BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) adalah penyakit yang tidak dapat menyebar melalui kontak langsung antara orang yang terinfeksi dan orang sehat. PTM juga tidak disebabkan oleh mikroorganisme seperti bakteri, virus ataupun jamur. PTM berkaitan erat dengan gaya hidup dan faktor resiko seperti merokok, konsumsi alkohol, kurangnya aktifitas fisik dan pola makan yang tidak sehat. Penyakit tidak menular dikenal juga dengan penyakit *degenerative* merupakan masalah utama dalam kesehatan masyarakat di abad 21 karena memiliki skala morbiditas dan mortalitas sangat tinggi di seluruh dunia, dengan prevalensi kematian sebanyak 36 juta jiwa setiap tahunnya (Asmin et al., 2021).

World Healt Organization (WHO) pada tahun 2023 menyebutkan bahwa penyakit tidak menular merenggut 41 juta kematian setiap tahun atau 74% populasi kematian secara global. Prevelensi kematian PTM tertinggi adalah penyakit kardiovaskuler 17.9 juta jiwa, kanker sebanyak 9.3 juta, penyakit pernafasan kronis 4.1 juta dan diikuti diabetes mellitus sebanyak 2 juta jiwa. Data Kemenkes (2025) menyebutkan bahwa 75% kematian di Indonesia disebabkan oleh penyakit tidak menular. Prevelensi terbesar adalah penyakit jantung dan stroke yang merenggut nyawa hampir 800.000 nyawa pertahun. Dimana kejadian prevelensi penyakit tersebut, sebagian besar diakibatkan dari komplikasi hipertensi.

World Healt Organization (2023) mencatat sekitar 1.13 milyar dari populasi di dunia mengalami hipertensi, dan diperkirakan pada tahun 2025 terdapat sebanyak 1.5 milyar orang akan mengalami hipertensi. Sebanyak 10.44 juta orang akan merasakan dampak dan komplikasi hipertensi setiap tahun. Tercatat juga sekitar 1.5 juta populasi meninggal akibat komplikasi hipertensi di Asia tenggara. Kemenkes (2024) berdasarkan data Riskesdas (2023) mencatat sebanyak 34.1% atau sebanyak 63.309.620 jiwa penduduk Indonesia menderita hipertensi, dengan angka kematian akibat hipertensi

mencapai 427.218 jiwa. Data Badan Pusat Statistik (2021) menunjukan bahwa Jawa Barat merupakan provinsi kedua dengan prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia sebanyak 14 juta jiwa atau 39.6% dari jumlah keseluruhan angka kesakitan.

Hipertensi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik dari 130 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 80 mmHg (Iqbal & Jamal, 2025). Gejala yang sering muncul, antara lain sakit kepala di pagi hari, mimisan, perubahan ritme jantung yang tidak stabil, gangguan penglihatan, dan telinga berdengung. Hipertensi dalam kategori berat mampu menyebabkan tremor, mual, muntah, kelelahan, kecemasan, dan nyeri dada (Sakinah et al., 2020). Terdapat 2 jenis hipertensi yang memerlukan rawat inap, yaitu hipertensi urgesi dan hipertensi darurat. Hipertensi urgensi adalah tekanan diarah sistol >180 mmhg dan diastole >120 tanpa *hypertension mediated organ demage* (HMOD). Sedangkan hipertensi darurat adalah tekanan diarah sistol >180 mmhg dan *diastole* >120 disertai HMOD (Krishnan et al., 2021).

Hipertensi dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi serta dampak yang buruk bagi kesehatan sehingga membahayakan nyawa apabila terus dibiarkan. Dampak hipertensi dapat mengakibatkan risiko kerusakan jantung, ginjal, dan otak sehingga dapat mengakibatkan komplikasi bagi sejumlah penyakit dan mengharuskan penderita hipertensi melakukan perawatan rawat inap bahkan pengulangan rawat inap atau readmisi (Goretik et al., 2022). Hipertensi berkontribusi terhadap 51% kematian akibat stroke dan 45% akibat penyakit jantung koroner (*Global Burden of Disease*, 2023). Hasil *Riset Kesehatan Dasar (2023)* menunjukkan bahwa penderita hipertensi memiliki kemungkinan **2,7 kali lebih tinggi mengalami rawat inap ulang (readmisi)** dibanding pasien tanpa hipertensi.

