

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep *discharge planning*

a. Pengertian *discharge planning*

Discharge planning merupakan proses berkesinambungan guna menyiapkan perawatan mandiri pasien pasca rawat inap. Proses identifikasi dan perencanaan kebutuhan keberlanjutan pasien ditulis guna memfasilitasi pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain agar tim kesehatan memiliki kesempatan yang cukup untuk melaksanakan *discharge planning* (Dewi, 2021).

Pada dasarnya *discharge planning* merupakan program pemberian informasi atau pendidikan kesehatan kepada pasien terkait nutrisi, aktivitas/latihan, obat-obatan, serta tanda dan gejala penyakit pasien agar pasien dan keluarga mengetahui manajemen perawatan pasien setelah kembali ke rumah serta batasan dan implikasi kesehatan secara dinamis terdiri dari penilaian, persiapan, serta koordinasi dengan tujuan memudahkan pengawasan pelayanan kesehatan dan sosial sebelum maupun setelah kembali ke rumah (Nursalam, 2014).

b. Tujuan *discharge planning*

Discharge planning bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan spesifik untuk mempertahankan atau mencapai fungsi maksimal setelah pulang (Carpenito, 2012). Menurut Nursalam (2014) tujuan *discharge planning* adalah sebagai berikut :

- 1) Menyiapkan pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, dan sosial
- 2) Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga
- 3) Meningkatkan keperawatan yang berkelanjutan pada pasien
- 4) Membantu rujukan pasien pada distem pelayanan yang lain
- 5) Membantu pasien dan keluarga memiliki pengetahuan dan keterampilan serta sikap dalam memperbaiki serta mempertahankan status kesehatan pasien
- 6) Melaksanakan rentang keperawatan antara rumah sakit dan masyarakat.

c. Manfaat *discharge planning*

Manfaat dari *discharge planning* menurut Nursalam (2014) adalah :

- 1) Memberi kesempatan kepada pasien untuk mendapatkan informasi terkait kesehatannya selama berada di rumah sakit, sehingga dapat berguna bila telah kembali ke rumah
- 2) Tindak lanjut yang sistematis yang digunakan untuk menjamin kontinuitas keperawatan pasien

- 3) Mengevaluasi pengaruh dari intervensi yang terencana pada penyembuhan pasien dan mengidentifikasi kekambuhan atau kebutuhan perawatan baru
- 4) Membantu kemandirian pasien dalam kesiapan melakukan keperawatan di rumah.

Rosya, Vera dkk (2020) menyebutkan manfaat dari pemberian *discharge planning* secara terstruktur sejak pasien masuk di ruang perawatan sampai rencana pemulangan adalah sebagai berikut :

- 1) Mengurangi pelayanan yang tidak terencana
- 2) Mengantisipasi terjadinya kegawatdaruratan selama berada dirumah
- 3) Mengurangi LOS/*AvLos*
- 4) Meningkatkan kepuasan pasien
- 5) Menghemat biaya perawatan
- 6) Hasil kesehatan optimal yang tercapai.

d. Prinsip pelaksanaan *discharge planning*

Di dalam proses pelaksanaannya, *discharge planning* memiliki beberapa prinsip yang dijelaskan oleh Nursalam (2014) sebagai berikut :

- 1) Pelaksanaan *discharge planning* berfokus kepada pasien seperti nilai keinginan dan kebutuhan pasien harus dikaji secara berkala

- 2) Mengidentifikasi kebutuhan pasien. Kebutuhan yang dimaksud adalah segala kebutuhan terkait dengan masalah yang kemungkinan akan timbul pada saat pasien berada di rumah/pulang, sehingga dapat diidentifikasi sejak dini
- 3) Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif yang melibatkan multidisiplin dalam setiap tim
- 4) Perencanaan pulang dilaksanakan pada setiap tatanan pelayanan kesehatan dimana setiap pasien masuk, maka perencanaan pulang harus dilakukan.

