BAB II
KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

Penelitian mengenai *readiness discharge planning* menekankan pentingnya kesiapan pasien dalam menghadapi transisi dari rumah sakit menuju perawatan mandiri di rumah. *Discharge planning* yang efektif berfungsi untuk menurunkan angka komplikasi, meningkatkan kepatuhan terapi, serta mencegah terjadinya *readmission* atau rawat inap ulang. Menurut Weiss et al., (2006), kesiapan pasien pulang (*readiness for hospital discharge*) terdiri atas empat aspek penting, yaitu kondisi fisik (*personal status*), pengetahuan (*knowledge*), kemampuan koping (*coping ability*), dan dukungan sosial (*social support*). Pasien yang memiliki kesiapan tinggi dalam keempat aspek tersebut akan mampu melakukan perawatan mandiri dengan baik, memiliki tingkat stres lebih rendah, serta berisiko kecil mengalami *readmission* setelah keluar dari rumah sakit.

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa *readiness discharge planning* berperan penting dalam menurunkan angka *readmission* pasien penyakit kronis. Studi Bobay et al., (2018) menemukan bahwa tingkat kesiapan discharge yang rendah berhubungan dengan peningkatan risiko *readmission* hingga 38%. Hasil ini menegaskan bahwa penilaian kesiapan pulang harus dilakukan secara sistematis dan berbasis bukti agar perawat dapat mengidentifikasi kebutuhan edukasi maupun dukungan pasien sebelum dipulangkan. Hayajneh et al., (2020) turut menambahkan bahwa hambatan dalam pelaksanaan *discharge planning* sering kali disebabkan oleh kurangnya pemahaman perawat terhadap konsep *readiness* dan keterbatasan waktu, sehingga mengakibatkan pasien tidak sepenuhnya siap menjalani perawatan mandiri setelah pulang.

Penelitian lain oleh Davis et al., (2024) dan Rajabpour et al., (2025) menunjukkan bahwa penerapan *discharge planning* komprehensif dapat menurunkan risiko *readmission* 30 hari sebesar 25–48% pada pasien dengan penyakit kronis seperti hipertensi. Intervensi yang paling efektif mencakup
edukasi pasien dan keluarga, penjadwalan tindak lanjut medis, pemantauan kepatuhan obat, serta koordinasi antartenaga kesehatan. Efektivitas tersebut

meningkat apabila komunikasi berkelanjutan dilakukan antara tenaga kesehatan dan pasien, karena mampu mencegah kekambuhan gejala dan memastikan penanganan komplikasi secara dini.

Penelitian Sharma et al., (2024) memperlihatkan bahwa pelaksanaan *discharge planning* terintegrasi melalui *telehealth*, kunjungan tindak lanjut dalam tujuh hari, dan penyesuaian terapi berbasis pemantauan tekanan darah di rumahberhasil menurunkan angka *readmission* hingga 37% dan meningkatkan kepatuhan minum obat antihipertensi hingga 82%. Hasil ini menegaskan bahwa keberhasilan *discharge planning* tidak hanya bergantung pada kesiapan fisik pasien, tetapi juga pada dukungan sistem kesehatan dan peran aktif tenaga keperawatan dalam memfasilitasi proses adaptasi pasien setelah pulang. Penelitian lain dari Irmawati et al., (2022) menemukan bahwa peran aktif perawat dalam proses *discharge planning* berpengaruh signifikan terhadap kesiapan pasien pulang dan tingkat *readmission*. Pasien yang mendapatkan edukasi terarah dan dukungan emosional dari perawat menunjukkan kesiapan lebih tinggi dan cenderung tidak mengalami rawat inap ulang dalam waktu 30 hari.

2.2 Landasan Teori

2.2.1 Konsep hipertensi

1. Definisi

Hipertensi termasuk di antara kondisi medis kronis paling umum yang ditandai dengan peningkatan tekanan arteri yang persisten, dengan nilai tekanan darah sistolik (SBP) 130 mmHg atau lebih dan atau tekanan darah diastolik (DBP) lebih dari 80 mmHg (Iqbal & Jamal, 2025). Hipertensi atau zztekanan darah tinggi merupakan suatu keadaan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Kemenkes, 2024). Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik yang lebih dari 140 mmHg dan diastolik lebih dari 90 mmHg dua kali pengukuran setiap 5 menit dengan istirahat yang cukup dan tenang (Lingga et al., 2024).

Hipertensi atau dapat dijuluki sebagai *silent killer* merupakan salah satu penyakit kronis yang menjadi prevalensi tertinggi di dunia yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan, kebiasaan, dan genetik yang diketahui memiliki efek signifikan

pada penyakit seperti gagal jantung, *infark miokard*, kardiovaskular dan stroke. Selain itu juga dapat dipengaruhi oleh obat-obatan, stress, kurang aktivitas fisik, asupan makanan tinggi garam, dan potasium (Aditya & Mustofa, 2023).

Berdasarkan beberapa teori diatas maka dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah sitolik lebih dari 130 mmHg dan diastolik lebih dari 80 mmHg yang dapat menyebabkan komplikasi pada gangguan kardiovaskuler dan neurologis.

2. Etiologi hipertensi

Hipertensi disebabkan berbagai faktor, beberapa perubahan fisiologis seiring bertambahnya usia resistensi perifer dan aktivitas simpatik semakin meningkat. Tekanan darah akan meningkat setelah usia 45-55 tahun, dinding arteri menebal karena penumpukan kolagen dilapisan otot dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah secara bertahap (Sari & Kamil, 2019).

Secara etiologi penyebab hipertensi tidak diketahui. Namun para ahli menemukan bahwa ada dua faktor yang menyebabkan seseorang mengalami tekanan darah tinggi. Pertama faktor yang dapat dikendalikan dan kedua faktor yang tidak dapat dikendalikan. Faktor yang tidak dapat dikendalikan antara lain faktor keturunan, jenis kelamin dan usia. Sedangkan faktor yang dapat dikendalikan yaitu obesitas, stres, psikologis, serta gaya hidup tidak sehat (Harahap et al., 2019).