Readmisi merupakan diterimanya kembali di rumah sakit sebagai perawatan akut dalam waktu 30 hari dari diagnosa yang sama atau rumah sakit perawatan akut yang lain (Rochfika, 2019). Data *National Readmission Database (2023),* tingkat readmisi pasien hipertensi mencapai **11,2% dalam 30 hari** dan **18,4% dalam 90 hari** setelah pulang. Laporan *BPJS Kesehatan (2024)* menunjukkan bahwa **sekitar 9,8% pasien hipertensi** mengalami rawat inap ulang dalam waktu kurang dari satu bulan, terutama akibat ketidakpatuhan obat dan kurangnya kesiapan *discharge planning.*

Penurunan angka readmisi pada pasien dengan hipertensi memerlukan penerapan intervensi yang spesifik, terukur, dan terstruktur. Strategi penurunan angka readmisi rumah sakit memerlukan pendekatan multidimensi, mulai dari identifikasi pasien berisiko tinggi, optimalisasi perencanaan pulang, hingga koordinasi lintas sektor. Salah satu pendekatan yang terbukti efektif adalah ***discharge planning*** komprehensif, yang meliputi edukasi pasien dan keluarga, penyusunan rencana tindak lanjut medis yang jelas, pemantauan kepatuhan obat, serta koordinasi antarprofesional kesehatan. *Discharge planning* yang terstruktur dapat menurunkan risiko readmisi 30 hari sebesar **25–48%** pada pasien dengan penyakit kronis, termasuk hipertensi. Efektivitas ini terkait erat dengan adanya komunikasi berkelanjutan antara tenaga kesehatan dan pasien, yang mencegah kekambuhan gejala dan memastikan penanganan komplikasi secara dini (Davis et al., 2024; Rajabpour et al., 2025)

Discharge planning bukan hanya intervensi administratif, tetapi strategi klinis yang berkontribusi signifikan pada peningkatan kualitas perawatan dan efisiensi layanan kesehatan yang terbukti memberikan dampak positif jangka panjang. Implementasi *discharge planning* terintegrasi, yang menggabungkan *telehealth*, kunjungan tindak lanjut dalam 7 hari, dan penyesuaian terapi berbasis pemantauan tekanan darah di rumah, berhasil menurunkan angka readmisi hingga **37% dalam 90 hari** dan menghemat biaya perawatan sebesar rata-rata **USD 1.200 per pasien.** Dampak positif lain juga terlihat pada peningkatan kepatuhan minum obat antihipertensi hingga 82% serta penurunan insiden komplikasi kardiovaskular paska pulang (Sharma et al., 2024).

Discharge planning adalah suatu rencana yang dilakukan profesional pemberi asuhan (PPA) bersama keluarga dan pasien selama perawatan dan sebelum pasien meninggalkan rumah sakit. Keluarga dan pasien diharuskan untuk paham dan tahu bagaimana mengelola perawatan di rumah dalam perawatan pasien berkelanjutan, untuk mengurangi komplikasi dan meningkatkan akses terhadap layanan yang berkualitas (KARS, 2022). Tujuan pelaksanaan *discharge planning* pasien adalah dapat mencapai upaya - upaya kesehatan yang maksimal serta

mengurangi lamanya rawat inap agar biaya rumah sakit menjadi lebih terjangkau (Notoatmodjo, 2010).

Discharge planning merupakan bagian terpenting dari pelayanan kesehatan di rumah sakit yang mampu mempengaruhi tingkat kepuasan pasien dan keluarga (Baker et al., 2020). *Discharge planning* yang dilaksanakan dengan baik dapat mengurangi risiko readmisi yang mungkin terjadi, mengurangi angka kesakitan dan kematian, meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga serta mengurangi beban tanggungan terhadap keluarga atas diri pasien sebagai anggota keluarga (Nursalam, 2018).

Pelaksanaan *discharge planning* yang tidak sesuai dan belum optimal akan mengakibatkan kerugian bagi pasien seperti meningkatnya angka perawatan berulang dengan penyakit yang sama, memperlambat penyembuhan sehingga meningkatnya lama perawatan, dan meningkatnya angka kematian. Idealnya, *discharge planning* dimulai saat penerimaan pasien masuk hingga evaluasi tindakan pada saat pasien akan pulang, untuk mengkaji kemungkinan rujukan, atau perawatan lanjut di rumah sesuai kebutuhan (Shepperd et al., 2022).

Pelaksanaan *discharge planning* dilakukan oleh perawat melalui kolaborasi untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Keberhasilan pelaksanaan *discharge planning* tergantung keterlibatan serta peran aktif perawat dalam pelaksanaan *discharge planning* (Irmawati et al., 2022). Perawat harus mengkaji setiap pasien dengan mengumpulkan data yang berhubungan kemudian mengidentifikasi masalah aktual dan potensial, menentukan tujuan bersama-sama, memberikan tindakan khusus untuk mengajarkan cara dalam mempertahankan atau memulihkan kembali kondisi pasien secara optimal serta mengevaluasi kesinambungan asuhan keperawatan yang telah di berikan kepada pasien dan keluarganya (Mustikaningsih et al., 2020).

