

Pelaksanaan Rencana Pulang H-1 pada Pasien Rawat Inap di RSUP Dr Kariadi Semarang

Wahyu Wiryawan, Chriswardani Suryawati**, Dodik Tugasworo**

** RSUP Dr. Kariadi Semarang*

***Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro*

**email: wahyu.wiryawan1971@gmail.com*

ABSTRACT

Discharge planning is an important and crucial process in patient's service transition. Well planned discharge planning will increase patient's flow. At Dr Kariadi Central General Hospital, according to the evaluation of the patient's discharge in September 2021, it was found that only 13% of patients had planned discharges. A qualitative study was conducted from January to March 2022. This study aims to know the implementation of the day before discharge program at Dr. Kariadi Central General Hospital. The subject was patient from 1st and 2nd class inpatient installation and 3rd class inpatient unit - stroke unit of Dr. Kariadi Central General Hospital Semarang. Data were obtained from in-depth interviews with all elements involved in planning the day before discharge, observation, and document review. Based on the result of our study, implementation of one day before discharge plan at Dr. Kariadi Central General Hospital Semarang has been unconsistently increased (to 77,73% on February 2022, 76,45% on march 2022, and 77,69% on April 2022), even though it has not achieved the expected goal yet (more or equal to 80%), several factors influenced the implementation of patient discharge process, such as regulations, doctors and assistants (regarding doctor's visite schedule), patient and family, and communication between doctor, nurse, other medical staff, and patient. Our study

concluded that one day before discharge plan at Dr. Kariadi Central General Hospital Semarang can be improved.

Keywords: *Evaluation, Discharge planning, Discharge process*

PENDAHULUAN

Perencanaan pemulangan (*discharge planning*) pasien di rumah sakit merupakan proses penting dan krusial sebagai transisi atau perpindahan pelayanan pasien dari satu tingkat ke tingkat yang lainnya. Proses pemulangan sangat berkaitan dengan banyak proses yang lain misalnya proses administrasi, keuangan, persiapan obat dan transportasi. Untuk bisa memberikan proses pemulangan yang baik, maka diperlukan kolaborasi yang efektif antara dokter yang merawat pasien (untuk menentukan apakah pasien tersebut sudah aman dan layak untuk rawat jalan), perawat dan petugas kesehatan lainnya. Selain hubungan antara dokter, perawat, dan petugas medis lainnya, cara dokter dan perawat memberikan informasi dan edukasi kepada pasien juga memegang peran yang penting dalam proses pemulangan pasien. Dengan perencanaan pemulangan yang baik, maka pasien dan keluarga akan mendapatkan pelayanan yang lebih memuaskan.^{1,2,3}

Perencanaan proses pemulangan pasien dimulai sejak waktu penerimaan pasien dimana dilakukan pengkajian awal atau skrining dan menjadi akhir dari episode

perawatan di rumah sakit. Pada pengkajian awal ditetapkan diagnosa dan target penatalaksanaan terhadap pasien. Setelah dilakukan proses pelayanan rawat inap sampai tercapai target tata laksana terhadap pasien kemudian dilakukan pengkajian kebutuhan secara interdisipliner untuk proses pemulangan pasien. Setelah pengkajian kebutuhan dilaksanakan, dilakukan perencanaan dan pelaksanaan program untuk mendukung proses pemulangan pasien. Proses pemulangan pasien yang tidak dilakukan secara baik akan mengakibatkan alur pasien yang tidak optimal. Alur pasien merupakan salah komponen kritis dari proses manajemen di rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya.⁴ Pasien yang terlalu lama dirawat di rumah sakit akan meningkatkan resiko infeksi nosokomial yang akan menyebabkan resiko mortalitas dan morbiditas meningkat.⁵ Permasalahan lain adalah saat rumah sakit beroperasi dengan kapasitas puncak. Alur pasien yang tidak lancar akan menyebabkan pemanjangan waktu rawat inap atau *Length of Stay* (LOS), peningkatan biaya perawatan dan jumlah pasien yang menunggu panggilan rawat inap. Pada akhirnya kepuasan pasien sebagai indikator kualitas pelayanan rumah sakit akan menurun.⁶

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan proses pemulangan pasien. Menurut literatur rencana pemulangan pasien dipengaruhi oleh regulasi, faktor petugas, faktor pasien dan keluarga, dan komunikasi. Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I, rumah sakit harus menetapkan regulasi melaksanakan *discharge planning* berdasarkan kondisi kesehatan pasien serta kebutuhan kesinambungan asuhan dan tindakan. Dokter dan profesional pemberi asuhan (PPA) yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien menentukan kesiapan pasien keluar rumah sakit berdasarkan atas kebijakan, kriteria dan indikasi rujukan yang ditetapkan rumah sakit. Dokter memegang peranan utama dalam menentukan rencana pulang H-1. Hambatan pemulangan pasien karena faktor petugas dapat dievaluasi menggunakan kerangka teori *Normalization Process Theory* (NPT). NPT menjelaskan bagaimana suatu praktek material

menjadi hal yang bersifat rutin dengan melihat 4 mekanisme yaitu *Coherence*, *Cognitive participation*, *Collective action*, dan *Reflexive monitoring*.⁷ Faktor pasien dan keluarga berkaitan dengan persepsi, tingkat pendidikan dan pengetahuan pasien dan keluarga, serta kepatuhan melaksanakan edukasi.