Berbagai penelitian yang telah dilakukan tentang pelaksanaan *discharge planning*, misalnya penelitian Agustin (2017) tentang optimalisasi pelaksanaan *discharge planning* melalui pengembangan model *discharge planning* terintegrasi pelayanan keperawatan di RSUD dr. Soetomo Surabaya yang menggunakan metode deskriptif dan eksperimen dengan jumlah sampel 40 perawat pelaksana pada penelitian tahap pertama dan 11 sampel pada penelitian tahap ke dua. Hasil penelitian tahap pertama mengidentifikasi pelaksanaan *discharge planning* dan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaannya dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* dalam realitanya yang terlaksana hanya tahapan-tahapan yang penting saja. Penelitian tahap kedua merupakan pengembangan dan uji coba model *discharge planning* terintegrasi. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa

pengembangan model *discharge planning* terintegrasi mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan perawat dalam pelaksanaan *discharge planning*.

e. Pelaksanaan *discharge planning*

Proses *discharge planning* memiliki kesamaan dengan proses keperawatan. Kesamaan tersebut bisa dilihat dari adanya pengkajian pada saat pasien mulai dirawat sampai dengan adanya evaluasi serta dokumentasi dari kondisi pasien selama mendapatkan perawatan di rumah sakit. Pelaksanaan *discharge planning* menurut Potter dan Perry (2011) secara lebih lengkap adalah sebagai berikut :

- 1) Sejak waktu penerimaan pasien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan untuk pasien pulang, dengan menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan dan pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus.
- 2) Kaji kebutuhan pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi di rumah, hal-hal yang harus dihindarkan akibat dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkin terjadi

- 3) Bersama pasien dan keluarga, kaji faktor-faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri (contoh : ukuran kamar, lebar jalan, langkah, fasilitas kamar mandi)
- 4) Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain dalam mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan di rumah atau di tempat pelayanan yang lainnya
- 5) Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut
- 6) Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan klien setelah pulang
- 7) Tetapkan diagnosa keperawatan yang tepat, lakukan implementasi rencana keperawatan. Evaluasi kemajuan secara terus menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu sebagai berikut :
 - a) Pasien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya
 - b) Pasien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya
 - c) Lingkungan rumah akan menjadi aman
 - d) Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah
- 8) Persiapan sebelum hari kepulangan pasien diantaranya :
 - a) Anjurkan cara-cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi
 - b) Berikan informasi tentang sumber-sumber pelayanan kesehatan di masyarakat kepada pasien dan keluarga

c) Lakukan pendidikan untuk pasien dan keluarga sesegera mungkin setelah pasien dirawat di rumah sakit (contoh : tanda dan gejala, komplikasi, informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan perawatan medis dalam perawatan lanjutan, diet, latihan, hal-hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit atau operasi yang dijalani). Pasien mungkin dapat diberikan pamflet atau buku.

9) Pada hari kepulangan pasien :

a) Biarkan pasien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu berkaitan dengan perawatan di rumah (sesuai pilihan)

b) Periksa order pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan

c) Tentukan apakah pasien atau keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah

d) Tawarkan bantuan ketika pasien berpakaian dan mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi jika diperlukan.

e) Periksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang pasien yang masih tertinggal.

f) Berikan pasien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesanan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya.

g) Catat kepulangan pasien pada format ringkasan pulang.

h) Dokumentasikan status masalah kesehatan saat pasien pulang.

f. Faktor - faktor yang mempengaruhi *discharge planning*

Faktor personal perencanaan pulang adalah orang-orang yang berkontribusi dalam perencanaan pulang yaitu perawat, dokter, petugas kesehatan lainnya, petugas kesehatan di masyarakat, pasien, dan anggota keluarga. Perawat sebagai bagian dari personal perencanaan pulang berperan penting dalam keberhasilan perencanaan pulang. Perawat bertanggungjawab untuk berkoordinasi dan mempertahankan hubungan dengan perawatan, fasilitas profesional, dan sumber daya yang diperlukan untuk pemulihan pasien. Hal-hal yang mempengaruhi *discharge planning* adalah faktor personal, keterlibatan dan partisipasi, komunikasi, perjanjian dan konsensus (Rofi'i, Hariyanti dkk, 2012).

Hardivianty (2017) berpendapat bahwa penerapan pelaksanaan *discharge planning* dipengaruhi oleh pemahaman sumber daya manusia terhadap *discharge planning*, SOP atau Panduan, dan format *discharge planning*.

g. *Discharge Planning* dalam Akreditasi Rumah Sakit

Rumah Sakit seyogianya mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional pemberi

asuhan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Maksud dan tujuan adalah menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang sudah tersedia di rumah sakit, mengoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya (Sutoto, 2017)

Rencana pemulangan pasien atau *discharge planning* dalam Standart Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) disebutkan dalam bagian II : Kelompok Standar Pelayanan Berfokus Pasien, Bab 1 : Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK), dengan beberapa pernyataan sebagai berikut :

1) ARK 3 : Asesmen awal termasuk menetapkan kebutuhan perencanaan pemulangan pasien.