Hambatan perawat dalam pelaksanaan *discharge planning* disebabkan oleh ketidakmampuan perawat dalam mendefinisikan konsep perencanaan pulang, sikap negatif atau tidak kooperatifnya pasien dan anggota keluarganya terhadap proses perencanaan pulang, dan persepsi perawat terhadap perencanaan pulang sebagai proses dokumen asuhan yang berlebihan dan menghabiskan waktu (Hayajneh et al.,

2020). Hal senada disampaikan oleh Weiss et al. (2006) bahwa perawat sering menemukan hambatan kompleks dalam pelaksanaan *discharge planning*, sehingga membutuhkan kesiapan perawat sebagai kunci keberhasilan dalam *discharge planning.*

Kesiapan perawat dalam *discharge planning* merupakan determinan penting terhadap keberhasilan transisi pasien dari rumah sakit ke rumah. Tingkat kesiapan *discharge planning* yang rendah pada perawat berkorelasi dengan meningkatnya risiko readmisi hingga 38%. Perawat bertanggungjawab atas proses persiapan pasien untuk dipulangkan. Metode penilaian formal berbasis bukti dibutuhkan oleh perawat untuk membantu penilaian kesiapan pasien pulang, sehingga mampu menurunkan resiko perburukan kondisi pasien setelah pulang sehingga menyebabkan readmisi terjadi (Bobay et al, 2018)

Readiness for Hospital Discharge Scale merupakan instrumen yang membantu perawat menilai sejauh mana pasien telah siap untuk pulang berdasarkan empat domain utama, yaitu: **kondisi fisik (*personal status*), pengetahuan (*knowledge*), kemampuan menghadapi masalah (*coping ability*)**, dan **dukungan sosial (*social support*).** Domain *personal status* menilai stabilitas fisik dan emosional pasien sebelum pulang, sedangkan domain *knowledge* menilai sejauh mana pasien memahami pengobatan, pola makan, aktivitas, dan tanda bahaya setelah keluar dari rumah sakit. Domain *coping ability* menggambarkan kesiapan emosional dan kemampuan pasien dalam menyesuaikan diri terhadap kondisi kesehatannya di rumah, sementara domain *social support* menilai dukungan yang diperoleh pasien dari keluarga maupun lingkungan sekitarnya (Weiss et al., 2006).

Penulis telah melakukan studi pendahuluan di RSUD Majalaya pada tanggal 03 Mei 2025 menunjukan terdapat sebanyak 1341 kasus rawat inap hipertensi pada tahun 2024. Adapun ruang rawat inap dengan jumlah kasus hipertensi dengan komplikasi gangguan neurologis, renal dan kardiovaskuler terbesar adalah Ruang Alamanda Neuro. Data menunjukan sebanyak 122 kasus hipertensi rawat inap, dengan kasus readmisi sebanyak 12 kasus pada periode Januari sampai dengan Maret2025.

Hasil wawancara yang dilakukan terhadap kepala ruangan Alamanda Neuro menjelaskan bahwa pelaksanaan perencanan pulang pasien telah ditetapkan pada standar panduan dan dokumentasi rekam medis oleh seluruh profesional pemberi asuhan di RSUD Majalaya. Perawat cendrung tidak memiliki kejelasan terkait batasan dalam proses pelaksanaan *discharge planning*. Sebagian besar perawat menganggap kurang pentingnya perencanaan pulang karena menguras waktu panjang. Hal tersebut mengakibatkan pelaksanaan *discharge planning* sering tidak optimal bahkan terabaikan.

Hasil observasi terhadap 10 pasien hipertensi di ruang Alamanda Neuro menunjukkan bahwa beberapa aspek kesiapan pasien untuk pulang belum dikaji dengan baik oleh perawat. Pada aspek kondisi fisik (*personal status*), sekitar 70% pasien belum dinilai secara menyeluruh mengenai kesiapan fisik dan emosionalnya sebelum pulang. Perawat cendrung hanya mengikuti keputusan dokter penanggungjawab (DPJP). Hal ini menyebabkan sebagian pasien belum benar-benar siap melakukan aktivitas mandiri di rumah setelah keluar dari rumah sakit. Ditemukan bahwa 80% pasien hipertensi belum menerima edukasi secara lengkap tentang cara minum obat, pola makan rendah garam, pengaturan aktivitas fisik, serta tanda bahaya yang perlu diperhatikan setelah pulang. Kurangnya edukasi ini berpotensi meningkatkan risiko komplikasi dan *readmisi* dalam waktu dekat. Pada aspek kemampuan menghadapi masalah (*coping ability*), sebanyak 60% pasien belum memiliki kesiapan emosional yang baik untuk menghadapi kemungkinan kekambuhan penyakit. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan waktu dan bimbingan dari perawat dalam memberikan dukungan psikologis maupun konseling terkait perawatan lanjutan di rumah.