Tekanan darah tinggi dapat dibedakan menurut penyebabnya menjadi 2 golongan yaitu (Harahap et al., 2019):

a. Hipertensi esensial (hipertensi primer)

Merupakan kondisi hipertensi dimana penyebab sekunder dari hipertensi tidak ditemukan penyakit. Pada hipertensi primer tidak ditemukan penyakit *renovaskuler*, gagal ginjal dan penyakit lainnya, genetika dan ras adalah bagian dari penyebab hipertensi primer termasuk faktor lain seperti stres, komsumsi alkohol, merokok, lingkungan dan gaya hidup (Akiel, 2020). Hal senada disampaikan oleh Iqbal & Jamal (2025) bahwa hipertensi esensial merupakan hipertensi yang disebabkan oleh kemampuan sensitifitas genetik merespon garam dalam tubuh.

b. Hipertensi sekunder

Muncul karena tekanan darah tinggi secara umum penyebabnya diketahui, misalnya ketidakseimbangan hormon atau minum obat tertentu. Penyebab lain hipertensi sekunder, yaitu *ferokromositoma* yaitu tumor penghasil epinefrin di kelenjar adrenal, menyebabkan peningkatan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, penyakit *cushing*, menyebabkan peningkatan volume sekuncup akibat retensi garam dan peningkatan *cardiothoracic ratio* (CTR) karena hipersensitivitas sistem saraf simpatik (Sari & Kamil, 2019).

3. Manifestasi klinis hipertensi

Pemeriksaan fisik mengungkapkan tidak ada kelainan selain pengukuran tekanan darah tinggi. Klien menderita tekanan darah tinggi biasanya tidak ada menampakkan gejala (*asimtomatik*) diagnosis sebelum tekanan darah tinggi pada orang dewasa ditegakkan jika rata-rata hasil pemeriksaan darah pada kunjungan kedua dengan tekanan diastolik berturut-turut antara 80-89 mmHg; atau tekanan darah rata-rata sistolik pada dua kunjungan bernilai antara 120 - 139 mmHg. Tekanan diastolik di atas 90 mmHg dan tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg didiagnosis sebagai hipertensi (Sa'diah, 2021).

Umumnya tekanan darah tinggi tanpa gejala yang terlihat. Manifestasi klinis baru diamati seperti sakit kepala setelah hipertensi menahun, terkadang disertai mual dan muntah, karena hipertensi *intrakranium*, penglihatan kabur karena kerusakan retina yang disebabkan oleh hipertensi, berjalan tidak stabil karena kerusakan sistem saraf, *nokturia*. Karena peningkatan aliran darah dan filtrasi ginjal, *glomerulus* dan edema terkait, hipertensi karena tekanan kapiler terkadang merupakan satu-satunya gejala, komplikasi muncul di ginjal, mata, otak atau jantung (Zulpinas, 2022).

Satu kali pengukuran tekanan darah yang menunjukkan peningkatan tidak cukup untuk menegakkan diagnosis hipertensi. Pada tahap awal penyakit tekanan darah tinggi tidak menunjukkan tanda dan gejala yang dikeluhkan klien, dan jika kondisi ini tetap tidak ditemukan selama pemeriksaan rutin klien akan tetap tidak sadar dengan peningkatan tekanan darahnya. Jika kondisi ini dibiarkan dan tidak terdiagnosis maka tekanan darah bisa terus menerus meningkat. Klien akan

mengeluh sakit kepala yang terus menerus, kelelahan, pusing, jantung berdebar, sesak napas, penglihatan kabur atau buram dan mimisan (Sa'diah, 2021).

Menurut Sa'diah (2021), gejala hipertensi terbagi menjadi:

a. Tidak ada gejala

   Tidak ada gejala dikaitkan dengannya peningkatan tekanan darah selain penentuan tekanan arteri oleh dokter untuk memeriksa hipertensi tidak pernah didiagnosis jika arteri tidak teratur.

b. Gejala yang umum

   Gejala yang paling umum terkait dengan tekanan darah tinggi adalah nyeri sakit kepala dan kelelahan. Beberapa pasien hipertensi mengeluh sakit kepala, pusing, tengkuk merasa nyeri, pingsan, kelelahan, sesak napas, gelisah, sebagainya.

4. Klasifikasi hipertensi

Klasifikasi dan tahap hipertensi, sebagaimana didefinisikan dalam pedoman terbaru *American College of Cardiology* (ACC) dalam Iqbal & Jamal (2025), adalah sebagai berikut:

a. Normal: Tekanan darah sistolik (SBP) kurang dari 120 dan tekanan darah diastolik (DBP) kurang dari 80 mm Hg;
b. Tinggi: Tekanan darah sistolik (SBP) 120 hingga 129 dan tekanan darah diastolik (DBP) kurang dari 80 mm Hg;
c. Hipertensi tahap 1: Tekanan darah sistolik (SBP) 130 hingga 139 atau tekanan darah diastolik (DBP) 80 hingga 89 mm Hg;
d. Hipertensi tahap 2: Tekanan darah sistolik (SBP) 140 mm Hg atau lebih atau tekanan darah diastolik (DBP) 90 mm Hg

5. Komplikasi hipertensi

Hipertensi yang terjadi pada seseorang dalam kurun waktu yang lama akan menimbulkan komplikasi pada berbagai organ tubuh yaitu otak, mata, jantung, pembuluh darah arteri, dan ginjal. Dampak terjadinya komplikasi yaitu penurunan kualitas hidup penderita yang kemungkinan terburuknya adalah kematian (Nilawati, 2023). Komplikasi yang terjadi pada hipertensi, antara lain:

a. *Stroke*

Stroke terjadi pada penderita hipertensi kronis yang dapat menyebabkan arteri mengalami hipertrofi dan penebalan sehingga terjadi defisit suplai darah ke jaringan otak.

b. *Aneurisma*

Aneurisma merupakan kelainan pembuluh darah otak disebabkan lemahnya dinding pembuluh darah di otak sehingga terjadi dilatasi pada pembuluh darah.

c. *Infark miokard*

Infark miokard terjadi ketika penderita mengalami *hiperlipidemia*. Seiring berjalannya waktu lipid yang terdapat pada pembuluh darah arteri mengalami penebalan, jika itu terjadi terus menerus maka akan beresiko thrombus sehingga menyumbat ataupun menghalangi aliran darah dan suplai oksigen yang menuju ke *miokardium*. Keadaan tersebut *miokardium* terjadi iskemia sehingga dapat menimbulkan *infark* pada *miokardium.*

d. Gagal ginjal

Tekanan tinggi kapiler *glomerulus* ginjal akan mengakibatkan kerusakan progresif sehingga ginjal mengalami kegagalan. Kerusakan pada *glomerulus* menyebabkan aliran darah ke unit fungsional juga ikut terganggu sehingga tekanan osmotik menurun kemudian hilangnya kemampuan pemekatan urin sehingga menimbulkan *nokturia*.

2.2.2 Konsep *discharge planning*

1. Definisi

Discharge planning merupakan suatu proses yang dinamis dan sistematis dari penilaian, persiapan, serta koordinasi yang dilakukan untuk memberikan kemudahan pengawasan pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial sebelum dan sesudah pulang. *Discharge planning* didapatkan dari proses interaksi ketika keperawatan professional, pasien dan keluarga berkolaborasi untuk memberikan dan mengatur kontinuitas keperawatan yang diperlukan oleh pasien saat perencanaan harus berpusat pada masalah pasien yaitu pencegahan, terapeutik, rehabilitatif, serta keperawatan rutin yang sebenarnya (Nursalam, 2018).