Kesinambungan asuhan pasien setelah dirawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus bagi sebagian pasien seperti perencanaan pemulangan pasien (P3)/*discharge planning*. Penyusunan P3 diawali saat proses asesmen awal masuk rawat inap dan membutuhkan waktu agak panjang, termasuk pemutakhiran/*updating*. Rencana pulang termasuk pendidikan /pelatihan khusus yang mungkin dibutuhkan pasien dan keluarga untuk kontinuitas (kesinambungan) asuhan di luar rumah sakit. Kesinambungan asuhan pasca rawat inap akan berhasil bila penyusunan P3 dilakukan secara terintegrasi antarprofesional

pemberi asuhan (PPA) terkait/relevan dan difasilitasi manajer pelayanan pasien (MPP).

Elemen Penilaian (EP) pada ARK 3 :

- a) ARK 3 EP 1 : Rumah sakit menetapkan proses penyusunan perencanaan pemulangan pasien (P3), dimulai pada asesmen awal rawat inap dan menetapkan kriteria pasien yang membutuhkan P3
 - b) ARK 3 EP 2 : Proses P3 dan pelaksanaannya dicatat di rekam medis sesuai regulasi rumah sakit
- 2) ARK 4 : Rumah sakit menetapkan regulasi melaksanakan proses pemulangan pasien (*discharge*) dari rumah sakit berdasarkan atas kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan kesinambungan asuhan atau tindakan.

Pasien yang memerlukan perencanaan pemulangan pasien harus direncanakan hal tersebut sedini-dininya untuk menjaga kesinambungan asuhan dan dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua profesional pemberi asuhan (PPA) terkait/relevan serta difasilitasi oleh manajer pelayanan pasien (MPP). Keluarga dilibatkan dalam proses ini sesuai dengan kebutuhan.

Elemen Penilaian (EP) dalam Standar ARK.4 adalah :

- a) ARK 4 EP 1 : ada regulasi tentang pemulangan pasien disertai kriteria pemulangan pasien dan pasien yang rencana

pemulangannya kompleks (*discharge planning*) untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien.

- b) ARK 4 EP 2 : ada bukti pemulangan pasien sesuai dengan kriteria pemulangan pasien
- 3) ARK 4.1 : Rumah Sakit bekerja sama dengan praktisi kesehatan di luar rumah sakit tentang tindak lanjut pemulangan.

Dibutuhkan perencanaan untuk mengatur tindak lanjut pemulangan pasien ke praktisi kesehatan atau organisasi lain yang dapat memenuhi kebutuhan kesinambungan asuhan pasien.

- a) ARK 4.1 EP 1 : Ada bukti pemulangan pasien yang rencana pemulangannya kompleks dimulai sejak awal pasien masuk rawat inap melibatkan semua PPA terkait serta difasilitasi oleh MPP, untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien
- b) ARK 4.1 EP 2 : pada tindak lanjut pemulangan pasien bila diperlukan dapat ditujukan kepada fasilitas kesehatan baik perorangan ataupun institusi yang berada di komunitas dimana pasien berada yang bertujuan untuk memberikan bantuan pelayanan.

2. Konsep Dokumentasi Keperawatan

a. Dokumentasi sebagai wujud kinerja perawat

Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit (Nursalam, 2013). Kinerja mengandung dua komponen penting yaitu kompetensi dan produktifitas. Kompetensi berarti individu atau organisasi memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi tingkat kerjanya. Produktifitas yaitu kompetensi tersebut dapat diterjemahkan ke dalam tindakan atau kegiatan yang tepat untuk mencapai hasil kinerja/outcome (Nursalam, 2015). Faktor yang berpengaruh terhadap kinerja menurut Gibson (2013) adalah faktor individu, faktor psikologi dan faktor organisasi. Faktor individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan (mental dan fisik), latar belakang (keluarga, tingkat sosial, pengalaman) dan demografi (umur, etnis, jenis kelamin). Faktor psikologi terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Faktor organisasi terdiri dari sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

b. Definisi Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah catatan seputar pelaksanaan keperawatan yang tertata secara teratur dan sistematis. Catatan-catatan itu juga dimasukkan dalam bentuk tertentu yang

pantas, dengan variasi dan macam yang telah diatur. Kemudian satu hal yang cukup penting yakni catatan itu bisa dipertanggungjawabkan secara etik serta perundang-undangan (Pangkey,Hutapea dkk, 2021).

