

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

1. Pengertian Bayi Berat Lahir Rendah

Berat lahir adalah berat badan bayi lahir yang ditimbang pertama kali dalam 1 jam setelah dilahirkan, sebelum mengalami penurunan yang signifikan. Bayi berat lahir rendah yaitu keadaan bayi lahir dengan berat <2500 gram atau sampai dengan 2499 gram (WHO, 2016). Istilah BBLR mengacu pada berat absolut <2500 gram tanpa memandang usia kehamilan (Quinn *et al.*, 2016).

2. Klasifikasi Bayi Berat Lahir Rendah

Terdapat beberapa istilah yang berkaitan dengan BBLR, yaitu prematuritas murni dan dismatur (Yuliasati dan Arnis, 2016)

a. Prematuritas murni atau dikenal dengan *premature*

Adalah neonatus dengan usia kehamilan <37 minggu dan mempunyai berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan atau dikenal dengan nama neonatus kurang bulan (NKB), sesuai masa kehamilan (SMK)

b. Dismaturitas

Adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan. Bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK).

3. Etiologi Bayi Berat Lahir Rendah

Adapun beberapa penyebab BBLR yaitu :

a. Faktor ibu

1) Memiliki penyakit penyerta selama kehamilan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya BBLR, ibu yang memiliki satu masalah kesehatan selama kehamilan beresiko 2,6 kali melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang tidak memiliki masalah kesehatan (Anil *et al.*, 2020).

2) Keadaan sosial ekonomi

a) Kejadian tertinggi pada golongan sosial ekonomi rendah. Hal ini dikarenakan keadaan gizi dan pengawasan antenatal yang kurang.

b) Aktivitas fisik yang berlebihan

c) Perkawinan yang tidak sah

3) Penyalahgunaan obat, konsumsi alkohol, dan merokok dimana ibu yang merokok sebesar 6,3 kali memiliki resiko melahirkan BBLR (Fajriana dan Buanasita, 2018).

b. Faktor Kehamilan

1) Usia kehamilan

Usia kehamilan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap BBLR, dimana usia kehamilan memiliki resiko 77,055 kali terhadap BBLR (Kumalasari *et al.*, 2018). Ibu yang melahirkan bayi *premature* 6,2 kali lebih beresiko untuk melahirkan BBLR (Fajriana dan Buanasita, 2018).

2) Komplikasi selama hamil

Mengalami komplikasi kehamilan meningkatkan resiko terjadinya BBLR. Ibu dengan anemia yang memiliki kadar HB <11 gr/dl berpeluang

1,861 kali lebih besar melahirkan BBLR dibandingkn kadar HB>11 gr/dl, demikian dengan ibu yang tergolong kurang energy kronik (KEK) dengan Lingkar Lengan Atas (LILA) <23,5 cm beresiko 6,6 kali lebih besar untuk melahirkan BBLR (Fajriana dan Buanasita, 2018). Riwayat ibu yang mengalami preeklampsia eklampsia beresiko melahirkan BBLR sebesar 4,047 kali lebih besar dari pada persalinan tanpa eklampsia, dari angka kejadian eklampsia sebesar 4,8% dari seluruh persalinan dan 47,4% melahirkan BBLR (Kumalasari *et al.*, 2018).

c. Faktor Janin

Faktor janin meliputi : kelainan kromosom, infeksi janin kronik (inklusi sitomegali, rubella bawaan), gawat janin, dan kehamilan kembar. Penelitian Kumalasari, *et al.* (2018) menyatakan bahwa kejadian BBLR 62,5% dari kehamilan ganda dan 100% untuk kehamilan *triplet* dengan rentan usia kehamilan 32-35 minggu yang mengalami kelahiran *premature* dan 79,9% kondisi BBLR.