RSUP Dr Kariadi Semarang telah menetapkan regulasi untuk optimalisasi proses pemulangan pasien dengan membuat Standar Prosedur Operasional Rencana Pulang H-1. Dimana pada standar prosedur operasional ini dibuat alur proses pemulangan pasien yang melibatkan dokter, perawat, kepala ruangan, petugas administrasi, dan keuangan serta petugas farmasi hingga pasien dan keluarga, yang mengatur persiapan pemulangan agar pasien bisa pulang paling lambat pukul 12.00 WIB pada hari pemulangan pasien.

Usaha untuk memperlancar alur pasien telah dilakukan RSUP Dr. Kariadi dengan menetapkan SOP pasien pulang (revisi I : HK.00.01/I.IB./1/12/2013 , 20 desember 2017) dimana diharapkan pasien sudah bisa pulang sebelum jam 12, sehingga dapat disiapkan untuk pasien yang akan dilakukan pelayanan rawat inap.⁸ Laporan evaluasi dari instalasi rekam medis pada bulan September 2021 didapatkan data dimana pasien yang direncanakan pulang H-1 baru mencapai 13% dari seluruh pasien yang dipulangkan. Wawancara yang dilakukan dengan kepala ruang didapatkan kenyataan yang sejalan dengan evaluasi yang dilakukan bagian rekam medis bahwa sebagian besar pasien yang pulang belum direncanakan kepulangannya, sehingga target rencana pulang H-1 sebanyak 80% pasien yang telah ditetapkan sebagai indikator mutu RSUP Dr Kariadi belum terpenuhi.⁹ Berdasarkan gambaran diatas sangat jelas bahwa pelaksanaan rencana pulang H-1 di RSUP Dr Kariadi Semarang masih merupakan masalah yang harus diatasi untuk meningkatkan kapasitas layanan sehingga pelayanan berjalan lebih baik.

Mengingat pelaksanaan rencana pulang H-1 di RSUP Dr Kariadi Semarang masih jauh dari target yang ditetapkan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berkaitan dengan pelaksanaan rencana pulang H-1 di RSUP Dr. Kariadi, Semarang. Tujuan

dari penelitian ini adalah untuk mengetahui, mendeskripsikan, dan menganalisis pelaksanaan rencana pulang H-1 di RSUP Dr. Kariadi, Semarang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan metode wawancara mendalam. Pemilihan informan berdasarkan pertimbangan peneliti untuk mendapatkan informasi yang akurat dan tepat dalam penelitian ini serta sesuai dengan kompetensi masing-masing informan dan dipilih dengan teknik purposive sampling. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi, telusur dokumen dan wawancara

mendalam. Objek yang diteliti adalah pelaksanaan rencana pulang H-1. Subjek penelitian adalah 8 informan, yang terdiri dari 6 informan utama dan 2 informan triangulasi. Informan utama yaitu pihak yang terlibat langsung dalam proses pemulangan pasien. Informan triangulasi yaitu pihak yang berperan serta dalam mendukung adanya sistem yakni Direktur Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang dan Kepala Ruang. Variabel dalam penelitian ini adalah manajemen, dokter dan perawat, pasien dan keluarga, serta komunikasi. Prosedur pengambilan data dilakukan dengan wawancara, observasi dan telaah dokumen yang akan diolah dan dianalisis dengan metode *content analysis*.

