejala, nilai, peristiwa, sikap hidup dan sebagainya, sehingga obyek-obyek ini dapat menjadi sumber data penelitian (Bungin, 2010). Menurut Sabri (2008) bahwa populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang akan dilakukan. Populasi dalam penelitian ini

adalah seluruh perawat di ruang rawat inap RS Islam Sultan Agung Semarang dengan jumlah perawat 173 orang. Jumlah masing-masing populasi setiap ruang dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi populasi perawat ruang rawat inap RSI Sultan Agung berdasarkan ruang dan tingkat pendidikan bulan Oktober 2010

No	Ruang	Jumlah perawat	Pendidikan	
			D3	S1
1	Baitul Ma'ruf	18	17	1
2	Baitus Syifa	17	16	1
3	Baitul Athfal	14	13	1
4	Baitur Rahman	15	14	1
5	Baitus Salam	15	14	1
6	Baitul Izza	14	14	0
7	Baitur Rijal	14	14	0
8	Baitun Nisa	12	12	0
9	Peristi	10	9	1
10	Anak	15	13	2
11	Mata, THT, syaraf	15	14	1
12	ICU	14	13	1
Jumlah		173	163	10

Sumber: Sumber daya insani RSI Sultan Agung Semarang tahun 2010

Populasi penelitian sebesar 173 orang, maka peneliti menentukan besar sampel menggunakan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2000), karena untuk populasi kecil atau lebih kecil dari 10.000 populasi, dapat menggunakan formula yang lebih sederhana yaitu:

Skema 4.1 Rumus penentuan besar sampel

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan:

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan/ketetapan yang diinginkan

Besar sampel yang diambil berdasarkan rumus adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{173}{1 + 173 (0,05^2)} = 120,8 \text{ orang}$$

Sehingga sampel minimal untuk penelitian ini diperlukan setelah ditambah 10% dari hasil perhitungan besar sampel adalah 133 orang.

4.2.2 Sampel untuk perawat

Sampel adalah sebagian dari populasi yang dinilai/karakteristiknya diukur dan nantinya dipakai untuk menduga karakteristik dari populasi (Sabri, 2008). Kriteria inklusi sampel yaitu perawat yang bekerja di rawat inap, masa kerja minimal 1 tahun dan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Kriteria eksklusi yaitu perawat yang tidak dinas karena sedang cuti, sakit dan sedang mengikuti tugas belajar pada saat pengambilan data.

Teknik pengambilan sampel perawat dalam penelitian ini adalah dengan cara *nonprobability sampling*. Peneliti memilih salah satu metode pengambilan sampel dengan *nonprobability sampling* yaitu *purposive sampling*. Purposive sampling jenuh adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2011). Pengambilan sampel dengan cara ini memungkinkan generalisasi hasil penelitian dengan kesalahan yang sangat kecil. Peneliti mengambil sampel dengan cara datang ke ruang rawat inap pada saat *shift*, kemudian meminta perawat di ruang rawat inap tersebut untuk dijadikan responden.

Proses pengambilan data pada penelitian ini adalah dengan cara membagikan kuesioner sebanyak 173 kuesioner pada perawat di 12 ruang rawat inap. Kuesioner yang kembali didapatkan jumlah sampel sebesar 147 perawat yang memenuhi kriteria penelitian dari jumlah total sampel sebesar 173 orang. Jadi kuesioner yang kembali (*response rate*) adalah 85% dari jumlah total kuesioner yang dibagikan. Sisanya sebanyak 26 orang tidak memenuhi kriteria sampel dengan alasan 4 orang cuti, 1 orang sakit, 2 orang tugas belajar, dan 19 orang

disebabkan masa kerjanya kurang dari satu tahun. Distribusi sampel perawat dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi sampel perawat ruang rawat inap RSI Sultan Agung bulan Juni 2011

No	Ruang	Jumlah perawat
1	Baitul Ma'ruf	15
2	Baitus Syifa	14
3	Baitul Athfal	11
4	Baitur Rahman	12
5	Baitus Salam	13
6	Baitul Izza	12
7	Baitur Rijal	12
8	Baitun Nisa	10
9	Peristi	9
10	Anak	13
11	Mata, THT, syaraf	13
12	ICU	13
Jumlah		147

4.2.3 Sampel dokumentasi pasien

Teknik pengambilan jumlah sampel dokumentasi adalah dengan cara *nonprobability sampling* yaitu *proporsional sampling* (sampel berimbang). *Proporsional sampling* adalah teknik pengambilan sampel dengan berdasarkan pertimbangan jumlah masing-masing kelompok subyek (Idrus, 2009). Pengambilan sampel dengan cara ini memungkinkan dokumen asuhan keperawatan tiap-tiap ruangan dapat diambil secara proporsional, sehingga sampel mewakili populasi di tiap-tiap ruangan.

Kriteria inklusi sampel dokumentasi pasien adalah dokumentasi asuhan keperawatan pasien di rawat inap yang masuk bagian rekam medik dan dokumentasi asuhan keperawatan pada 2 bulan terakhir. Sampel dokumen pada penelitian ini diambil pada dokumen asuhan keperawatan atau rekam medik pasien yang telah pulang. Dokumen tersebut dilihat atau diobservasi pada catatan perawat dalam melaksanakan perencanaan pulang pada pasien. Pengambilan

sampel penelitian dengan cara datang ke bagian rekam medik, kemudian mengambil dokumen asuhan keperawatan pada bulan Mei dan Juni 2011 yang sesuai dengan kriteria inklusi. Sampel yang diambil adalah dokumen yang ditemukan oleh peneliti dari masing-masing ruang rawat inap. Peneliti mengambil dokumen pada bulan Mei dan Juni secara *accidental sampling* sampai jumlah proporsi tiap ruangan terpenuhi. Pengambilan sampel dokumentasi berdasarkan pada proporsi dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi proporsi sampel dokumentasi asuhan keperawatan ruang rawat inap RSI Sultan Agung bulan Juni 2011

No	Ruang	Jumlah perawat
1	Baitul Ma'ruf	15
2	Baitus Syifa	14
3	Baitul Athfal	11
4	Baitur Rahman	12
5	Baitus Salam	13
6	Baitul Izza	12
7	Baitur Rijal	12
8	Baitun Nisa	10
9	Peristi	9
10	Anak	13
11	Mata, THT, syaraf	13
12	ICU	13
Jumlah		147

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Pemilihan RS Islam Sultan Agung Semarang sebagai tempat penelitian adalah saat ini RS Islam Sultan Agung Semarang telah ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan, sehingga rumah sakit terus-menerus berusaha untuk mengembangkan program dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Penelitian ini juga merupakan upaya tindak lanjut dari residensi mahasiswa Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan FIK UI. Selain itu, penelitian ini termasuk bentuk evaluasi terhadap SK Direktur Rumah Sakit No. 380/PER/RSI-SA/I/2009 tentang perencanaan pulang. SK Direktur tentang perencanaan pulang berisi tentang tugas perawat

dalam pendidikan kesehatan/perawatan di rumah yang dilakukan oleh perawat, saran tentang diet yang dianjurkan, obat-obatan yang diteruskan dan yang diserahkan.

Peneliti menggunakan ruang rawat inap karena pelaksanaan perencanaan pulang pada pasien dilakukan di ruang rawat inap. Peneliti berkeinginan bahwa hasil penelitian ini menjadi data awal bagi bidang keperawatan RS Islam Sultan Agung Semarang dalam upaya peningkatan penerapan perencanaan pulang sesuai dengan konsep yang telah dikembangkan.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan dari pembimbing, ijin penelitian dari Dekan FIK UI dan Direktur RSI Sultan Agung, dan telah lolos kaji etik dari komisi etik FIK UI. Waktu penelitian ini dimulai dengan melakukan uji coba kuesioner yang dilakukan pada 6 – 9 Juni 2011 di Rumah Sakit Panti Wilasa Semarang. Selanjutnya pelaksanaan penelitian pada tanggal 17 sampai dengan 20 Juni 2011 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

4.5 Etika Penelitian

Penelitian dilakukan setelah memperoleh ijin penelitian dari Direktur RS Islam Sultan Agung Semarang. Penelitian dilaksanakan setelah memperoleh persetujuan dari pembimbing tesis FIK UI dan lolos kaji etik dari komisi etik FIK UI. Penelitian diawali dengan pelaksanaan kaji etik penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan surat keterangan lolos kaji etik. Selanjutnya surat lolos kaji etik tersebut digunakan oleh peneliti sebagai lampiran dalam pengajuan ijin ke Direktur RS Islam Sultan Agung Semarang. Menurut Polit, Beck dan Hungler (2001) bahwa responden yang berpartisipasi dalam penelitian harus dilindungi dengan etika penelitian, dengan memperhatikan prinsip *beneficence*, *respect for human dignity*, dan *justice*.

4.5.1 Prinsip *beneficence*

Prinsip *beneficence* berarti bahwa penelitian yang dilakukan berdampak positif terhadap perawat baik secara langsung maupun tidak langsung. Peneliti memberikan penjelasan kepada perawat bahwa penelitian tidak berdampak negatif bagi perawat. Prinsip ini juga bebas dari hal yang merugikan atau membahayakan dan atau menimbulkan risiko terhadap perawat. Perlindungan fisik dan psikis dari perawat terjamin. Peneliti meminta perawat untuk mengisi kuesioner, sehingga tidak ada risiko yang terjadi pada fisik dan psikis.

4.5.2 Prinsip *respect for human dignity*

Prinsip ini peneliti menghargai harkat dan martabat manusia yang termasuk hak untuk menentukan diri sendiri (*right to self determination*). *Right to self determination* artinya bahwa perawat dalam penelitian ini boleh menentukan apakah ia ikut berpartisipasi pada penelitian ini atau tidak dan apabila sewaktu-waktu perawat berhenti terlibat dalam penelitian ini, maka peneliti tidak melakukan pemaksaan. Prinsip ini didasari dengan pemberian *informed consent* kepada perawat sebagai subyek penelitian. *Informed consent* berarti bahwa perawat harus diberikan informasi yang adekuat tentang penelitian yang dilakukan. Implikasi pada prinsip ini adalah peneliti memberikan penjelasan kepada perawat tentang tujuan, manfaat dan dampak penelitian.

4.5.3 Prinsip *justice*

Prinsip *justice* ini menekankan bahwa peneliti memperlakukan perawat secara adil. Termasuk pada prinsip ini adalah hak untuk dijaga *privacy* perawat. Bentuk implikasi dari prinsip *justice* adalah setiap perawat yang terlibat dalam penelitian ini diperlakukan dengan baik, adil, benar dan pantas. Peneliti dalam menjaga *privacy* perawat adalah dengan memberikan jaminan untuk tidak mengganggu atau terlalu ikut campur pada *privacy* perawat. Untuk menjaga *privacy* perawat maka peneliti menerapkan prinsip *anonimity*. Implikasi prinsip ini adalah dengan menjaga kerahasiaan data-data dan informasi yang didapat dari perawat. Kerahasiaan nama perawat dijaga dengan cara menggunakan pengkodean pada

kuesioner yang diisi oleh perawat yaitu dengan memberi kode R1, R2, R3, dan seterusnya.

4.6 Alat Pengumpul Data Penelitian

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah kuesioner dan panduan observasi. Kuesioner diklasifikasikan menjadi 2 kategori, yaitu kuesioner A untuk faktor karakteristik perawat dan kuesioner B untuk faktor-faktor pelaksanaan perencanaan pulang. Panduan observasi untuk mengobservasi dokumentasi asuhan keperawatan khusus pada pelaksanaan perencanaan pulang.

4.6.1 Kuesioner A

Kuesioner A merupakan kuesioner tentang faktor karakteristik perawat yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, dan lama kerja. Hasil pengumpulan data untuk variabel umur dikategorikan menjadi dewasa muda (20-39 tahun) dan dewasa madya (40-59 tahun). Variabel jenis kelamin dikategorikan menjadi pria dan wanita. Variabel pendidikan dikategorikan menjadi D3 keperawatan dan S1 keperawatan. Variabel status perkawinan dikategorikan menjadi tidak menikah, menikah, dan janda atau duda. Variabel lama kerja dikategorikan menjadi 1-9 tahun dan lebih dari 9 tahun. Cara pengisian kuesioner ini dilakukan oleh perawat sendiri dengan memberi tanda *check list* (√) atau menjawab pertanyaan terbuka dengan mengisi dengan isian singkat.

4.6.2 Kuesioner B

Kuesioner B merupakan kuesioner faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Kuesioner ini dikembangkan berdasarkan teori dari Poglitsch, Emery & Darragh (2011); NCSS (2006); Moran, et al. (2005); Tomura et al. (2011). Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang meliputi personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus. Tabel berikut adalah kisi-kisi kuesioner faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang.

Tabel 4.4 Kisi-kisi kuesioner faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang

No	Subvariabel	Positif	Negatif	Jumlah
1	Personil perencanaan pulang	1,3,4	2,5	5
2	Keterlibatan & partisipasi	6,8	7,9,10,11	6
3	Komunikasi	12,14,17	13,15,16	6
4	Waktu	21	18,19,20	4
5	Perjanjian & konsensus	22,25	23,24,26,27	6
Jumlah		11	16	27

Kuesioner ini berisi 27 pernyataan. Skala ukur yang digunakan adalah skala Guttman dengan kriteria untuk pernyataan positif “Ya” (nilai 2, jika pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi yang dialami perawat saat ini) dan “Tidak” (nilai 1, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat saat ini). Pernyataan negatif “Ya” (nilai 1, jika pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi yang dialami perawat saat ini) dan “Tidak” (nilai 2, jika pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami perawat saat ini)

4.6.3 Panduan observasi

Panduan observasi ini merupakan panduan observasi tentang pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat yang berupa dokumentasi asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Panduan observasi ini dikembangkan dari Depkes RI (2005) tentang instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, dan NCSS (2006) yaitu *checklist* tentang perencanaan keperawatan dan *checklist* tentang perencanaan pulang.

Panduan observasi pelaksanaan perencanaan pulang terdiri dari 33 item observasi. Panduan observasi ini diisi oleh peneliti sendiri. Skala ukur yang digunakan adalah skala Guttman dengan kriteria untuk pernyataan “Ya” (nilai 2, jika kegiatan didokumentasikan atau dilaksanakan oleh perawat) dan “Tidak” (nilai 1, jika kegiatan tidak didokumentasikan atau tidak dilaksanakan oleh perawat).