4. Permasalahan Pada Bayi Berat Lahir Rendah

Bayi berat lahir rendah memerlukan perawatan khusus karena mempunyai permasalahan yang disebabkan karena kondisi tubuh yang belum stabil (Maryunani, 2013), meliputi :

a. Ketidakstabilan suhu tubuh

Dalam kandungan ibu, bayi berada pada suhu lingkungan 36°C-37°C dan segera setelah lahir bayi dihadapkan pada suhu lingkungan yang umumnya lebih rendah. Perbedaan suhu ini memberi pengaruh pada kehilangan panas tubuh bayi. Hipotermia juga terjadi karena kemampuan

untuk mempertahankan panas dan kesanggupan menambah produksi panas sangat terbatas karena pertumbuhan otot-otot yang belum cukup memadai, ketidakmampuan untuk menggigil, sedikitnya lemak subkutan, produksi panas berkurang akibat lemak coklat yang tidak memadai, belum matangnya sistem saraf pengatur suhu tubuh, rasio luas permukaan tubuh relatif lebih besar dibanding berat badan sehingga mudah kehilangan panas.

b. Gangguan pernafasan

Akibat dari defisiensi surfaktan paru, toraks yang lunak dan otot respirasi yang lemah sehingga mudah terjadi periodik apneu. Disamping itu lemahnya reflek batuk, hisap, dan menelan dapat mengakibatkan resiko terjadinya aspirasi.

c. Imaturitas imunologis

Pada bayi kurang bulan tidak mengalami transfer IgG maternal melalui plasenta selama trimester ketiga kehamilan karena pemindahan substansi kekebalan dari ibu ke janin terjadi pada minggu terakhir masa kehamilan. Akibatnya, fagositosis dan pembentukan antibodi menjadi terganggu. Selain itu kulit dan selaput lendir membran tidak memiliki perlindungan seperti bayi cukup bulan sehingga bayi mudah menderita infeksi.

d. Masalah gastrointestinal dan nutrisi

Lemahnya reflek menghisap dan menelan motilitas usus yang menurun, lambatnya pengosongan lambung, absorpsi vitamin yang larut dalam lemak berkurang, defisiensi enzim laktase pada jonjot usus, menurunnya cadangan kalsium, fosfor, protein, dan zat besi dalam tubuh,

meningkatnya resiko NEC (*Necrotizing Enterocolitis*). Hal ini menyebabkan nutrisi yang tidak adekuat dan penurunan berat badan bayi.

e. Imaturitas hati

Adanya gangguan konjugasi dan ekskresi bilirubin menyebabkan timbulnya hiperbilirubin, defisiensi vitamin K sehingga mudah terjadi perdarahan. Kurangnya enzim glukoronil transferase sehingga konjugasi bilirubin direk belum sempurna dan kadar albumin darah yang berperan dalam transportasi bilirubin dari jaringan ke hepar berkurang.

f. Hipoglikemi

Kecepatan glukosa yang diambil janin tergantung dari kadar gula darah ibu karena terputusnya hubungan plasenta dan janin menyebabkan terhentinya pemberian glukosa. Bayi berat lahir rendah dapat mempertahankan kadar gula darah selama 72 jam pertama dalam kadar 40 mg/dl. Hal ini disebabkan cadangan glikogen yang belum mencukupi.

Keadaan hipotermi juga dapat menyebabkan hipoglikemi karena stress dingin akan direspon bayi dengan melepaskan norepinefrin yang menyebabkan vasokonstriksi paru. Efektifitas ventilasi paru menurun sehingga kadar oksigen darah berkurang. Hal ini menghambat metabolisme glukosa dan menimbulkan glikolisis anaerob yang berakibat pada penghilangan glikogen lebih banyak sehingga terjadi hipoglikemi. Nutrisi yang tak adekuat dapat menyebabkan pemasukan kalori yang rendah juga dapat memicu timbulnya hipoglikemi

5. Peran Orang Tua Dalam Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah

Kondisi bayi berat lahir rendah merupakan kelahiran yang tidak diharapkan oleh orangtua. Bayi berat lahir rendah memiliki tampilan tubuh yang lebih kecil dan fungsi organ yang belum matang yang berdampak negatif terhadap psikologis yang menimbulkan ketidaksiapan orangtua dalam merawat BBLR. Pengetahuan tentang merawat BBLR merupakan dasar kesiapan ibu dalam merawat BBLR. Tenaga kesehatan memiliki peran penting sebagai pendidik dalam memberikan pengaruh dalam proses pembentukan kesiapan ibu dalam merawat BBLR (Indrayani dan Santoso, 2020).