Tabel 1. Karakteristik Informan

Sebutan	Peran	Pendidikan	Jenis Kelamin	Usia
IU1	Dokter	Dokter	Perempuan	50 thn
		Spesialis Konsultan		
IU2	Asisten Dokter	S1 Dokter	Laki-laki	30 thn
IU3	PPJA	S1 Keperawatan	Perempuan	37 thn
IU4	PPJA	AMK	Laki-laki	45 thn
IU5	Pasien	SMA	Perempuan	25 thn
IU6	Keluarga Pasien	SMA	Perempuan	52 thn
IT1	Direktur PMKP	Dokter	Laki-Laki	56 thn
		Sp-2 Konsultan		
		S2 Manajemen Rumah Sakit		
IT2	Kepala Ruang	S1 Keperawatan	Perempuan	42 thn

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSUP Dr. Kariadi

Rumah Sakit Umum Pusat Dr Kariadi merupakan salah satu rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rumah sakit ini berlokasi di Jl dr Sutomo No 16-18 Semarang Jawa Tengah. Menempati lahan seluas 193.410 m² dengan luas bangunan 82.754 m². Hal ini menjadikan Rumah Sakit Umum Pusat Dr Kariadi sebagai rumah sakit rujukan utama dan terbesar di wilayah Jawa Tengah dan sekitarnya. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 9 September 1925 dengan nama “*Centrale Burgerlijke Ziekenintichting*” yang biasa disebut oleh masyarakat sekitar pada saat itu dengan nama CBZ. Setelah era kemerdekaan Republik Indonesia, CBZ menjadi milik pemerintah Republik Indonesia dan diubah nama menjadi RSUP Dr Kariadi berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No.21215/Kab/1964 pada tanggal 14 April 1964. Dalam melakukan tugasnya rumah sakit ini mempunyai fasilitas ruang perawatan dan pelayanan penunjang baik medis dan non medis dengan kapasitas pasien 1191 tempat tidur yang tersebar di beberapa instalasi rawat inap, antara lain instalasi eksekutif (Paviliun Garuda), instalasi rawat inap kelas III dan unit stroke (Gedung Rajawali), instalasi rawat inap kelas I dan II (Gedung Kutilang, Gedung Merak, dan Gedung Kepodang), instalasi pelayanan ibu dan anak (Gedung Cendrawasih), instalasi

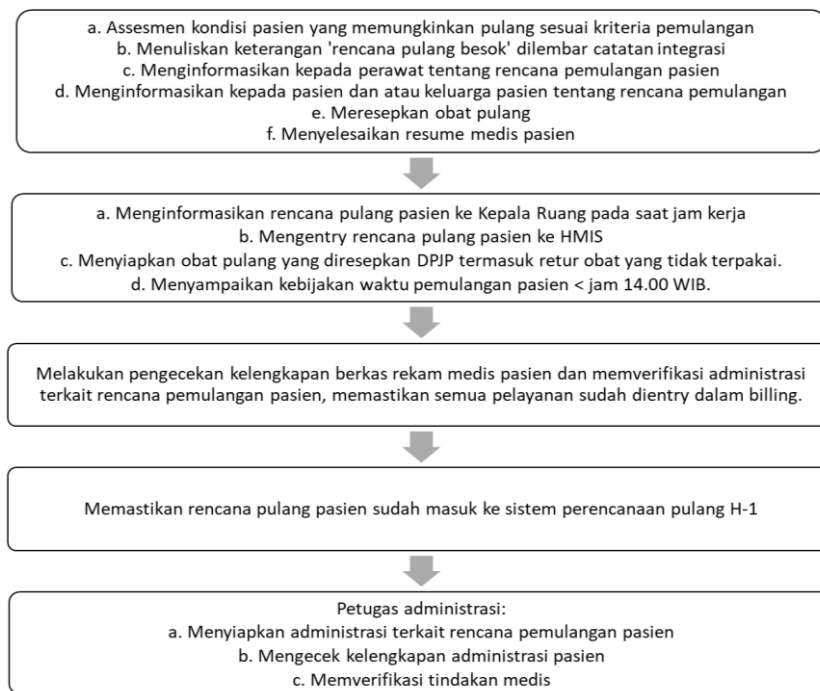
geriatri (Gedung Murai), instalasi jantung (Gedung Elang), instalasi onkologi (Gedung Kasuari), instalasi rawat intensif (ICU), dan instalasi gawat darurat (IGD).

B. Kebijakan Rencana Pulang H-1 di RSUP Dr. Kariadi

Rencana pulang H-1 merupakan salah satu usaha yang dilakukan manajemen rumah sakit untuk memperlancar proses kepulangan pasien. Kebijakan ini telah dilakukan sejak rumah sakit ini mengenal sistem akreditasi yaitu sekitar tahun 2013. Walaupun telah lama dimulai dan terus dilakukan pembenahan, pelaksanaan proses kepulangan masih belum memenuhi harapan.

Kebijakan proses pemulangan ini diatur dalam Keputusan Direktur Utama No HK.00.01/1.1.1/12/2013 tanggal 29 Juni 2013 yang direvisi tanggal 22 Maret 2022 tentang Standart Operasional Prosedur Pemulangan Pasien dimana sebagai bagian dari *discharge planning*, rencana pulang H-1 ini terkait erat dengan keseluruhan proses *discharge planning* yang dimulai sejak pasien masuk rawat inap hingga pasien pulang.