4.7 Pengujian Instrumen

Karakteristik instrumen dan pengukuran yang sangat penting adalah reliabilitas dan validitas. Kedua karakteristik ini harus selalu diperhitungkan dalam setiap proses pengukuran. Instrumen yang valid dan reliabel merupakan syarat mutlak untuk mendapatkan hasil yang tepat dan akurat.

Peneliti melakukan uji coba terhadap instrumen penelitian yang mengukur variabel pada perawat RS Panti Wilasa Semarang sebelum menggunakannya dalam penelitian. Perawat di RS ini memiliki karakteristik yang sama dengan RS Islam Sultan Agung Semarang, karena RS Panti Wilasa dengan RS Islam Sultan Agung mempunyai kesamaan yaitu tipe C, rumah sakit swasta dan letak geografis yang sama.

4.7.1 Uji validitas

Validitas merupakan ketepatan dan kecermatan pengukuran. Instrumen yang valid berarti alat ukur yang digunakan untuk mendapatkan data, mengukur apa yang seharusnya diukur (Sugiyono, 2007). Uji validitas yang digunakan peneliti adalah uji korelasi *Pearson product moment*, yaitu melakukan korelasi antara skor masing-masing item dengan skor totalnya dengan signifikansi 0,05. Responden uji coba kuesioner sebanyak 30 perawat, maka nilai r tabel adalah 0,361. Pengukuran setiap item pernyataan dengan membandingkan r hitung dengan r tabel. Pernyataan yang dinyatakan valid jika r hitung $\geq r$ tabel (0,361).

Hasil uji validitas kuesioner yang pertama mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada 30 perawat di Rumah Sakit Panti Wilasa Semarang terdapat 10 pernyataan yang valid (yaitu no. 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 24, 25, 27) dan 17 pernyataan yang tidak valid (yaitu no. 1, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26) dan diperoleh nilai r hitung 0,094 – 0,670 dengan r tabel 0,361 pada df 28. Selanjutnya untuk pernyataan yang tidak valid diperbaiki dan diujikan kembali. Hasil uji validitas kuesioner yang kedua pada perawat berbeda dengan uji validitas yang pertama di Rumah Sakit Panti

Wilasa Semarang didapatkan hasil 27 pernyataan valid semua dengan nilai r hitung 0,388 – 0,591 dengan r tabel 0,361 pada df 28.

Hasil uji validitas pada penelitian pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dilakukan dengan responden sejumlah 147 perawat. Menurut Sugiyono (2011), r tabel untuk sampel 125 pada α 5% adalah 0,176, dan r tabel untuk sampel 150 pada α 5% adalah 0,159, maka kalau sampel 147 berarti r tabel adalah 0,176 ditambah 0,159 dibagi dua yaitu 0,167. Jadi r tabel untuk sampel 147 adalah 0,167. Hasil uji validitas penelitian ini didapatkan hasil dari 27 pernyataan dinyatakan valid semua, karena r hitung lebih besar dari r tabel, yaitu nilai r hitung 0,239 – 0,560 dengan r tabel 0,167 pada df 147.

4.7.2 Uji reliabilitas

Reliabilitas adalah kestabilan pengukuran instrumen dikatakan reliabel jika instrumen tersebut memiliki sifat konstan, stabil dan tepat (Riyanto, 2011). Uji ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan alat ukur yang sama. Uji reliabilitas yang dilakukan pada penelitian ini adalah uji Cronbach's alpha. Untuk mengetahui reliabilitas caranya adalah dengan membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Uji reliabilitas ini sebagai nilai r hasil adalah nilai Alpha (Hastono, 2007; Sugiyono, 2007). Pada uji ini nilai hasil adalah nilai *alpha cronbach*. Jika $\alpha \geq 0,6$ artinya variabel reliabel, tetapi bila $< 0,6$, artinya variabel tidak reliabel (Hastono, 2007).

Hasil uji reliabilitas diperoleh alpha Cronbach kuesioner faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Panti Wilasa Semarang sebesar 0,906, karena alpha Cronbach hitung lebih besar dari 0,6 maka dapat disimpulkan bahwa kuesioner ini adalah reliabel. Hasil uji reliabilitas kuesioner penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang adalah alpha Cronbach 0,843, karena alpha Cronbach hitung

lebih besar dari 0,6 maka dapat disimpulkan bahwa kuesioner penelitian ini adalah reliabel.

4.8 Pelaksanaan Pengumpulan Data

Pengambilan data dilaksanakan pada 17 sampai 20 Juni 2011. Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

4.8.1 Pelaksanaan prosedur administratif

4.8.1.1 Mendapatkan surat lolos kaji etik kepada komite etik penelitian FIK UI (lampiran 6).

4.8.1.2 Mendapatkan ijin penelitian yang dibuat oleh Dekan FIK UI melalui koordinasi dengan pembimbing dan Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan kepada Direktur RS Islam Sultan Agung Semarang.

4.8.1.3 Mendapatkan ijin uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian di RS Panti Wilasa Semarang.

4.8.1.4 Menyiapkan kelengkapan data dan instrumen penelitian.

4.8.2 Pelaksanaan pengumpulan data perawat

Pengambilan data dengan kuesioner pada perawat dilaksanakan tanggal 17 sampai dengan 20 Juni 2011. Pelaksanaan pengambilan data perawat adalah sebagai berikut:

4.8.2.1 Melakukan koordinasi dengan kepala bagian penelitian dan pengembangan dan kepala ruangan terkait dengan persiapan pelaksanaan penelitian.

4.8.2.2 Peneliti datang ke ruang rawat inap pada saat pergantian *shift* dan meminta waktu untuk menjelaskan latar belakang, tujuan dan manfaat penelitian.

4.8.2.3 Meminta kesediaan perawat untuk berpartisipasi menjadi responden. Jika bersedia, perawat diminta menandatangani lembar *informed consent*.

4.8.2.4 Meminta perawat yang sudah menandatangani *informed consent* untuk mengisi kuesioner yang diberikan peneliti. Pembagian kuesioner dilakukan pada 12 ruang rawat inap. Pembagian kuesioner ini juga dibantu oleh kepala ruang dalam menentukan kriteria inklusi pada perawat.

4.8.2.5 Meninggalkan perawat selama pengisian kuesioner.

4.8.2.6 Mengambil kuesioner yang sudah diisi oleh perawat melalui kepala ruang atau ketua tim.

4.8.3 Pelaksanaan pengumpulan data dokumentasi

Pengambilan data dokumentasi dilaksanakan tanggal 17 sampai dengan 20 Juni 2011. Pelaksanaan pengambilan data dokumentasi asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

4.8.3.1 Melakukan koordinasi dengan kepala bagian penelitian dan pengembangan dan bagian rekam medik terkait pengambilan data.

4.8.3.2 Peneliti datang ke bagian rekam medik untuk mengumpulkan data dari dokumentasi asuhan keperawatan

4.8.3.3 Peneliti mengambil dokumentasi asuhan keperawatan dari tiap-tiap ruang rawat inap sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan di tiap-tiap ruangan.

4.8.3.4 Peneliti melakukan observasi pencatatan asuhan keperawatan dengan mencocokkan pada panduan observasi. Data dokumentasi asuhan keperawatan diambil dari data dokumentasi 2 bulan terakhir yaitu data dokumentasi pada bulan Mei dan Juni 2011. Peneliti mengambil data dokumentasi sejumlah 147 dokumen.

4.9 Analisis Data

4.9.1 Pengolahan data

Data hasil penelitian yang telah diperoleh dilakukan pengolahan data dan penganalisisan data. Pengolahan data dilakukan berdasarkan 4 tahap yaitu *editing*, *coding*, *entry* dan *cleaning* (Hastono, 2007).

4.9.1.1 Pemeriksaan data (*editing*)

Pelaksanaan pemeriksaan data dilakukan pada 20 Juni 2011. Kegiatan ini dilakukan untuk memeriksa kembali kelengkapan pengisian kuesioner dan dokumentasi asuhan keperawatan yang masuk. *Editing* meliputi kegiatan untuk memastikan bahwa setiap pernyataan dalam kuesioner terisi semua, jelas atau terbaca, konsistensi jawaban, dan kesesuaian jawaban dengan pernyataan yang

secara keseluruhan berkaitan dengan kemungkinan kesalahan. Pada saat pengambilan data di Ruang Baitus Syifa ada 2 perawat yang tidak mengisi kuesioner A (karakteristik perawat), sehingga dikembalikan lagi kepada perawat tersebut oleh peneliti untuk dilengkapi.

4.9.1.2 Pengkodean data (*coding*)

Pelaksanaan pengkodean data dilakukan pada 21 Juni 2011. Pengkodean data merupakan proses penyusunan secara sistematis data mentah (data dalam kuesioner atau panduan observasi) ke dalam bentuk yang mudah dibaca komputer. Pemberian kode pada setiap jawaban yang terkumpul dan observasi yang dilakukan oleh peneliti, setiap jawaban dikonversi ke dalam data angka atau bilangan untuk memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya. Pengkodean hasil data dilakukan dengan cara menuliskan angka 1 atau 2 pada jawaban di kuesioner atau panduan observasi sebelum dimasukkan ke perangkat komputer.

4.9.1.3 Memasukkan data (*data entry/processing*)

Pelaksanaan memasukkan data dilakukan pada tanggal 21 Juni 2011. Memproses data agar dapat dianalisis, pemrosesan data dilakukan dengan cara memasukkan data dari masing-masing responden atau hasil observasi ke dalam program atau paket di komputer. Tahap ini peneliti telah memasukkan data ke komputer dari data yang telah diberi kode.

4.9.1.4 Pembersihan data (*cleaning*)

Pelaksanaan memasukkan data dilakukan pada tanggal 21 Juni 2011. Pembersihan data dilakukan untuk memastikan bahwa seluruh data yang sudah dimasukkan telah sesuai dengan yang sebenarnya. Kegiatan memeriksa kembali data yang telah dimasukkan ke dalam komputer untuk memastikan data telah bersih dari kesalahan baik pada waktu pemberian kode maupun pembersihan skor data. Kesalahan dapat saja terjadi, karena kesalahan masih dimungkinkan dalam proses pengolahan data, pada tahap ini dilakukan perbaikan kembali. Pembersihan data dapat dilakukan dengan mengetahui data yang hilang (*missing data*), mengetahui variasi data serta mengetahui konsistensi data. Dalam tahap ini peneliti tidak

mengalami kesulitan karena setelah dilakukan pemasukan data tidak didapatkan kesalahan dalam memasukkan data karena datanya terisi dengan lengkap.

4.9.2 Analisis Data

Penganalisisan data dilakukan setelah pengumpulan data. Langkah-langkah analisis (pendekatan kuantitatif) meliputi analisis dekriptif (univariat), analisis analitik (bivariat) dan analisis multivariat (Hastono, 2007).

4.9.2.1 Analisis univariat

Tujuan dari analisis ini adalah untuk menjelaskan/mendekripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis univariat ini dilakukan untuk mengetahui gambaran distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase dan proporsi pada variabel karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan kesepakatan, dan pelaksanaan perencanaan pulang. Tabel 4.5 tentang uji statistik pada analisa univariat dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.5 Uji statistik pada analisis univariat

No	Variabel	Jenis data	Cara analisis
1.	Karakteristik perawat		
	a. Umur		
	b. Jenis kelamin		
	c. Pendidikan		
	d. Status perkawinan		
	e. Masa kerja		
2.	Personil perencanaan pulang		
3.	Keterlibatan dan partisipasi		Distribusi frekuensi
4.	Komunikasi	Kategorik	dengan ukuran
5.	Waktu		prosentase atau
6.	Perjanjian & konsensus		proporsi
7.	Pelaksanaan perencanaan pulang		
	a. Pengkajian		
	b. Diagnosa		
	c. Perencanaan		
	d. Implementasi		
	e. Evaluasi		

4.9.2.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui analisis hubungan antara dua variabel (Hastono, 2007). Variabel bebas adalah karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus. Variabel terikat adalah pelaksanaan perencanaan pulang. Tabel berikut adalah tabel uji statistik pada analisa bivariat antara variabel bebas dengan variabel terikat.

Tabel 4.6 Uji statistik pada analisa bivariat

No	Variabel bebas	Variabel terikat	Cara analisis
1.	Karakteristik perawat		
	a. Umur		
	b. Jenis kelamin		
	c. Pendidikan		
	d. Status perkawinan	Pelaksanaan perencanaan	<i>Chi Square</i>
	e. Masa kerja	pulang	
2.	Personil perencanaan pulang	pulang	
3.	Keterlibatan & partisipasi		
4.	Komunikasi		
5.	Waktu		
6.	Perjanjian & konsensus		

4.9.2.3 Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel independen yang paling dominan atau paling berhubungan dengan variabel dependen. Analisis multivariat dilaksanakan dengan cara melakukan uji atau menghubungkan variabel bebas yang memiliki hubungan dengan variabel terikat secara bersama-sama (Hastono (2007). Analisis multivariat dalam penelitian ini meliputi analisis variabel bebas: karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus dengan pelaksanaan perencanaan pulang sebagai variabel terikat.

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji regresi logistik ganda. Menurut Hastono (2007) bahwa uji regresi logistik ganda adalah salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategorik

yang bersifat dikotomi/binary. Penelitian ini menggunakan analisis multivariat dengan uji regresi logistik ganda, karena menganalisis dua variabel bebas dengan satu variabel terikat yang berbentuk variabel dikotomi. Pada penelitian ini, data usia dan lama kerja oleh peneliti diubah menjadi data ordinal agar bisa dianalisis dengan regresi logistik. Pada pemodelan ini semua variabel dianggap penting sehingga dapat dilakukan estimasi beberapa koefisien regresi logistik sekaligus (Hastono, 2007).