Discharge planning merupakan pelayanan dalam mempersiapkan pasien agar mendapat perawat lebih lanjut, baik dalam proses penyembuhan maupun dalam mempertahankan derajat Kesehatan sampai pasien merasa siap untuk Kembali ke lingkungannya (Rahmawati, 2021).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa *discharge planning* adalah suatu perencanaan pasien pulang dan memberikan pasien informasi tentang bagaiman perawatannya ketika di rumah.

2. Pemberi dan penerima layanan *discharge planning*

Proses *discharge planning* secara komprehensif dilakukan dengan melibatkan seluruh pemberi layanan kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan kepada pasien, dan juga melibatkan pasien beserta keluarga dengan antara pelayanan kesehatan dan sosial (Darnanik, 2018). Staf rumah sakit merupakan seseorang yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan (*continuing care coordinator*) sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* juga dilakukan dengan fasilitas kesehatan, menyediakan pendidikan kesehatan dan memberikan motivasi staf rumah sakit untuk merencanakan serta mengimplementasikan *discharge planning.* Profesional pemberi asuhan (PPA) adalah tim interdisiplin yang terdiri dari dokter, ahli gizi, fisioterapi, farmasi, dan perawat yang memberikan asuhan kepada pasien (Rofi'i, 2019).

Setiap klien yang dirawat di rumah sakit membutuhkan perencanaan pulang. Klien memerlukan pelayanan keperawatan yang terkoordinasi baik dengan tim kesehatan yang lain dan dukungan-dukungan pelayanan, sehingga mereka dapat selalu dipantau terhadap kebutuhan perawatan klien. Terdapat situasi-situasi tertentu yang dapat menyebabkan risiko bagi klien untuk tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan setelah pulang. Kondisi seperti penyakit terminal, cacat permanen, keterbatasan ekonomi, operasi besar, operasi radikal, serta kondisi emosional atau mental yang tidak stabil, semuanya dapat membawa risiko dalam perencanaan pemulangan (Aisya, 2022). Jika klien menghadapi kondisi kondisi semacam ini, langkah yang diperlukan adalah melakukan evaluasi

terhadap kemampuan klien dalam merawat diri di lingkungan rumah (Rofi'i, 2019).

3. Tujuan *discharge planning*

Menurut Rofi'i (2019), proses perencanaan pulang memiliki beberapa tujuan, yaitu:

a. Menyusun rencana yang dapat diantisipasi dan didokumentasikan untuk mengurangi penolakan dari perusahaan asuransi kesehatan.
b. Mengurangi jumlah pasien yang mengalami kekambuhan dan akhirnya harus dirawat kembali di rumah sakit atau kunjungan yang tidak diperlukan ke instalasi gawat darurat (IGD).
c. Memastikan pemanfaatan tenaga perawat yang sesuai
d. Optimalisasi pemanfaatan sumber daya dan layanan serta menghindari tumpang tindih pelayanan
e. Membantu pasien memahami kebutuhan setelah keluar dari rumah sakit termasuk biaya pengobatan.
f. Memastikan bahwa sumber daya yang tersedia dalam masyarakat dimanfaatkan sebaik mungkin untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga

4. Manfaat *discharge planning*

Berbagai keuntungan dapat dihasilkan dari pelaksanaan perencanaan pulang, baik bagi pasien, anggota keluarga, layanan kesehatan di komunitas, maupun fasilitas rumah sakit. Manfaat yang diperoleh dari perencanaan pulang pasien bagi pasien menurut Nursalam (2018), antara lain:

a. Memberikan peluang bagi pasien untuk menerima perawatan selama masa di rumah sakit sehingga dapat diaplikasikan saat pulang ke rumah
b. Menilai dampak dari intervensi yang telah direncanakan terhadap proses penyembuhan pasien serta mengenali potensi kekambuhan atau kebutuhan perawatan tambahan.
c. Mendorong perkembangan kemandirian dalam persiapan melakukan perawatan mandiri di lingkungan rumah.

Rofi'i (2019) menerangkan manfaat *discharge planning* bagi perawat adalah perasaan diterima dan berguna dalam penerapan keahliannya, pemahaman yang lebih baik terhadap peranannya dalam proses perencanaan pulang, kesempatan untuk mengasah keterampilan dalam mengimplementasikan prosedur perencanaan pulang yang baru, dan kemampuan untuk beroperasi dengan efektif dalam suatu sistem.

5. Proses pelaksanaan *discharge planning*

   Adapun langkah perencanaan pulang pada pasien menurut Potter & Perry (2005) dalam Rosya et al. (2020), adalah sebagai beikut:

   a. Saat pasien masuk

      1) Sejak waktu penerimaan pasien, lakukan pengkajian tentang kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk pasien pulang, dengan menggunakan Riwayat keperawatan, rencana perawatan, dan pengkajian pemeriksaan fisik dan fungsi kognitif yang dilakukan secara terus menerus.
      2) Kaji kebutuhan Pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarga yang berhubungan dengan terapi di rumah, hal yang harus dihindari akibar dari gangguan kesehatan yang dialami, dan komplikasi yang mungkin terjadi.
      3) Bersama pasien dan keluarga, kaji faktor lingkungan di rumah yang dapat mengganggu perawatan diri.
      4) Berkolaborasi dengan dokter dan disiplin ilmu yang lain, mengkaji perlunya rujukan untuk mendapat perawatan dirumah atau tempat pelayanan yang diperluas lainnya.
      5) Kaji penerimaan terhadap masalah kesehatan dan larangan yang berhubungan dengan masalah kesehatan tersebut.
      6) Konsultasi dengan anggota tim kesehatan lain tentang berbagai kebutuhan pasien setelah pulang.
      7) Tetapkan diagnosa keperawatan dan rencana perawatan yang tepat. Lakukan implementasi rencana perawatan. Evaluasi kemajuan secara terus menerus. Tentukan tujuan pulang yang relevan, yaitu sebagai berikut:
         a) Pasien akan memahami masalah kesehatan dan implikasinya

b) Pasien akan mampu memenuhi kebutuhan individualnya
c) Lingkungan rumah akan menjadi aman
d) Tersedia sumber perawatan kesehatan di rumah

b. Sebelum Hari Pemulangan

1) Anjurkan cara untuk merubah pengaturan fisik di rumah sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi
2) Berikan informasi tentang sumber pelayanan kesehatan di Masyarakat kepada pasien dan keluarga.
3) Lakukan Pendidikan untuk pasien dan keluarga sesegera mungkin setelah pasien di rawat di rumah sakit (contoh, tanda dan gejala komplikasi; informasi tentang obat-obatan yang diberikan, penggunaan peralatan medis dalam perawatan lanjutan, diet, Latihan, hal yang harus dihindari sehubungan dengan penyakit atau operasi yang dijalani).