Pada SOP tersebut dijelaskan aktifitas yang harus dilakukan pada H-1 pasien pulang pada tiap petugas terkait diantaranya dokter, perawat ruangan, kepala ruang, dan petugas admin. Petugas yang terkait mempunyai tugas dan tanggung jawab untuk melaksanakan proses pemulangan pasien yang baik.



Gambar 1. Kebijakan Pemulangan Pasien di RSUP Dr. Kariadi

C. Faktor Dokter

Berdasarkan hasil wawancara semua dokter mengetahui tentang adanya kebijakan rencana pulang H-1, namun hanya sebatas mendapat informasi dari perawat ruangan yang meminta rencana pulang H-1. Tidak ada informasi yang detail dan jelas dari sosialisasi maupun informasi bentuk lain seperti sosial media atau edaran.

“... tidak pernah ada sosialisasi yang diberikan kepada para asisten dokter, kami mendapatkan informasi mengenai rencana pulang H-1 dari perawat...” (IU1)

“... sosialisasi yang diberikan pihak manajemen belum maksimal, sampai saat ini hanya sebatas instalasi saja, sehingga diperlukan peningkatan lebih lanjut untuk pemberian sosialisasi ...” (IT1)

Pada pelaksanaannya, peran dokter ini sebagian dilaksanakan oleh asisten dokter (peserta pendidikan spesialis) dalam membuat resume pulang dan resep obat pulang sehari sebelum dilakukan pemulangan pasien. Pandangan mengenai rencana pulang H-1 di RSUP Dr Kariadi Semarang sebagian besar berpendapat belum berjalan dengan baik

dikarenakan dokter jarang menulis “rencana pulang besok” pada lembar terintegrasi. Kondisi klinis pasien yang bisa berubah saat hari pemulangan pasien juga bisa merubah rencana kepulangan. Yang banyak terjadi adalah pasien diputuskan pulang saat hari H dan langsung dilakukan rencana pulang dengan pembuatan resume pulang dan resep obat pulang.

Kriteria pasien pulang masih menggunakan kriteria yang bersifat umum yaitu mengacu pada pengetahuan, pengalaman, dan keyakinan pribadi.¹¹ Dimana belum terdapat kriteria spesifik pada masing-masing penyakit, karena pemulangan pasien bergantung pada perbaikan klinis dan penilaian masing-masing dokter, kriteria rawat jalan yang jelas hanya terdapat dalam program layanan *fast track*, dimana pasien pulang setelah selesai program. Hal ini sesuai dengan penelitian Awan Husaini et al yang menyatakan salah satu faktor keterlambatan pulang adalah faktor pasien sebanyak 72,5 % dimana penggunaan kriteria pulang dan pendekatan multidisipliner dapat mengurangi keterlambatan.¹²

“... kondisi pasien kan berbeda-beda, ada yang ketika hari ini stabil dan boleh rawat

jalan, namun besok ketika hari H tiba tiba mengalami perburukan, sehingga tidak jadi pulang ...” (IU1)

“... belum pernah ada kriteria rawat jalan yang spesifik, karena pemulangan pasien bergantung pada kondisi pasien sendiri, dan masing-masing dokter mempunyai kriterianya masing-masing, kecuali pada program fast track ya, dimana pasien pulang setelah selesai mendapatkan tindakan pengobatan ...” (IU2)

Jadwal visite dokter menjadi masalah lain karena waktu pelaksanaan visite dokter tidak seragam padahal waktu terakhir rencana pulang H-1 diputuskan sebelum pukul 12.00 WIB.

“... jadwal dokter yang padat menjadi penyebab jadwal visite dokter menjadi tidak menentu ...” (IU4)

“... dokter selalu datang setiap hari untuk mengunjungi saya (pasien), namun jam nya tidak menentu ...” (IU5)

“... masing-masing bagian mempunyai jadwal visite yang berbeda, sehingga diperlukan sosialisasi yang lebih besar kepada para dokter dan asisten dokter, untuk kembali mengingatkan bahwa resume pulang sudah hari diisi sebelum pukul 12.00 ...” (IT2)

Menurut penelitian Soebagyo et al dan Wong et al pengelolaan waktu yang kurang baik dan jadwal dokter yang tidak menentu menjadi salah satu faktor penghambat dalam proses pemulangan pasien sehingga diperlukan komunikasi yang lebih baik antar petugas kesehatan, dan juga pengaturan jadwal dan pengelolaan waktu yang lebih baik.^{9,10} Berdasarkan hal diatas penulis berpendapat penggunaan kriteria rawat jalan dan manajemen waktu visit dokter harus dioptimalkan dalam rencana pulang H-1.

