



Praktik Peningkatan Mutu

Optimalisasi Pelaksanaan *Discharge Planning* Secara Terintegrasi di Ruang Rawat Inap Melati RS Militer Jakarta

FRISKA¹, RR. TUTIK SRI HARIYATI², TITIEK MUHAERIWATI³

¹Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

²Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

³Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan RSPAD Gatot Soebroto

Email korespondensi: friska81@ui.ac.id

Dikirimkan 12 Januari 2020, Diterima 12 Februari 2020

Abstrak

Masalah Mutu: Tuntutan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi menjadi fokus penting dalam era reformasi sistem perawatan kesehatan. Salah satu masalah penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit (RS) adalah pelaksanaan dan pendokumentasian Perencanaan Pemulangan Pasien (P3) atau yang sering dikenal dengan *discharge planning*. Rendahnya peran perawat yang disebabkan pemahaman dan pengetahuan dalam pelaksanaan P3 menjadi tidak optimal dilakukan. Selain itu, kurangnya motivasi dan komunikasi yang tidak baik antar tenaga kesehatan menjadi faktor pendukung ketidakefektifan pelaksanaan P3, sehingga berdampak pada peningkatan *readmission* dan rerata lama rawat, menurunnya tingkat kepuasan dan loyalitas pasien, serta meningkatkan *cost* efektif RS.

Pilihan Solusi: Dilakukan penyusunan perencanaan *draft* Standar Prosedur Operasional (SPO) pelaksanaan P3 dan pengoptimalan formulir *discharge planning*, pengkajian keperawatan awal rawat inap, edukasi terintegrasi, Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), dan *resume* keperawatan yang telah dimiliki oleh RS, dilanjutkan dengan *hearing expert*, sosialisasi, dan uji coba di ruangan rawat inap melati.

Implementasi: Proses implementasi P3 mengalami peningkatan yang signifikan sebesar 33,6% sedangkan pada evaluasi pelaksanaan P3 sebesar 36,6%.

Evaluasi dan Pembelajaran: Pelaksanaan P3 pada proses penetapan diagnosis keperawatan P3, intervensi, implementasi, serta evaluasi masih perlu dilakukan supervisi oleh kepala ruangan dan perlunya peningkatan peran kepala bidang keperawatan untuk memberikan program pelatihan secara khusus kepada perawat pelaksana dan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dalam meningkatkan pelaksanaan dan pendokumentasian P3 di ruangan secara optimal.

Kata kunci: P3, manajemen asuhan keperawatan, kontinuitas perawatan, RS Militer Jakarta

Masalah Mutu

P3 atau *discharge planning* merupakan bagian penting dalam manajemen asuhan keperawatan. P3 telah menjadi masalah penting dalam reformasi sistem perawatan kesehatan secara global. Pelayanan kesehatan dituntut untuk memiliki standar kualitas tinggi (Denson *et al.*, 2012; Chang, *et al.*, 2016). Tingkat perencanaan pemulangan untuk setiap pasien sangatlah bervariasi, dikarenakan beberapa pasien memiliki kebutuhan yang kompleks (Graham *et al.*, 2013).

Rendahnya peran perawat dalam pelaksanaan perencanaan mengakibatkan pelaksanaan P3 tidak efektif

(Mabire *et al.*, 2016). Kegagalan dalam proses P3 dapat disebabkan oleh komunikasi dan kolaborasi yang buruk antara penyedia layanan kesehatan sehingga menyebabkan dampak negatif dalam kontinuitas perawatan (Nordmark *et al.*, 2016) seperti keterlambatan pemulangan, penerimaan kembali dan perawatan pasca pemulangan yang tidak memadai (Shepperd, *et al.*, 2010; Nordmark *et al.*, 2016).