Tahapan analisis multivariat dalam pemodelan penelitian ini adalah:

- a. Melakukan analisis bivariat terhadap setiap variabel bebas dengan variabel terikat.
- b. Bila hasil uji bivariat mempunyai $p \text{ value} < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat. Namun bisa saja $p \text{ value} > 0,25$ tetap diikuti ke multivariat bila variabel tersebut secara substansi penting.
- c. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p \text{ value} \leq 0,05$ dan mengeluarkan variabelnya yang $p \text{ value} > 0,05$. Pengeluaran variabel dilakukan tidak serempak, tetapi dengan cara mengeluarkan $p \text{ value}$ yang dimulai dari variabel yang mempunyai $p \text{ value}$ terbesar.
- d. Identifikasi linearitas variabel numerik jika ada. Pada penelitian ini variabelnya adalah kategorik semua.
- e. Melakukan uji interaksi. Uji interaksi dilakukan pada variabel yang diduga secara substansi ada interaksi, kalau memang tidak ada tidak perlu dilakukan uji interaksi. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab lima ini menyajikan hasil penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang dilaksanakan selama kurun waktu 1 minggu, dimulai 17 sampai dengan 20 Juni 2011. Penyajian data hasil penelitian ini terdiri dari analisa univariat, bivariat, dan multivariat.

5.1 Hasil Analisis Univariat

5.1.1 Analisis univariat faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pulang
Hasil analisis univariat faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang terdiri dari karakteristik perawat, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa karakteristik perawat yang bekerja di ruang rawat inap RS Islam Sultan Agung Semarang berdasarkan umur sebagian besar berumur antara 20 – 39 tahun (95,2%), jenis kelamin sebagian besar berjenis kelamin wanita (81,6%), tingkat pendidikan sebagian besar berpendidikan D3 keperawatan (93,2%), dan masa kerja sebagian besar mempunyai masa kerja antara 1- 9 tahun (94,6%). Perawat yang menikah mempunyai proporsi yang hampir sama dengan perawat yang tidak menikah, yaitu (51,7%) dan (48,3%).

Perawat mempunyai persepsi yang hampir sama pada faktor personil perencanaan pulang yaitu persepsi yang baik (57,1%) dan kurang (42,9%), keterlibatan dan partisipasi yaitu persepsi yang baik (53,1%) dan kurang (46,9%), komunikasi yaitu persepsi yang baik (53,1%) dan kurang (46,9%), dan perjanjian dan konsensus yaitu persepsi yang baik (56,5%) dan kurang (43,5%). Sedangkan persepsi perawat tentang waktu adalah sebagian besar baik (83,7%). Tabel berikut menggambarkan distribusi frekuensi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang.

Tabel 5.1
Distribusi frekuensi faktor-faktor yang mempengaruhi perencanaan pulang
pada perawat di RSI Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011 (n=147)

No	Variabel	Frekuensi	Persentase
1.	Karakteristik perawat		
	a. Umur		
	1) 20 – 39 tahun	140	95,2
	2) 40 – 59 tahun	7	4,8
	Total	147	100
	b. Jenis kelamin		
	1) Pria	27	18,4
	2) Wanita	120	81,6
	Total	147	100
	c. Pendidikan		
	1) D3 keperawatan	137	93,2
	2) S1/Ners	10	6,8
	Total	147	100
	d. Status perkawinan		
	1) Tidak menikah	71	48,3
	2) Menikah	76	51,7
	Total	147	100
	e. Masa kerja		
	1) 1 – 9 tahun	139	94,6
	2) > 9 tahun	8	5,4
	Total	147	100
2.	Personil perencanaan pulang		
	a. Kurang	63	42,9
	b. Baik	84	57,1
	Total	147	100
3.	Keterlibatan dan partisipasi		
	a. Kurang	69	46,9
	b. Baik	78	53,1
	Total	147	100
4.	Komunikasi		
	a. Kurang	69	46,9
	b. Baik	78	53,1
	Total	147	100
5.	Waktu		
	a. Kurang	24	16,3
	b. Baik	123	83,7
	Total	147	100
6.	Perjanjian dan konsensus		
	a. Kurang	64	43,5
	b. Baik	83	56,5
	Total	147	100

5.1.2 Analisis univariat pelaksanaan perencanaan pulang

Pelaksanaan perencanaan pulang terdiri dari pelaksanaan pengkajian sampai dengan evaluasi perencanaan pulang yang dilakukan oleh perawat. Pada penelitian ini untuk melihat pelaksanaan perencanaan pulang perawat diukur atau diobservasi dengan panduan observasi pada dokumentasi asuhan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan diobservasi apakah perawat melaksanakan perencanaan pulang atau tidak melaksanakan perencanaan pulang. Tabel berikut adalah distribusi frekuensi dokumentasi pelaksanaan perencanaan pulang perawat di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang.

Tabel 5.2
Distribusi frekuensi pelaksanaan perencanaan pulang yang dicerminkan melalui dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RS Islam Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011 (n=147)

Kategori	Frekuensi	Persentase
Tidak dilaksanakan	91	61,9
Dilaksanakan	56	38,1

Hasil analisis data pada tabel 5.2 berdasarkan hasil observasi dokumentasi asuhan keperawatan ditemukan sebagian besar (61,9%) tidak melaksanakan perencanaan pulang.

5.2 Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor-faktor perencanaan pulang yaitu karakteristik perawat (umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dan masa kerja), personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus. Variabel terikat penelitian adalah pelaksanaan perencanaan pulang. Analisis bivariat ini menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=5\%$) dengan ketentuan yaitu hubungan bermakna bila $p\text{ value} < 0,05$, dan tidak berhubungan bila $p\text{ value} > 0,05$.

5.2.1 Hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang
 Karakteristik perawat terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dan masa kerja. Tabel berikut adalah analisis bivariat karakteristik perawat yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Tabel 5.3
Analisis bivariat karakteristik perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSISA Semarang Bulan Juni 2011 (n=147)

Karakteristik perawat	Perencanaan pulang				Total n	OR (95% CI)	p value
	Tidak dilaksanakan		Dilaksanakan				
	n	%	n	%			
a. Umur							
20–39 tahun	88	62,9	52	37,1	140	2,256 0,49-10,48	0,428
40–59 tahun	3	42,9	4	57,1	7		
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		
b. Jenis kelamin							
Laki-laki	19	70,4	8	29,6	27	1,583 0,64-3,91	0,433
Perempuan	72	60	48	40	120		
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		
c. Pendidikan							
D3 Kep	84	61,3	53	38,7	137	0,679 0,17-2,74	0,241
S1/Ners	7	70	3	30	10		
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		
d. Status perkawinan							
Tidak menikah	40	56,3	31	43,7	71	0,633 0,32-1,24	0,241
Menikah	51	67,1	25	32,9	76		
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		
e. Masa kerja							
1-9 tahun	88	63,3	51	36,7	139	2,876 0,66-12,54	0,260
Lebih 9 tahun	3	37,5	5	62,5	8		
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		

Tabel 5.3 menggambarkan bahwa perawat RSI Sultan Agung Semarang terdiri dari usia perawat 20-39 tahun dan 40-59 tahun. Perawat yang berusia 20-39 tahun yang melaksanakan perencanaan pulang adalah 52 orang (37,1%), sedangkan yang berusia 40-59 tahun yang melaksanakan perencanaan pulang adalah 4 orang

(57,1%). Hasil analisis bivariat hubungan antara umur perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang diperoleh *p value* 0,428 dengan alpha 5%, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara umur perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,256$, artinya perawat yang berusia 40-59 tahun mempunyai peluang 2,256 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang berusia 20-39 tahun.

Jenis kelamin perawat di RSI Sultan Agung Semarang terdiri dari jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Perawat laki-laki yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 8 orang (29,6%), sedangkan perawat perempuan yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 48 orang (40%). Hasil analisis bivariat hubungan antara jenis kelamin perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang diperoleh *p value* 0,433 dengan alpha 5%, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=1,583$, artinya perawat perempuan mempunyai peluang 1,583 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat laki-laki.

Pendidikan perawat di RSI Sultan Agung Semarang terdiri dari pendidikan D3 keperawatan dan S1/Ners. Perawat yang berpendidikan D3 Keperawatan yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 53 orang (38,7%), sedangkan yang berpendidikan S1/Ners yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 3 orang (30%). Hasil analisis bivariat hubungan antara pendidikan perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang diperoleh *p value* 0,742 dengan alpha 5%, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=0,679$, artinya perawat yang berpendidikan D3 keperawatan mempunyai peluang 0,679 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan S1/Ners.

Status perkawinan di RSI Sultan Agung Semarang perawat terdiri dari tidak menikah dan menikah. Perawat yang janda atau duda tidak ada. Perawat yang tidak menikah yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 31 orang (43,7%), sedangkan yang menikah yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 25 orang (32,9%). Hasil analisis bivariat hubungan antara status perkawinan perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang diperoleh *p value* 0,241 dengan alpha 5%, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara status perkawinan perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=0,633$, artinya perawat dengan status tidak menikah mempunyai peluang 0,633 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang sudah menikah.

Masa kerja perawat di RSI Sultan Agung Semarang terdiri dari masa kerja 1-9 tahun dan lebih dari 9 tahun. Perawat dengan masa kerja 1-9 tahun yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 51 orang (36,7%), sedangkan yang mempunyai masa kerja lebih dari 9 tahun yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 5 orang (62,5%). Hasil analisis bivariat hubungan antara masa kerja perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang diperoleh *p value* 0,260 dengan alpha 5%, maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,876$, artinya perawat dengan masa kerja lebih dari 9 tahun mempunyai peluang 2,876 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat dengan masa kerja 1-9 tahun.

5.2.2 Hubungan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pulang dengan pelaksanaan perencanaan pulang

Analisis bivariat selanjutnya adalah melihat hubungan antara faktor personal perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Tabel berikut adalah analisis bivariat karakteristik perawat yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Tabel 5.4
Analisis bivariat faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSISA Semarang Bulan Juni 2011 (n=147)

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang	Perencanaan pulang				Total n	OR (95%CI)	p value
	Tidak dilaksanakan		Dilaksanakan				
	n	%	n	%			
Personil perencanaan pulang							
Kurang	47	74,6	16	25,4	63	2,670	0,01
Baik	44	52,4	40	47,6	84	1,31-5,44	
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		
Keterlibatan & partisipasi							
Kurang	50	72,5	19	27,5	69	2,375	0,021
Baik	41	52,6	37	47,4	78	1,19-4,74	
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		
Komunikasi							
Kurang	51	73,9	18	26,1	69	2,692	0,008
Baik	40	51,3	38	48,7	78	1,34-5,40	
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		
Waktu							
Kurang	13	54,2	11	45,8	24	0,682	0,533
Baik	78	63,4	45	36,6	123	0,28-1,65	
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		
Perjanjian & konsensus							
Kurang	48	75	16	25	64	2,791	0,007
Baik	43	51,8	40	48,2	83	1,37-5,68	
Jumlah	91	61,9	56	38,1	147		

Tabel 5.4 menggambarkan bahwa persepsi perawat tentang personil perencanaan pulang terdiri dari persepsi yang kurang dan yang baik. Perawat yang memiliki persepsi kurang tentang personil perencanaan pulang yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 16 orang (25,4%), sedangkan yang memiliki persepsi baik yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 40 orang (47,6%). Hasil penelitian ini diperoleh p value 0,01, berarti pada alpha 5% maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara faktor personil perencanaan pulang

dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,67$, artinya perawat yang memiliki persepsi baik mempunyai peluang 2,67 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang.

Persepsi perawat tentang keterlibatan dan partisipasi terdiri dari persepsi yang kurang dan yang baik. Perawat yang memiliki persepsi kurang tentang keterlibatan dan partisipasi yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 19 orang (27,5%), sedangkan yang memiliki persepsi baik yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 37 orang (47,4%). Hasil penelitian ini diperoleh *p value* 0,021, berarti pada alpha 5% maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara faktor keterlibatan dan partisipasi dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,375$, artinya perawat yang memiliki persepsi baik mempunyai peluang 2,375 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang.

Persepsi perawat tentang komunikasi terdiri dari persepsi yang kurang dan yang baik. Perawat yang memiliki persepsi kurang tentang komunikasi yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 18 orang (26,1%), sedangkan yang memiliki persepsi baik yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 38 orang (48,7%). Hasil penelitian ini diperoleh *p value* 0,008, berarti pada alpha 5% maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara faktor komunikasi dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,692$, artinya perawat yang memiliki persepsi baik mempunyai peluang 2,692 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang.

Persepsi perawat tentang waktu terdiri dari persepsi yang kurang dan yang baik. Perawat yang memiliki persepsi kurang tentang waktu yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 11 orang (45,8%), sedangkan yang memiliki persepsi baik yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 45 orang (36,6%). Hasil uji statistik diperoleh *p value* 0,533, berarti pada alpha 5% maka dapat

disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara faktor waktu dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=0,682$, artinya perawat yang memiliki persepsi kurang mempunyai peluang 0,682 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi baik.

Persepsi perawat tentang perjanjian dan konsensus terdiri dari persepsi yang kurang dan yang baik. Perawat yang memiliki persepsi kurang tentang perjanjian dan konsensus yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 16 orang (25%), sedangkan yang memiliki persepsi baik yang melaksanakan perencanaan pulang sebanyak 40 orang (48,2%). Hasil penelitian ini diperoleh *p value* 0,007, berarti pada alpha 5% maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara faktor perjanjian dan konsensus dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil analisis juga diperoleh nilai $OR=2,791$, artinya perawat yang memiliki persepsi baik mempunyai peluang 2,791 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang.

Kesimpulan hasil analisis uji bivariat adalah tidak adanya hubungan antara faktor karakteristik perawat dan waktu dengan pelaksanaan perencanaan pulang. Adanya hubungan antara faktor personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, perjanjian dan konsensus dengan pelaksanaan perencanaan pulang.

