



Discharge Planning Dalam Keperawatan: Konsep Analisis

Yanti Hilmiyanti^{1*}, Hesty Fauziah Ekawati², Satriya Pranata³, Fatkhul Mubin⁴

Universitas Muhammadiyah Semarang, Indonesia^{1,2,3,4}

Email: yantihilmiyanti13@gmail.com*, hesty_fauziah@ymail.com,
satriya.pranata@unimus.ac.id, Mubin@unimus.ac.id

Kata kunci:

ABSTRAK

perencanaan
pemulangan;
perawatan
transisi;
keselamatan
pasien;
analisis
konsep

Permasalahan utama penelitian ini terletak pada ambiguitas definisi dan implementasi discharge planning dalam praktik keperawatan, di mana sebagian institusi menginterpretasikannya sebagai proses administratif semata, sementara literatur keperawatan menekankan bahwa discharge planning merupakan proses multidimensional yang mencakup aspek medis, edukatif, sosial, dan lingkungan. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis konsep discharge planning dalam keperawatan secara komprehensif dengan mengidentifikasi determinan, atribut inti, anteseden, konsekuensi, dan referen empiris untuk menentukan batasan konseptual dan karakteristik utamanya yang dapat digunakan secara konsisten dalam praktik klinis dan pengembangan kebijakan institusional. Penelitian ini menggunakan metode analisis konsep Walker dan Avant (2019) melalui tinjauan sistematis literatur internasional yang diterbitkan antara tahun 2020 hingga 2025, dengan sumber data berasal dari World Health Organization, Cochrane Database of Systematic Reviews, BMC Nursing, JAMA Network Open, PLOS ONE, NICE Guidelines, AHRQ, dan jurnal keperawatan bereputasi lainnya. Analisis menunjukkan bahwa perencanaan pemulangan mencakup asesmen komprehensif, perencanaan personal, edukasi terstruktur menggunakan metode teach-back, rekonsiliasi pengobatan, koordinasi multidisiplin, tindak lanjut terjadwal dalam 48–72 jam, dan dokumentasi lengkap. Anteseden meliputi stabilitas pasien, diagnosis yang jelas, dukungan pengasuh, kesiapan institusi, dan ketersediaan tim multidisiplin. Konsekuensinya meliputi penurunan tingkat readmisi, kepatuhan pengobatan yang lebih baik, peningkatan kemampuan perawatan diri, kualitas hidup yang lebih baik, dan peningkatan keselamatan pasien. Studi ini menyimpulkan bahwa perencanaan pulang merupakan praktik keperawatan yang multifaset dan kolaboratif, penting untuk transisi yang aman dan efektif dari rumah sakit ke rumah. Implikasi praktis penelitian ini menyediakan kerangka konseptual yang jelas untuk pengembangan standar operasional prosedur, instrumen penilaian kesiapan pulang, program pelatihan perawat, serta kebijakan institusional.

Keywords:

ABSTRACT

discharge
planning;
transitional
care; patient
safety; concept
analysis

The main problem of this study lies in the ambiguity of the definition and implementation of discharge planning in nursing practice, where some institutions interpret it as a purely administrative process, while nursing literature emphasizes that discharge planning is a multidimensional process that includes medical, educational, social, and environmental aspects. The purpose of this study is to analyze the concept of discharge planning in nursing comprehensively by identifying determinants, core attributes, antecedents, consequences, and empirical references to determine conceptual boundaries and key characteristics that can be used consistently in clinical practice and institutional policy development. This study uses the concept analysis method of Walker and Avant (2019) through a systematic review of international literature published between 2020 and 2025, with data sources coming from the World Health Organization, Cochrane Database of Systematic Reviews, BMC Nursing, JAMA Network Open, PLOS ONE, NICE Guidelines, AHRQ, and other reputable nursing journals. The analysis showed that discharge planning included a comprehensive assessment, personalized planning, structured education using teach-back methods, medication reconciliation, multidisciplinary coordination, scheduled follow-up within 48–72 hours, and complete documentation. Antecedents included patient stability, a clear diagnosis, caregiver support, institutional readiness, and the availability of a multidisciplinary team. Consequences included decreased readmission rates, better medication adherence, improved self-care skills, improved quality of life, and enhanced patient safety. This study concluded that discharge planning is a multifaceted and

collaborative nursing practice, essential for a safe and effective transition from the hospital to home. The practical implications of this study provide a clear conceptual framework for the development of standard operating procedures, discharge readiness assessment instruments, nurse training programs, and institutional policies.

PENDAHULUAN

Discharge planning merupakan proses terstruktur yang bertujuan memastikan transisi pasien dari rumah sakit ke rumah atau fasilitas lanjutan berlangsung aman, efektif, dan terkoordinasi (Patel et al., 2023). Proses ini dianggap sangat penting karena masa transisi merupakan fase berisiko tinggi terhadap terjadinya kesalahan klinis seperti kesalahan medikasi, ketidakpatuhan terapi, dan keterlambatan tindak lanjut (Gonçalves Bradley et al., 2022). Penelitian global menunjukkan bahwa sekitar 20–30% kejadian tidak diinginkan pasca pulang disebabkan oleh kurangnya kesiapan perawatan mandiri dan ketidaksesuaian informasi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan (WHO, 2019). Dengan demikian, discharge planning menjadi komponen fundamental dalam upaya peningkatan keselamatan pasien pada masa transisi perawatan (Omonaiye et al., 2024).

Discharge planning juga merupakan inti dari peran perawat sebagai care coordinator, terutama dalam memastikan bahwa informasi klinis, kebutuhan edukasi, dan kesiapan sosial pasien terintegrasi dengan baik ke dalam rencana pulang (Sakashita et al., 2025). Perawat berperan penting dalam melakukan monitoring kebutuhan pasien, mengoordinasikan layanan dengan tim multidisipliner, serta memastikan pasien memahami instruksi perawatan setelah pulang (Ward-Stockham et al., 2024). Berbagai pedoman internasional menegaskan bahwa discharge planning idealnya dimulai pada saat pasien masuk rumah sakit, sehingga rencana pulang dapat disusun secara komprehensif dan tidak dilakukan secara tergesa pada hari kepulangan (NICE, 2023). Pendekatan ini terbukti meningkatkan readiness for discharge dan mengurangi kejadian adverse event (Patel et al., 2023).