c. Proses Dokumentasi Keperawatan

Proses dokumentasi keperawatan terdiri dari lima langkah atau fase yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Setiap fase keperawatan mempengaruhi fase lainnya, saling berkaitan erat. Misalnya apabila data yang diperoleh tidak memadai selama penilaian, diagnosis keperawatan akan menjadi tidak lengkap atau salah, sehingga terjadi ketidakakuratan dalam tahap perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), dan evaluasi (Berman, Snyder, Frandsen, 2016).

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap yang pertama dalam proses dokumentasi keperawatan yang meliputi pengumpulan data, verifikasi data, organisasi (pengelompokan data), interpretasi data, dan dokumentasi data. Data yang dikumpulkan juga harus dikelompokkan untuk membantu perawat membangun gambaran masalah dan kekuatan dari klien. Data harus didokumentasikan dan dilaporkan. Pengkajian juga tidak berakhir di wawancara

dan pemeriksaan fisik. Pengkajian bersifat dinamis dan berlanjut pada setiap interaksi perawat dengan klien (Patricia, 2011).

2) Diagnosa Keperawatan

Ketika data atau informasi sudah terkumpul dan dilakukan analisa, mengidentifikasi masalah kesehatan pasien, sehingga membentuk pola yang akurat, yang dinamakan keputusan diagnostik. Pada fase ini perawat menggunakan keterampilan berpikir kritis untuk menginterpretasikan hasil pengkajian data dan mengidentifikasi kekuatan dan masalah pasien. (Patricia, 2011)

3) Intervensi

Dalam merumuskan rencana tindakan yang perlu diperhatikan menurut Dinarti dan Mulyanti (2017) adalah:

- a) Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik intervensi yang membantu klien mencapai kriteria hasil
- b) Dokumentasi rencana tindakan yang telah diimplementasikan harus ditulis dalam sebuah format agar dapat membantu perawat untuk memproses informasi yang didapatkan selama tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan
- c) Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien
- d) Bekerjasama dengan pasien dalam merencanakan intervensi.

4) Implementasi

Beberapa pedoman atau prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan menurut Dinarti dan Mulyanti (2017) adalah sebagai berikut:

- a) Berdasarkan respons pasien
- b) Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan
- c) Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia
- d) Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan
- e) Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan
- f) Harus dapat menciptakan adaptasi dengan pasien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (*self care*)
- g) Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
- h) Menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi pasien
- i) Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan
- j) Bersifat holistik
- k) Kerjasama dengan profesi lain
- l) Melakukan dokumentasi

5) Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti dan Mulyanti, 2017)

d. Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Menurut Carpenito (2012) prinsip dokumentasi keperawatan yaitu :

1) *Brevity*

Ditulis dengan ringkas, tidak perlu memasukkan kata atau kalimat yang tidak penting dan mempunyai makna yang tidak sesuai

2) *Legidibility*

Pencatatan dokumentasi keperawatan harus mudah dibaca dan dipahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses pendokumentasian.

3) *Accuracy*

Perawat memasukkan data pada dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data sebenarnya.

e. Dasar Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan

Catatan atau dokumentasi yang dilakukan akan menggambarkan seberapa kompeten perawat melakukan tindakan-tindakan keperawatan dan tentunya akan menunjukkan efektivitas keperawatan itu sendiri (Siregar dkk, 2020). Pelaksanaan dokumentasi keperawatan tentunya memiliki landasan atau dasar praktik. Salah satunya adalah berdasarkan Peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis. Di dalam peraturan ini setiap pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan harus memiliki catatan medis yang disebut rekam medis (Pangkey, Hutapea dkk,2020). Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (PERMENKES 269 tahun 2008 pasal 1 ayat 1).