Pemberian pendidikan perawatan BBLR merupakan suatu proses dalam mempersiapkan orangtua agar mampu melakukan perawatan mandiri untuk memenuhi kebutuhan bayinya, oleh karena itu orangtua harus segera diberi penjelasan tentang prognosis, kemungkinan perjalanan penyakit, kemungkinan penyulit, agar orang tua tahu keadaan BBLR secara proposional dan tidak menimbulkan kecemasan yang berlebihan serta mampu melakukan perawatan pada BBLR secara bertahap (Mutiara dan Hastuti, 2016)

Partisipasi dan dukungan yang kuat dan konsisten membantu ibu dalam proses penyesuaian perannya, sehingga ibu percaya diri akan kemampuannya untuk merawat bayinya.

B. Konsep Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Menurut Bellack Hensen dalam buku alih bahasa yang berjudul “*Psikologi Pendidikan*” oleh John tahun 2007 (Faizah, 2017) mengatakan bahwa setiap orang memiliki kecemasan. Kecemasan terjadi karena adanya ketidakyakinan pada diri seseorang tentang dirinya sendiri.

Kecemasan didefinisikan oleh Freud sebagai sesuatu yang dirasakan, sebuah emosi yang mencakup perasaan ketakutan, gugup dan kahwair disertai dengan gairah fisiologis konsisten dengan perspektif evolusi. Kecemasan adalah adaptif dalam memotivasi perilaku yang membantu individu mengatasi situasi yang mengancam. Kecemasan atau anxientas merupakan pengalaman individu yang bersifat subjektif, yang sering bermanifestasi sebagai perilaku yang disfungsi yang diartikan sbagai perasaan kesulitan dan kesusahan terhadap kejadian yang tidak diketahui dengan pasti.

2. Faktor- faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut Smeltzer dan Bare 2001 dalam Murzaeni (2018) faktor- faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah :

a. Faktor Internal

1) Potensi Stressor

Setiap keadaan atau peristiwa dapat menyebabkan stressor psikososial, sehingga terjadi perubahan dalam kehidupan seseorang dan terpaksa orang tersebut mengadakan adaptasi

2) Usia

Usia mempengaruhi psikologis seseorang, semakin bertambah usia semakin baik tingkat kematangan emosi seseorang. Usia berkaitan dengan kematangan ibu dalam menghadapi proses kehamilan, persalinan dan masa nifas. Usia reproduksi sehat yaitu usia 20-30 tahun, usia ibu dibawah 20 tahun atau diatas 35 tahun merupakan usia yang memiliki resiko tinggi saat menghadapi kehamilan persalinan dan nifas, sehingga dapat menimbulkan kecemasan

3) Pendidikan

Tingkat pendidikan yang rendah juga menyebabkan seseorang mudah mengalami kecemasan akibat dari penilaian kognitif yang berbeda. Menurut Notoatmojo, tingkat pendidikan yang tinggi akan membuat seseorang untuk berpikir rasional dan menangkap informasi yang baru termasuk dalam hal memecahkan masalah. Berdasarkan UU RI No 20 Tahun 2003 tentang sistem pendidikan Nasional menyebutkan bahwa jenjang pendidikan dibagi menjadi tiga yaitu dasar (SD/MI & SMP/MTs), menengah (SMA/SMK/MA/MAK) dan tinggi (diploma, sarjana, magister, spesialis dan doktor).

4) Status Sosial Ekonomi

Pola gangguan psikiatrik juga berkaitan dengan status ekonomi dari pasien. Berdasarkan penelitian Durham diketahui bahwa masyarakat sosial ekonomi rendah memiliki prevalensi psikiatrik lebih banyak.

5) Keadaan fisik

Seseorang yang memiliki penyakit kronis, penyakit keganasan, dan mengalami gangguan fisik, mudah mengalami kelelahan dan kelemahan, sehingga rentan mengalami kecemasan.