5.3 Hasil Analisis Multivariat

Setelah diperoleh hasil uji bivariat selanjutnya dilakukan analisis multivariat yang bertujuan untuk mengetahui hubungan secara simultan antara variabel dependen dengan variabel independen dengan menggunakan uji regresi logistik ganda dengan maksud untuk mengetahui variabel mana yang paling dominan berhubungan (*predominant variable*) dengan variabel dependen. Penentuan *predominant variable* dilakukan dengan membuat model dari variabel yang layak untuk dianalisis multivariat yaitu dengan menggunakan model prediksi. Adapun tahapan yang dilakukan dalam analisis multivariat adalah sebagai berikut:

5.3.1 Seleksi variabel kandidat multivariat dengan analisis bivariat

Hasil uji bivariat antara masing-masing variabel independen (umur, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, waktu, perjanjian dan konsensus) dengan variabel dependen (pelaksanaan perencanaan pulang) diperoleh hasil bahwa variabel yang memiliki $p \text{ value} < 0,25$ adalah variabel status perkawinan, masa kerja, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, perjanjian dan konsensus. Variabel waktu dimasukkan dalam seleksi, karena variabel tersebut secara substansi penting. Rangkuman hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 5.5
Hasil seleksi analisis bivariat variabel-variabel kandidat multivariat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RS Islam Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011

No.	Variabel/ Sub Variabel	p value
1.	Umur	0,296
2.	Jenis kelamin	0.309
3.	Pendidikan	0,579
4.	Status perkawinan	0,179*
5.	Masa kerja	0,151*
6.	Personil perencanaan pulang	0,005*
7.	Keterlibatan dan partisipasi	0,013*
8.	Komunikasi	0,004*
9.	Waktu	0,397**
10.	Perjanjian dan konsensus	0,004*

Keterangan: * Kandidat yang masuk multivariat, nilai $p < 0,25$

** Variabel secara substansi penting

5.3.2 Melakukan pemilihan variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model.

Selanjutnya ketujuh variabel kandidat tersebut (status perkawinan, masa kerja, personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, perjanjian dan konsensus, dan waktu) diuji secara bersamaam dengan regresi logistik ganda untuk mendapatkan variabel yang paling dominan menentukan pelaksanaan perencanaan pulang. Variabel yang berpotensi dikeluarkan dari model adalah variabel dengan $p \text{ value} > 0,05$. Pada analisis tahap pertama (*full model*) maka

Universitas Indonesia

variabel yang mempunyai p value $> 0,05$ adalah variabel status perkawinan, masa kerja, personil perencanaan pulang, komunikasi, perjanjian dan konsensus, dan waktu. Berikut adalah tabel hasil uji regresi logistik ganda tahap pertama.

Tabel 5.6
Hasil uji regresi logistik ganda tahap pertama antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RS Islam Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011

Variabel	β	p value	OR
Status perkawinan	-0,580	0,131	0,560
Masa kerja	1,830	0,041	6,233
Personil perencanaan pulang	0,993	0,013	2,700
Keterlibatan & partisipasi	-0,134	0,864*	0,874
Komunikasi	0,966	0,223	2,627
Waktu	0,769	0,141	0,463
Perjanjian & konsensus	0,896	0,022	2,449

Keterangan: * Kandidat yang dikeluarkan dari model

Pada tabel di atas dapat diketahui bahwa variabel yang pertama dikeluarkan dari model adalah keterlibatan dan partisipasi (p value 0,864). Variabel yang masih dipertahankan adalah status perkawinan, masa kerja, personil perencanaan pulang, komunikasi, waktu, dan perjanjian dan konsensus.

Analisis tahap kedua hasil uji regresi logistik ganda antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang adalah sebagai berikut:

Tabel 5.7
Hasil uji regresi logistik ganda tahap kedua antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSISA Semarang Bulan Juni 2011

Variabel	B	p value	OR
Status perkawinan	-0,578	0,133	0,561
Masa kerja	1,817	0,041	6,151
Personil perencanaan pulang	0,995	0,012	2,704
Komunikasi	0,849	0,031	2,336
Waktu	-0,766	0,143*	0,465
Perjanjian & konsensus	0,893	0,022	2,442

Keterangan: * Kandidat yang dikeluarkan dari model

Pada tabel di atas dapat diketahui bahwa variabel yang dikeluarkan dari model adalah waktu (*p value* 0,143). Variabel yang masih dipertahankan adalah status perkawinan, masa kerja, personil perencanaan pulang, komunikasi, dan perjanjian dan konsensus.

Analisis tahap ketiga hasil uji regresi logistik ganda antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang adalah sebagai berikut:

Tabel 5.8
Hasil uji regresi logistik ganda tahap ketiga antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RS Islam Sultan Agung Semarang Bulan Juni 2011

Variabel	β	<i>p value</i>	OR
Status perkawinan	-0,542	0,154*	0,582
Masa kerja	1,710	0,048	5,531
Personil perencanaan pulang	0,979	0,013	2,663
Komunikasi	0,732	0,054	2,080
Perjanjian & konsensus	0,914	0,018	2,495

Keterangan: * Kandidat yang dikeluarkan dari model

Pada tabel di atas dapat diketahui bahwa variabel yang dikeluarkan dari model adalah status perkawinan (*p value* 0,154). Variabel yang masih dipertahankan adalah masa kerja, personil perencanaan pulang, komunikasi, dan perjanjian dan konsensus.

Analisis tahap keempat hasil uji regresi logistik ganda antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang adalah sebagai berikut:

Tabel 5.9
Hasil uji regresi logistik tahap keempat antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSIA Semarang Bulan Juni 2011

Variabel	β	<i>p value</i>	OR
Masa kerja	1,498	0,082*	4,471
Personil perencanaan pulang	0,947	0,015	2,577
Komunikasi	0,805	0,032	2,237
Perjanjian & konsensus	0,904	0,019	2,469

Keterangan: * Kandidat yang dikeluarkan dari model

Pada tabel di atas dapat diketahui bahwa variabel yang dikeluarkan dari model adalah masa kerja (*p value* 0,082). Variabel yang masih dipertahankan adalah personil perencanaan pulang, komunikasi, dan perjanjian dan konsensus.

Analisis tahap akhir hasil uji regresi logistik ganda antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang adalah sebagai berikut:

Tabel 5.10
Hasil uji regresi logistik ganda tahap akhir antara variabel kandidat dengan pelaksanaan perencanaan pulang di RSISA Semarang Bulan Juni 2011

Variabel	β	<i>p value</i>	OR
Personil perencanaan pulang	0,849	0,025	2,338
Komunikasi	0,825	0,026	2,283
Perjanjian & konsensus	0,859	0,023	2,361

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari keseluruhan proses analisis yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa dari 7 variabel bebas yang diduga berpengaruh pada pelaksanaan perencanaan pulang ternyata hanya 3 yang secara signifikan yaitu personil perencanaan pulang (*p value* 0,025), komunikasi (*p value* 0,026), dan perjanjian dan konsensus (*p value* 0,023). Kekuatan pengaruh tampak dari nilai yang terbesar adalah perjanjian dan konsensus (2,361) dan yang terkecil adalah komunikasi (2,283). Untuk menetapkan variabel yang paling berpengaruh dalam menentukan pelaksanaan perencanaan pulang adalah dengan melihat nilai terbesar dari Odds Rasio (OR). Pada model di atas dapat dilihat bahwa nilai OR terbesar adalah pada variabel perjanjian dan konsensus dengan OR 2,361. Dapat dijelaskan bahwa perawat yang memiliki persepsi baik tentang perjanjian dan konsensus, berpeluang 2,4 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang.

Kesimpulan hasil uji multivariat adalah faktor perjanjian dan konsensus merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan perencanaan pulang di Ruang Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang. Faktor perjanjian dan konsensus ini mempunyai Odds Rasio paling besar diantara faktor-faktor yang lain.

Persamaan regresi logistik dari analisis multivariat untuk memprediksi pelaksanaan perencanaan pulang berdasarkan personil perencanaan pulang, komunikasi, dan perjanjian dan kesepakatan adalah sebagai berikut:

$$Z = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3$$

$$\begin{aligned} \text{Pelaksanaan} &= -4,507 + 2,338 \text{ personil perencanaan pulang} + 2,283 \\ \text{perencanaan pulang} &\text{ komunikasi} + 2,361 \text{ perjanjian \& kesepakatan.} \end{aligned}$$

Dapat diartikan bahwa, setiap kenaikan satu kali persepsi yang baik tentang personil perencanaan pulang, akan diikuti dengan peningkatan pelaksanaan perencanaan pulang oleh perawat RSISA Semarang sebesar 2,338, setelah dikontrol oleh faktor komunikasi dan perjanjian dan kesepakatan. Setiap kenaikan satu kali persepsi yang baik tentang komunikasi, akan diikuti dengan peningkatan pelaksanaan perencanaan pulang oleh perawat RSISA Semarang sebesar 2,283, setelah dikontrol oleh faktor personil perencanaan pulang dan perjanjian dan kesepakatan. Setiap kenaikan satu kali persepsi yang baik tentang perjanjian dan kesepakatan, akan diikuti dengan peningkatan pelaksanaan perencanaan pulang oleh perawat RSISA Semarang sebesar 2,361, setelah dikontrol oleh faktor personil perencanaan pulang dan komunikasi.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang interpretasi dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian terhadap pendidikan, pelayanan dan penelitian keperawatan. Interpretasi dan diskusi hasil yang dibahas meliputi kesenjangan dan kesamaan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dengan penelitian sebelumnya disertai dengan konsep teori yang mendasari. Keterbatasan penelitian menjelaskan tentang keterbatasan dalam penerapan metodologi penelitian, sedangkan implikasi penelitian membahas tentang pengaruh hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

6.1.1 Karakteristik perawat

Hasil analisa data ditemukan bahwa pelaksanaan perencanaan pulang sebagian besar tidak dilaksanakan (61,9%), maka sebagian besar perawat di ruang rawat inap belum melaksanakan perencanaan pulang. Karakteristik perawat dalam penelitian ini berdasarkan hasil analisis univariat dalam bab 5, dapat dijelaskan bahwa mayoritas perawat berusia 20-39 tahun, berjenis kelamin wanita, berpendidikan DIII keperawatan, sudah menikah, dengan lama kerja antara 1-9 tahun. Karakteristik perawat tersebut diuraikan pada penjelasan berikut ini.

6.1.1.1 Usia perawat

Hasil analisis univariat karakteristik perawat RSI Sultan Agung ditemukan bahwa perawat rata-rata berusia 20-39 tahun sebesar 95,2%. Perawat dengan komposisi usia tersebut dapat berdampak positif terhadap rumah sakit jika dikelola dengan sistem manajemen sumber daya manusia keperawatan yang baik. Pelaksanaan perencanaan pulang oleh perawat merupakan bentuk kinerja perawat yang bekerja di ruang rawat inap. Menurut Gibson (1996) bahwa umur dapat mempengaruhi kinerja dimana pengembangan karir terjadi pada usia 30 tahun, selain itu ketrampilan seseorang terutama dalam hal kecepatan, kecekatan, kekuatan dan koordinasi dihubungkan dengan bertambahnya waktu. Umur 30 tahun merupakan

tingkat perkembangan manusia yang dikategorikan usia dewasa muda (20-39 tahun), semakin bertambah usia berarti semakin arif dan bijaksana untuk melakukan suatu pekerjaan (Papalia, Olds & Feldman, 2009). Pada kelompok dewasa muda ini, termasuk pada pernyataan Simanjutak (1995) bahwa kelompok usia 30 – 40 tahun merupakan usia dengan tingkat produktivitas tertinggi. Menurut Robbins (2006) meyakini bahwa kinerja merosot dengan meningkatnya umur, tetapi pada umur tertentu pula seseorang meningkat produktivitasnya. Tingkat produktivitas tinggi ini akan berpengaruh besar pada kinerja perawat dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan, yang termasuk didalamnya perencanaan pulang pada pasien yang menjadi salah satu peran perawat dalam memberikan perawatan berkelanjutan.

Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan pelaksanaan perencanaan pulang (*p value* 0,428). Perawat yang berusia 40-59 tahun yang melaksanakan perencanaan pulang lebih banyak dibandingkan perawat yang berusia 20-39 tahun. Karakteristik perawat yang berusia 40-59 tahun yang melaksanakan perencanaan pulang lebih banyak, ini sesuai dengan pendapat Papalia, Olds dan Feldman (2009), bahwa semakin bertambah usia berarti semakin arif dan bijaksana untuk melakukan suatu pekerjaan. Hasil penelitian ini juga mengidentifikasi bahwa perawat yang berusia 40-59 tahun mempunyai peluang 2,256 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang berusia 20-39 tahun. Tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa pada perawat yang berusia lebih muda juga dapat melakukan tugasnya dengan baik, karena menurut pendapat Simanjutak (1995) bahwa kelompok usia 30 – 40 tahun merupakan usia dengan tingkat produktivitas tertinggi.

6.1.1.2 Jenis kelamin perawat

Hasil analisis univariat karakteristik perawat ditemukan bahwa rata-rata untuk jenis kelamin adalah wanita sebesar 81,6%. Jenis kelamin wanita mendominasi jumlah perawat ruang rawat inap RSI Sultan Agung. Wanita mempunyai naluri keibuan yang akan menunjang dalam pemberian asuhan keperawatan yang baik, sehingga pelaksanaan standar asuhan keperawatan juga akan berjalan dengan

baik. Peran wanita disisi lain, menurut Robbins (2006), wanita mempunyai peran dan tanggung jawab dalam keluarga dan perawatan anak serta sebagai pencari nafkah sekunder. Adanya peran ganda pada perawat wanita, serta beberapa kondisi alamiah yang dialami wanita seperti hamil dan melahirkan, kemungkinan akan berpengaruh terhadap kinerja perawat.

Tomey (2003) menyatakan bahwa sikap wanita lebih bervariasi daripada laki-laki. Wanita lebih menekankan kondisi pekerjaan, jam dan kemudahan pekerjaan, supervisi dan aspek sosial dari pekerjaan, dimana laki-laki lebih menekankan pada upah, kesempatan untuk lebih maju, kebijakan dan manajemen perubahan dan ketertarikan pada tugas. Robbins (2006) menyatakan bahwa penelitian-penelitian psikologis menunjukkan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan pria lebih agresif, dan laki-laki memiliki harapan atas keberhasilan lebih besar daripada wanita, namun perbedaan-perbedaan tersebut tidak besar. Karyawan wanita cenderung lebih rajin, disiplin, teliti dan sabar (Sopiah, 2008).

Perawat perempuan yang melaksanakan perencanaan pulang lebih banyak daripada perawat laki-laki. Karakteristik perawat perempuan yang lebih banyak melakukan perencanaan pulang ini sesuai dengan pendapat Robbins (2006) menyatakan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan sejalan dengan Sopiah, (2008), bahwa karyawan wanita cenderung lebih rajin, disiplin, teliti dan sabar. Hasil penelitian ini juga mengidentifikasi bahwa perawat perempuan mempunyai peluang 1,583 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat laki-laki.

Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin perawat dengan pelaksanaan perencanaan pulang (*p value* 0,433). Menurut *Nursing Policy: N-55*, (2010), perencanaan pulang adalah salah satu dari tujuan proses keperawatan, oleh karena itu penerapan perencanaan pulang termasuk bagian penerapan proses keperawatan. Menurut Farida (2001), tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pelaksanaan proses keperawatan. Pendapat ini sejalan dengan Norman (2004) yaitu tidak ada

hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pelaksanaan pelayanan keperawatan. Pelaksanaan perencanaan merupakan bentuk dari produktifitas perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Menurut Supriyatna (2003), tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan produktifitas kerja perawat.

6.1.1.3 Pendidikan perawat

Hasil analisis univariat tentang karakteristik perawat ditemukan bahwa pendidikan perawat lebih besar yang berpendidikan D3 keperawatan (93,2%) dibandingkan yang berpendidikan S1/Ners. Pendidikan merupakan salah satu karakteristik demografi yang dapat mempengaruhi seseorang, baik terhadap lingkungan maupun obyek tertentu, selain itu pendidikan merupakan faktor tidak langsung yang berpengaruh pada kinerja (Ilyas, 2002). Semakin tinggi pendidikan akan semakin kritis, logis dan sistematis dalam berpikir sehingga meningkatkan kualitas kerjanya. Sejalan dengan pendapat Siagian (2006) yang mengemukakan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, maka besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilan yang dimilikinya. Dengan banyaknya pendidikan perawat yang vokasional di RSI Sultan Agung ini, maka manajemen rumah sakit harus terus-menerus mempunyai komitmen untuk meningkatkan sumber daya manusianya dengan meningkatkan kualifikasi pendidikan perawat yang profesional yaitu jenjang Ners. Perawat di rumah sakit termasuk jumlah yang mayoritas dalam keseluruhan tenaga di RS, maka dengan memberikan perhatian yang besar pula pada perawat di RS terutama peningkatan pendidikan, maka kemungkinan akan berdampak pada peningkatan pelayanan keperawatan yang profesional.

Perawat yang berpendidikan D3 Keperawatan melaksanakan perencanaan pulang lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan S1/Ners. Perawat yang berpendidikan S1/Ners ini memungkinkan sebagai kepala ruang, sedangkan peran kepala adalah pengelolaan manajemen pelayanan, sehingga dalam pelaksanaan perencanaan pulang seorang kepala ruang tidak secara langsung melaksanakan perencanaan pulang. Dengan demikian perawat yang berpendidikan

D3 keperawatan yang menempati posisi sebagai ketua tim dan atau perawat pelaksana, maka pelaksanaan perencanaan pulang menjadi tanggung jawab mereka. Hasil penelitian ini juga mengidentifikasi bahwa perawat yang berpendidikan D3 keperawatan mempunyai peluang 0,679 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang berpendidikan S1/Ners.

Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan pelaksanaan perencanaan pulang (p value 0,742). Pelaksanaan perencanaan merupakan bentuk dari kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Menurut Hermawati (2002) dan Panjaitan (2002), tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kinerja. Farida (2001) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pelaksanaan proses keperawatan. Hariyati, Afifah dan Handiyani (2008), menyatakan bahwa tidak ada hubungan jenis pendidikan dengan persepsi terhadap pelaksanaan *discharge planning*.

6.1.1.4 Status perkawinan perawat

Hasil analisis karakteristik perawat ditemukan bahwa perawat lebih banyak yang sudah menikah yaitu sebesar 51,7%, dibandingkan dengan yang belum menikah. Karyawan yang sudah menikah menilai pekerjaan sangat penting karena dia sudah memiliki sejumlah tanggung jawab sebagai kepala keluarga (Sopiah, 2008). Robbins (2006) menyatakan bahwa suatu pernikahan akan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat yang tidak menikah melaksanakan perencanaan pulang lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang menikah. Perawat yang tidak menikah belum mempunyai tanggungan mengurus rumah tangga, sehingga beban pekerjaan lebih sedikit dibanding dengan orang yang sudah menikah. Meskipun pernyataan ini bertentangan dengan pendapat Robbins (2006) menyatakan bahwa suatu pernikahan akan memaksakan peningkatan

tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting. Hasil penelitian ini juga mengidentifikasi bahwa perawat dengan status tidak menikah mempunyai peluang 0,633 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat yang sudah menikah.

Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan pelaksanaan perencanaan pulang (*p value* 0,241). Pelaksanaan pelayanan keperawatan mencakup pelaksanaan perencanaan pulang. Hasil penelitian ini di dukung oleh Norman (2004) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status pernikahan dengan pelaksanaan pelayanan keperawatan. Farida (2001) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan pelaksanaan proses keperawatan.

6.1.1.5 Masa kerja perawat

Hasil analisis univariat karakteristik perawat ditemukan bahwa perawat rata-rata mempunyai masa kerja 1-9 tahun yaitu sebesar 94,6%. Robbins (2006) menyebutkan bahwa bukti paling baru menunjukkan suatu hubungan positif antara senioritas dan produktivitas pekerjaan, dengan demikian masa kerja diekspresikan sebagai pengalaman kerja, tampaknya menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktivitas karyawan. Menurut Sopiah (2008), bahwa belum ada bukti bahwa semakin lama seseorang bekerja maka tingkat produktivitasnya akan meningkat. Meskipun demikian, lama kerja mempengaruhi pengalaman seseorang, semakin lama bekerja semakin banyak pengalaman sehingga produktivitas kerja dapat meningkat (Siagian, 2009).

Karakteristik perawat dengan masa kerja 1-9 tahun melaksanakan perencanaan pulang lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang mempunyai masa kerja lebih dari 9 tahun. Perawat yang melaksanakan perencanaan pulang mempunyai masa kerja yang lebih sedikit, ini didukung oleh pernyataan Sopiah (2008), bahwa belum ada bukti bahwa semakin lama seseorang bekerja maka tingkat produktivitasnya akan meningkat. Hasil penelitian ini juga mengidentifikasi bahwa perawat dengan masa kerja lebih dari 9 tahun mempunyai peluang 2,876

kali untuk melaksanakan perencanaan pulang dibandingkan dengan perawat dengan masa kerja 1-9 tahun.

Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja dengan pelaksanaan perencanaan pulang (*p value* 0,260). Farida (2001) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan pelaksanaan proses keperawatan. Ini sejalan dengan Sopiah (2008), bahwa belum ada bukti bahwa semakin lama seseorang bekerja maka tingkat produktivitasnya akan meningkat.

6.1.2 Hubungan personil perencanaan pulang dengan pelaksanaan perencanaan pulang

Perawat yang memiliki persepsi baik tentang personil perencanaan pulang lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang. Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa ada hubungan antara personil perencanaan pulang dengan pelaksanaan perencanaan pulang (*p value* 0,01). Peluang perawat yang memiliki persepsi baik tentang personil perencanaan pulang, memiliki peluang 2,7 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang. Pelaksanaan perencanaan pulang sebagian besar tidak dilaksanakan oleh perawat. Personil perencanaan pulang terutama perawat, yang mempunyai persepsi yang baik dan melaksanakan perencanaan pulang persentasenya lebih sedikit dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang baik dan tidak melaksanakan perencanaan pulang.

Adanya hubungan antara personil perencanaan dengan pelaksanaan perencanaan pulang, berarti sesuai dengan pendapat Poglitsch, Emery, dan Darragh (2011) yaitu personil perencanaan pulang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Faktor personil perencanaan pulang adalah orang-orang yang berkontribusi dalam perencanaan pulang yaitu perawat, dokter, petugas kesehatan di masyarakat, pasien dan anggota keluarga. Nosbuch, Weiss dan Bobay (2011) menyatakan bahwa salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam

perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah kebingungan peran dan tidak terlihatnya peran staf perawat dalam perencanaan pasien pulang.

Perawat sebagai bagian dari personil perencanaan pulang berperan penting dalam keberhasilan perencanaan pulang. NCSS (2006) menyatakan bahwa peran dan tanggung-jawab perawat dalam perencanaan pulang adalah melaksanakan, mengkoordinasikan dan memantau kemajuan perawatan dan kesiapan klien untuk pemulangan. Begitu juga pendapat dari Baron, et al. (2008), tanggung jawab pada perencanaan pulang di beberapa rumah sakit adalah tanggung-jawab staf keperawatan, selain juga tanggung-jawab staf pekerja sosial. Sedangkan Owyong (2010) menyatakan bahwa perawat juga bertanggung jawab untuk bekerjasama dengan pasien dan penyedia layanan kesehatan di masyarakat, membangun pelayanan rujukan kesehatan, dan memeriksa pasien yang masuk setiap hari, serta memulangkan dengan menentukan mana yang akan memerlukan perawatan di luar rumah sakit. Perawat juga bertanggung jawab untuk berkoordinasi dan mempertahankan hubungan dengan perawatan, fasilitas profesional dan sumber daya yang diperlukan untuk pemulihan pasien.

6.1.3 Hubungan keterlibatan dan partisipasi dengan pelaksanaan perencanaan pulang

Perawat yang memiliki persepsi baik tentang keterlibatan dan partisipasi lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang. Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa ada hubungan antara keterlibatan dan partisipasi dengan pelaksanaan perencanaan pulang (*p value* 0,021). Peluang perawat yang memiliki persepsi baik tentang keterlibatan dan partisipasi, memiliki peluang 2,4 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang. Keterlibatan dan partisipasi dalam perencanaan pulang antara perawat, pasien, keluarga dan tim kesehatan lain perlu dipertimbangkan dalam keberhasilan perencanaan pulang. Penelitian ini telah teridentifikasi bahwa perawat yang mempunyai persepsi yang baik tentang keterlibatan dan partisipasi dalam melaksanakan perencanaan pulang persentasenya lebih sedikit dibandingkan dengan perawat yang mempunyai persepsi yang baik dan tidak melaksanakan perencanaan pulang.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Poglitsch, Emery, dan Darragh (2011) yaitu keterlibatan dan partisipasi mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Frampton (2011) menyatakan bahwa keterlibatan tim multi profesional secara dini sangat penting dalam perencanaan pulang yang efektif. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa salah satu langkah-langkah prosedur dalam perencanaan pulang adalah perawat melakukan kolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu lain yang mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau ditempat pelayanan yang lainnya. Kolaborasi dengan dokter dan disiplin lain merupakan salah satu bentuk keterlibatan dan partisipasi dari personil dalam perencanaan pulang. Holland dan Heman (2011) menyatakan bahwa, keberhasilan standarisasi proses perencanaan pulang adalah kerjasama tim multidisiplin, hal ini penting untuk ditingkatkan bagi pelaksanaan seluruh organisasi pelayanan kesehatan. Han, Barnard dan Chapman (2009) menyatakan bahwa perencanaan pulang adalah perencanaan pulang dengan keterlibatan dalam pendidikan pasien, praktek profesional yang dapat dipertanggung-gugatkan, dan adanya otonomi dalam praktek keperawatan.

Peran dan tanggung-jawab perawat dalam perencanaan pulang adalah melaksanakan, mengkoordinasikan dan memantau kemajuan perawatan dan kesiapan klien untuk pemulangan. Klien dan pemberi pelayanan (orang tua, wali atau keluarga) dan atau orang lain yang penting juga harus aktif terlibat dan dikonsultasikan dalam perencanaan pemulangan pasien (NCSS, 2006). Bull, Hansen dan Gross (2000) menyatakan bahwa keterlibatan keluarga dalam pelaksanaan perencanaan pulang secara signifikan dapat meningkatkan kepuasan, meningkatkan persepsi tentang perawatan berkelanjutan, meningkatkan persiapan untuk merawat pasien, dan meningkatkan peran untuk memberikan pelayanan pada pasien. Pendapat lain dari Baron, et al. (2008), tanggung jawab pada perencanaan pulang di beberapa rumah sakit adalah tanggung-jawab staf keperawatan, selain juga tanggung-jawab staf pekerja sosial. Koordinasi awal nampaknya sangat diperlukan antara staf keperawatan dengan staf pekerja sosial pada perencanaan pemulangan, ini menjadi komponen yang penting dari

perencanaan tugas secara efektif di komunitas. Perawat membuat perencanaan pulang berfokus pada pasien, sedangkan pekerja sosial membuat perencanaan pulang berfokus pada sistem keluarga. Pendapat dari Owyong (2010), perawat juga bertanggung jawab untuk bekerjasama dengan pasien dan petugas kesehatan di masyarakat, melakukan rujukan ke petugas kesehatan masyarakat, dan memeriksa pasien yang masuk setiap hari, serta memulangkan dengan menentukan mana yang akan memerlukan perawatan di rumah. Perawat juga bertanggung jawab untuk berkoordinasi dan menjalin hubungan dengan pelayanan perawatan, fasilitas pelayanan kesehatan lain dan sumber daya lain (misalnya penyedia kursi roda) yang mungkin diperlukan untuk pemulihan pasien.

6.1.4 Hubungan komunikasi dengan pelaksanaan perencanaan pulang

Perawat yang memiliki persepsi baik tentang komunikasi lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang. Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa ada hubungan antara komunikasi dengan pelaksanaan perencanaan pulang (*p value* 0,008). Peluang perawat yang memiliki persepsi baik tentang komunikasi, memiliki peluang 2,7 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang. Komunikasi adalah sarana untuk menjalin hubungan dengan pasien, keluarga, tim kesehatan lain dan petugas kesehatan di masyarakat. Apabila perawat dapat melakukan komunikasi dengan baik untuk menjalin hubungan dengan pasien, keluarga dan petugas kesehatan yang lain, maka keberhasilan pelaksanaan perencanaan pulang akan tercapai. Hasil penelitian ini dapat dikuatkan bahwa apabila perawat melakukan komunikasi yang baik terkait dengan perencanaan pulang dengan pasien, keluarga dan petugas kesehatan lain, maka seiring dengan itu pelaksanaan perencanaan pulang akan berhasil dengan baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Poglitsch, Emery, dan Darragh (2011) yaitu komunikasi mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang.