f. Dokumentasi Keperawatan Dalam Rekam Medik

Hubungan rekam medis dengan dokumentasi keperawatan dapat disebutkan sebagai hubungan folder dan file. Rekam medis adalah merupakan folder tempat menyimpan atau mengatur kumpulan-kumpulan file dari pemberi perawatan kepada pasien. Sementara dokumentasi keperawatan merupakan salah satu file yang terdapat di dalam folder tersebut. Perawat menyimpan catatan keperawatan di dalam rekam medis dalam bentuk laporan kegiatan-

kegiatan perawat yang mencakup pengkajian, rencana asuhan keperawatan, pelaksanaan intervensi keperawatan, evaluasi respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan, catatan perkembangan status kesehatan pasien dan juga rencana pulang/*discharge planning* (Pangkey, Hutapea dkk, 2017).

Kepulangan pasien dari institusi pelayanan kesehatan khususnya rawat inap merupakan suatu kegiatan yang terencana. Kegiatan ini merupakan bagian dari proses keperawatan yang disebut dengan persiapan pasien pulang (*discharge planning*). Pasien-pasien penderita penyakit kronis dan memiliki kebutuhan perawatan lanjutan membutuhkan perencanaan yang efektif dan terkoordinasi. Perencanaan pulang maupun transisi yang tepat dibuat untuk pasien dan keluarga dan sebaiknya dilakukan sedini mungkin untuk mempercepat kepulangan pasien. Perencanaan pulang dilakukan agar pelayanan kesehatan lebih efektif termasuk dalam hal biaya akan lebih murah namun kualitas pelayanan tetap berkualitas. *discharge planning* mencakup beberapa kegiatan, diantaranya adalah memberikan edukasi baik kepada pasien dan keluarga yang bertujuan untuk mengubah perilaku pasien melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan (misalnya program menurunkan berat badan, berolahraga dengan teratur ataupun program berhenti merokok). Kegiatan edukatif ini harus memperhatikan kebutuhan pendidikan yang prioritas dengan kondisi

pasien. Selain proporsi dan pendidikan kesehatan, perawat juga melakukan pelatihan pada pasien, contohnya penderita diabetes bagaimana cara menyuntik insulin secara mandiri dan merawat luka diabetes dengan benar. Tentunya selama pasien masih di rumah sakit, perawat juga melakukan tindakan mandiri dan kolaboratif untuk mengurangi, mencegah dan mengatasi masalah pasien (Pangkey, Hutapea dkk, 2017).

3. Buku Panduan *discharge planning*

Menurut Trim (2018) buku panduan berisikan sekumpulan informasi yang menjadi rujukan atau berisi instruksi-instruksi untuk melakukan sesuatu. Buku panduan disusun jika memang suatu bidang atau pekerjaan memerlukan penjelasan-penjelasan untuk melakukan sesuatu. Buku Panduan *discharge planning* berisikan petunjuk terperinci cara melakukan *discharge planning* dan pendokumentasiannya dari pasien masuk rawat inap sampai pasien pulang dari rumah sakit. Buku ini disusun peneliti berdasarkan buku panduan *discharge planning* yang ada di RSUD Nyi Ageng Serang disesuaikan dengan format rekam medis yang ada di RSUD Nyi Ageng Serang. Jadi buku Panduan *discharge planning* yang digunakan dalam penelitian ini menjelaskan tahapan melakukan *discharge planning* sesuai format yang ada di rekam medis RSUD Nyi Ageng Serang dan cara pendokumentasiannya.