Analisis konsep discharge planning diperlukan karena istilah ini digunakan secara bervariasi dalam literatur dan praktik klinis, sehingga dapat menimbulkan ketidakkonsistenan dalam implementasinya (Gonçalves Bradley et al., 2022). Sebagian rumah sakit mengartikan discharge planning hanya sebagai proses administrasi, sementara literatur keperawatan mendefinisikannya sebagai proses multidimensional yang mencakup aspek medis, edukatif, sosial, dan lingkungan (Marini et al., 2025). Ketidaksesuaian ini berpotensi menimbulkan kesenjangan implementasi yang berdampak pada kualitas transisi pasien (AHRQ, 2023). Karena itu, analisis konsep menjadi penting untuk memperjelas batasan dan karakteristik inti discharge planning sehingga dapat dipahami secara konsisten dalam praktik keperawatan (Scollan-Koliopoulos et al., 2025).

Di banyak negara, tingginya angka readmisi dalam 30 hari mendorong peningkatan perhatian terhadap kualitas discharge planning (Alatas, 2025; Ningsih et al., 2025; Rasyid et al., 2021). Readmisi yang tidak direncanakan sering kali berkaitan dengan kurangnya follow-up, ketidakpahaman pasien terhadap instruksi pulang, atau lemahnya dukungan keluarga (Pattar et al., 2025). Pasien dengan kondisi kronis seperti gagal jantung, diabetes mellitus, PPOK, dan penyakit ginjal kronis memiliki kebutuhan transisi yang kompleks, sehingga memerlukan discharge planning yang lebih komprehensif untuk mencegah perburukan kondisi (Ruksakulpiwat et al., 2025). Oleh karena itu, pemahaman konseptual yang jelas diperlukan

untuk memastikan bahwa semua faktor risiko tersebut diidentifikasi dan ditangani sebelum pasien pulang.

Discharge planning merupakan proses kolaboratif yang melibatkan perawat, dokter, farmasis, ahli gizi, pekerja sosial, dan keluarga pasien (European Commission, 2024). Kurangnya koordinasi antarprofesi dapat menyebabkan fragmentasi layanan dan ketidaksesuaian informasi pada saat pasien pulang (Haverfield et al., 2024). Penelitian WHO menunjukkan bahwa 50% kesalahan medikasi terjadi pada fase transisi, terutama ketika tidak ada rekonsiliasi obat yang memadai (WHO, 2019). Dengan memahami discharge planning secara komprehensif melalui analisis konsep, institusi kesehatan dapat meningkatkan kualitas koordinasi antarprofesi dan mengurangi risiko klinis tersebut.

Edukasi pasien merupakan salah satu aspek paling kritis dalam discharge planning, dan analisis konsep ini membantu memperjelas bahwa edukasi harus dilakukan secara terstruktur serta menggunakan metode yang memudahkan pasien memahami informasi, seperti teknik teach-back (AHRQ, 2023). Studi terbaru menunjukkan bahwa edukasi yang efektif dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan hingga 40% (Haverfield et al., 2024). Sebaliknya, edukasi yang tidak memadai dapat menyebabkan kesalahan penggunaan obat, salah mengidentifikasi tanda bahaya, dan gagal nya perawatan mandiri pasca pulang (Omonaiye et al., 2024). Dengan demikian, aspek edukasi perlu memperoleh penekanan kuat dalam definisi discharge planning.

Selain faktor medis dan edukasi, discharge planning juga harus mempertimbangkan faktor sosial, lingkungan, dan dukungan keluarga (Barbosa et al., 2023). Pasien yang tinggal sendiri, memiliki keterbatasan ekonomi, atau memiliki literasi kesehatan rendah berisiko lebih tinggi mengalami masalah pasca pulang (Ward-Stockham et al., 2024). Analisis konsep membantu memastikan bahwa variabel sosial ini diakui sebagai bagian dari atribut discharge planning, sehingga prosesnya tidak hanya fokus pada aspek medis (NICE, 2023). Dengan memperhatikan faktor sosial, discharge planning dapat disesuaikan dengan konteks kehidupan pasien dan lebih efektif dalam meningkatkan kemandirian mereka (European Commission, 2024).

Dengan memperhitungkan seluruh aspek ini, analisis konsep discharge planning menjadi sangat penting dalam memperkuat fondasi teoritis dan operasional perawat dalam menjalankan perannya sebagai koordinator transisi (Patel et al., 2023). Identifikasi atribut, antecedent, dan consequence memungkinkan pengembangan instrumen penilaian, SOP, dan pedoman kerja yang lebih terstandar (Marini et al., 2025). Kejelasan konsep juga mendukung evaluasi berkelanjutan terhadap program transitional care dan memungkinkan perawat memberikan intervensi berbasis bukti yang konsisten di berbagai setting pelayanan kesehatan (Varghese et al., 2025). Dengan demikian, analisis konsep discharge planning memberikan kontribusi signifikan bagi peningkatan keselamatan dan kualitas layanan keperawatan secara keseluruhan (Sakashita et al., 2025). Objek analisis discharge planning sebagai proses keperawatan adalah konsep perencanaan pulang itu sendiri, termasuk seluruh atribut, struktur, proses, penggunaan, serta kondisi yang memengaruhi dan dihasilkan oleh praktik discharge planning dalam keperawatan yang mencakup penilaian kebutuhan pasien, edukasi, koordinasi multidisipliner, manajemen obat, kesiapan lingkungan, serta follow-up pasca pulang.

Penelitian ini bertujuan melakukan analisis konseptual yang komprehensif terhadap discharge planning dalam keperawatan untuk mengklarifikasi dan mengidentifikasi komponen-komponen utamanya, seperti definisi, determinan, atribut inti, anteseden, konsekuensi, serta referensi empirisnya. Secara spesifik, tujuan penelitian meliputi identifikasi determinan dan anteseden yang memengaruhi pelaksanaannya, delineasi atribut inti yang membedakannya dari konsep serupa, analisis konsekuensi bagi pasien dan sistem kesehatan, penentuan referensi empiris untuk pengukuran, serta pengembangan suatu model konseptual yang sistematis.