Penerapan komunikasi pada perawat adalah perawat harus menjelaskan tujuan, manfaat dan proses perencanaan perawatan kepada klien dan pengasuh. Rencana perawatan harus disampaikan kepada klien dengan cara dan tingkat kecepatan komunikasi yang sesuai dengan mereka. Mempertimbangkan hal-hal sebagai

berikut dalam berkomunikasi adalah penting yaitu: latar belakang pribadi (profesi, agama dan suku); bahasa dan cara-cara yang disukai dalam berkomunikasi; kondisi intelektual, mental dan emosional saat berkomunikasi; dan adanya penurunan fisik (misalnya gangguan pendengaran dan visual) (NCSS, 2006). Iyer, Levin dan Shea (2006) menyatakan bahwa komunikasi antara pemberi pelayanan dan petugas perencanaan pulang adalah penting untuk keberhasilan perencanaan pulang. Konferensi antar multidisiplin dalam pemulangan dilakukan secara rutin, dimana anggota tim berkesempatan untuk berbagi informasi secara langsung tentang keadaan klien dan kebutuhan tertentu klien. Swansburg (2000) menyatakan bahwa perencanaan pulang termasuk juga memberikan informasi tentang kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pasien pulang, jadi peran komunikasi dalam pemberian informasi adalah penting untuk dilakukan.

Pendapat dari Nosbuch, Weiss dan Bobay (2011) bahwa salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah intra komunikasi dan komunikasi lintas disiplin dalam perencanaan pulang. Komunikasi perawat dengan anggota tim kesehatan lain adalah penting dalam proses perencanaan pulang. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa salah satu langkah-langkah prosedur dalam perencanaan pulang adalah perawat melakukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang. Konsultasi ini merupakan upaya menjalin komunikasi interdisiplin dan menjalin kerja sama dengan profesi lain.

Frampton (2011) menyatakan bahwa pasien dan keluarga atau orang yang merawat pasien adalah pusat proses pemulangan dan harus terlibat didalam perencanaan pulang, sehingga komunikasi ini penting untuk memastikan pasien dan keluarga atau orang merawat memahami semua yang didiskusikan dan diinstruksikan. Bila ada kendala bahasa, gunakan orang yang bisa membantu untuk mengatasi kendala dalam komunikasi. Kapanpun melakukan komunikasi verbal harus didukung oleh perawat dan pemberian informasi tertulis yang sesuai, khususnya untuk pasien yang tidak bisa berkomunikasi secara efektif akibat dari kendala bahasa atau ketidakmampuan.

Kemampuan komunikasi perawat juga diperlukan dalam pengajaran klien, keluarga, dan pemberi pelayanan lain dalam perencanaan pulang. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa perawat mempunyai tanggung jawab utama untuk memberikan perintah pada klien tentang sifat masalah kesehatan, hal-hal yang harus dihindari, penggunaan obat-obat di rumah, jenis komplikasi dan sumber bantuan yang tersedia. Tujuan dari pengajaran ini adalah untuk memberikan pengetahuan dan ketrampilan yang penting kepada klien dan pemberi pelayanan untuk memenuhi kebutuhan perawatan berkelanjutan.

6.1.5 Hubungan waktu dengan pelaksanaan perencanaan pulang

Perawat yang memiliki persepsi kurang tentang waktu lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi baik. Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja dengan pelaksanaan perencanaan pulang (*p value* 0,533). Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Poglitsch, Emery, dan Darragh (2011) yaitu waktu mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Pasien pulang secara dini juga dapat mempengaruhi waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang (Moran, et al. 2005). Pelaksanaan perencanaan pulang adalah bagian dari penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit. Suhartini, Anggorowati dan Katili (2003) menyatakan bahwa belum lengkapnya fasilitas penunjang seperti buku pedoman SAK di ruang rawat, kurangnya waktu, dan rumit serta sulitnya pengisian format menimbulkan penerapan SAK pada tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi kurang dalam penulisan. Nosbuch, Weiss dan Bobay (2011) menyatakan bahwa salah satu tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam perencanaan pulang pada pasien dengan perawatan akut adalah waktu dalam perencanaan pulang.

Pengaturan waktu oleh perawat dalam pelaksanaan perencanaan pulang adalah hal yang utama untuk dilakukan. Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa klien yang masuk ke rumah sakit untuk waktu kurang dari 23 jam harus menerima pendidikan atau diberi instruksi tentang masalah prioritas sebelum mereka pulang

ke rumah masing-masing. Ini adalah suatu tantangan bagi perawat untuk memberikan pendidikan kepada klien yang efektif dalam rentang waktu yang terbatas. Danvers (2011) menyatakan bahwa waktu yang cukup sangat penting untuk perencanaan pulang karena memberikan kesempatan untuk melakukan pengkajian klien, pengembangan dan pelaksanaan perencanaan pulang. Lamanya waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang bervariasi pada tiap-tiap institusi yang berbeda. Hasil wawancara dengan berbagai institusi pelayanan keperawatan menunjukkan bahwa waktu yang tersedia untuk perencanaan pulang mempengaruhi kecukupan upaya perencanaan pulang.

6.1.6 Hubungan perjanjian dan konsensus dengan pelaksanaan perencanaan pulang

Perawat yang memiliki persepsi baik tentang perjanjian dan konsensus lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang memiliki persepsi kurang. Hasil analisis bivariat ditemukan bahwa ada hubungan antara perjanjian dan konsensus dengan pelaksanaan perencanaan pulang (*p value* 0,007). Peluang perawat yang memiliki persepsi baik tentang perjanjian dan konsensus, memiliki peluang 2,8 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang. Perjanjian dan kesepakatan yang dilakukan oleh perawat dengan pasien dan keluarga akan menentukan keberhasilan perencanaan pulang. Diharapkan setelah pasien masuk ruang rawat inap perawat sudah mempersiapkan kesepakatan apa akan dicapai dalam perencanaan pulang. Komitmen perawat dalam membuat kesepakatan sangat diharapkan untuk keberhasilan suatu perencanaan. Perjanjian atau konsensus mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang (Poglitsch, Emery & Darragh, 2011). Proses perencanaan pulang pasien yaitu mengembangkan/menyusun perencanaan pulang pasien, membuat kesepakatan, mewujudkan rencana yang telah disepakati, dan mengantar pasien ke rumah. Perencanaan pasien dimulai dengan merencanakan perencanaan kehidupan klien atau keluarga setelah pulang (Tomura, et al. 2011).

Tomura et al. (2011) menyatakan bahwa membuat perjanjian/ persetujuan pemulangan adalah kategori inti dari proses perencanaan pulang yang dilakukan

oleh perawat. Pendapat ini seiring dengan apa yang dinyatakan oleh WHO (2005) yaitu ketika pasien meninggalkan rumah sakit, perawat harus menekankan perjanjian rujukan sehingga pasien jelas tentang hal-hal yang harus dilakukan. Membuat rujukan sebelum meninggalkan rumah sakit, apabila pasien perlu menjalani perawatan lanjutan di rumah. Potter dan Perry (2005) menyatakan memberikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada klien dan keluarga juga perlu dilakukan, karena sumber-sumber di masyarakat biasanya memberikan pelayanan yang tidak dapat dipenuhi oleh klien dan keluarga.

6.1.7 Hasil analisis multivariat

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di RSI Sultan Agung adalah faktor perjanjian dan konsensus dengan nilai OR terbesar yaitu 2,361. Peluang perawat yang memiliki persepsi baik tentang perjanjian dan konsensus, memiliki peluang 2,4 kali untuk melaksanakan perencanaan pulang. Perawat harus mempunyai komitmen yang kuat untuk melaksanakan perjanjian dan konsensus dengan pasien, keluarga dan petugas kesehatan yang lain yang terlibat dalam perencanaan pulang. Penandatanganan kesepakatan dapat dilakukan oleh semua personil perencanaan pulang untuk memperkuat motivasi dalam pelaksanaan perjanjian dan kesepakatan perencanaan pulang.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Dalam keterbatasan penelitian akan diuraikan beberapa keterbatasan penelitian dan upaya yang dilakukan peneliti dalam meminimalkan faktor yang mempengaruhi kualitas hasil penelitian.

Instrumen penelitian untuk mengambil data faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang digunakan instrumen berupa kuesioner yang dalam pengisiannya cukup menjawab ya dan tidak dari pernyataan positif dan negatif. Pengumpulan data diisi sendiri oleh responden, sehingga kecenderungan untuk memilih jawaban yang baik-baik saja bisa terjadi. Ketelitian responden

diperlukan saat pengisian kuesioner. Upaya yang dilakukan adalah memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan dan manfaat penelitian, cara pengisian kuesioner, meminta responden untuk memberikan jawaban secara jujur sangat diperlukan.

Instrumen panduan observasi tidak ada proses untuk uji coba instrumen. Uji coba instrumen ini seharusnya dilakukan oleh peneliti untuk kesesuaian terhadap isi maupun ketepatan terhadap keterkaitan dengan judul penelitian.

Pada penelitian ini kepala ruang dijadikan sampel penelitian, pengambilan sampel kepala ruang seharusnya tidak dilakukan karena peran kepala ruang melaksanakan manajemen pelayanan, bukan manajemen asuhan keperawatan secara langsung. Pada pelaksanaan perencanaan pulang ini dapat dilakukan oleh ketua tim atau perawat pelaksana, sehingga kepala ruang perlu dijadikan sampel.

Pengambilan data dokumentasi asuhan keperawatan seharusnya menggunakan cara pengambilan sampel dengan *quota sampling*, karena dokumentasi bulan Juni dan Mei 2011 tidak diketahui berapa jumlah keseluruhan dari dokumentasi asuhan keperawatan tersebut.

Hasil ukur pada pelaksanaan perencanaan pulang menggunakan *cut of point* median (1. <36 kurang optimal dan 2. \geq 36 optimal). Pelaksanaan perencanaan pulang yang dilakukan perawat yang berupa kegiatan pengkajian, menyusun diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan, melakukan implementasi dan evaluasi seharusnya menggunakan *cut of point* median dengan 1. <85% kurang optimal dan 2. \geq 85% optimal.

6.3 Implikasi terhadap Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian

6.3.1 Implikasi terhadap pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini mempunyai implikasi yang bermanfaat, khususnya pada pihak manajemen RS Islam Sultan Agung Semarang, untuk dapat digunakan sebagai data informasi tentang kinerja perawat dalam pelaksanaan perencanaan pulang di

rumah sakit. Implikasi penelitian juga dapat memberikan informasi tentang kemampuan perawat dalam mempersepsikan peran perawat dalam perencanaan pulang, kemampuan perawat dalam penerapan keterlibatan dan partisipasi dalam perencanaan pulang dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain, kemampuan komunikasi dalam perencanaan pulang dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain, kemampuan perawat dalam pengaturan waktu untuk pelaksanaan perencanaan pulang, dan kemampuan perawat dalam melakukan kegiatan perjanjian dan kesepakatan dalam perencanaan pulang dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain. Penelitian juga dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja perawat dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada perencanaan pulang.

6.3.2 Implikasi terhadap pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan implikasi bahwa peserta didik perlu memahami konsep perencanaan pulang, khususnya faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang, sehingga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan perencanaan pulang dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien di ruang rawat inap di rumah sakit. Penelitian ini juga digunakan dalam melengkapi kurikulum pendidikan yang terkait dengan perencanaan pulang di rumah sakit.

6.3.3 Implikasi terhadap penelitian keperawatan

Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dari penelitian sebelumnya dalam faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang. Oleh karena itu terbuka peluang untuk pengembangan penelitian berkelanjutan terhadap teori perencanaan pulang ini. Selain itu penting pula untuk melakukan penelitian dengan metode yang berbeda tentang pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di rawat inap rumah sakit. Faktor-faktor pelaksanaan perencanaan pulang yang telah diteliti ini dapat dikembangkan pada penelitian lain, misalnya faktor-faktor pelaksanaan perencanaan pulang di rumah sakit yang terkait dengan kebijakan, SOP, alur dan lain-lain yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan pulang.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Pada Bab ini menjelaskan simpulan yang menjawab permasalahan penelitian yang telah dirumuskan. Saran praktis yang berhubungan dengan masalah penelitian juga diuraikan untuk meningkatkan hasil penelitian ini.

7.1 Simpulan

Simpulan penelitian analisis faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Saki Islam Sultan Agung Semarang meliputi beberapa hal.

- 7.1.1 Perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang mayoritas adalah usia dewasa muda (20-39 tahun), jenis kelamin perempuan, pendidikan D3 Keperawatan, dan masa kerja 1-9 tahun. Sedangkan status perkawinan mempunyai proporsi yang sama antara yang menikah dengan yang tidak menikah. Perawat mempunyai persepsi yang sama antara yang baik dan yang kurang tentang personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, dan perjanjian dan konsensus. Sedangkan perawat mempunyai persepsi yang baik tentang waktu.
- 7.1.2 Pelaksanaan perencanaan pulang perawat di RS mayoritas belum optimal.
- 7.1.3 Ada hubungan antara faktor personil perencanaan pulang, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, perjanjian dan konsensus dengan pelaksanaan perencanaan pulang.
- 7.1.4 Tidak ada hubungan antara faktor karakteristik perawat dan waktu dengan pelaksanaan perencanaan pulang.
- 7.1.5 Faktor yang paling berpengaruh pada pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat adalah faktor perjanjian dan konsensus, dimana didapatkan nilai $p = 0,023$ ($\alpha = 0,05$) dengan OR 2,361.

7.2 Saran

Penelitian ini dapat bermanfaat untuk mengevaluasi pelaksanaan perencanaan pulang di rumah sakit, dimana dengan berbagai faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan dapat diidentifikasi faktor-faktor mana yang perlu dipertimbangkan untuk keberhasilan pelaksanaan perencanaan pulang oleh perawat. Berikut adalah saran yang perlu dipertimbangkan oleh rumah sakit, manajer keperawatan, perawat, maupun peneliti yang terkait dengan perencanaan pulang.

7.2.1 Bagi Rumah Sakit

7.2.1.1 Dikembangkannya SOP untuk mengatur peran personil perencanaan pulang, mengatur keterlibatan dan partisipasi orang-orang yang terlibat dalam pelaksanaan perencanaan pulang, serta mengatur perjanjian dan konsensus dalam pelaksanaan perencanaan pulang.

7.2.1.2 Ditetapkannya alur yang jelas pada pelaksanaan perencanaan pulang untuk memfasilitasi arah komunikasi yang digunakan dalam pelaksanaan perencanaan pulang.