Namun, dalam pelaksanaan di RS, pelaksanaan P3 di ruangan belum terlaksana dengan optimal. Sebesar 34% perawat di Inggris bagian barat daya dan 23% perawat di Australia tidak melakukan proses pelaksanaan P3 sejak awal masuk RS secara efektif di ruangan dan hanya 30% yang

menyatakan bahwa P3 dimulai pada awal masuk RS (Graham, *et al.*, 2013). Di Indonesia, 54% perawat yang bekerja di RS di Bandung dan 61% perawat di RS di Yogyakarta tidak melaksanakan P3 secara lengkap (Okatiranti, 2015). Penelitian lain juga mengatakan bahwa baru 53% perawat yang kadang-kadang melibatkan keluarga sedangkan sebanyak 54% perawat belum mendiskusikan soal pencegahan masalah bersama keluarga (Tage dkk., 2018).

Proses pelaksanaan P3 di RS Militer Jakarta masih belum optimal. Dari 108 rekam medis pada 10 ruangan rawat inap, ditemukan 74 rekam medis atau sebesar 68% pelaksanaan P3 tidak didokumentasikan dengan lengkap. Dari hasil wawancara dengan beberapa perawat di ruangan, pengisian formulir P3 tidak didokumentasikan dengan lengkap karena persepsi perawat bahwa pelaksanaan P3 dapat dilakukan saat pasien akan pulang saja. Selain itu, kurangnya niat perawat menjadi salah satu faktor ketidakefektifan pelaksanaan dan pendokumentasian P3 di ruangan, sehingga mengakibatkan pelaksanaan P3 tidak dilakukan saat awal pasien masuk ke RS. Kurangnya koordinasi antar tenaga kesehatan juga mengakibatkan pendokumentasian tidak lengkap pada bagian estimasi tanggal P3. Akibatnya, rerata lama rawatan pasien di ruangan meningkat. Ketidakjelasan waktu saat pemulangan pasien juga berdampak pada penurunan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan karena tingginya tingkat mobilisasi perawat dalam menerima pasien masuk dan memulangkan pasien. Hal tersebut juga menjadi faktor ketidakefektifan pelaksanaan dan pendokumentasian P3 saat hari pemulangan pasien. Oleh karena itu, banyak pasien yang dipulangkan tanpa diberikan pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan.

Pilihan Solusi

P3 merupakan suatu proses yang sistematis dimulai sejak awal pasien datang ke RS sampai mempersiapkan pasien pulang untuk mendapatkan kontinuitas dalam perawatan yang meliputi proses identifikasi, penilaian, penetapan tujuan, perencanaan, implementasi, koordinasi, dan evaluasi (Lin *et al.*, 2012; Wulandari dan Hariyati, 2019). Penerapan P3 yang berkesinambungan mampu mengurangi kecemasan pasien serta meningkatkan manajemen kesehatan, pengetahuan pasien dan keluarga (Baghaei dan Azar, 2016). Oleh karena itu, diperlukan solusi yang optimal untuk mengatasi masalah ketidakefektifan pelaksanaan dan pendokumentasian P3 di ruangan RS Militer Jakarta.

Pilihan solusi dapat dilakukan dengan mengkaji ulang SPO pelaksanaan P3 atau melalui *monitoring* evaluasi minimal satu kali dalam sebulan oleh setiap level manajer, yaitu kepala ruangan dan kepala bidang keperawatan. Selain itu, peningkatan peran dan fungsi kepala ruangan dalam melakukan supervisi terkait pelaksanaan dan pendokumentasian P3 pada seluruh perawat pelaksana dan PPJA dalam satu kali sebulan juga dapat menjadi pilihan solusi. Sosialisasi atau resosialisasi terkait SPO pelaksanaan P3 yang terintegrasi perlu dilakukan kembali oleh bidang keperawatan ataupun kepala ruangan.