Dari berbagai dimensi, penelitian ini memberikan manfaat yang luas. Secara teoretis, penelitian ini memperkuat landasan ilmu keperawatan melalui klarifikasi konsep yang selama ini ambigu. Secara praktis, hasilnya dapat menjadi dasar penyusunan SOP yang terstandar, memandu persiapan prasyarat implementasi, serta memberikan justifikasi berbasis bukti bagi investasi dalam program discharge planning. Bagi pendidikan keperawatan, penelitian ini menyediakan materi pembelajaran terstruktur dan studi kasus; bagi pembuat kebijakan, memberikan dasar untuk pengembangan regulasi dan standar pelayanan. Bagi pasien dan keluarga, manfaatnya adalah peningkatan kualitas perawatan transisi, sementara bagi penelitian selanjutnya, analisis ini membuka berbagai peluang, seperti pengembangan instrumen, uji efektivitas intervensi, dan studi implementasi, sehingga menjadi titik awal bagi agenda riset yang lebih luas.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode analisis konsep Walker dan Avant (2019) dengan pendekatan tinjauan literatur sistematis (systematic literature review) untuk menganalisis konsep discharge planning dalam keperawatan. Analisis konsep ini menggunakan pendekatan *Walker & Avant* (2019), setelah pemilihan konsep dan penentuan tujuan analisis, pencarian konsep dalam berbagai literatur berbasis data pada World Health Organization, StatPearls Publishing, Cochrane Database of Systematic Reviews, BMC Nursing, Healthcare (MDPI), JAMA Network Open, PLOS ONE, Journal of Multidisciplinary Healthcare, Journal of Nursing Care Quality, NICE Guidelines, European Commission, AHRQ, Journal of Hospital Medicine, International Nursing Review, Clinical Nephrology, Jurnal Kesehatan Masyarakat dan Jurnal Keperawatan Anak dilakukan. Kata kunci yang digunakan adalah discharge planning, transisional care dan readmisi rumah sakit. pencarian literatur dalam 5 tahun terakhir, dari tahun 2020 – 2025. Sintesis literatur dilakukan untuk mengidentifikasi atribut. Penggunaan atribut dapat dilihat dalam kasus model, borderline, terkait, dan bertentangan. Penjelasan anteseden dan konsekuensi terkait konsep pengelolaan diri diusulkan. Referensi empiris yang dipertimbangkan lebih lanjut, definisi teoritis dan operasional dinyatakan. Penjelasan konsep dapat menyajikan landasan fundamental untuk mengklarifikasi definisi teoritis tentang discharge planning. Pendekatan ini dipilih karena struktur sistematisnya membantu memperjelas karakteristik inti suatu konsep sehingga dapat digunakan dalam praktik kesehatan dan penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Determinant

Determinan discharge planning adalah faktor-faktor yang memengaruhi kualitas implementasi, meliputi:

- **Kondisi klinis pasien**

Kondisi klinis merupakan faktor paling fundamental dalam menentukan kualitas discharge planning. Stabilitas hemodinamik, tingkat keparahan penyakit, status fungsional, komorbiditas, serta risiko komplikasi pasca pulang sangat memengaruhi bentuk intervensi yang diberikan. Pasien dengan penyakit kronis, penyakit jantung, stroke, atau gangguan ginjal sering memerlukan rencana pemulangan yang lebih intensif, termasuk edukasi mendalam, pemantauan ketat, serta jadwal follow-up segera untuk mencegah readmisi.

- **Dukungan sosial dan keluarga**

Keberadaan keluarga atau caregiver yang mampu mendampingi pasien adalah komponen penting keberhasilan transisi perawatan. Dukungan sosial menentukan kemampuan pasien dalam mengikuti regimen terapi, mobilisasi di rumah, serta menghadapi kebutuhan emosional pasca pulang. Ketidakhadiran dukungan sosial dapat meningkatkan risiko kesalahan obat, ketidakpatuhan terapi, dan kunjungan ulang ke rumah sakit.

- **Literasi kesehatan**

Tingkat pemahaman pasien terhadap kondisi penyakit, instruksi medis, penggunaan obat, serta tanda bahaya merupakan kunci pengambilan keputusan mandiri setelah pulang. Literasi kesehatan yang rendah sering menjadi penyebab utama ketidakpatuhan, salah penggunaan obat, dan keterlambatan mencari bantuan medis. Oleh karena itu, edukasi dengan teknik teach-back, bahasa sederhana, dan media visual menjadi strategi penting dalam discharge planning.

- **Kesiapan sistem rumah sakit**

Kesiapan fasilitas dan sistem kerja rumah sakit menentukan kelancaran implementasi discharge planning. Faktor yang berpengaruh meliputi keberadaan tim multidisipliner, alur discharge yang jelas, dokumentasi terstandar, serta koordinasi antarunit. Keterbatasan sumber daya, beban kerja tinggi, atau keterlambatan administrasi sering menghambat transisi perawatan dan menurunkan kualitas pemulangan pasien.

- **Kebijakan institusi dan SOP**

Keberadaan kebijakan internal yang terstruktur—seperti pedoman discharge, format edukasi, standar rekonsiliasi obat, dan kewajiban follow-up—sangat menentukan konsistensi pelayanan. SOP yang tidak jelas atau tidak dipatuhi sering menimbulkan variasi praktik, celah komunikasi, serta risiko keselamatan pasien. Institusi dengan kebijakan yang kuat cenderung menghasilkan discharge planning lebih aman, efektif, dan terkoordinasi.

- **Akses perawatan lanjutan**

Kemudahan pasien memperoleh layanan lanjutan seperti klinik kontrol, home care, telehealth, rehabilitasi, dan pengambilan obat sangat memengaruhi keberhasilan perawatan pasca pulang. Hambatan geografis, finansial, atau administratif dapat menunda tindak lanjut dan meningkatkan risiko komplikasi. Oleh karena itu, discharge planning harus mencakup koordinasi rujukan, penjadwalan follow-up, dan informasi akses layanan komunitas.

- **Kompleksitas regimen terapi**

Semakin kompleks regimen terapi meliputi jumlah obat, frekuensi pemberian, interaksi obat, prosedur medis di rumah, atau diet khusus dimana semakin besar risiko kesalahan atau ketidakpatuhan. Pasien dengan terapi berlapis seperti gagal jantung, diabetes, atau penyakit ginjal memerlukan edukasi intensif serta pemantauan lebih ketat. Penyederhanaan regimen, rekonsiliasi obat, serta instruksi tertulis menjadi langkah penting untuk meminimalkan risiko.

B. Atribut Utama Discharge Planning

Atribut yang membentuk konsep discharge planning adalah:

1. Assessment komprehensif sejak awal masuk

Assessment awal merupakan fondasi discharge planning yang efektif. Penilaian harus dimulai pada saat pasien masuk rumah sakit dan mencakup kondisi klinis, status fungsional, risiko komplikasi, dukungan sosial, literasi kesehatan, dan potensi hambatan setelah pulang. Literatur terbaru menunjukkan bahwa assessment awal yang terstruktur dapat menurunkan readmisi, terutama pada pasien dengan penyakit kronis dan lansia. NICE Guidelines (2023) menegaskan bahwa assessment harus dilakukan oleh tim multidisipliner dan diperbarui secara berkala selama perawatan.