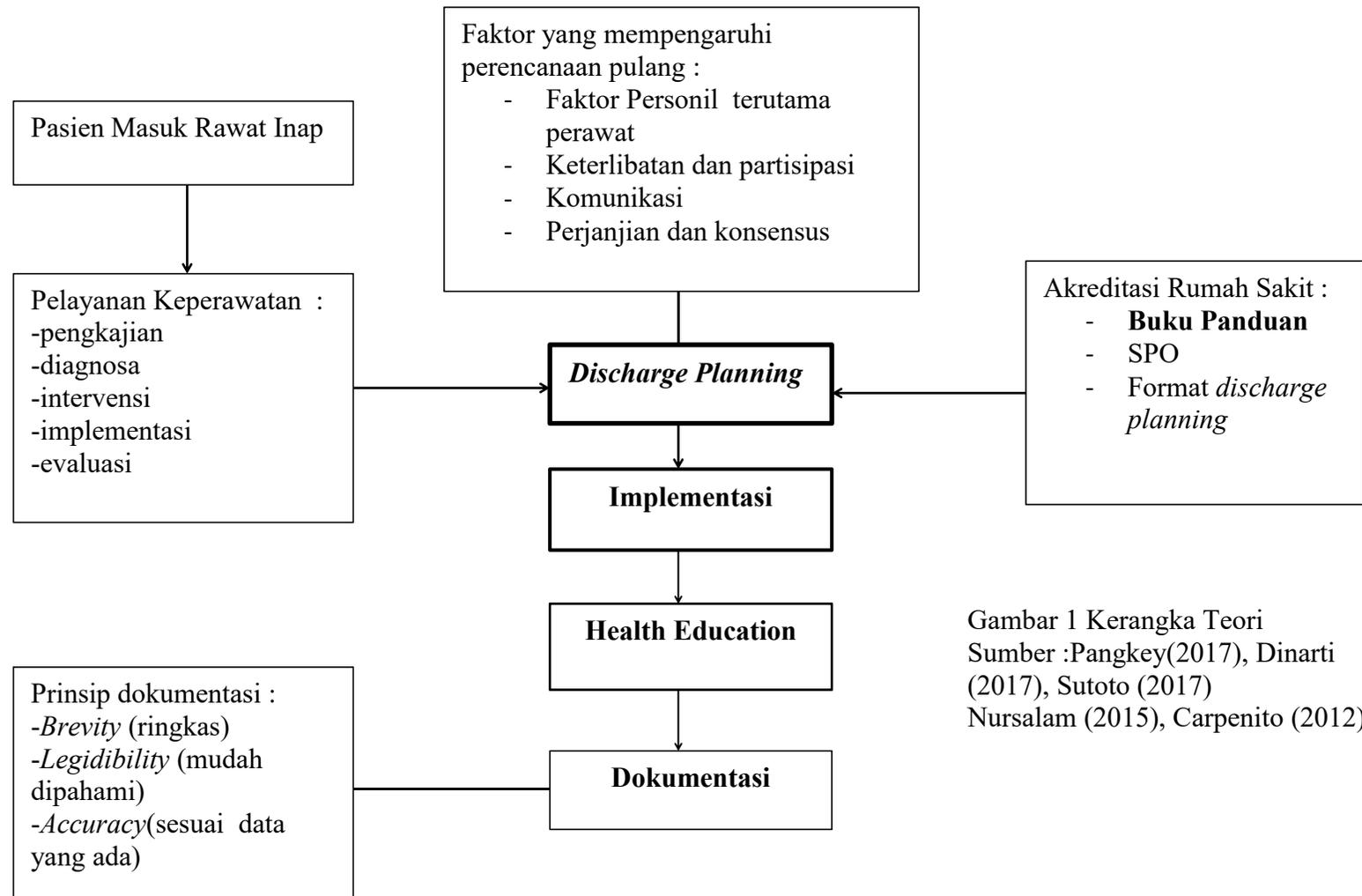
4. Perbedaan Buku Panduan Lama dengan Buku Panduan Pengembangan

Penambahan penjelasan tata cara pendokumentasian *discharge planning* pada buku panduan mendapatkan masukan dari kepala ruang dan telah mendapatkan persetujuan dari Komite Keperawatan RSUD Nyi Ageng Serang.