c. Saat hari pemulangan

1) Biarkan pasien dan keluarga bertanya atau berdiskusi tentang berbagai isu yang berkaitan dengan perawatan di rumah.
2) Periksa order pulang dari dokter tentang resep, perubahan tindakan pengobatan, atau alat-alat khusus yang diperlukan. Tentukan apakah pasien dan keluarga telah mengatur transportasi untuk pulang ke rumah.
3) Tawarkan bantuan Ketika pasien berpakaian atau mempersiapkan seluruh barang-barang pribadinya untuk dibawa pulang. Berikan privasi bila diperlukan.
4) Periksa seluruh kamar mandi dan lemari bila ada barang pasien yang masih tertinggal.
5) Berikan pasien resep atau obat-obatan sesuai dengan pesan dokter. Periksa kembali instruksi sebelumnya.
6) Hubungi bagian keuangan untuk menentukan apakah pasien masih perlu membayar sisa tagihan biaya. Atur pasien atau keluarga untuk pergi ke bagian keuangan.
7) Gunakan alat pengangkat barang untuk membawa barang-barang pasien. Berikan kursi roda untuk pasien yang tidak bisa berjalan sendiri.

8) Bantu pasien pindah ke kursi roda dengan menggunakan mekanika tubuh dan teknik pemindahan yang benar.
9) Kunci kursi roda. Bantu pasien pindah ke mobil atau alat transportasi lain.
10) Kembali ke unit dan beritahukan mengenai waktu kepulangan pasien.
11) Lengkapi kepulangan pasien pada format ringkasan pulang. Pada beberapa institusi, pasien akan menerima Salinan dari format tersebut.
12) Dokumentasikan status masalah kesehatan saat pasien pulang.

2.2.3 Konsep perawat

1. Definisi

Keperawatan sebagai bentuk pelayanan professional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal bentuk pemenuhan kebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu untuk mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitiasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu (Notoatmodjo, 2010).

Menurut PPNI (2023) perawat adalah seseorang yang lulus pendidikan tinggi keperawatan baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah RI sesuai dengan peraturan perundangan dan telah disiapkan untuk memiliki kompetensi yang ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) serta teregistrasi.

Perawat adalah tenaga yang paling dominan yang memberikan pelayanan kepada pasien selama 24 jam secara terus- menerus. Perawat tenaga yang paling sering kontak langsung dengan pasien dan keluarga, sehingga peranannya sangat menentukan mutu serta citra rumah sakit (Nara, 2020).

Berdasarkan definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa perawat adalah pemberi asuhan keperawatan professional berupa pemenuhan kebutuhan dasar kepada individu sehat maupun sakit, yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan baik di dalam maupun luar negeri, dansebagai unsur vital dalam pelayanan kesehatan.

2. Peran perawat

   Menurut PPNI (2023) peran perawat secara umum adalah memberi pelayanan atau asuhan *(care provider)*, pemimpin kelompok *(community leader)*, pendidik *(educator)*, pengelola (manager) dan peneliti *(researcher)*. Berikut adalah penjelasannya:

   a. Pemberi asuhan *(Care provider)*

      Menerapkan keterampilan berfikir kritis dan pendekatan sistem untuk penyelesaian masalah serta pembuatan keputusan keperawatan dalam konteks pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik berlandaskan etik profesi dan aspek legal.

   b. Pemimpin Kelompok *(Community leader)*

      Menjalankan kepemimpinan di berbagai komunitas, baik komunitas profesi maupun komunitas sosial.

   c. Pendidik *(Educator)*

      Mendidik Klien dan keluarga yang menjadi tanggung jawabnya.

   d. Pengelola (Manager)

      Mengaplikasikan kepemimpinan dan manajemen keperawatan dalam asuhan klien.

   e. Peneliti *(Researcher)*

      Melakukan penelitian keperawatan dengan cara menumbuhkan keingintahuan dalam mencari jawaban terhadap fenomena keperawatan dan kesehatan yang terjadi dan menerapkan hasil kajian dalam upaya dalam mewujudkan praktik berbasis bukti *(Evidence Based Nursing Practice).*

3. Standar kompetensi perawat

   Standar diartikan sebagai ukuran atau patokan yang disepakati sedangkan kompetensi dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja (*performance*) yang ditetapkan. Standar kompetensi perawat merefleksikan kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat untuk memberikan asuhan keperawatan profesional. Standar kompetensi perawat indonesia setara dengan standar internasional,

dengan demikian perawat indonesia mendapatkan pengakuan yang sama dengan perawat dari negara lain.

4. Area kompetensi perawat

   Menurut PPNI (2023) setiap area kompetensi dijabarkan menjadi kompetensi inti, penjabaran kompetensi inti sebagai berikut:

   a. Area Praktik Profesional, Etis, Legal Dan Peka Budaya
      1) Bertanggung gugat terhadap praktik professional
      2) Melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya
      3) Melaksanakan praktik secara legal
   b. Area pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan.
      1) Menerapkan prinsip dasar dalam pemberian asuhan keperawatan dan pengelolaannya
      2) Melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan
      3) Melakukan pengkajian keperawatan
      4) Menyusun rencana keperawatan
      5) Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencanna
      6) Mengevaluasi asuhan tindakan keperawatan.
      7) Menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan interpersonal dalam pemberian pelayanan dan asuhan keperawatan
      8) Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman
      9) Membina hubungan interprofesional dalam pelayanan maupun asuhan keperawatan
      10) Menjalankan fungsi delegasi dan supervisi baik dalam
      11) Pelayanan maupun asuhan keperawatan
   c. Area pengembangan kualitas personal dan professional
      1) Melaksanakan peningkatan profesional dalam praktik keperawatan
      2) Melaksanakan peningkatan mutu pelayanan maupun asuhan keperawatan
      3) Mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi.

5. Karakteristik perawat

Menurut Nursalam (2018), karateristik individu perawat dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja. Dalam penelitian ini, karakteristik yang akan diteliti adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja.

a. Usia

Usia merupakan salah satu karakteristik yang memengaruhi kinerja dan produktivitas perawat dalam bekerja. Usia perawat secara garis besar menjadi indicator kedewasaan dalam sikap pengambilan keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya. Karakteristik seorang perawat berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kinerja praktik keperawatan, dimana perawat yang berusia lebih muda cenderung memiliki fisik yang lebih kuat, tetapi perawat yang lebih tua memiliki pengalaman kerja yang lebih banyak. Usia perawat muda pada umumnya mereka kurang memiliki rasa tanggungjawab, kurang disiplin, sering berpindah-pindah pekerjaan, belum mampu menunjukan kematangan jiwa dan kurang mampu berpikir rasional. Perawat usia lebih muda masih memerlukan bimbingan dan arahan dalam bersikap disiplin serta ditanamkan rasa tanggungjawab (Nursalam, 2018).