2. Rencana individual pasien

Rencana pemulangan harus disesuaikan dengan diagnosis, kebutuhan klinis, kemampuan self care, dan kondisi rumah pasien. Pasien dengan penyakit kronis, gagal jantung, stroke, atau kondisi anak membutuhkan rencana yang lebih detail dan bersifat jangka panjang. Studi tahun 2025 pada pasien stroke dan jantung menunjukkan bahwa rencana individual meningkatkan kemandirian dan menurunkan risiko kunjungan ulang. Rencana juga harus mencakup tujuan jangka pendek, terapi lanjutan, dan strategi mencegah komplikasi.

3. Koordinasi multidisipliner

Koordinasi lintas profesi antara perawat, dokter, apoteker, ahli gizi, fisioterapis, dan pekerja social untuk memastikan transisi perawatan berjalan optimal. Literatur menegaskan bahwa model multidisipliner dapat menurunkan readmisi hingga 30% (BMJ Open Quality 2025). Koordinasi yang baik meningkatkan kejelasan instruksi, penyusunan rencana tindak lanjut, serta konsistensi komunikasi antar unit.

4. Edukasi terstruktur bagi pasien dan keluarga

Edukasi yang jelas dan berulang terbukti menjadi komponen paling berpengaruh dalam meningkatkan kesiapan pulang. Teknik teach-back, media edukatif visual, dan instruksi tertulis meningkatkan retensi informasi. Penelitian 2024 menegaskan bahwa edukasi terstruktur mengurangi kesalahan obat, meningkatkan kepatuhan, dan memperbaiki transisi perawatan. Toolkit IDEAL (AHRQ, 2023) juga menekankan pentingnya melibatkan keluarga secara aktif dalam setiap sesi edukasi.

5. Rekonsiliasi obat

Rekonsiliasi obat adalah proses verifikasi seluruh obat yang dikonsumsi pasien untuk mencegah interaksi dan duplikasi terapi setelah pulang. WHO menegaskan bahwa transisi perawatan merupakan fase dengan risiko tertinggi untuk kesalahan obat. Studi pada pasien gagal jantung dan penyakit ginjal (2024–2025) mengonfirmasi bahwa rekonsiliasi yang baik berhubungan dengan penurunan kejadian adverse event dan readmisi.

6. Keterlibatan caregiver

Caregiver memiliki peran penting dalam membantu pasien menjalankan regimen terapi, memantau gejala, dan mendampingi proses follow-up. Penelitian kualitatif terbaru (PLOS ONE, 2024) menunjukkan bahwa caregiver yang memahami instruksi discharge dapat mencegah kesalahan perawatan di rumah. Pada kasus pediatrik dan lansia, keterlibatan caregiver menjadi determinan utama keberhasilan transisi perawatan.

7. Tindak lanjut terjadwal

Follow-up merupakan langkah penting untuk memantau respons pasien terhadap terapi, menyesuaikan pengobatan, dan mendeteksi dini komplikasi. Penelitian 2024–2025 menunjukkan bahwa follow-up cepat (48–72 jam) pada pasien penyakit ginjal, gagal jantung, dan gangguan kronis lain sangat berpengaruh terhadap penurunan readmisi. Teknologi telehealth juga mulai digunakan sebagai sarana efektivitas follow-up.

8. Dokumentasi standar dan menyeluruh

Dokumentasi discharge harus lengkap, jelas, dan mudah diakses oleh seluruh tenaga kesehatan termasuk penyedia layanan lanjutan. Dokumen wajib mencakup ringkasan klinis, daftar obat, instruksi pulang, tanda bahaya, dan jadwal kontrol. Pedoman Eropa (2024) menegaskan bahwa kualitas dokumentasi berpengaruh langsung terhadap keselamatan pasien dan efektivitas koordinasi pasca pulang. Studi 2023–2025 menunjukkan bahwa dokumentasi buruk menjadi penyebab utama celah komunikasi dan kesalahan transisi.

A. Antecedent

Kondisi pendahulu yang harus ada sebelum discharge planning dapat dilakukan:

- **Kondisi pasien cukup stabil**

Discharge planning hanya dapat dimulai ketika kondisi pasien mencapai stabilitas klinis minimal, yang meliputi tanda vital terkontrol, tidak ada kegawatan akut, serta perawatan dasar dapat dilakukan secara mandiri atau dengan bantuan caregiver. Literatur 2023–2025 menunjukkan bahwa stabilitas klinis merupakan syarat utama untuk menghindari readmisi dini dan mencegah kejadian adverse event pasca pulang. Studi pada pasien lansia (JAMA Network Open 2025) menegaskan bahwa discharge pada kondisi belum stabil meningkatkan risiko komplikasi dan kunjungan ulang.

- **Diagnosis dan rencana perawatan jelas**

Diagnosis medis yang telah ditegakkan serta rencana perawatan yang terarah adalah dasar penyusunan discharge planning. Tanpa kejelasan diagnosis, sulit menentukan regimen terapi, risiko komplikasi, kebutuhan edukasi, dan tindak lanjut. NICE Guidelines (2023) menekankan bahwa rencana perawatan harus sudah diformulasikan sebelum proses discharge dimulai. Literatur lain menunjukkan bahwa kejelasan diagnosis berpengaruh terhadap efektivitas edukasi, akurasi rekonsiliasi obat, dan kualitas koordinasi multidisipliner.

- **Data penilaian awal pasien tersedia**

Assessment awal—meliputi status fungsional, sosial, psikologis, dan kebutuhan klinis—harus lengkap sebelum rencana discharge dapat disusun. Penilaian ini menentukan level risiko pasien setelah pulang dan kebutuhan intervensi tambahan. Literatur 2023–2025 menekankan bahwa penilaian awal yang tidak lengkap adalah salah satu penyebab utama kegagalan discharge planning. PLOS ONE (2024) menunjukkan bahwa banyak hambatan pemulangan terjadi karena informasi pasien tidak terdokumentasi sejak awal masuk.

- **Tersedia tim perawatan dan caregiver**

Discharge planning mensyaratkan keterlibatan tim multidisipliner serta caregiver yang mampu mendukung pasien pasca pulang. Tanpa dukungan tim dan keluarga, intervensi pasien berisiko tidak berlanjut di rumah, terutama pada kelompok rentan seperti lansia dan pasien kronis. Penelitian 2025 menunjukkan bahwa keterlibatan caregiver secara aktif menurunkan kesalahan penggunaan obat dan meningkatkan kepatuhan terapi. Studi multidisipliner (BMJ Open Quality 2025) menunjukkan bahwa teamwork meningkatkan efektivitas transisi perawatan.