Tabel 2. Perbedaan Buku Panduan Lama dan Buku Panduan Pengembangan

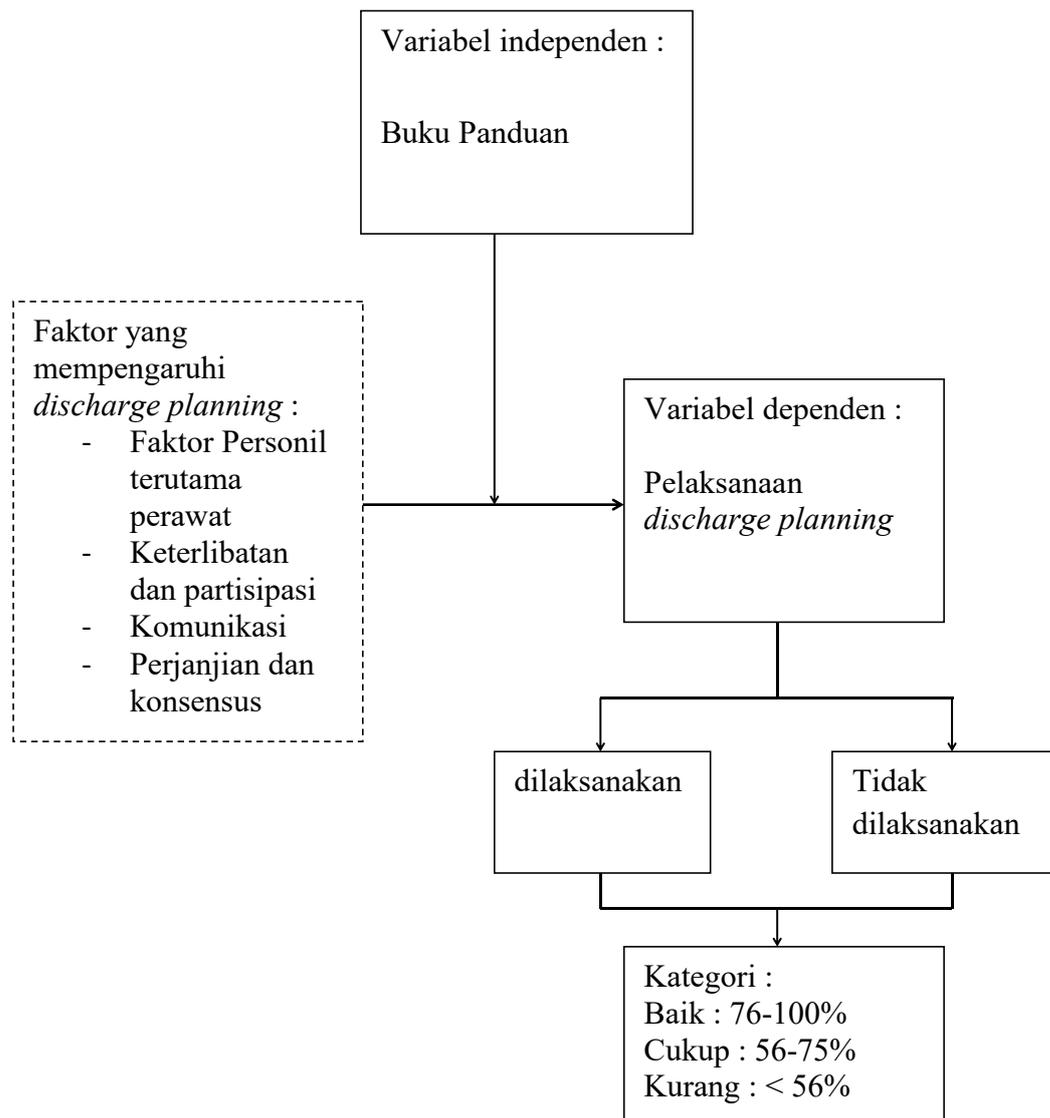
Uraian	Buku Panduan Lama	Buku Panduan Pengembangan
Pengkajian awal	Menjelaskan tata cara pengkajian awal secara umum tidak disebutkan bagaimana dan dimana pencatatannya.	Menjelaskan secara fokus pengkajian awal keperawatan dan pencatatannya di format rekam medik yang sesuai
Perencanaan	Tidak dijelaskan secara khusus tentang perencanaan pendidikan kesehatan dan keluarga	Dijelaskan tentang rencana pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga dan cara pendokumentasiannya di format rekam medik pasien.
Pelaksanaan	Menjelaskan tentang tata cara memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga saat pasien akan dipulangkan di rumah sakit	Menjelaskan cara memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga selama pasien dirawat, sebelum hari kepulangan pasien dan pada hari kepulangan pasien dan dijelaskan cara pendokumentasiannya secara rinci pada format rekam medik yang ada di rumah sakit.

B. Kerangka Teori



Gambar 1 Kerangka Teori
Sumber :Pangkey(2017), Dinarti (2017), Sutoto (2017)
Nursalam (2015), Carpenito (2012).

C. Kerangka Konsep



Keterangan :

: Akan diteliti

: Tidak diteliti

Gambar 2 : Kerangka konsep

D. Hipotesis

Terdapat pengaruh pengembangan buku panduan terhadap pelaksanaan *discharge planning* di ruang rawat inap