6) Lingkungan dan situasi

Lingkungan atau tempat yang baru bisa membuat seseorang mengalami kecemasan dibandingkan dengan tinggal dilingkungan yang sering ditempati.

b. Faktor Ekternal

1) Akses informasi

Akses informasi merupakan bentuk pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi merupakan segala penjelasan yang didapat pasien sebelum pelaksanaan tindakan terdiri dari proses, resiko dan komplikasi, alternative tindakan yang tersedia serta proses administrasi (Smeltzer dan Bare, 2002 dalam Qur'ana, 2012)

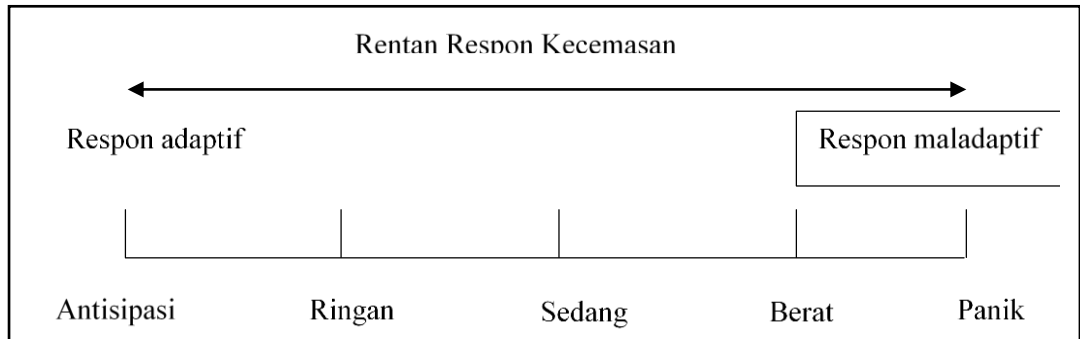
2) Dukungan sosial dan keluarga

Dukungan diberikan berupa rasa perhatian, dukunagn informatif, emosional, dan instrumental, sehingga orang tersebut merasa bahwa dirinya dianggap dan dihargai.

3. Tingkat dan karakteristik Kecemasan

Menurut Asmadi 2008 dalam Qur'ana (2012), kemampuan untuk merespon terhadap suatu ancaman yang berbeda satu sama lain. Perbedaan kemampuan ini berimplikasi terhadap perbedaan tingkat kecemasan yang dialami.

Berikut rentang respon yang menggambarkan respon adaptif- maladaptif pada kecemasan:



Gambar 1. Rentan respon kecemasan menurut Stuart dan Sudeen (2007)

Setiap tingkatan kecemasan memiliki karakteristik atau manifestasi yang berbeda satu sama lain mulai dari ringan hingga panik. Karakteristik fisiologis akibat kecemasan lebih lengkap dapat dilihat dalam berikut :

Tabel 1
Tingkat Kecemasan dan Karakteristik

Tingkat Kecemasan	Karakteristik
Kecemasan Ringan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon fisiologis; sesekali sesak nafas, nadi dan tekanan darah sedikit meningkat, sedikit gejala dingin pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar 2. Respon kognitif; mampu menerima rangsanagan yang komplek, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan. 3. Respon prilaku dan emosi; tidak dapat tenang, tremor halus pada tangan dan suara kadang- kadang meninggi

Tingkat Kecemasan	Karakteristik
Kecemasan sedang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon fisiologis; sering nafas pendek, nadi ekstra, sistol dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/ konstipasi, sakit kepala, sering berkemih dan letih 2. Respon kognitif; memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi sempit dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima 3. Respon perilaku dan emosi; gerak tersentak- sentak, terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur dan perasaan tidak aman
Kecemasan berat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon fisiologis; nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, pengelihatn berkabut serta tampak tegang 2. Respon kognitif; tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan/ tuntutan, serta lapang persepsi menyempit 3. Respon perilaku dan emosi; perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu (verbalisasi cepat)
Panik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon fisiologis; nafas pendek rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, serta rendahnya kondisi motorik 2. Respon kognitif; gangguan realitas, tidak dapat berfikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi 3. Respon perilaku dan emosi; agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak- teriak, kehilangan kendali/ kontrol diri (aktivitas motorik tidak menentu), perasaan terancam serta dapat berperilaku yang dapat membahayakan diri sendiri dan orang lain.