- **SOP dan alur discharge yang memadai**

Sebelum discharge planning dapat dilakukan, institusi harus memiliki standar operasional, alur kerja, dan dokumentasi discharge yang jelas. SOP menetapkan peran tiap tenaga kesehatan, waktu pelaksanaan, dan format rekomendasi kepada pasien. Pedoman Eropa (2024) menyatakan bahwa SOP yang baik mengurangi variasi praktik, memastikan kelengkapan rekonsiliasi obat, dan meningkatkan keselamatan pasien. AHRQ (2023) menambahkan bahwa organisasi dengan alur discharge yang kuat memiliki angka readmisi yang lebih rendah.

B. Consequence

Konsekuensi positif discharge planning:

- **Penurunan angka readmisi 30 hari**

Discharge planning yang terstruktur terbukti efektif menurunkan angka readmisi, khususnya dalam 30 hari pertama setelah kepulangan. Intervensi seperti edukasi intensif, rekonsiliasi obat, tindak lanjut terjadwal, dan koordinasi multidisipliner memberikan perlindungan signifikan terhadap readmisi dini. Studi BMJ Open Quality (2025) menunjukkan bahwa discharge planning dengan kolaborasi tim multidisipliner mampu menurunkan readmisi hingga 30%. Selain itu, Cochrane Review (2022) mengonfirmasi adanya penurunan risiko readmisi pada pasien dengan intervensi discharge planning komprehensif.

- **Peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan**

Edukasi terstruktur dan rekonsiliasi obat dalam discharge planning meningkatkan pemahaman pasien terhadap regimen terapi mereka. Pasien lebih mampu mengelola obat, mengenali efek samping, serta memahami konsekuensi ketidakpatuhan. JAMA Network Open (2025) menunjukkan peningkatan kepatuhan obat yang signifikan pada pasien lanjut usia yang menerima discharge planning intensif. Penelitian pada pasien gagal jantung (Journal of Hospital Medicine 2024) juga menegaskan bahwa intervensi edukatif pasca pulang menurunkan tingkat ketidakpatuhan obat.

- **Peningkatan kualitas hidup**

Discharge planning memberikan efek positif pada kualitas hidup pasien, baik secara fisik, emosional, maupun sosial, karena pasien merasa lebih siap menghadapi perawatan di rumah. Penelitian BMC Nursing (2025) pada intervensi transitional care menemukan peningkatan signifikan pada kemampuan self-care, kontrol gejala, dan rasa aman pasien setelah pemulangan. Pada pasien penyakit kronis, transitional care berbasis telehealth juga meningkatkan kualitas hidup melalui kejelasan instruksi dan akses cepat ke dukungan kesehatan.

- **Pengurangan beban biaya kesehatan**

Readmisi yang lebih rendah, penggunaan obat yang tepat, dan penanganan dini komplikasi menghasilkan penghematan biaya bagi pasien dan institusi kesehatan. Cochrane Review (2022) menyatakan bahwa discharge planning yang efektif mengurangi total biaya perawatan jangka pendek dan jangka panjang karena menurunnya kunjungan ulang dan rawat inap. Studi lain menunjukkan bahwa follow-up cepat dan edukasi intensif mampu menurunkan biaya perawatan kronis sebesar 15–25%.

- **Peningkatan keselamatan pasien**

Discharge planning yang baik meningkatkan keselamatan pasien melalui pencegahan kesalahan obat, identifikasi dini tanda bahaya, dan koordinasi yang lebih baik antara layanan rumah sakit dan komunitas. *Journal of Nursing Care Quality* (2024) menunjukkan bahwa komunikasi discharge yang baik mengurangi kejadian medication error dan adverse event pasca pulang. WHO menekankan bahwa rekonsiliasi obat dalam fase transisi adalah langkah paling kritis untuk menjaga keselamatan pasien.

Konsekuensi negatif bila discharge planning tidak efektif:

- **Komplikasi pasca pulang**

Discharge planning yang buruk meningkatkan risiko komplikasi seperti perburukan penyakit, ketidakteraturan terapi, luka infeksi, gagal jantung dekompensasi, dan ketidakseimbangan cairan atau elektrolit. Literatur 2024–2025 menegaskan bahwa banyak kejadian adverse event pasca pulang terjadi akibat instruksi yang tidak jelas, edukasi yang minim, atau pemeriksaan lanjutan tidak terjadwal. Studi pada pasien lansia (*JAMA Network Open* 2025) menunjukkan bahwa kurangnya edukasi dan monitoring dapat menyebabkan komplikasi serius dalam 7–14 hari setelah pulang.

- **Tingginya readmisi tidak terencana**

Readmisi tidak terencana adalah indikator langsung dari discharge planning yang tidak efektif. Ketidaktuntasan instruksi pulang, tidak adanya koordinasi multidisipliner, serta follow-up yang tidak terjadwal adalah faktor utama yang meningkatkan risiko readmisi dalam 30 hari. Cochrane Review (2022) menunjukkan bahwa ketiadaan discharge planning terstruktur meningkatkan angka readmisi terutama pada pasien penyakit kronis. *BMJ Open Quality* (2025) juga mencatat bahwa gangguan komunikasi dan kurangnya dokumentasi standar merupakan penyebab utama readmisi yang dapat dicegah.

- **Ketidaksiapan pasien dalam perawatan mandiri**

Tanpa edukasi terstruktur dan rencana perawatan yang jelas, pasien sering merasa bingung, tidak percaya diri, dan tidak memahami instruksi pasca pulang. Ketidaksiapan ini berdampak pada ketidakmampuan mengelola gejala, memantau tanda bahaya, atau melanjutkan program terapi di rumah. *PLOS ONE* (2024) menunjukkan bahwa kurangnya keterlibatan pasien dan keluarga selama proses discharge menyebabkan rendahnya kesiapan pulang. *BMC Nursing* (2025) menegaskan bahwa edukasi dan transitional care sangat mempengaruhi kemampuan self-care pasien setelah keluar dari rumah sakit.