7.2.2 Bagi Manajer Keperawatan

7.2.2.1 Mengadakan workshop tentang perjanjian dan kesepakatan perencanaan pulang untuk tenaga kesehatan di rumah sakit.

7.2.2.2 Mengembangkan program *in house training* pada perawat tentang perencanaan pulang pasien.

7.2.2.3 Mengembangkan program monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan perencanaan pulang pasien.

7.2.3 Bagi Perawat

7.2.3.1 Meningkatkan kinerja dalam pelaksanaan perencanaan pulang

7.2.3.2 Memotivasi untuk melakukan hubungan profesional dengan teman sejawat, dokter, pasien dan keluarga, dan petugas kesehatan di masyarakat dalam pelaksanaan perencanaan pulang.

7.2.3.3 Memotivasi untuk melakukan komunikasi dengan teman sejawat, dokter, pasien dan keluarga, dan petugas kesehatan di masyarakat dalam pelaksanaan perencanaan pulang.

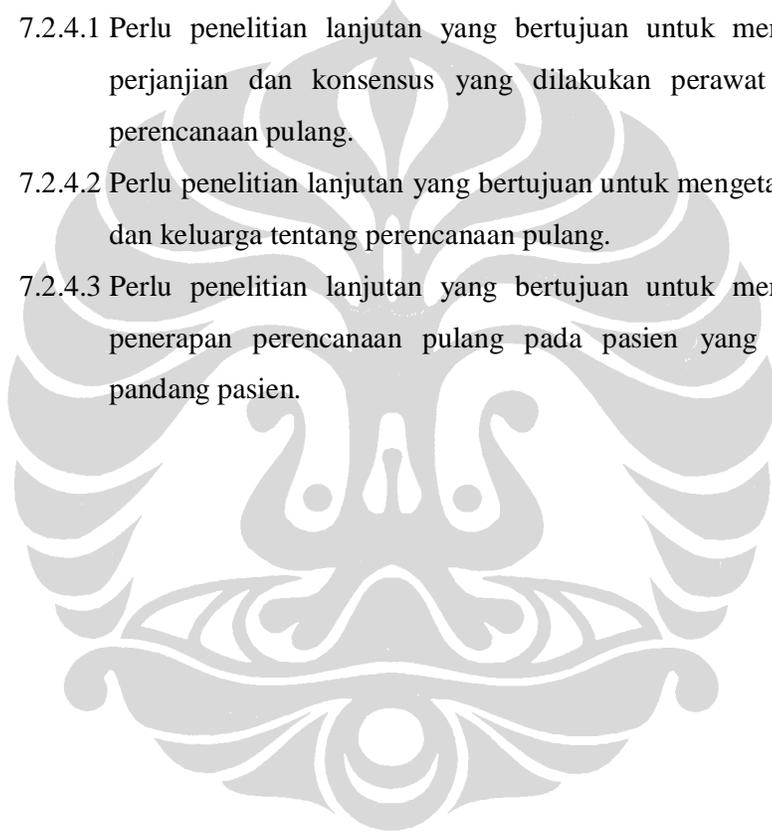
7.2.3.4 Memotivasi untuk membuat kesepakatan dengan teman sejawat, dokter, pasien dan keluarga, dan petugas kesehatan di masyarakat dalam pelaksanaan perencanaan pulang.

7.2.4 Bagi penelitian selanjutnya

7.2.4.1 Perlu penelitian lanjutan yang bertujuan untuk mengetahui efektifitas perjanjian dan konsensus yang dilakukan perawat pada pelaksanaan perencanaan pulang.

7.2.4.2 Perlu penelitian lanjutan yang bertujuan untuk mengetahui persepsi pasien dan keluarga tentang perencanaan pulang.

7.2.4.3 Perlu penelitian lanjutan yang bertujuan untuk mengetahui efektifitas penerapan perencanaan pulang pada pasien yang diukur dari sudut pandang pasien.



DAFTAR PUSTAKA

- Archie, R.R. & Boren, S.A.. (2009). *Opportunities for informatics to improve discharge planning: A systematic review of the literature*. AMIA Annu Symp Proc.; 2009: 16–20. Published online 2009 November 14. PMID: PMC2815402. <http://www.amia.org/meetings/archives.asp>
- Arwani & Supriyato, H. (2005). *Manajemen bangsal keperawatan*. Jakarta: EGC
- Baron, M., Erlenbusch, B., Moran, C.F., O'Connor, K., Rice, K., & Rodriguez, J.. (2008). *Best practices manual for discharge planning: Mental health & substance abuse facilities, hospitals, foster care, prisons and jails*. Los Angeles: Coalition to hunger & homelessness.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs*. 2009 Sep;18(18):2539-46. Epub 2009 Apr 3. Review.PubMed PMID: 19374695.
- Birmingham, J. (2010). *Discharge planning guide tool for compliance*. Third edition. United States of America: HCPro. Inc.
- Boyd, M, Byrne, E., Donovan, A., Gallagher, J., Phelan, J., Keating, A., et al. (2009). *Guideline for nurse/midwife facilitated discharge planning*. Office of the nursing services director (ONSD).
- British Columbia Schizophrenia Society: (2007). *Hospital discharge planning checklist*. <http://www.bcscs.org/2007/05/resources/family-friends/hospital-discharge-checklist/>, diperoleh 21 Maret 2011.
- Bull, M.J., Hansen, H.E., & Gross, C.R. (2000). Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning. *Appl Nurs Res*. 2000. May;13(2):76-82. PubMed PMID: 10842903.
- Bungin, B. (2010). *Metodologi penelitian kuantitatif: Komunikasi, ekonomi, dan kebijakan publik serta ilmu-ilmu sosial lainnya*. Edisi pertama. Cetakan kelima. Jakarta: Prenada Media Group.
- Carpenito, L.J. (2009). *Nursing care plans & documentation: Nursing diagnosis and collaborative problems*. 5th edition. Philadelphia: Wolter Kluwer Health. Lippincott William & Wilkins.

- CMS. (2008). *Planning for your discharge: A checklist for patients and caregivers preparing to leave a hospital, nursing home, or other health care setting*. September 2008.
- Danvers, L. (2011). The availability time of discharge planning. *American Physical Therapy Association*. Clearance Center Inc, 222 Rosewood. (ISSN 1538-6724).
- Departement of Veterans' Affairs. (2005). *Discharge planning resource kit*. Edisi revisi. Departement of Veterans' Affairs. Australian Government.
- Depkes RI. (2001). *Kebijakan umum pelayanan keperawatan dan kebidanan di sarana kesehatan*. Cetakan 1. Jakarta: Direktorat Pelayanan Keperawatan, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI.
- (2005). *Instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit*. Cetakan 5. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI.
- (2005). *Standar pelayanan rumah sakit*. Cetakan 5. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dessler, G. (2009). *Manajemen sumber daya manusia*. Jilid 2. Alih bahasa Paramita Rahayu. Editor Fadjar Hari Hardiansjah. Edisi ke-10. Jakarta : PT. Indeks.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Geissler, A.C. (2000). *Nursing care plans: Guidelines for planning and documentation patient care*. F.A. Davis.
- Donner, G. & Wheeler, M.M. (2009). *Coaching in nursing: an introduction*. United States of America: Printing Partners, Indianapolis.
- Eija, G, & Marja-Leena, P. (2005). Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scand J Caring Sci*. 2005 Sep;19(3):288-95. PubMed PMID: 16101858.
- EPA QA/G-6. (2007). *Guidance for preparing standard operating procedures (SOPs)*. Washington: Office of Environment Information.
- Farida, B. (2001). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan proses keperawatan di ruang rawat inap RSJHK*. Tesis. Jakarta: FIK UI. Tidak dipublikasikan.

- Frampton, R. (2011). *The leads teaching hospitals NHS: Discharge policy*. Shetland.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly, J.H. (1996). *Organisasi: Perilaku struktur, proses*. Edisi kelima. (Soekrisno, A., penerjemah). Jakarta: Erlangga.
- Gillies, D, A. (2002). *Nursing management a system approach*. 3th ed. Philadelphia: WB Saunders
- Han, C.Y., Barnard, A., & Chapman, H. (2009). Emergency department nurses' understanding and experiences of implementing discharge planning. *Journal of Advanced Nursing*. Publisher: Wiley-Blackwell. Volume 65. Number 6. June 2009. pp. 1283-1292(10)
- Hariyati, R.T.S., Afifah, E., & Handiyani, H. (2008). Evaluasi model perencanaan pulang yang berbasis teknologi informasi. *Makara, Kesehatan*. Volume 12. No.2. Desember 2008: 53-58.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic data analysis for health research training: analisa data kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hermawati. (2002). *Analisa kepuasan kerja dan hubungan dengan kinerja dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang dipersepsikan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Dr. M. Jamil Padang*. Tesis. Tidak dipublikasikan. FIK UI, Jakarta.
- Holland, D.E. & Hemann, M.A. (2011). Standardizing hospital discharge planning at the Mayo Clinic. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Volume 37, Number 1, January 2011 , pp. 29-36(8)
- Idrus, M. (2009). *Metode penelitian ilmu sosial : Pendekatan kualitatif dan kuantitatif*. Edisi kedua. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja, teori, penilaian dan penelitian*. Cetakan ketiga. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan. FKM UI.
- Iyer, P.W., Levin, B.J. & Shea, M.A. (2006). *Medical legal aspects of medical records*. USA : Lawyers & Judges Publishing Company.
- Kleinpell, R.M. (2004). Randomized trial of an intensive care unit – based early discharge planning intervention for critically ill elderly patients. *American Journal of Critical Care*. 2004;13:335-345. July 2004, Volume 13, No. 4.

- Marquis, B. L. & Houston, C.J. (2000). *Leadership roles and management functions in nursing theory and application*. 3th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins
- Moran, G., Semansky, R., Quinn, E., Noftsinger, R., & Koenig, T. (2005). *Evaluability assessment of discharge planning and the prevention of homelessness*. Rockville, Maryland: WESTAT.
- MNS. (2011). *Management and network services: Skilled discharge planning form*. <http://ebookbrowse.com/skilled-discharge-planning-form-pdf-d72670733>, diperoleh tanggal 21 Maret 2011
- NANDA International. (2009). *NANDA International Nursing diagnosis: Definition & classification 2009-2011*. Herdman, T.H. Editor. First edition. USA: Blackwell Publishing. NANDA International.
- NCSS. (2006). *Care and discharge planning: A guide for service providers*. Serial No: 032/SDD19/DEC06. Singapore: National Council of Social Service.
- Norman, R. (2004). *Faktor-faktor yang berkontribusi dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSPAD Gatot Subroto Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan. FIK UI, Jakarta.
- Nosbusch, J.M., Weiss, M.E., & Bobay, K. L. (2011). An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning. *Journal of Clinical Nursing*. Publisher: Wiley-Blackwell. Volume 20, Numbers 5-6, March 2011 , pp. 754-774(21)
- Notoatmodjo, S. (2002) *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2003) *Ilmu kesehatan masyarakat (prinsip-prinsip dasar)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2007) *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2009). *Pengembangan sumber daya manusia*. Cetakan keempat. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2001). *Proses dan dokumentasi keperawatan: Konsep dan praktik*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*. Edisi pertama. Jakarta : salemba Medika.

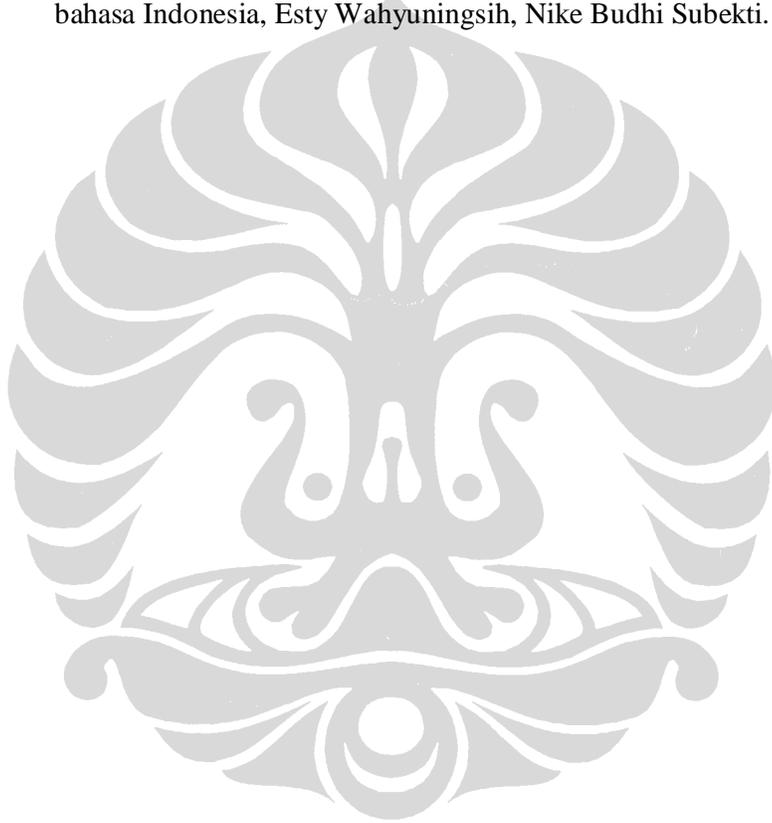
- Nursing Policy: N-55. (2010). *Plan of care – the nursing process*. http://www.sh.lsuhs.edu/policies/policy_manuals_via_ms_word/Nursing/N-55.pdf. LSUHSC-Shreveport, LA
- Owyong, P. (2010). *Role of a nurse in discharge planning*. (April 21, 2010, http://www.ehow.com/about_6367124_role-nurse-discharge-planning.html#ixzz1H14p8zop, diperoleh tanggal 11 Maret 2011)
- Panjaitan, R.U. (2002). *Hubungan efektifitas kepemimpinan kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSPAD Gatot Subroto*. Tesis. Tidak dipublikasikan. FIK UI, Jakarta.
- Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, R.D. (2009). *Human Development perkembangan manusia*. Edisi kesepuluh. Jakarta: Salemba Humanika.
- Pemila, U. (2009). *Konsep discharge planning*. <http://www.fik.ui.ac.id/pkko/files/KONSEP%20DISCHARGE%20PLANNING.doc>, diperoleh tanggal 11 Maret 2011)
- Poglitich, L.A., Emery, M., & Darragh, A. (2011). A qualitative study of the determinants of successful discharge for older adult inpatients. *Journal of American Physical Therapy Association*. (ISSN 1538-6724).
- Polit, D.F., Beck, T.C., & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research: methods, appraisals, and utilization*. 5th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses dan praktik*. Volume 1. Alih bahasa Yasmin Asih, et al. Editor edisi bahasa Indonesia Devi Yulianti, Monica Ester. Edisi 4. Jakarta: EGC.
- Riani, A.L. (2011). *Budaya organisasi*. Edisi pertama. Cetakan pertama. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Riyanto, A. (2011). *Aplikasi metodologi penelitian kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Robbins, S.P. (2006). *Perilaku organisasi*. Edisi kesepuluh. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.
- Rush, D.D, Shelden, M.L, & Raab, M. (2008). *Casetools : Instrument and procedures for implementing early childhood and family support practices*. September 2008. Volume 4. Number 1.