Sumber : Asmadi, *Konsep Dasar Keperawatan*, 2018

4. Jenis Kecemasan

Menurut Spilberger (dalam Triantoro Safaria & Nofrans Eka Saputra, 2012: 53) menjelaskan kecemasan dalam dua bentuk yaitu :

a. *Trait anxiety*

Trait anxiety yaitu adanya rasa khawatir dan terancam yang menghinggap diri seseorang terhadap kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. Kecemasan ini disebabkan oleh kepribadian individu yang memang memiliki potensi cemas dibandingkan dengan individu yang lainnya.

b. *State anxiety*

State anxiety merupakan kondisi emosional dan keadaan sementara pada diri individu dengan adanya perasaan tegang dan khatir yang dirasakan secara sadar serta bersifat subjektif.

5. Alat Ukur Tingkat kecemasan (*State- Trait Anxiety Inventory*)

Konsep dari *state-trait anxiety* dikembangkan oleh Spielberger, dimana secara umum *trait anxiety* merupakan sifat seseorang yang lebih permanen, dapat mengganggu fungsi kognisi dan mengganggu memori. *State anxiety* merupakan perasaan takut atau cemas terhadap munculnya sesuatu yang tidak menyenangkan pada suatu waktu tertentu (Spielberger *et al.*, 2012).

State- Trait Anxiety Inventory (STAI) telah digunakan secara luas dalam penelitian dan praktek klinis, yang merupakan instrument untuk mengukur kecemasan definitif pada orang dewasa. STAI dengan jelas membedakan antara kondisi sementara "*state anxiety*" dan kualitas yang lebih umum dan lama dari "*trait anxiety*". Skala STAI telah menunjukkan konsistensi internal yang sangat baik dan validitas konvergen dan diskriminan

yang memadai dan telah menunjukkan reliabilitas *test-retest excellent* (Hawari, 2011).

Apabila STAI diberikan untuk tujuan penelitian, pelaku eksperimen dapat mengubah instruksi untuk skala *S-anxiety* agar dapat fokus pada waktu tertentu. Responden penelitian diinstruksikan untuk merespon menurut bagaimana perasaan mereka sebelum eksperimen dan pada akhir sesi eksperimen. Untuk menilai perubahan kecemasan dari waktu ke waktu direkomendasikan menggunakan skala *S-anxiety* pada setiap pengukuran, menggunakan instruksi yang sama atau berbeda untuk periode waktu yang diinginkan, misalnya partisipan peneliti diminta untuk melaporkan bagaimana perasaan mereka “sekarang pada saat ini”, baik sebelum dan sesudah eksperimen dilakukan (Spielberger *et al.*, 2012). Skala respon pada *S-anxiety* meliputi :

a. Pernyataan negatif *state anxiety* :

Sama sekali tidak merasakan = 1

Sedikit merasakan = 2

Cukup merasakan = 3

Sangat merasakan = 4

b. Pernyataan positif *state anxiety* :

Sama sekali tidak merasakan = 4

Sedikit merasakan = 3

Cukup merasakan = 2

Sangat merasakan = 1

Rentan nilai minimum 20 dan nilai maksimumnya 80, dimana skor yang tinggi mengindikasikan kecemasan yang lebih berat. Tingkat kecemasan dibagi berdasarkan kategori yaitu :

Skor 20-39 = kecemasan ringan

Skor 40-59 = kecemasan sedang

Skor 60- 80 = kecemasan berat

(Greco, 2013; Davaridolatabadi dan Abdeyazdan,2016; Praptiwi, et al, 2017)

6. Cara mengatasi kecemasan

1) *Supported Self- Help*

Bantuan mandiri yang didukung dengan melibatkan pertemuan rutin dengan seorang profesional kesehatan yang memberikan dukungan dan pengelolaan diri (Bush. 2014)

2) *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)*

CBT adalah bentuk perawatan psikologi yang terbukti efektif untuk perawatan gangguan kecemasan oleh penelitian. Salah satu kekuatan CBT adalah fokus membangun kemampuan untuk membantu seseorang berperan aktif dalam mengurangi gejala kecemasan mereka. Hal ini dapat membantu mencegah kecemasan masa depan (Haring, *et al.* 2013).

3) Pengobatan

Mengobati gejala kecemasan pada tingkat kimia. Pengobatan dapat membantu mengurangi kecemasan untuk lebih mudah ditangani. Pengobatan kecemasan selama kehamilan dan setelah kelahiran paling baik dikombinasikan dengan perawatan diri dan keterampilan CBT lainnya (Haring, *et al.* 2013).