D. Faktor Perawat Ruangan

Hasil wawancara dengan informan utama diketahui bahwa faktor komunikasi antara dokter dan perawat ruangan belum berjalan dengan baik. Hal ini salah satunya

disebabkan karena besarnya variasi pendidikan perawat, mulai dari jenjang D3 sampai jenjang perawat spesialis, sedangkan dokter memiliki jenjang spesialis atau dalam pendidikan spesialis, diharapkan dengan semakin tinggi tingkat pendidikan perawat, kemampuan berkomunikasi dengan dokter juga menjadi lebih baik. Hal ini sesuai dengan penelitian Annama dan Aini yang menyatakan gap komunikasi antara dokter dan perawat terdiri dari 3 faktor diantaranya pelatihan, jenjang pendidikan, dan lingkungan kerja.¹³

“... kadang dalam pengisian resume medis pasien pulang, dokter / asisten dokter sering terselip karena sibuknya jadwal yang ada ...” (IU2)

“... besarnya variasi pendidikan perawat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi komunikasi perawat dengan dokter, jenjang pendidikan mulai dari D3 sampai perawat spesialis ada semua, semakin tinggi tingkat pendidikan perawat diharapkan dapat memperbaiki komunikasi dengan dokter, yang rata-rata sudah spesialis atau dalam pendidikan spesialis ...” (IT2)

Komunikasi terkait rencana pulang H-1 belum berjalan dengan baik terutama antara dokter dan petugas farmasi terkait pembuatan resume pulang dan resep obat pulang. Hal ini disebabkan sebagian besar dokter tidak menuliskan rencana pulang besok pada lembar terintegrasi sehingga perawat tidak bisa mempersiapkan kepulangan pasien dengan baik. Selain itu petugas farmasi tidak memprioritaskan obat pulang pasien sehingga terkadang obat terlambat datang.

“... obat pulang sudah kami resepkan, namun terkadang sejawat farmasi belum memberikan kepada pasien, sehingga di hari H Kembali menunggu obat diberikan kepada pasien ...” (IU1)

“... komunikasi antara dokter, perawat, dan petugas farmasi kadang tidak berjalan dengan baik, sehingga memungkinkan adanya komponen kepulangan pasien yang tertinggal, baik itu resume pulang pasien, obat pulang

pasien, maupun kelengkapan berkas administrasi pasien ...” (IT2)

Kurangnya komunikasi antara petugas kesehatan dari berbagai macam disiplin ilmu dapat menyebabkan hambatan di dalam proses pemulangan pasien.¹⁴ Hal ini dapat diperbaiki dengan sosialisasi SOP Pemulangan Pasien ke petugas terkait dan membuat rencana pulang H-1 menjadi salah satu indikator mutu dengan supervisi berjenjang untuk memastikan miskomunikasi tidak terjadi.

E. Faktor Kepala Ruang

Hasil wawancara dengan kepala ruang selaku informan triangulasi menunjukkan hasil yang sejalan dengan informasi yang didapatkan oleh informan utama mengenai faktor yang menjadi pendukung dan hambatan dalam pelaksanaan rencana pulang H-1, antara lain perubahan klinis pasien mendadak, jadwal visite yang tidak seragam dan kemampuan komunikasi perawat yang bervariasi berakibat rencana pulang H-1 tidak berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Kemampuan komunikasi perawat yang kurang dapat diakibatkan disparitas kemampuan perawat karena latar pendidikan yang tidak sama. Latar pendidikan sangat bervariasi dari D3 hingga perawat spesialis sedangkan perawat berkomunikasi dengan dokter yang rata-rata berpendidikan spesialis maupun subspecialis. Salah satu cara untuk mengurangi gap komunikasi adalah meningkatkan pendidikan dan pengetahuan perawat.¹⁴

F. Faktor Pasien dan Keluarga Pasien

Hasil wawancara dengan informan utama pasien/keluarga pasien didapatkan bahwa pasien mengetahui sudah diperbolehkan untuk pulang semenjak satu hari sebelumnya, sehingga dapat mengurus keperluan transportasi dan penjemputan pasien, kelengkapan berkas untuk menyelesaikan keperluan administrasi juga dapat disiapkan oleh pasien/keluarga sebelumnya, sehingga pengurusan pulang dihari H pulang menjadi lebih cepat.