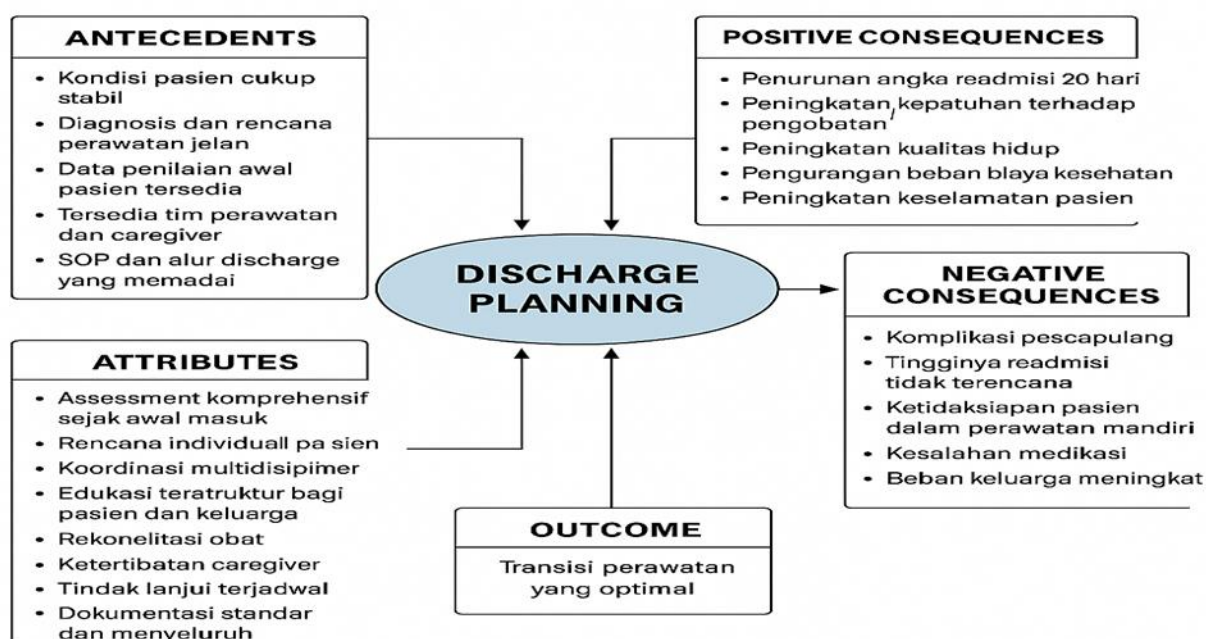
- **Kesalahan medikasi**

Tanpa rekonsiliasi obat yang jelas, pasien berisiko tinggi mengalami duplikasi, interaksi obat berbahaya, dosis tidak tepat, atau penggunaan obat yang salah. Kesalahan ini umumnya muncul dalam 72 jam pertama pasca pulang. WHO menegaskan bahwa fase transisi

perawatan adalah titik paling rawan untuk medication error. Journal of Hospital Medicine (2024) menunjukkan bahwa pasien gagal jantung dengan edukasi obat minim lebih sering mengalami kesalahan penggunaan obat yang berujung pada perburukan kondisi dan readmisi.

- **Beban keluarga meningkat**

Ketika discharge planning tidak efektif, keluarga sering kali tidak siap menghadapi kebutuhan perawatan pasien di rumah, sehingga menimbulkan stres emosional, kelelahan caregiver, serta tekanan finansial. Penelitian PLOS ONE (2024) menunjukkan bahwa keluarga yang tidak dilibatkan dalam edukasi merasa kewalahan saat harus membantu pasien di rumah. Studi lain pada anak dengan penyakit kronis (Jurnal Keperawatan Anak 2025) juga menegaskan bahwa kurangnya instruksi yang jelas memperburuk beban keluarga, terutama pada kasus yang membutuhkan perawatan intensif.



Gambar 1 : Model Konsep Analisis Discharge Planning Keperawatan

Definisi Operasional Discharge Planning

Discharge planning keperawatan adalah serangkaian proses sistematis yang dilakukan perawat sejak pasien masuk hingga pulang yang bertujuan memastikan transisi perawatan berlangsung aman, efektif, dan berkelanjutan. Dalam konteks operasional, discharge planning mencakup assessment komprehensif, penyusunan rencana individual, edukasi terstruktur, rekonsiliasi obat, koordinasi multidisipliner, serta penyusunan tindak lanjut terjadwal untuk menurunkan risiko readmisi dan meningkatkan kesiapan perawatan mandiri pasien.

Indikator operasional discharge planning meliputi:

- Skor *Readiness for Hospital Discharge Scale* (RHDS)

Merupakan instrumen terstandar untuk mengukur persepsi pasien (atau caregiver/keluarga) terhadap kesiapan pulang dari rumah sakit ke rumah. RHDS dikembangkan untuk membantu tenaga kesehatan terutama perawat mengevaluasi apakah pasien secara fisik, kognitif, emosional, dan sosial cukup siap untuk transisi ke perawatan mandiri, serta sebagai prediktor kemungkinan masalah pasca pulang misalnya kesulitan

self-care, readmisi, kebutuhan dukungan tambahan. RHDS mengukur 4 kemampuan pasien meliputi status personal terkait kondisi fisik dan emosional pasien saat akan pulang, pengetahuan dan pemahaman pasien atau care giver tentang kondisi, perawatan mandiri termasuk obat, tanda bahaya dan follow up pasien. Coping Ability yang merupakan kemampuan pasien atau care giver dalam mengelola perawatan, mengatasi masalah serta menjalani hidup di rumah sendiri setelah pulang, serta Expected support dimana persepsi terhadap ketersediaan dukungan sosial atau care giving di rumah setelah pulang. Adapun indikator RSHS ini adalah >80% pasien yang direncanakan pulang memiliki skor kesiapan yang memadai.