C. Konsep *Discharge planning*

1. Pengertian *Discharge planning*

Discharge planning adalah suatu proses yang sistematis dalam pelayanan kesehatan untuk membantu pasien dan keluarga dalam menetapkan kebutuhan, mengimplementasikan serta mengkoordinasikan rencana perawatan yang akan dilakukan setelah pasien pulang dari rumah sakit sehingga dapat meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatannya.

Adapun tujuan *discharge planning* menurut Spath 2003 dalam Darliana (2012) adalah sebagai berikut:

- a. Mempersiapkan pasien dan keluarga secara fisik dan psikologis untuk pulang dan beradaptasi dengan perubahan lingkungan.
- b. Mempersiapkan keluarga secara emosional dan psikologis terhadap perubahan kondisi pasien.
- c. Memberikan informasi pada pasien dan keluarga sesuai kebutuhan mereka baik secara tertulis maupun secara verbal.
- d. Memfasilitasi kelancaran perpindahan dan meyakinkan bahwa semua fasilitas kesehatan dan lingkungan pasien telah siap menerima kondisi pasien.
- e. Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.
- f. Memberikan kontinuitas perawatan antara rumah sakit dengan lingkungan baru pasien dengan menjalin komunikasi yang efektif.

2. Proses pelaksanaan *discharge planning*

Proses pelaksanaan *discharge planning* dilakukan melalui 5 tahap yaitu seleksi pasien, pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Slevin, 1996; Zwicker & Picariello, 2003; Darliana, 2012).

a. Seleksi Pasien

Slevin 1996 dalam Darliana (2012) mendeskripsikan karakteristik pasien yang membutuhkan *discharge planning* dan rujukan ke pelayanan kesehatan adalah pasien yang kurang pengetahuan tentang rencana pengobatan, isolasi social, diagnosa baru penyakit kronik, operasi besar, perpanjangan masa penyembuhan dari operasi besar atau penyakit, ketidakstabilan mental atau emosi. UPTD. RSUD Bali Mandara, 2018 menetapkan pasien yang memerlukan *discharge planning* dengan kriteria sebagai berikut :

- 1) Pasien usia lanjut (>60 tahun) dengan gangguan daya ingat
- 2) BBLR
- 3) Pasien dengan gangguan mobilitas
- 4) Pasien yang masih memerlukan pertolongan untuk melanjutkan terapi atau perawatan terus menerus.
- 5) Pasien yang memerlukan bantuan melakukan kegiatan sehari-hari

b. Pengkajian

Pengkajian *discharge planning* berfokus pada empat area, yaitu pengkajian fisik dan psikosial, status fungsional, kebutuhan pendidikan kesehatan dan konseling. Zwicker dan Picariello 2003 dalam Darliana (2012) mengemukakan bahwa prinsip-prinsip dalam pengkajian adalah :

- 1) Status fungsional (kemampuan dalam aktivitas sehari-hari dan fungsi kemandirian).
- 2) Status kognitif (kemampuan pasien dalam berpartisipasi dalam proses *discharge planning* dan kemampuan mempelajari informasi baru).
- 3) Status psikologi pasien, khususnya pengkajian terhadap depresi.
- 4) Persepsi pasien terhadap kemampuan perawatan diri.
- 5) Kemampuan fisik dan psikologik keluarga dalam perawatan pasien.
- 6) Kurangnya pengetahuan berkaitan kebutuhan perawatan kesehatan setelah pulang.
- 7) Faktor lingkungan setelah pulang dari rumah sakit.
- 8) Review pengobatan dan dampaknya.
- 9) Akses ke pelayanan setelah pulang dari rumah sakit.

Dalam mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan pasien, petugas kesehatan harus mempertimbangkan hal-hal berikut yaitu: informasi yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga, perilaku yang perlu evaluasi, ketrampilan yang dibutuhkan pasien untuk menunjukkan perilaku sehat serta faktor-faktor lingkungan pasien yang dapat dirubah untuk menunjukkan perilaku yang diinginkan.