“... sudah tahu (bahwa besok boleh pulang), diberitahu oleh perawat, bahwa besok sudah

boleh pulang mondok, sudah menghubungi keluarga juga minta dijemput besok ...” (IU5)

“... memang benar bahwa perawat harus memberitahu pasien mengenai kebijakan pulang H-1, karena pasien menjadi lebih sigap dan lebih cepat dalam mengurus transportasi dan keperluan pulang, terutama untuk pasien-pasien yang rumahnya jauh dari Semarang atau tinggal diluar kota ...” (IT2)

Perawatan pasien rawat inap di RSUP Dr Kariadi dibedakan menjadi pasien regular dan *fast track*. Pasien *fast track* adalah pasien yang sejak awal dirawat sudah ditentukan target hari perawatan oleh dokter. Menurut informan pasien yang masuk rumah sakit dengan program *fast track*, pasien dengan rencana program operasi elektif dan dalam kondisi stabil, masuk dari poli sudah diberitahu berapa lama akan dirawat di rumah sakit sesuai dengan penyakit dan rencana tindakannya. Program *fast track* mendapat pelayanan dan fasilitas yang sama, perbedaannya adalah pasien masuk dari poli untuk rencana operasi elektif sehingga target perawatan jelas. Untuk pasien yang masuk dari IGD (pasien regular) target perawatan belum ditetapkan dan menunggu perbaikan kondisi.

“... saya diberitahu dokter di awal, mondok untuk perbaikan kondisi, nanti kalau kondisi sudah baik boleh pulang ...” (IU6)

“... kami memberitahu secara lisan kepada pasien mengenai tujuan perawatan, namun kemampuan pasien memahami juga bergantung pada latar belakang sosial pasien, pasien dengan pendidikan yang lebih tinggi akan cenderung lebih paham, sedangkan yang tidak mendapatkan pendidikan tinggi mungkin akan kesulitan memahami apa yang kami katakan ...” (IU1)

“... benar, di awal dokter memberitahu target perawatan pada program fast track, namun pada pasien yang bukan program fast track, tidak ada target perawatan yang disampaikan secara langsung, karena kadang pasien juga tidak mengerti bahkan setelah diberitahu,

sehingga kadang pasien tidak mengerti apa yang sudah dokter katakan ...” (IT2)

Menurut wawancara dengan informan dijelaskan bahwa beberapa hari tertentu menjadi alasan pasien enggan pulang.

“... saya dan keluarga punya kepercayaan untuk tidak mau pulang pada hari selasa dan sabtu, namun apabila kondisi sudah membaik maka tidak apa-apa saya pulang pada hari tersebut ...” (IU5)

“... tetap tidak mau, kalau bisa pulang jangan hari selasa dan sabtu ...” (IU6)

“... benar, kepercayaan seperti itu benar adanya, dibuktikan lewat penurunan jumlah pasien yang pulang pada hari Selasa dan Sabtu...” (IT1)

Keyakinan sosial budaya pasien yang dianut oleh pasien terutama terkait hari pulang menjadi salah satu hambatan dari proses pemulangan. Menurut Kaya et al faktor-faktor yang juga berpengaruh dalam pengambilan keputusan ini adalah usia, jenis kelamin, status pernikahan, status pendidikan, dan juga kondisi sosial budaya pasien, dengan semakin tinggi kondisi tersebut, diharapkan persiapan pulang pasien bisa berjalan dengan lebih baik.¹²

G. Faktor Manajemen Rumah Sakit

Hasil wawancara dengan Direktur Pelayanan Medis, Keperawatan dan Penunjang sebagai informan triangulasi mengatakan bahwa tidak ada pasien pulang yang tidak direncanakan, semua pasien pulang harus direncanakan kecuali pasien meninggal atau minta pulang sendiri. Pelaksanaan rencana pemulangan pasien dimulai tahun 2014 sesuai dengan berjalannya akreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan *Joint Commission International* tahun 2015 kemudian tahun 2017 dilakukan revisi pertama dan tahun 2021 revisi yang ketiga.

Dijelaskan juga perencanaan pulang dimulai sejak 24 jam pertama pasien rawat inap sehingga dengan perencanaan pulang yang baik diharapkan dapat diprediksi jumlah

tempat tidur yang kosong. Namun ada beberapa permasalahan yang terjadi bahwa tidak semua pasien bisa ditentukan rencana kepulangannya.

Salah satu hambatan dalam pelaksanaan rencana pulang H-1 walaupun kebijakan ini sudah lama diberlakukan adalah tidak semua elemen bisa memahami pentingnya rencana pulang H-1. Upaya untuk meningkatkan pelaksanaan rencana pulang H-1 menjadi lebih baik adalah dengan meningkatkan kemampuan komunikasi antara Kepala Ruang, perawat dan dokter. Peran Kepala Ruang sangat penting untuk supervisi dan dikontrol oleh Penanggung Jawab Mutu.