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Kemenkes (2019), kategori usia perawat diklasifikasikan sebagai berikut:

1) Usia muda: <30 tahun,
2) Usia dewasa: 30-50 tahun,
3) Usia tua >50 tahun.

Perawat dengan usia muda umumnya memiliki kondisi fisik yang prima dan produktivitas kerja yang tinggi. Namun, mereka masih kurang dalam hal pengalaman dan kematangan emosional. Perawat dengan usia dewasa dianggap berada pada tahap puncak kinerja dan produktivitas. Perawat dewasa memiliki kombinasi yang seimbang antara fisik, pengalaman, dan kematangan emosional. Perawat dengan usia tua memiliki pengalaman kerja yang banyak, tetapi kondisi fisik dan produktivitas kerja cenderung menurun seiring bertambahnya usia.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu komponen penting dalam karakteristik individu perawat. Perbedaan jenis kelamin dapat memengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan tugas keperawatan, baik dari segi kemampuan fisik maupun psikologis. Kepatuhan terhadap suatu tugas cenderung lebih dimiliki oleh perempuan dari pada laki-laki, karena perempuan mempunyai rasa kepedulian lebih tinggi dibanding dengan laki-laki (Nursalam, 2018).

c. Tingkat pendidikan

Perawat sebagai bagian dari sumber daya rumah sakit dituntut memberikan perilaku yang baik dalam rangka membantu pasien dalam mencapai kesembuhan. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Seorang yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi lebih mudah termotivasi untuk mengerjakan suatu pekerjaan karena mempunyai ilmu dan wawasan yang lebih luas. Tingkat pendidikan perawat berperan penting dalam menentukan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Seorang perawat yang menjalankan profesinya sebagai perawat harus memiliki pengetahuan pendidikan dalam bidang tertentu. Pendidikan menunjukan tingkat intelegensi yang berhubungan dengan daya pikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin luas pengetahuannya. Oleh karena itu tingkat pendidikan merupakan salah satu komponen penting dalam karakteristik individu perawat (Nursalam, 2018).

Pendidikan perawat umumnya terbagi menjadi beberapa tingkatan, antara lain (Nursalam, 2018):

1) Perawat vokasi (D3 Keperawatan)

Perawat dengan pendidikan vokasi memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup dalam melakukan tindakan keperawatan dasar di bawah supervisi perawat profesional.

2) Perawat profesional (Profesi Ners)

Perawat dengan pendidikan profesi memiliki pengetahuan dan keterampilan yang lebih mendalam, serta kemampuan dalam mengambil keputusan dan memecahkan masalah keperawatan.

3) Perawat magister (S2 Keperawatan)

Perawat dengan pendidikan magister memiliki pengetahuan dan keterampilan yang lebih luas, serta kemampuan dalam melakukan penelitian dan mengembangkan ilmu keperawatan.

4) Perawat spesialis

Perawat spesialis memiliki keahlian khusus dalam bidang tertentu, seperti keperawatan anak, keperawatan jiwa, atau keperawatan gawat darurat.

5) Perawat doktoral (S3 Keperawatan)

Perawat dengan pendidikan doktor memiliki keahlian tertinggi dalam bidang keperawatan, serta kemampuan untuk mengembangkan teori dan kebijakan di bidang keperawatan.

d. Masa kerja

Menurut Nursalam (2020), masa kerja adalah lama seseorang perawat bekerja di rumah sakit dari awal mulai bekerja sampai saat selesai perawat bekerja. Masa kerja merupakan salah satu komponen penting dalam karakteristik individu perawat. Masa kerja perawat berhubungan dengan pengalaman kerja yang dimiliki, semakin lama masa kerja seseorang dalam bekerja maka semakin banyak pengalaman yang diperoleh. Masa kerja yang lama mempunyai tuntutan yang lebih tinggi dari sisi *management* dibanding dengan perawat yang memiliki masa kerja yang baru. Masa kerja perawat umumnya dibagi menjadi beberapa kategori, antara lain:

1) Perawat baru (0-2 tahun)

Perawat dengan masa kerja 0-2 tahun masih dalam tahap penyesuaian dan pembelajaran di lingkungan kerja baru. Perawat baru memiliki pengetahuan dan keterampilan yang terbatas, sehingga masih membutuhkan bimbingan dan supervisi dari perawat senior.

2) Perawat madya (2-5 tahun)

Perawat dengan masa kerja 2-5 tahun sudah mulai memiliki pengalaman dan keterampilan yang cukup dalam melakukan tindakan keperawatan. Namun, mereka masih membutuhkan pengembangan kemampuan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

3) Perawat senior (>5 tahun)

Perawat dengan masa kerja lebih dari 5 tahun dianggap sebagai perawat senior yang memiliki pengalaman kerja yang banyak dan keterampilan yang matang dalam melakukan asuhan keperawatan. Mereka dapat menjadi mentor bagi perawat baru dan madya.

6. Peran perawat dalam *discharge planning*

Discharge planning merupakan aspek penting dari sistem kesehatan. *Discharge planning* yang berhasil telah lama diidentifikasi sebagai landasan transisi individu yang efektif dari rumah sakit ke rumah. Perencanaan pemulangan adalah proses konsultatif yang memerlukan beberapa komponen, termasuk penilaian kebutuhan pasien saat ini, antisipasi yang tepat terhadap kebutuhan perawatan berkelanjutan, dan pengenalan sumber daya yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan perawatan setelah masuk rumah sakit (Gholizadeh et al., 2018).

Perawat memiliki peran sentral dalam pelaksanaan *discharge planning* karena perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling lama berinteraksi dengan pasien. Peran tersebut meliputi melakukan pengkajian kebutuhan pasien sejak awal masuk, mengidentifikasi masalah potensial setelah pulang, memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga, serta memastikan pasien siap melakukan perawatan mandiri di rumah (Nursalam, 2018).