Pengkajian dalam proses *discharge planning* ini harus dilakukan secara komprehensif dan mempertimbangkan kriteria pasien yang membutuhkan *discharge planning* baik pada pasien sendiri maupun keluarga yang akan melanjutkan perawatan setelah pulang dari rumah sakit. Agar sasaran kontinuitas perawatan tercapai, pasien dan keluarga harus dapat beradaptasi

dengan kondisi kesehatan serta beban keluarga dapat diminimalkan (Darliana, 2012)

c. Perencanaan

Dalam perencanaan diperlukan adanya kolaborasi dengan team kesehatan lainnya, diskusi dengan keluarga dan pemberian pendidikan kesehatan sesuai pengkajian. Pendekatan yang digunakan pada *discharge planning* difokuskan pada 6 area penting dari pemberian pendidikan kesehatan yang dikenal dengan istilah "METHOD" dan disesuaikan dengan kebijakan masing-masing rumah sakit (Slevin, 1996 dalam Darliana 2012).

M : Medication

Pasien diharapkan mengetahui tentang: nama obat, dosis yang harus dikonsumsi, waktu pemberiannya, tujuan penggunaan obat, efek obat, gejala yang mungkin menyimpang dari efek obat dan hal-hal spesifik lainnya.

E : Environment

Pasien akan dijamin tentang: instruksi yang adekuat mengenai ketrampilan penting yang diperlukan di rumah, investigasi dan koreksi berbagai bahaya di lingkungan rumah, support emosional yang adekuat, investigasi sumber-sumber dukungan ekonomi, investigasi transportasi yang akan digunakan klien.

T : Treatment

Pasien dan keluarga dapat: mengetahui tujuan perawatan yang akan dilanjutkan di rumah, serta mampu mendemonstrasikan cara perawatan secara benar.

H : *Health*

Pasien akan dapat: mendeskripsikan bagaimana penyakitnya atau kondisinya yang terkait dengan fungsi tubuh, mendeskripsikan makna-makna penting untuk memelihara derajat kesehatan, atau mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi.

O : *Outpatient Referral* Pasien dapat: mengetahui waktu dan tempat untuk kontrol kesehatan, mengetahui dimana dan siapa yang dapat dihubungi untuk membantu perawatan dan pengobatannya.

D : Diet Pasien diharapkan mampu mendeskripsikan tujuan pemberian diet, merencanakan jenis-jenis menu yang sesuai dengan dietnya.

d. Implementasi

Zwicker & Picariello (2003) dalam (Darliana, 2012), menjelaskan bahwa prinsip implementasi *discharge planning* yaitu :

- 1) *Discharge planning* harus berfokus pada kebutuhan pasien dan keluarga.
- 2) Hasil pengkajian dijadikan sebagai pedoman strategi pelaksanaan.
- 3) Hasil pengkajian akan menentukan kebutuhan pendidikan kesehatan yang dibutuhkan setelah pasien pulang dari rumah sakit.
- 4) Data pengkajian dapat memprediksikan *outcome* pasien setelah pulang dari rumah sakit.
- 5) *Discharge planning* dimulai saat pasien masuk bertujuan untuk memperpendek hari perawatan.

e. Evaluasi

Proses evaluasi keefektifan proses *discharge planning* dilakukan melalui *follow-up*. Menurut Spath 2003 dalam Darlina (2012) bahwa setelah

pasien pulang dari rumah sakit yang dapat dilakukan melalui telepon atau kontak dengan keluarga serta pelayanan kesehatan yang ikut memberikan perawatan pada pasien (Darliana, 2012).

3. Kebijakan *Discharge planning* di UPTD. RSUD Bali Mandara

Rumah sakit umum daerah Bali Mandara, dalam menjamin terselenggaranya penanganan pasien berkelanjutan serta kaitannya dalam meningkatkan edukasi kepada pasien menggunakan *discharge planning* sebagai standar asuhan sesuai dengan keputusan direktur UPTD. RSUD Bali Mandara, Nomor 188.4/ 20702/ UPT.RSBM.DISKES/ 2018 tentang pemberlakuan *discharge planning* dan dijelaskan pada standar prosedur operasional (SPO) No. IRNA/SPO/085/2017 tentang perencanaan pemulangan pasien (*Discharge Planning*) (UPTD. RSUD Bali Mandara, 2018).