Sosialisasi rencana pulang H-1 belum maksimal sehingga akan dilakukan sosialisasi regular berupa

1. Sosialisasi dokumen ke seluruh Instalasi
2. Pertemuan dengan kepala KSM
3. Forum dokter
4. Forum Kepala Ruang

Evaluasi saat ini dari manajemen belum menunjukkan hasil yang menggembirakan yang ditunjukkan pada bulan September 2021 pasien yang direncanakan pulang H-1 baru sekitar 13% dan pada bulan Januari 2022 76,37 % kemudian Februari 2022 77,73% kemudian Maret 2022 76,45 % dan April 77,69% dibandingkan dengan target yang ditetapkan sebesar 80 %.

Program manajemen untuk meningkatkan dan mengontrol rencana pulang H-1 adalah dengan menjadikan rencana pulang H-1 sebagai salah satu indikator mutu rawat inap, mengintegrasikan resume pulang ke dalam rekam medis elektronik untuk mempermudah pembuatan, dan dibentuk Penanggung Jawab Rekam Medis (PJRM) untuk monitoring penyiapan resume pulang.

Ruang perawatan yang bisa menjalankan proses pemulangan dengan baik dapat mengurangi lama waktu pasien dirawat dan proses pemulangan yang baik dapat menurunkan pengeluaran Rumah Sakit.^{13,14,17} Terdapat beberapa faktor yang menjadi penghambat dalam proses pemulangan, antara lain komunikasi yang kurang baik, juga proses pemulangan pasien yang tidak terencana, kurangnya pengetahuan, dan informasi yang diberikan antara satu petugas kepada petugas

lain ketika selesai jadwal jaga, perbaikan pada segmen tersebut diharapkan memberikan

perbaikan dalam proses pemulangan pasien.^{15,16,18,19,20}

Tabel 2. Aspek yang mempengaruhi pelaksanaan rencana pulang H-1 di RSUP Dr. Kariadi

Aspek yang diteliti	Informan Utama	Informan Triangulasi
Pemahaman / pengetahuan mengenai kebijakan rencana pulang H-1	Kebijakan mengenai rencana pulang H-1 diketahui oleh dokter, dan asisten dokter melalui informasi singkat yang diberikan oleh perawat.	Sosialisasi SOP kebijakan rencana pulang H-1 hanya sampai di instalasi.
Pengisian resume pulang pasien dan peresepan obat	Resume pulang yang belum diisi, dan kurangnya komunikasi antar petugas kesehatan, obat pasien belum bisa diberikan	Resume pulang seringkali diisi di hari H, dan obat pulang baru diresepkan di hari H.
Jadwal visite dokter	Jam visite dokter berbeda-beda, resume pulang tidak bisa diisi sebelum pukul 12.00.	Jadwal visite dokter menyesuaikan kegiatan dokter.
Kepercayaan pasien (kondisi sosial budaya pasien)	Pasien tidak mau pulang hari Selasa dan Sabtu.	Edukasi kepada pasien jika akan dipulangkan hari Selasa dan Sabtu.
Kondisi medis pasien saat hari H kepulangan	Kondisi medis pasien dapat berubah di hari H kepulangan.	Kadang-kadang terjadi perubahan kondisi pada pasien yang direncanakan pulang.

Peneliti merekomendasikan kepada rumah sakit untuk melakukan sosialisasi kepada petugas terkait rencana pulang H-1 secara maksimal untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pentingnya rencana pulang H-1. Setelah sosialisasi sebaiknya dilakukan supervisi berjenjang untuk memastikan pembuatan resume pulang dan resep obat diterima H-1 sebelum pasien pulang. Mengenai jam visit dokter sebaiknya dilakukan pembatasan jam visit dokter sehingga tidak memperlambat kepulangan pasien. Pembuatan kriteria pulang yang melibatkan tim multidisipliner dapat mengurangi perubahan kondisi klinis saat hari kepulangan pasien.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa, pelaksanaan rencana pulang H-1 di RSUP Dr. Kariadi, Semarang belum mencapai target, namun telah mengalami perbaikan walau belum konsisten. Beberapa langkah

telah dilakukan untuk memperbaiki capaian target, antara lain meningkatkan status kepulangan pasien menjadi indikator mutu rawat inap. Pemahaman mengenai rencana pulang H-1 di RSUP Dr. Kariadi belum sepenuhnya dipahami oleh pelaksana terutama dokter, dan asisten dokter. Komunikasi antara dokter, perawat, petugas kesehatan lainnya belum semuanya berjalan dengan baik. Pengaturan jadwal visite dokter dan asisten dokter belum seragam.