Peran perawat dalam pelaksanaan discharge planning telah dijelaskan oleh berbagai ahli sebagai suatu bentuk tanggung jawab profesional untuk memastikan pasien siap melakukan transisi dari rumah sakit ke rumah. Berikut adalah beberapa peran perawat dalam pelaksanaan *discharge planning*, yaitu:

a. Pemberi asuhan

Peran pemberi asuhan tidak hanya sebatas memberikan intervensi klinik, tetapi juga mencakup pemenuhan kebutuhan dasar pasien, dukungan emosional, dan pengawasan kondisi pasien selama proses rawat inap hingga menjelang pemulangan. Perawat harus memastikan pasien telah mendapatkan pengobatan sesuai program, memonitor tanda vital, serta mengevaluasi kesiapan fisik dan psikologis pasien untuk kembali ke rumah. Perawat juga memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami rencana perawatan lanjutan agar transisi dari rumah sakit ke rumah berjalan aman (Potter & Perry, 2015).

b. Peran sebagai pendidik

Perawat memiliki tanggung jawab untuk memberikan pendidikan kesehatan yang memadai kepada pasien dan keluarga sebelum pasien pulang. Edukasi dalam proses *discharge planning* mencakup cara mengonsumsi obat dengan benar, pola diet yang harus diikuti, manajemen aktivitas, serta pencegahan kekambuhan penyakit. Edukasi yang efektif membantu pasien meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam perawatan mandiri. Perawat juga harus mampu menggunakan metode pengajaran yang sesuai dengan kemampuan pasien, seperti menggunakan bahasa yang sederhana, memberikan *leaflet*, atau melakukan demonstrasi teknik perawatan tertentu, misalnya perawatan luka. Peran ini sangat krusial untuk memastikan keberhasilan perawatan setelah pasien pulang ke rumah (Nursalam, 2018).

c. Peran sebagai koordinator dan konselor

Perawat memiliki peran sebagai koordinator dan konselor dalam *discharge planning*. Perawat harus menyusun rencana pemulangan sejak pasien masuk**,** bekerja sama dengan dokter dan tenaga kesehatan lain untuk memastikan kesiapan pasien secara komprehensif. Perawat juga harus memberikan dukungan emosional, menjawab pertanyaan pasien dan keluarga, serta memberikan instruksi tertulis yang jelas agar pasien tidak bingung setelah pulang (Brunner & Suddarth, 2018).

d. Peran sebagai advokat

Perawat bertindak untuk melindungi hak-hak pasien dan memastikan pasien menerima informasi yang benar, lengkap, dan mudah dipahami. Perawat sebagai advokat wajib menjembatani komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan lainnya, sehingga pasien dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang rencana perawatan setelah pulang. Perawat harus memastikan pasien memahami semua instruksi yang diberikan, termasuk jadwal kontrol, pengaturan obat, dan tanda bahaya yang harus diwaspadai. Peran advokat yang dijalani oleh perawat dapat mencegah terjadinya kesalahan informasi yang dapat mengakibatkan komplikasi atau readmisi (Kozier, 2018).

2.2.4 Konsep *readiness*

1. Definisi

Kesiapan (*readiness*) adalah kapasitas atau kemampuan potensial untuk melakukan sesuatu yang bersifat fisik maupun mental. Kesiapan menjadi faktor utama dalam menerima pengetahuan, kondisi tersebut secara tidak langsung telah menyiapkan otak untuk memberi respon atau jawaban (Jumasrin, 2019). Kesiapan adalah suatu keadaan seseorang yang membuatnya siap untuk memberikan respon atau jawaban secara menyeluruh dengan cara tertentu dalam suatu situasi. Kesiapan adalah kesediaan seseorang melakukan suatu kegiatan dan dapat memberikan respon atau bereaksi.

Berdasarkan uraian diatas maka dapat disimpulkan bahwa kesiapan atau *readiness* adalah kondisi kemampuan individu dalam memberi respon secara menyeluruh dengan cara tertentu dalam suatu situasi.

2. Prinsip *readiness*

Menurut Slameto (2010) prinsip-prinsip kesiapan meliputi:

a. Keseluruhan aspek perkembangan berinteraksi (saling pengaruh mempengaruhi).
b. Kematangan fisik dan mental diperlukan untuk mendapatkan manfaat dari pengalaman sebagai salah satu fungsi atau potensi dalam proses perkembangan

c. Pengalaman yang memiliki pengaruh positif terhadap kesiapan.
d. Kesiapan dasar pada kegiatan tertentu dalam periode waktu pembentukan dalam masa perkembangan.

3. Faktor yang mempengaruhi *readiness*

Berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi readiness menurut Slameto (2010) diantaranya:

a. Kondisi fisik, mental dan emosional

Kondisi fisik adalah kesiapan tubuh jasmani seseorang untuk mengikuti kegiatan belajar. Kondisi fisik erat dengan kesehatan tubuh seseorang. Sehingga seseorang harus bisa menjaga kondisi fisiknya, misalnya menjaga pola makan, olahraga, waktu tidur. Kondisi mental adalah keadaan yang berhubungan dengan kecerdasan. Kondisi emosional adalah kondisi seseorang untuk dapat mengatur emosinya dalam menghadapi masalah. Misalnya mampu mengontrol emosi ketika ada masalah

b. Kebutuhan-kebutuhan, motif dan tujuan

Kebutuhan merupakan segala sesuatu yang harus dipenuhi pada saat itu juga atau rasa membutuhkan terhadap materi yang diajarkan. Motif merupakan suatu daya penggerak atau pendorong. Motif sangat erat kaitannya dengan tujuan, di dalam menentukan tujuan dapat disadari atau tidak, akan untuk mencapai tujuan itu perlu berbuat dan yang menjadi penyebab untuk berbuat itu adalah motif. Hubungan antara kebutuhan, motif tujuan dengan kesiapan adalah sebagai berikut:

1) Kebutuhan ada yang disadari dan ada yang tidak disadari
2) Kebutuhan yang tidak disadari akan mengakibatkan tidak adanya dorongan untuk berusaha
3) Kebutuhan mendorong usaha, dengan kata lain timbul motif
4) Motif tersebut diarahkan ke pencapaian tujuan.

c. Keterampilan, pengetahuan dan pengertian yang lain yang telah dipelajari.

2.2.5 Konsep *readiness discharge planning*

1. Definisi

Readiness discharge planning secara umum didefinisikan sebagai tingkat kesiapan pasien, keluarga, atau perawat dalam menerima proses pemulangan pasien dari rumah sakit menuju perawatan mandiri di rumah (Weiss et al., 2006). Kesiapan pulang adalah suatu kondisi dimana pasien dianggap aman untuk pulang setelah dinilai stabil secara medis dan memiliki pengetahuan serta keterampilan yang diperlukan untuk melanjutkan perawatan di rumah (Brunner & Suddarth, 2018).

Kesiapan pulang dari rumah sakit adalah sebuah tahapan dan proses yang ditandai dengan stabilitas fisik, kemampuan dalam merawat diri sendiri saat dirumah, memiliki dukungan yang memadai saat meninggalkan rumah sakit, kemampuan psikologis untuk merawat diri, mempunyai informasi dan pengetahuan untuk menghadapi masalah secara baik (Galvin et al., 2016). Kesiapan pulang adalah tingkat persiapan dan rasa percaya diri pasien untuk melakukan transisi dari rumah sakit ke rumah dengan aman (Graham et al., 2020).