- Checklist kegiatan edukasi
Persentase pasien (atau caregiver) yang menerima seluruh item wajib edukasi dan mampu mengulang (teach-back) minimal 3 poin kunci. Dengan target praktis $\geq 90\%$ item edukasi tercatat; $\geq 85\%$ pasien dapat melakukan teach-back terhadap 3 poin kritis.
- Rekonsiliasi obat
Merupakan persentase pasien yang menerima proses rekonsiliasi obat tercatat dan diverifikasi oleh apoteker sebagai bentuk kolaborasi terselesaikan. Dengan target praktis: $\geq 95\%$ rekonsiliasi obat terselesaikan untuk pasien yang minum obat. Hal ini sangat penting dalam menghindari kesalahan medikasi dan potensi readmisi
- Dokumentasi discharge summary
Persentase discharge summaries lengkap yang dikirimkan kepada penyedia layanan primer / rujukan dalam jangka waktu X jam (umumnya 24–48 jam). Dengan target praktis $\geq 80\%$ selesai & dikirim dalam 48 jam. Hal ini berhubungan dengan kesinambungan perawatan dan mengurangi kesenjangan informasi pasca pulang
- Follow-up 48–72 jam pasca pulang
Persentase pasien berisiko yang dihubungi (telepon kunjungan) dalam 48–72 jam setelah pulang untuk mengecek gejala, medikasi, dan kepatuhan. Dengan target praktis $\geq 70\text{--}80\%$ pasien berisiko dihubungi dalam batas waktu itu. Studi kuasi-eksperimental dan kualitas menunjukkan panggilan/kunjungan awal dapat mendeteksi masalah dini dan menurunkan beberapa readmisi. Efektivitasnya lebih menonjol bila ditargetkan ke pasien risiko tinggi seperti pada pasien dengan komorbid, polifarmasi dan lansia.
- Janji tindak lanjut/kunjungan rawat jalan terjadwal sebelum pulang
Pasien yang memiliki janji kontrol/rujukan (primary care/spesialis/home care) yang dicatat & disepakati sebelum pulang. Dengan target praktis: $\geq 90\%$ pasien yang memerlukan tindak lanjut memiliki janji terjadwal, misalnya dalam 7 hari untuk kondisi tertentu. Follow-up terjadwal dikaitkan dengan penurunan readmisi khususnya pada gagal jantung dan stroke; penjadwalan saat rawat inpatient meningkatkan kepatuhan.
- Multidisipliner huddle / rapat discharge tercatat
Pasien pulang dengan bukti rapat/konfirmasi peran tim (nurse, dokter, apoteker, fisioterapis) pada 24 jam sebelum pulang. Dengan target praktis: $\geq 85\%$ pasien kompleks memperoleh huddle multidisipliner. Koordinasi tim mengurangi kesenjangan layanan dimana model nurse-led/case-manager menunjukkan penurunan readmisi pada pasien kronis
- Readmission 30 hari dan masalah terkait obat

Tingkat readmisi 30-hari untuk semua penyebab dan proporsi readmisi yang terkait medikasi. Dengan target praktis yang dibandingkan dengan baseline dan target penurunan X% per tahun, misalnya turun 10% relatif. Readmisi 30 hari adalah outcome penting untuk menilai efektivitas discharge planning; banyak intervensi terkait penurunan readmisi diantaranya rekonsiliasi obat, follow-up, dan EHR-based care transitions.

- **Kepuasan pasien / Quality of Discharge Teaching Score**
Skor kepuasan pasien terhadap proses pulang dan kualitas pengajaran, misalnya menggunakan Quality of Discharge Teaching Scale atau survei local, dengan target praktis skor rata-rata \geq target institusi. Misalnya $\geq 4/5$ atau $\geq 85\%$ pasien menilai memuaskan. Kepuasan dan persepsi kesiapan berkorelasi dengan kepatuhan serta hasil pasca pulang.

A. Model Case (Contoh Ideal)

Ny. S, seorang perempuan berusia 57 tahun, dirawat karena gagal jantung kongestif (CHF) eksaserbasi. Setelah empat hari perawatan, kondisi fisiknya stabil dan tanda vital dalam batas aman. Namun, riwayat readmisi sebelumnya menempatkannya pada kategori risiko tinggi sehingga proses discharge planning harus dilakukan dengan cermat. Pada hari menjelang pemulangan, perawat penanggung jawab memulai asesmen komprehensif yang mencakup status fisik, kemampuan aktivitas, kondisi psikologis, dukungan keluarga, serta kemampuan pasien dalam memahami terapi. Hasil awal menunjukkan bahwa Ny. S masih rendah dalam pemahaman penyakit dan manajemen obat, dengan skor Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) 6 dari 10.

Menindaklanjuti temuan ini, perawat melakukan edukasi terstruktur dalam dua sesi dengan metode teach-back. Dalam sesi ini, Ny. S diminta mengulang kembali penjelasan mengenai jadwal obat, tanda bahaya, pembatasan cairan, dan diet rendah garam. Ketika ia belum dapat menjelaskan secara tepat, perawat mengulangi penjelasan menggunakan bahasa yang lebih sederhana dan contoh konkret. Pada saat yang sama, rekonsiliasi obat dilakukan bersama apoteker untuk memastikan pasien memahami perubahan obat, terutama terkait diuretik dan ACE inhibitor. Perawat juga berkoordinasi dengan tim multidisipliner untuk menjadwalkan kontrol ke klinik CHF dan memastikan panggilan follow-up 48 jam setelah pemulangan.

Setelah intervensi tersebut, skor RHDS meningkat menjadi 8,5 yang menandakan kesiapan pulang yang memadai. Ny. S pulang ke rumah dengan keyakinan dan pemahaman yang baik mengenai perawatan dirinya.

Kasus ini mencerminkan discharge planning secara lengkap: ada asesmen menyeluruh, edukasi terstruktur, rekonsiliasi obat, koordinasi multidisipliner, rencana tindak lanjut, dan evaluasi kesiapan pulang. Seluruh atribut konsep terpenuhi.

B. Borderline Case

Tn. A, seorang laki-laki berusia 70 tahun, dirawat karena pneumonia ringan. Ia tinggal sendiri dan direncanakan pulang pada hari ketiga. Perawat memberikan edukasi singkat mengenai tanda bahaya dan cara minum antibiotik. Lembar edukasi diserahkan, dan perawat mencatat rencana pulang di dokumen medis. Namun, tidak ada penilaian mengenai dukungan

sosial atau kemampuan aktivitas ringan, dan tidak dilakukan rekonsiliasi obat meskipun pasien juga mengonsumsi obat hipertensi.

Perawat juga tidak menerapkan metode *teach-back*, melainkan hanya menutup percakapan dengan pertanyaan “Sudah mengerti ya, Pak?”. Tn. A mengangguk meskipun terlihat bingung. Tidak ada jadwal kontrol atau rencana follow-up, dan skor RHDS tidak diukur.

Kasus ini tampak seperti discharge planning, tetapi tidak mencerminkan semua atribut inti. Proses yang dilakukan bersifat minimal, tidak terstruktur, dan mengabaikan evaluasi kesiapan serta risiko setelah pulang. Inilah yang menjadikannya kasus batas.