Implementasi

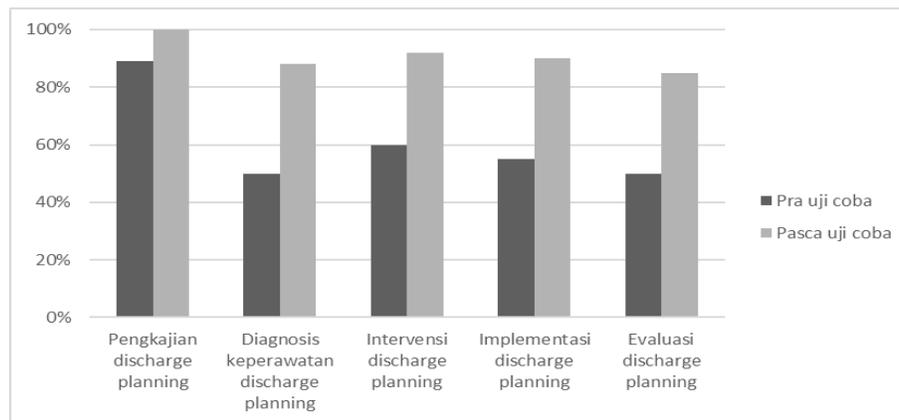
Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) telah mengatur pelaksanaan P3. Standar Akses Pelayanan Rumah Sakit dan Kontinuitas (ARK) pada pelaksanaan proses P3 di RS dilihat dari kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan kesinambungan asuhan pasien atau tindakan rawat untuk pasien. Kesinambungan asuhan merupakan proses yang terorganisir dengan baik dengan praktisi kesehatan di RS maupun melakukan kolaborasi dengan organisasi di luar RS. Selain itu, melalui fasilitas oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP), semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan tenaga kesehatan yang terlibat, harus melakukan *discharge planning* sedini mungkin atau dalam waktu 1 x 24 jam. Keluarga juga penting untuk dilibatkan dalam proses P3 ini (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2018).

Sebagai upaya peningkatan kualitas pelaksanaan P3 di ruangan rawat inap di RS Militer Jakarta, dilakukan penyusunan *draft* SPO terkait pelaksanaan dan pendokumentasian P3 melalui proses *hearing expert* dengan staf unit kerja yang terkait. *Draft* SPO kemudian disosialisasikan di satu ruangan rawat inap kepada kepala ruangan, ketua tim, dan perawat pelaksana. Dilakukan juga sosialisasi terkait pengoptimalan formulir P3 terintegrasi yang meliputi formulir pengkajian keperawatan awal rawat inap untuk mendokumentasikan pengkajian P3 serta formulir CPPT untuk mendokumentasikan penetapan diagnosis keperawatan P3. Pada proses intervensi pelaksanaan P3, perawat mendokumentasikannya di dalam formulir pelaksanaan *discharge planning*, sedangkan untuk proses implementasi, perawat mendokumentasikannya di dalam formulir edukasi terintegrasi. Pada proses evaluasi (tahap akhir), perawat melakukan dokumentasi P3 di dalam resume keperawatan.

Setelah sosialisasi, dilakukan proses implementasi pada satu ruangan rawat inap dengan menggunakan lembar observasi pelaksanaan P3. Observasi pelaksanaan tersebut dilakukan pada ketua tim dan perawat pelaksana dalam melakukan pelaksanaan dan pendokumentasian P3 terintegrasi. Setelah dua minggu pelaksanaan implementasi, dilanjutkan dengan kegiatan *monitoring* evaluasi pendokumentasian P3, yang meliputi *monitoring* evaluasi pengkajian keperawatan awal rawat inap, CPPT, *discharge planning*, edukasi terintegrasi dan resume keperawatan. Proses implementasi yang dimulai dari penerapan *draft* SPO, pelaksanaan P3 di ruangan, sampai proses *monitoring* evaluasi dilaksanakan selama kurang lebih 3 minggu dimulai sejak tanggal 14 November hingga 5 Desember 2019. Proses implementasi dapat dilakukan dengan optimal karena dukungan peran kepala ruangan untuk ikut serta mengobservasi pendokumentasian P3 pada rekam medis pasien. Kepala ruangan juga melakukan supervisi kepada perawat pelaksana yang belum memahami pelaksanaan P3 terintegrasi di ruangan. Meski demikian, masih terdapat faktor yang menghambat proses implementasi yaitu ketidakjelasan standar waktu pemulangan pasien. Umumnya waktu pemulangan pasien dilakukan saat siang hari yang bersamaan dengan tingginya penerimaan masuk pasien dari rawat jalan atau IGD ke ruangan.