Berdasarkan definisi dari beberapa teori ahli diatas maka dapat disimpulkan bahwa *readiness discharge planning* adalah sebuah kesiapan pasien, keluarga atau perawat untuk melakukan proses transisi dari rumah sakit ke rumah dengan kemampuan fisik, pengetahuan, psikologis dan dukungan yang baik.

2. *Readiness discharge planning* pada pasien

Readiness discharge planning pada pasien dewasa merupakan suatu kondisi kesiapan individu untuk berpindah dari perawatan di rumah sakit menuju perawatan mandiri di rumah. Kesiapan ini mencerminkan kemampuan pasien dalam menerima, memahami, dan menjalankan perawatan lanjutan secara mandiri setelah meninggalkan fasilitas kesehatan. Kesiapan tersebut terdiri dari fisik, psikologis, sosial, dan kognitif agar proses transisi perawatan berlangsung dengan aman dan efektif (Weiss et al., 2006).

Readiness discharge planning pada pasien dewasa berfungsi sebagai indikator keberhasilan pelaksanaan perencanaan pulang. Melalui pengkajian kesiapan pulang, tenaga kesehatan dapat menentukan waktu pemulangan yang

tepat serta menilai sejauh mana pasien mampu melanjutkan perawatan di rumah. *Readiness discharge* planning pada pasien dewasa juga menggambarkan tingkat kepercayaan diri pasien terhadap kemampuan dirinya untuk beradaptasi dengan perubahan kondisi setelah perawatan di rumah sakit (Bobay et al., 2018).

Feldbusch et al. (2024) menyatakan bahwa *readiness discharge planning* merupakan komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan modern yang menekankan kesinambungan perawatan antara rumah sakit dan rumah. Kesiapan pasien dewasa untuk pulang harus dinilai melalui pendekatan yang sistematis agar setiap individu dapat mencapai kondisi optimal sebelum meninggalkan rumah sakit. Penilaian ini bertujuan untuk mencegah komplikasi, memastikan kesinambungan terapi, serta meningkatkan keamanan dan efektivitas transisi perawatan.

Holland dan Bowles (2022) menambahkan bahwa *readiness discharge planning* pada pasien dewasa menjadi salah satu elemen utama dalam menjaga mutu pelayanan keperawatan dan keselamatan pasien. Konsep ini menegaskan pentingnya kesiapan pasien secara menyeluruh sebelum pemulangan agar proses perawatan lanjutan di rumah dapat berjalan dengan baik. Kesiapan *discharge* yang baik menunjukkan keberhasilan koordinasi antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga dalam pelaksanaan perawatan berkelanjutan.

3. Domain *readiness discharge planning*

Readiness discharge planning terdiri dari beberapa domain utama yang mencerminkan aspek penting kesiapan pulang pasien, yaitu (Bobay et al., 2018):

a. Personal status

Domain personal status dalam RHDS menggambarkan kondisi fisik dan emosional pasien pada saat akan dipulangkan dari rumah sakit. Kesiapan pemulangan pasien tidak hanya ditentukan oleh stabilitas medis, tetapi juga oleh kemampuan fisik seperti kekuatan tubuh, tingkat nyeri, kelelahan, dan keseimbangan emosional. Perawat harus memastikan pasien berada dalam kondisi yang cukup baik untuk melakukan aktivitas dasar di rumah, seperti makan, berjalan, dan perawatan diri. Selain itu, pasien juga harus memiliki

rasa percaya diri dan kestabilan emosional agar mampu menghadapi transisi dari rumah sakit ke rumah.

b. Pengetahuan

Domain pengetahuan menekankan pada tingkat pemahaman pasien mengenai rencana perawatan setelah pulang dari rumah sakit. Aspek pengetahuan meliputi pemahaman pasien tentang diagnosis, pengobatan, penggunaan obat, diet, aktivitas fisik yang diizinkan, jadwal kontrol, dan tanda bahaya yang harus diwaspadai. Perawat berperan penting untuk memberikan edukasi yang jelas dan sesuai dengan tingkat literasi pasien agar pasien mampu merawat diri secara mandiri di rumah. Tanpa pengetahuan yang memadai, pasien berisiko mengalami komplikasi atau readmisi ke rumah sakit.

c. Kemampuan koping

Domain kemampuan koping mengacu pada kemampuan pasien untuk mengatasi tantangan fisik dan emosional yang mungkin terjadi setelah pulang. Kemampuan koping mencakup kemampuan pasien mengelola stres, menerima kondisi penyakit, dan melaksanakan strategi untuk mempertahankan kesehatan. Perawat harus menilai apakah pasien memiliki strategi koping yang adaptif, seperti dukungan emosional dari keluarga atau keterampilan manajemen diri. Jika kemampuan koping pasien rendah, maka *discharge planning* harus mencakup intervensi khusus, seperti konseling atau rujukan ke tenaga profesional yang sesuai.

d. Dukungan sosial

Domain dukungan sosial berhubungan dengan ketersediaan dukungan yang dapat diakses pasien setelah pulang. Dukungan sosial meliputi bantuan keluarga, teman, atau layanan kesehatan seperti *home care*. Dukungan sosial yang kuat dapat meningkatkan keberhasilan pemulihan pasien karena membantu mengurangi rasa cemas dan beban fisik yang mungkin tidak dapat ditangani sendiri oleh pasien. Perawat harus mengidentifikasi sejauh mana pasien memiliki sumber dukungan dan memastikan bahwa informasi tentang sumber daya tersebut tersedia sebelum pasien meninggalkan rumah sakit.

4. Pengukuran *readiness discharge planning*

Instrumen *readiness for hospital discharge scale* (RHDS) dikembangkan oleh Weiss dan tim pada tahun 2006 sebagai versi master. Instumen ini telah banyak dikembangkan terhadap konteks, populasi dan tujuan yang lebih sfesifik. Instrumen ini memili sebanyak 43 pengembangan dari versi asli maupun telah dilakukan adaptasi dan penerjemahan di banyak negara (Feldbusch et al., 2024).

Penggunaan RHDS terbukti efektif sebagai instrumen prediktor kejadian readmisi dalam waktu kurang dari 30 hari. Melalui instrumen ini, perawat dapat menilai kesiapan pulang pasien secara lebih akurat, sehingga perencanaan keperawatan dapat disusun dan dilaksanakan secara komprehensif dan terdapat empat instrumen utama dari pengembangan RHDS (Bobay et al., 2018).