Perlu diadakan perbaikan, dan evaluasi berkala pada masing-masing faktor, yaitu perlu dilakukan sosialisasi yang lebih baik pada pelaksana (dokter), perlu program peningkatan pengetahuan melalui pelatihan, kursus, dan pendidikan formal terutama pada perawat dengan latar belakang diploma agar mencapai taraf perawat spesialis sehingga komunikasi dengan dokter akan berjalan lebih baik, perlu dilakukan pengaturan jadwal visite yang lebih tegas terkait rencana pemulangan, perlu dilakukan penyusunan kriteria rawat jalan

yang lebih spesifik, dan perlu dilakukan evaluasi rutin terkait pelaksanaan rencana pulang H-1.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada direktur utama RSUP dr. Kariadi yang telah mengizinkan penulis untuk mengetahui pelaksanaan rencana pulang H-1 di RSUP dr. Kariadi, dan seluruh partisipan yang terlibat pada penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit [internet]. komisiinformasi. [cited 20 September 2021]. Available from https://www.komisiinformasi.go.id/uploads/documents/UU_44_Tahun_2009.pdf
2. Jeen Su, L., Kee Sook, L., H HeInrIschsc, J., Al-AAlid, K., Aamire, A. and Imran Qureshi, M., 2018. The role of hospital service quality in developing the satisfaction of the patients and hospital performance. 8th ed. [ebook] Management Science Letter, pp.1353-1362. Available at: <https://doi.org/10.5267/j.msl.2018.9.004>.
3. Paula R. Patel, Samuel Bechmann. Discharge Planning. 2021. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557819/4>. Patel PR, Bechmann S. Discharge Planning. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022.
4. Patel PR, Bechmann S. Discharge Planning. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022.
5. Leviner S, Debbie T. Patient flow within hospitals: A conceptual model. Nurs Sci Q [Internet]. 2020;33(1):29–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0894318419881981>
6. Alamsyah A. Percepatan Pemulangan Pasien Rawat Inap dengan Konsep Lean di Rumah Sakit Masmitra. Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 12];3(2). Available from: <https://journal.fkm.ui.ac.id/arsip/article/view/2219>
7. Destino L, Bennett D, Wood M, Acuna C, Goodman S, Asch SM, et al. Improving patient flow: Analysis of an initiative to improve early discharge. J Hosp Med [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 12];14(1):22–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30667407/>
8. Nordmark S, Zingmark K, Lindberg I. Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. BMC Med Inform Decis Mak [Internet]. 2016;16(1):48. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12911-016-0285-4>
9. RSUP Dr.Kariadi. Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 [Internet]. [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-415536-4tahunan-863.pdf>
10. Soebagiyo H, Beni KN, Fibriola TN. The analysis of the influencing factors related to the effectiveness of discharge planning implementation in hospitals: A systematic review. J NERS [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 12];14(3):217. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/17103>
11. Kingdon B, Newman K. Determining patient discharge criteria in an outpatient surgery setting. AORN J [Internet]. 2006 [cited 2022 Jun 12];83(4):898–904. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16674030/>
12. Awang Husaini DNHB, Keasberry JFS, Haji Abdul Mumin K, Abdul Rahman H. Causes of discharge delays from the acute medical unit (AMU) in a tertiary level teaching hospital, Brunei Darussalam. Proc Singap Health [Internet]. 2021;201010582110061. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/20101058211006143>
13. Kunjukunju A, Ahmad A. Effective communication among doctors and nurses: Barriers as perceived by doctors.

- The Malaysian Journal of Nursing [Internet]. 2019;11(02):3–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.31674/mjn.2019.v11i02.001>
14. Wong EL, Yam CH, Cheung AW, Leung MC, Chan FW, Wong FY, et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011 [cited 2022 Jun 12];11(1):242. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21955544/>
 15. Yam CHK, Wong ELY, Cheung AWL, Chan FWK, Wong FYY, Yeoh E-K. Framework and components for effective discharge planning system: a Delphi methodology. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012;12(1):396. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-396>
 16. Kaya S, Sain Guven G, Aydan S, Kar A, Teleş M, Yıldız A, et al. Patients' readiness for discharge: Predictors and effects on unplanned readmissions, emergency department visits and death. *J Nurs Manag* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 12];26(6):707–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573007/>
 17. Rudd C, Smith J. Discharge planning. *Nurs Stand* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 12];17(5):33–7. Available from: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/discharge-planning-ns2002.10.17.5.33.c3282>
 18. Collins D. Assessing the effectiveness of advanced nurse practitioners undertaking home visits in an out of hours urgent primary care service in England. *J Nurs Manag* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 12];27(2):450–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30298953/>
 19. Watts R, Gardner H, Pierson J. Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2022 Jun 12];21(5):302–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16182126/>
 20. Schrader CD, Robinson RD, Blair S, Shaikh S, d'Etienne JP, Kirby JJ, et al. Identifying diverse concepts of discharge failure patients at emergency department in the USA: a large-scale retrospective observational study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 12];9(6):e028051. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31248927/>