Tabel 1. Uraian implementasi menggunakan POSAC

Fungsi Manajemen	Kegiatan
Perencanaan	<ul style="list-style-type: none"> - Penyusunan <i>draft</i> SPO pelaksanaan P3. - Pengoptimalan formulir P3 yang telah tersedia di RS Militer Jakarta, atau dengan kata lain tidak melakukan perubahan formulir rekam medik yang sudah ada. Formulir rekam medik yang digunakan meliputi formulir pengkajian keperawatan awal rawat inap, CPPT, edukasi terintegrasi, dan resume keperawatan.
Pengorganisasian	<ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi <i>draft</i> SPO yang telah disusun dan didiskusikan bersama pembimbing akademik dan pembimbing lapangan di RS Militer Jakarta. - Melakukan <i>hearing expert</i> bersama kepala bagian keperawatan, unit kerja terkait (ARK, AP, dan MKE), kepala sub bagian rawat inap, dan kepala ruangan terkait <i>draft</i> SPO Pelaksanaan P3.
Pengarahan	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan sosialisasi <i>draft</i> SPO pelaksanaan P3. - Melakukan sosialisasi pengoptimalan formulir P3 yang digunakan pada proses implementasi, yang terdiri dari formulir pengkajian keperawatan awal rawat inap, <i>discharge planning</i>, edukasi terintegrasi, dan resume keperawatan. - Melakukan uji coba pelaksanaan asuhan keperawatan di satu ruangan rawat inap.
Pengawasan	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan <i>monitoring</i> evaluasi uji coba dengan mengobservasi pendokumentasian formulir pengkajian keperawatan awal rawat inap, <i>discharge planning</i>, edukasi terintegrasi, dan resume keperawatan.



Grafik 1. Pelaksanaan P3 di ruang rawat inap Melati RS Militer Jakarta (N = 15)

Proses pengkajian P3 mengalami peningkatan sebanyak 12,3% sedangkan proses diagnosis keperawatan P3 meningkat sebanyak 33,5%. Peningkatan proses pelaksanaan P3 juga terdapat pada proses intervensi pelaksanaan P3 sebanyak 32,5%, sedangkan proses implementasi P3 mengalami peningkatan sebanyak 33,6%. Terakhir, evaluasi pelaksanaan P3 mengalami peningkatan yang signifikan sebanyak 36,6%.

Evaluasi dan Pembelajaran

P3 merupakan proses manajemen asuhan keperawatan dalam meningkatkan kontinuitas perawatan. Implementasi P3 dilaksanakan dalam suatu proses yang kompleks yang bertujuan untuk menyiapkan pasien dalam masa transisi di RS sampai pasien kembali ke rumah. Melalui pelaksanaan P3, tenaga kesehatan membantu pasien dan keluarga dalam menetapkan kebutuhan, mengimplementasikan, serta mengkoordinasikan rencana perawatan yang mungkin dilakukan setelah pasien pulang dari RS sebagai upaya meningkatkan pengetahuan dan manajemen kesehatan bagi pasien dan keluarga.