Readiness for hospital discharge scale (RHDS- RN) merupakan satu-satunya alat pengukuran yang berfokus pada perawat terhadap kesiapan pasien untuk pulang dari rumah sakit paska perawatan. Intrumen ini memili versi *long form* dan *short form*. Versi *long form* memiliki 21 atau 23 butir soal, dan *short form* memiliki 8 butir soal.

Readiness for hospital discharge scale- Outpatiens (RHDS-OP) dirancang khusus untuk pasien rawat jalan atau pasien yang tidak memerlukan perawatan rawat inap berkepanjangan karena tidak membutuhkan pengawasan medis lanjutan. RHDS-OP memiliki dua versi yaitu *long form* dengan 23 item butir soal dan *short form* dengan jumlah 9 item butir soal (Weiss et al., 2014 dalam Feldbusch et al., 2024).

Readiness for hospital discharge scale- Maternity/Infant Scale (RHDS-MIS) merupakan adaptasi khusus dari RHDS-Master yang dikembangkan untuk konteks perawatan maternal dan bayi baru lahir. Versi ini digunakan untuk menilai kesiapan ibu atau keluarga setelah melahirkan saat pulang. Versi ini memiliki total 23 butir soal dengan domain sama dengan RHDS-Master (Weiss et al., 2006 dalam Feldbusch et al., 2024).

Readiness for Hospital Discharge Scale – Patient Version (RHDS-PT) merupakan instrumen utama (*master version*) dari RHDS yang menilai kesiapan pasien berdasarkan persepsi diri. Alat ukur ini digunakan untuk mengidentifikasi

sejauh mana pasien merasa siap untuk kembali ke lingkungan rumah setelah menjalani perawatan di rumah sakit. Instrumen RHDS-PT terdiri atas 22 hingga 23 butir pernyataan dengan skala Likert 0–10, di mana skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat kesiapan yang lebih baik (Weiss et al., 2006; Bobay et al., 2018).

Instrumen ini dianggap tepat digunakan dalam penelitian ini karena mampu menilai kesiapan pulang pasien dewasa secara komprehensif berdasarkan persepsi individu yang akan menjalani transisi perawatan dari rumah sakit ke rumah. RHDS-PT telah terbukti memiliki validitas dan reliabilitas yang baik pada populasi pasien dewasa di berbagai konteks pelayanan kesehatan, serta telah dialihbahasa Indonesia. Alat ukur ini relevan untuk mengukur tingkat kesiapan *discharge planning* pada pasien rawat inap dengan kondisi penyakit hipertensi (Feldbusch et al., 2024; Holland & Bowles, 2022).

5. Klasifikasi *readiness for hospital discharge scale*

   Klasifikasi hasil pengukuran RHDS dilakukan dengan menginterpretasikan skor total yang mencerminkan tingkat kesiapan pasien untuk pulang. Semakin tinggi skor, semakin siap pasien untuk dipulangkan. Berikut adalah kategori penilaian kesiapan menggunakan RHDS, yaitu (Bobay et al., 2018):

   a. Kesiapan rendah

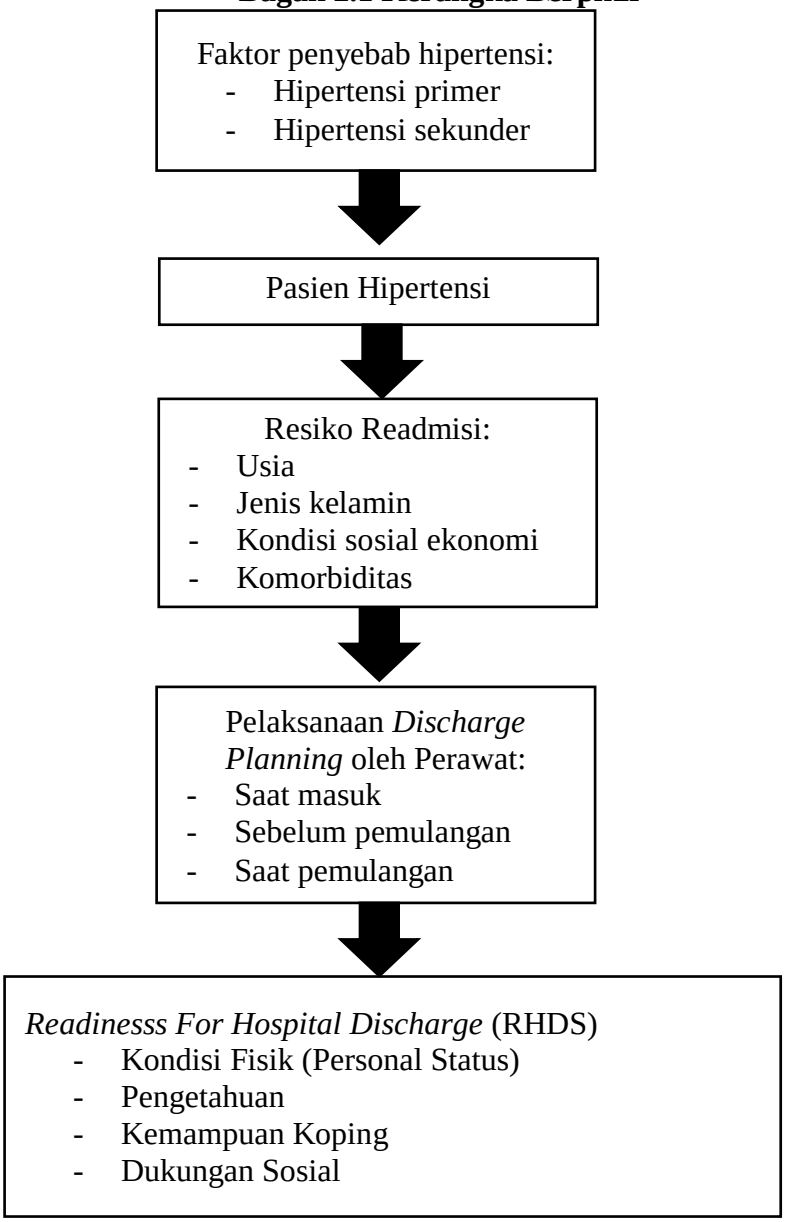
      Kategori kesiapan rendah menunjukkan nilai rata-rata kurang dari 7. Hasil tersebut menunjukan adanya resiko tinggi readmisi pada pasien kurang dari 30 hari.

   b. Kesiapan tinggi

      Kategori kesiapan rendah menunjukkan nilai rata-rata lebih dari 7. Hasil tersebut menunjukan adanya resiko rendah readmisi pada pasien kurang dari 30 hari.

2.3 Kerangka Berpikir

Bagan 2.1 Kerangka Berpikir



Sumber: Harahap et al. (2019); Rochfika (2019); Nursalam (2018); Bobay et al. (2018)