Pada sisi dukungan sosial, sekitar 60% pasien hipertensi tidak memiliki rencana pendampingan keluarga yang jelas setelah pulang dari rumah sakit, baik dalam hal pengawasan konsumsi obat, kontrol ulang, maupun pemantauan tekanan darah di rumah. Kondisi ini menunjukkan bahwa peran keluarga sebagai bagian dari sistem dukungan pasien masih kurang diperhatikan dalam proses *discharge planning*. Temuan tersebut memperlihatkan bahwa kesiapan pasien hipertensi untuk pulang masih rendah di beberapa domain utama *Readiness for Hospital Discharge Scale*

(RHDS), yaitu kondisi fisik, pengetahuan, kemampuan menghadapi masalah, dan dukungan sosial.

Penulis juga melakukan studi pendahuluan di RSUD Otto Iskandar Dinata Bandung pada tanggal 16 Juli 2025. Data menunjukan bahwa pasien hipertensi rawat inap terdapat sebanyak 87 pasien, dengan 1 kasus readmisi pada periode Januari sampai dengan Juni 2025. Hasil wawancara dengan Kepala Ruangan Rawat Inap Penyakit Dalam menyatakan bahwa terdapat standar operasional terkait pelaksanaan *discharge planning* di RSUD Otto Iskandar Dinata. Hasil observasi kepada perawat pelaksana menunjukan bahwa seluruh perawat telah melakukan *assessment* awal *discharge planning* sesaat pasien masuk. Perawat mengisi formulir rencana pemulangan pasien yang telah tersedia di rekam medis pasien secara lengkap. Perawat melakukan diskusi terkait kebutuhan pulang kepada pasien dan keluarga. Perawat juga mencatat jika terjadi perubahan kebutuhan pasien antara saat *assessment* awal dan setelah masa perawatan, sehingga perawat dapat mempersiapkan kebutuhan pasien saat pulang.

Hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan di dua tempat berbeda, menunjukan bahwa prevelensi penyakit hipertensi rawat inap dan kasus readmisi di ruang Alamanda Neuro RSUD Majalaya cukup tinggi, sehingga pelaksanaan *discharge planning* menjadi aspek penting yang harus dilakukan untuk mendukung perawatan lanjutan di rumah. Hal tersebut didukung oleh hasil wawancara dan observasi yang menunjukan bahwa perlu dilakukan pengkajian mendalam terkait kesiapan *discharge planning*, agar transisi pasien dari rumah sakit ke rumah dapat berjalan dengan aman dan efektif di Ruang Alamanda Neuro RSUD Majalaya.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan sebuah penelitian dengan judul "Gambaran *Readiness Discharge Planning* Pasien Hipertensi Di Ruang Alamanda Neuro RSUD Majalaya".

1.2 Rumusan Masalah

"Bagaimana gambaran *readiness hospital discharge* pasien hipertensi di Ruang Alamanda Neuro RSUD Majalaya?".

1.3 Tujuan Penelitian

Mengidentifikasi gambaran *readiness discharge planning* pasien hipertensi di Ruang

Alamanda Neuro RSUD Majalaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah tentang pelaksanaan *discharge planning* oleh perawat pada pasien hipertensi.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan *readiness discharge planning*: perawat terhadap pasien hipertensi.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Bagi Rumah Sakit

   Hasil dari penelitian ini dapat menjadi acuan bagi rumah sakit untuk mengintegrasikan hasil kesiapan pulang pasien kedalam prosedur *discharge planning* dan melatih perawat dalam pengunaannya.

2. Bagi Institut Pendidikan

   Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat dalam pengembangan sumber pembelajaran baru terkait *readiness for hospital discharge scale* bagi perawat.

1.5 Batasan Penelitian

Metode penelitian tebatas menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif dengan variabel *readiness discharge planning.* Populasi penelitian terbatas pada pasien hipertensi di Ruang Alamanda Neuro RSUD Majalaya yang melakukan perawatan pada pasien hipertensi sehingga hasil penelitian nantinya tidak dapat disama ratakan pada seluruh pasien rawat inap. Waktu penelitian terbatas hanya akan dilakukan selama 1 bulan.