Implementasi P3 yang baik harus dilakukan sejak pasien

masuk RS. Dari hasil analisis masalah dengan *fishbone* terdapat 68% pelaksanaan P3 di ruang rawat inap selama ini didokumentasikan saat pasien akan keluar dari RS, bukan saat awal masuk RS. Sebuah studi mengungkapkan bahwa P3 yang dilakukan sejak di ruang rawat inap membantu meningkatkan *self-efficacy* pasien terhadap penyakit yang diderita serta dapat meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien (Tage dkk., 2018; Lowthian *et al.*, 2015). Sebuah studi lanjutan menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit jantung yang dilakukan P3 sejak awal masuk ke RS lebih siap dengan pengobatan lanjutan selama di RS (Holland *et al.*, 2012). Melalui pelaksanaan P3 diharapkan pasien memiliki pemahaman yang baik tentang program terapi, perawatan mandiri yang dilakukan setelah keluar dari RS (Maslakha dan Santy, 2015).

Pelaksanaan P3 terlihat belum didokumentasikan secara optimal di ruangan. Berdasarkan analisis *fishbone*, 57,8% perawat di ruang rawat inap belum memahami proses pelaksanaan P3 yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan P3, intervensi, implementasi, serta evaluasi P3. Selain itu, hasil wawancara dengan perawat di ruangan menunjukkan bahwa proses perencanaan kepelangan merupakan prioritas yang lebih rendah di antara tindakan perawatan lainnya. P3 dibuat untuk mengatur tindak lanjut

pemulangan pasien ke praktisi kesehatan atau organisasi lain yang dapat memenuhi kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. Penulis mendapatkan hasil dari pengkajian bahwa aspek yang paling sering dilupakan perawat dalam proses pelaksanaan P3 adalah aspek evaluasi yang hanya dilakukan 50% oleh perawat ruangan. Proses evaluasi meliputi evaluasi edukasi tentang perawatan, masalah kesehatan, dan sumber-sumber pelayanan di masyarakat, serta kurangnya melibatkan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan P3. Keterlibatan keluarga menjadi faktor penting dalam pelaksanaan P3 (Wong, *et al.*, 2011) dengan melibatkan keluarga akan mempercepat penyembuhan pasien dan mengurangi angka *readmission* karena keluarga akan menjadi *support system* yang utama dalam periode sakit pasien. Laporan lain menunjukkan bahwa P3 yang dilaksanakan tanpa pelibatan keluarga dapat mengganggu proses perawatan dan dapat meningkatkan risiko yang merugikan pasien (Gonçalves-Bradley *et al.*, 2016).

Pada proses pengkajian P3, perawat mendokumentasikannya ke dalam formulir pengkajian keperawatan awal rawat inap yang terdiri dari pengkajian data biologis, psikologis, sosial, spiritual, serta pengkajian edukasi kebutuhan masalah kesehatan pasien. Lalu perawat melanjutkan proses penetapan diagnosis keperawatan P3 yaitu peningkatan pengetahuan dan peningkatan manajemen kesehatan pada lembar CPPT. Dalam penetapan intervensi P3, perawat mendokumentasikannya ke dalam format P3 dengan merencanakan kebutuhan edukasi pasien dan keluarga setelah keluar dari RS. Pada proses implementasi P3 perawat melakukan dokumentasi ke dalam formulir edukasi terintegrasi. Pada proses evaluasi P3, perawat mendokumentasikannya ke dalam formulir P3 dan resume keperawatan. Pelaksanaan P3 tersebut disosialisasikan kepada seluruh perawat ruangan maupun kepala ruangan, bahwa proses pelaksanaan dokumentasi P3 tidak hanya pada formulir P3 saja, melainkan merupakan kesinambungan dari formulir pengkajian awal rawat inap sampai dengan resume keperawatan. P3 akan berhasil jika petugas kesehatan memahami bahwa pelaksanaan P3 terintegrasi meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan P3, melakukan intervensi dan implementasi, serta evaluasi pelaksanaan P3 dengan melibatkan pasien dan keluarga.