- Sabri, L. & Hastono, S.P. (2008). *Statistik kesehatan*. Edisi 2. Cetakan ketiga. Jakarta: Rajawali Press.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi kedua. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Shelby, Q.W. (2010). *Definition of discharge planning*. (June 29, 2010, http://www.ehow.com/about_6681654_definition-discharge-planning.html#ixzz1H1, diperoleh tanggal 11 Maret 2011)
- Shepperd, S., Parkes, J., McClaren, J., & Phillips, C. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD000313. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD000313. PubMed PMID: 14973952.
- Siagian, S.P. (2006). *Teori dan praktek kepemimpinan*. Cetakan kelima. Jakarta : P.T Rhineka Cipta.
- (2006). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Simanjuntak, P. (1995). *Peningkatan produktivitas dan mutu pelayanan sektor pemerintah*. Jakarta: Dewan Produktivitas Nasional
- Sopiah. (2008). *Perilaku organisasional*. Yogyakarta: ANDI.
- Sugiyono. (2011). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R & D*. Cetakan ke-12. Bandung: Alfabeta.
- (2007). *Satistika untuk penelitian*. Cetakan ke-12. Bandung: Alfabeta.
- Suhartini, Anggorowati & Katili, M.I. (2003). *Analisis penerapan standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Kota Semarang*. Laporan penelitian. Tidak dipublikasikan. Semarang: FK UNDIP.
- Sumardi. (2009). *Kemisikinan dan kebutuhan pokok*. Yayasan ilmu-ilmu sosial. Retrieved 21 Desember 2009. <http://books.google.co.id/books?id>
- Supriyatna, Y. (2003). *Hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruang dengan produktifitas kerja perawat pelaksana di Rumah Sakit Pusat Pertamina Jakarta*. Tesis. Tidak dipublikasikan. FIK UI, Jakarta.
- Swansburg, R.C. (2000). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan*. Alih bahasa Suharyati Samba. Editor Monica Ester. Jakarta: EGC.

Swansburg, R.C., & Swansburg, L.C.. (2001). *Pengembangan staf keperawatan: suatu komponen pengembangan sumber daya manusia*. Alih bahasa Agung Waluyo, Yasmin Asih. Editor Monica Ester. Jakarta: EGC.

Tomura, H., Yamamoto, M.N., Nagata, Murashima, S., & Suzuki, S. (2011). Creating an agreed discharge: discharge planning for clients with high care needs. *J Clin Nurs*. PubMed. 2011 Feb; 20 (3-4): 444-53. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03556.x. PMID: 21219523.

WHO. (2005). *Pedoman perawatan pasien*. Alih bahasa Monica Ester. editor edisi bahasa Indonesia, Esty Wahyuningsih, Nike Budhi Subekti. Jakarta : EGC.



RANCANGAN KEGIATAN PENYUSUNAN TESIS

NO	KEGIATAN	TAHUN 2011																												
		FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI								
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV					
1	Penyusunan Proposal Penelitian																													
2	Seminar Proposal Penelitian																													
3	Perbaikan Proposal Penelitian																													
4	Pengurusan Ijin Penelitian																													
5	Uji Validitas dan Reliabilitas																													
6	Pelaksanaan Penelitian																													
7	Pengolahan Data Hasil Penelitian																													
8	Seminar Hasil Penelitian																													
9	Penyusunan Laporan Tesis																													
10	Sidang Tesis																													
11	Perbaikan Laporan Tesis																													
12	Penyerahan Tesis																													

LEMBAR PENJELASAN MENJADI RESPONDEN

Kepada
Yth. Bapak/Ibu Perawat
Di
Ruang Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan dibawah ini, mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI Jakarta:
Nama : Muhamad Rofii
NPM : 0906573710

Akan mengadakan penelitian dengan judul **"Analisa faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang"**

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Perencanaan pulang (*discharge planning*) adalah suatu rencana pemulangan pasien yang ditulis oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan, memberikan informasi tentang kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pasien pulang, melaksanakan evaluasi dan mengarahkan untuk perawatan diri sendiri. Manfaat dari penelitian ini adalah diharapkan hasil penelitian ini akan dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan dapat menevaluasi kinerja perawat dalam pemberian asuhan keperawatan, sehingga dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menetapkan kebijakan manajemen keperawatan yang berimplikasi kepada pendokumentasian asuhan keperawatan.

Saya berterima kasih jika bapak/ibu bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner yang disertakan dalam lembaran ini dan jawaban responden akan dijamin kerahasiaannya. Mudah-mudahan amal baik responden bisa memberikan masukan untuk perkembangan keperawatan di masa yang akan datang.

Semarang, Juni 2011
Peneliti

Muhamad Rofii

**FORMAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : (inisial)

Umur : tahun

Jenis kelamin : L / P *)

Alamat :
.....

Setelah mendengarkan penjelasan dari peneliti, dengan ini menyatakan **Bersedia/ Tidak Bersedia** *) untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan FIK UI yang bernama **Muhamad Rofi'i, S.Kp., Ns.** dengan judul "**Analisa faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan perencanaan pulang pada perawat di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**"

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2011

Hormat saya,

(.....)

Keterangan :

*) = coret yang tidak perlu



KUESIONER PENELITIAN

**ANALISA FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PELAKSANAAN PERENCANAAN PULANG PADA
PERAWAT DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN
AGUNG SEMARANG**

Oleh:

**MUHAMAD ROFI'I
NPM. 0906573710**

**KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN & MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2011**



ANALISA FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN
PERENCANAAN PULANG PADA PERAWAT DI RUMAH SAKIT ISLAM
SULTAN AGUNG SEMARANG

KUESIONER
UNTUK PERAWAT

Petunjuk Pengisian:

1. Berilah tanda check (✓) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang Saudara pilih.
2. Tulislah jawaban secara singkat dan jelas pada tempat yang telah tersedia.
3. Mohon untuk TIDAK mengosongkan jawaban pada setiap pertanyaan.

KODE

Diisi oleh peneliti

A. KARAKTERISTIK PERAWAT

1. Umur : tahun
2. Jenis kelamin : Pria Wanita
3. Pendidikan terakhir keperawatan : DIII S1
4. Status perkawinan : Menikah Tidak menikah
 Janda/duda
5. Lama kerja : 1 - 9 tahun
 Lebih dari 9 tahun

B. FAKTOR PERENCANAAN PULANG

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda check (√) pada jawaban yang tersedia sesuai jawaban yang Saudara pilih.
2. Mohon untuk TIDAK mengosongkan jawaban pada setiap pertanyaan.

Pilihlah jawaban:

Ya : Pernyataan tersebut sesuai dengan kondisi yang dialami / dirasakan perawat saat ini

Tidak : Pernyataan tersebut tidak sesuai dengan kondisi yang dialami / dirasakan perawat saat ini

NO.	PERNYATAAN	YA	TIDAK
	Menurut saya ...		
1	Perawat telah melakukan pengkajian sampai dengan evaluasi dalam perencanaan pulang (<i>discharge planning</i>) pasien		
2	Perawat belum memfasilitasi peran dokter dalam perencanaan pulang pasien		
3	Perawat belum memfasilitasi peran petugas kesehatan di masyarakat dalam perencanaan pulang pasien		
4	Pasien telah berkontribusi dalam perencanaan pulang		
5	Keluarga belum berkontribusi dalam perencanaan pulang pasien		
6	Perencanaan pulang pasien disusun bersama dengan pasien		
7	Keluarga tidak terlibat dalam penyusunan perencanaan pulang pasien		
8	Pasien terlibat dalam pelaksanaan kegiatan perencanaan pulang		
9	Keluarga tidak terlibat dalam pelaksanaan kegiatan perencanaan pulang pasien		
10	Dalam pelaksanaan kegiatan perencanaan pulang pasien, dokter tidak dilibatkan oleh perawat		
11	Dalam pelaksanaan kegiatan perencanaan pulang pasien, petugas Puskesmas tidak dilibatkan oleh perawat		

NO.	PERNYATAAN	YA	TIDAK
	Saya ...		
12	Berkomunikasi pada saat pelaksanaan perencanaan pulang menyesuaikan latar belakang pendidikan pasien		
13	Melakukan komunikasi pada pelaksanaan perencanaan pulang tidak memperhatikan status mental pasien		
14	Melakukan komunikasi pada pelaksanaan perencanaan pulang memperhatikan hambatan fisik pasien seperti gangguan pendengaran atau penglihatan		
15	Melakukan komunikasi pada pelaksanaan perencanaan pulang dengan memberikan informasi yang tidak jelas pada pasien		
16	Melakukan komunikasi pada pelaksanaan perencanaan pulang dengan menggunakan bahasa yang tidak dipahami oleh pasien		
17	Melakukan komunikasi pada pelaksanaan perencanaan pulang dengan tehnik yang disukai oleh pasien		
18	Tidak mempunyai waktu untuk menuliskan pengkajian sampai dengan evaluasi perencanaan pulang pasien		
19	Tidak mempunyai waktu yang cukup dalam mengimplementasikan perencanaan pulang pasien		
20	Menunda waktu untuk mempersiapkan kegiatan perencanaan pulang pasien		
21	Memfokuskan waktu untuk melakukan kegiatan pelaksanaan perencanaan pulang pasien		
22	Membuat kesepakatan bersama dengan pasien untuk menyusun rencana kegiatan perencanaan pulang		
23	Tidak membuat kesepakatan/perjanjian dengan klien untuk melaksanakan perencanaan pulang		
24	Tidak membuat kesepakatan pelaksanaan perencanaan pulang dengan keluarga		
25	Menandatangani kesepakatan perencanaan pulang		
26	Tidak memberikan surat perjanjian tertulis kepada pasien tentang rencana pulang yang telah disepakati		
27	Tidak membuat kesepakatan dengan tim kesehatan lain dalam perencanaan pulang		



PANDUAN OBSERVASI

DOKUMENTASI PENERAPAN PERENCANAAN PULANG

KODE

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda check (√) pada jawaban yang tersedia sesuai dengan hasil yang diobservasi.

Pilihlah jawaban:

Ya : Bila bukti dokumentasi menggambarkan informasi secara tepat dan akurat

Tidak : Bila bukti dokumentasi tidak menggambarkan informasi secara tepat & akurat

NO.	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1	Data biologis pasien		
2	Data psikologis pasien		
3	Data sosial pasien		
4	Data religius dan keyakinan		
5	Data kultural pasien		
6	Data harapan pasien		
7	Data tempat tinggal untuk pulang pasien		
8	Data siapa orang yang merawat setelah pulang		
9	Data keluarga yang bisa dihubungi oleh pasien		
10	Data jenis alat transportasi pasien ketika pulang		
11	Data siapa penyedia transportasi pasien pulang		
12	Data alat bantu yang digunakan pasien (kursi roda, walker, tongkat, dll).		
13	Data tingkat perawatan yang dibutuhkan		

NO.	PERNYATAAN	YA	TIDAK
14	Data tingkatan aktifitas pasien saat dirawat di RS.		
15	Data status mental pasien saat dirawat		
16	Data pembiayaan kesehatan yang digunakan		
17	Data kemampuan dalam perawatan diri		
18	Data petugas kesehatan terdekat yang akan dimintai bantuan oleh pasien ketika di rumah.		
19	Data pengetahuan pasien tentang masalah yang dialami dan cara mengatasinya.		
20	Data pengetahuan pasien tentang pengobatan yang diberikan oleh dokter.		
21	Diagnosa keperawatan yang terkait perencanaan pulang: kurang pengetahuan, perubahan pemeliharaan kesehatan, resiko ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik, resiko kelemahan manajemen pemeliharaan rumah.		
22	Rencana pengajaran tentang perawatan pada pasien		
23	Rencana pengajaran tentang masalah kesehatan lain		
24	Rencana pemberian informasi tentang sumber-sumber pelayanan di masyarakat		
25	Rencana rujukan pasien kepada petugas kesehatan terdekat pasien		
26	Implementasi pengajaran tentang perawatan pada pasien		
27	Implementasi pengajaran tentang masalah kesehatan lain pada pasien		
28	Implementasi pemberian informasi tentang sumber-sumber pelayanan di masyarakat		
29	Implementasi rujukan pasien kepada petugas kesehatan terdekat pasien		
30	Evaluasi pengajaran tentang perawatan pada pasien		
31	Evaluasi pengajaran tentang masalah kesehatan lain pada pasien		
32	Evaluasi pemberian informasi tentang sumber-sumber pelayanan di masyarakat		
33	Evaluasi rujukan pasien kepada petugas kesehatan terdekat pasien		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Muhamad Rofi'i

Tempat/tanggal lahir : Ungaran, 25 Juni 1976

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Jl. Hasan Munadi RT 03/ RW 08 Blanten Nyatnyono
Kec. Ungaran Barat, Kab. Semarang - Jawa Tengah

Riwayat Pendidikan:

1. Program Magister FIK UI Jakarta Tahun 2009 – Sekarang
2. Pendidikan Ners PSIK FK UNDIP Semarang Tahun 2002 - 2003
3. S1 Keperawatan PSIK FK UNDIP Semarang Tahun 2000 – 2002
4. Akper Kesdam IV/Diponegoro Semarang Tahun 1995 - 1998
5. MAN Salatiga Tahun 1992 – 1995
6. MTs Sudirman Kawengen, Semarang Tahun 1989 – 1992
7. SDN Kawengen II, Semarang Tahun 1983 – 1989

Riwayat Pekerjaan:

1. Staf Pengajar di PSIK FK Undip Semarang Tahun 2003 – Sekarang
2. Staf Pengajar di Akper Kesdam IV/Diponegoro Tahun 1998 - 2003