Hasil implementasi proses pelaksanaan P3 yang tidak maksimal ini dikarenakan adanya beberapa hambatan seperti ketiadaan waktu karena perawat terlalu banyak menulis dokumentasi, jumlah kunjungan pasien yang tinggi tidak sebanding dengan jumlah tenaga perawat yang ada, serta belum meratanya jumlah tenaga perawat yang memiliki kompetensi yang sama pada setiap *shift* di ruangan. Uji coba akan dikatakan berhasil jika perawat dan petugas kesehatan lainnya melakukan P3 secara mandiri tanpa pendampingan. P3 akan berhasil jika petugas kesehatan memahami bahwa pelaksanaan P3 merupakan bagian dari tanggung jawab pekerjaan. Kurangnya peran perawat dalam proses P3 dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya adalah tidak percaya diri dalam mendokumentasikan pelaksanaan P3, tidak pernah mengikuti pelatihan terkait P3, tingginya tingkat mobilisasi perawat di ruangan, atau iklim organisasi yang tidak mendukung pelaksanaan P3. Selain itu, kurangnya tanggung jawab bisa juga dipengaruhi oleh motivasi yang kurang. Motivasi sangat berkaitan dengan adanya dorongan yang kuat untuk melakukan setiap pekerjaan dengan hasil yang optimal. Motivasi merupakan faktor yang mengarahkan dan mendorong perilaku seseorang untuk melakukan suatu kegiatan (Robbins dan Judge, 2017).

Pelaksanaan dokumentasi pada proses pengkajian P3 telah mencapai tahap *freezing*, yang berarti suatu perubahan sudah terjadi. Namun, kepala ruangan tetap harus melakukan *monitoring* evaluasi kualitas pelaksanaan P3 secara konsisten sampai menjadi rutinitas perawat ruangan dalam mendokumentasikan pelaksanaan P3 yang terintegrasi dan berkualitas. Proses penetapan diagnosis keperawatan P3, intervensi, implementasi serta evaluasi diharapkan juga dapat memasuki tahap *freezing* untuk mencapai hasil maksimal. Kepala ruangan juga harus memiliki *tools monitoring* evaluasi pelaksanaan P3 terintegrasi untuk memudahkan kepala ruangan memantau peningkatan pelaksanaan dokumentasi P3.

Dalam evaluasi pembelajaran diperlukan peningkatan peran kepala bidang keperawatan dalam mengobservasi dokumentasi proses pelaksanaan P3 yang berkualitas, sehingga bidang keperawatan dapat menyarankan rancangan revisi SPO dan *tools monitoring* evaluasi pelaksanaan *discharge planning*. Selain itu, penulis juga menyarankan untuk melakukan beberapa hal, yaitu: 1) audit dokumentasi pelaksanaan P3 pada setiap level manajer, yang dimulai dari kepala ruangan untuk melakukan *monitoring* evaluasi dokumentasi pelaksanaan *discharge planning* terintegrasi; 2) memberikan sosialisasi dan resosialisasi serta motivasi kepada perawat yang belum melakukan *discharge planning* secara terintegrasi; 3) pengoptimalan pendampingan pelaksanaan *discharge planning* terintegrasi sehingga dapat menjadi budaya dalam organisasi; dan 4) pelaksanaan supervisi *discharge planning* terintegrasi terjadwal oleh manajerial RS.

Referensi

- Baghaei, R. dan Azar, N.S. (2016). The Effect of New Guideline Training Among Iranian Nurses for Pressure Ulcer Prevention. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*. 5(11), 215–222.
- Chang, W., Goopy, S., Hons, B.A., Lin, C., Barnard, A., dan Liu, H. (2016). Registered Nurses and Discharge Planning in a Taiwanese ED: A Neglected Issue? *SAGE: Clinical Nursing Research*. 25(5), 512–531. <https://doi.org/10.1177/1054773815584138>.
- Denson, L.A., Winefield, H.R., dan Beilby, J.J. (2012). Discharge-Planning for Long-Term Care Needs: The Values and Priorities of Older People, Their Younger Relatives and Health Professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(1), 3–12. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00987.x>.
- Gonçalves-Bradley, D.C., Lannin, N.A., Clemson, L.M., Cameron, I.D., dan Shepperd, S. (2016). Discharge Planning From Hospital. *The Cochrane Library*. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5>.
- Graham, J., Gallagher, R., dan Bothe, J. (2013). Nurses' Discharge Planning and Risk Assessment: Behaviours, Understanding and Barriers. *Journal of Clinical Nursing*. (15-16), 2338–2346. <https://doi.org/10.1111/jocn.12179>.
- Holland, D.E., Rhudy, L.M., Vanderboom, C.E., dan Bowles, K.H. (2012). The Feasibility of Discharge Planning In The Intensive Care Unit: A Pilot Study. *Am J Crit Care*. 21(4), 94–101. Doi: 10.4037/ajcc2012173.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). (2018). Standar Akreditasi Rumah Sakit (1st ed.). Jakarta: KARS.
- Lin, C., Cheng, S., Shih, S., Chu, C., dan Tjung, J. (2012). Discharge Planning. *International Journal of Gerontology*. 6(4), 237–240. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2012.05.001>.
- Lowthian, J.A., McGinnes, R.A., Brand, C.A., Barker, A.L., dan Cameron, P.A. (2015). Discharging Older Patients from the Emergency Department Effectively: A Systematic Review and Meta Analysis. *Age and Ageing*. 44(5), 761–770. <http://doi.org/10.1093/ageing/afv102>.
- Mabire, C., Dwyer, A., Garnier, A., dan Pellet, J. (2016). Effectiveness of Nursing Discharge Planning Interventions on Health-

Related Outcomes in Discharged Elderly Inpatients: A Systematic Review. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 14(9), 217–260. <https://doi.org/10.11124/JBIRSRIR-2016-003085>.

Maslakha, L., dan Santy, W.H. (2015). Analisa Pemahaman *Discharge Planning* dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) dalam Menjalani Terapi Hemodialisis di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 8(1), 49–57. <https://doi.org/10.33086/jhs.v8i1.217>.

Nordmark, S., Zingmark, K., dan Lindberg, I. (2016). Process Evaluation of Discharge Planning Implementation in Healthcare Using Normalization Process Theory. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 16(48). <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0285-4>.

Okatiranti. (2015). Gambaran Pengetahuan dan Sikap Perawat Dalam Pelaksanaan *Discharge Planning* Pada Pasien Diabetes Mellitus Type II, III. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. 3(1), 18–24. <https://doi.org/10.31311/v3i1.149>.

Robbins, P.S. dan Judge, T.A. (2017). *Organizational Behaviour* (13th

ed.). Jakarta: Salemba Empat.

Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C.O., Lannin, N.A., Clemson, L.M., Mccluskey, A., Cameron, I.D., dan Barras, S.L. (2010). *Discharge Planning from Hospital to Home (Review)*. *Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub3>.

Tage, P.K.S., Novieastari, E., dan Suhendri, A. (2018). Optimalisasi Pelaksanaan Discharge Planning Terstruktur dan Terintegrasi. *CHMK Nursing Scientific Journal*. 2(1).

Wong, E.L.Y., Yam, C.H.K., Cheung, A.W.L., Leung, M.C.M., Chan, F.W.K., dan Wong, F.Y.Y. (2011). Barriers to Effective Discharge Planning: A Qualitative Study Investigating the Perspectives of Frontline Healthcare Professionals. *BMC Health Services Research*. 11 (1), 24. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-11-242>.

Wulandari, D.F. dan Hariyati, R.T. (2019). Pelaksanaan *Discharge Planning* di Ruang ICU Rumah Sakit X Jakarta. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 5(1), 67–76. <https://doi.org/10.17509/jpki.v5i1.16008>.