C. Related Case

Ny. L, 32 tahun, dirawat karena infeksi saluran kemih. Pada hari kedua, perawat memberikan edukasi yang sangat lengkap mengenai pentingnya hidrasi, durasi minum antibiotik, pencegahan ISK berulang, dan tanda bahaya yang perlu diwaspadai. Edukasi disampaikan dengan jelas dan disertai ilustrasi. Pasien terlihat memahami dan merasa puas. Namun, meskipun edukasi diberikan secara komprehensif, perawat tidak melakukan asesmen mengenai dukungan keluarga, tidak menyiapkan rencana tindak lanjut, tidak ada rekonsiliasi obat, dan tidak ada proses memastikan kesiapan pulang melalui instrumen seperti RHDS. Edukasi hanya menjadi bagian dari rutinitas perawatan, bukan bagian dari proses transisi yang komprehensif.

Kasus ini berkaitan dengan discharge planning karena edukasi merupakan salah satu elemennya. Namun, fokus utamanya hanya pada pendidikan kesehatan, bukan pada keseluruhan rangkaian untuk mempersiapkan pasien pulang. Karena itu, kasus ini disebut kasus terkait.

D. Contrary Case

Tn. R, seorang laki-laki 65 tahun dengan diabetes mellitus tidak terkontrol, dirawat selama dua hari. Saat kondisi stabil, dokter memutuskan pasien dapat pulang. Perawat yang sibuk tidak melakukan edukasi apa pun dan hanya menyerahkan resep tanpa penjelasan mengenai dosis atau perubahan obat. Tidak ada penilaian kesiapan, tidak ada pemeriksaan pemahaman pasien, tidak ada rencana tindak lanjut, dan tidak ada koordinasi dengan tim lain. Pasien pulang tanpa informasi tentang diet, tanda bahaya, ataupun cara menggunakan insulin. Tiga hari kemudian, Tn. R kembali ke IGD dalam keadaan hiperglikemik berat karena salah menggunakan obat dan tidak mengetahui pola makan yang benar.

Kasus ini bertentangan sepenuhnya dengan discharge planning karena tidak ada satu pun atribut konsep dilakukan. Tidak ada asesmen, edukasi, rekonsiliasi obat, koordinasi, atau tindak lanjut. Pasien mengalami kerugian akibat tidak adanya proses transisi perawatan yang aman.

Empirical Referents

Dalam analisis konsep keperawatan, *empirical referents* merupakan manifestasi nyata atau indikator yang dapat diamati dan diukur untuk membuktikan bahwa suatu konsep benar-benar hadir dalam praktik. Pada konsep *discharge planning*, empirical referents berperan penting karena memberikan bukti objektif bahwa proses transisi pasien dari rumah sakit ke

rumah telah berjalan sesuai dengan prinsip keselamatan, efektivitas, dan kesinambungan layanan. Dengan adanya empirical referents, discharge planning tidak hanya dipahami secara teoritis, tetapi dapat dinilai kualitasnya secara konkret melalui data dan dokumentasi klinis.

Empirical referents pertama dapat dilihat dari pelaksanaan asesmen komprehensif. Ketika discharge planning benar-benar diterapkan, perawat tidak hanya sekadar menilai kondisi klinis pasien, tetapi juga mengumpulkan informasi mengenai kemampuan aktivitas harian, literasi kesehatan, dukungan keluarga, kondisi psikososial, serta kemungkinan risiko readmisi. Referen empiris dari atribut ini muncul dalam bentuk formulir asesmen discharge yang terisi lengkap, hasil pengukuran tingkat kemandirian menggunakan instrumen seperti Katz ADL, serta dokumentasi penilaian risiko readmisi seperti LACE. Kehadiran data-data ini menunjukkan bahwa pengkajian tidak dilakukan secara dangkal, melainkan diperoleh melalui pendekatan sistematis.

Selanjutnya, implementasi discharge planning tampak nyata melalui edukasi terstruktur, terutama ketika metode *teach-back* digunakan. Teach-back menghasilkan empirical referents yang jelas, seperti checklist edukasi pulang yang terselesaikan dan catatan bahwa pasien atau keluarga mampu mengulang kembali instruksi perawatan dengan benar. Dokumentasi berupa “pasien mampu menjelaskan kembali jadwal konsumsi obat” atau “pasien dapat mendemonstrasikan cara mengganti balutan” adalah bukti konkret bahwa edukasi telah dipahami, bukan hanya disampaikan. Ini sangat penting karena edukasi yang efektif merupakan pilar utama dalam transisi perawatan yang aman.

Komponen penting lainnya adalah rekonsiliasi obat, yang menghasilkan empirical referents berupa daftar obat sebelum dan sesudah dirawat yang dicocokkan, lembar verifikasi dari apoteker atau perawat, serta penjelasan tertulis tentang perubahan obat yang diserahkan kepada pasien. Rekonsiliasi obat yang terdokumentasi dengan baik menandakan bahwa tim kesehatan telah memastikan kejelasan terapi farmakologis, sehingga meminimalkan risiko kesalahan obat setelah pasien pulang. Hal ini secara empiris menegaskan keberadaan discharge planning dalam bentuk nyata.

Atribut berikutnya adalah koordinasi multidisipliner, yang juga memberikan manifestasi empiris yang mudah diamati. Koordinasi ini dapat berupa catatan rapat singkat tim, komunikasi antarprofesi, dan rujukan resmi ke pelayanan lanjutan seperti fisioterapi atau home care. Discharge summary yang ditandatangani oleh berbagai profesi adalah referen empiris yang kuat karena menunjukkan bahwa keputusan pemulangan bukan dilakukan secara unilateral, melainkan melalui kolaborasi berbagai pihak sesuai kebutuhan pasien.

Selain itu, discharge planning yang efektif menghasilkan empirical referents dalam bentuk rencana tindak lanjut yang jelas. Bukti-bukti ini dapat ditemukan dalam dokumentasi jadwal kontrol yang telah ditetapkan sebelum pasien pulang, rencana kunjungan telepon atau home visit dalam 48–72 jam, serta pemberian nomor kontak darurat. Instruksi tertulis tentang perawatan di rumah, seperti aturan diet, aktivitas, atau pemantauan gejala tertentu juga menjadi bukti nyata yang dapat diamati oleh auditor mutu pelayanan.

Akhirnya, empirical referents yang paling menggambarkan outcome discharge planning adalah kesiapan pulang pasien, yang salah satunya diukur menggunakan *Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS)*. Skor RHDS yang terdokumentasi dalam rekam medis merupakan bukti terukur bahwa pasien dinilai readiness-nya sebelum pulang. Selain RHDS, referen lain adalah hasil survei kepuasan pasien terhadap edukasi pulang dan indikator hasil

seperti angka readmisi 30 hari. Bila transfer perawatan berjalan baik, angka readmisi cenderung menurun—dan ini menjadi bukti empiris yang menunjukkan keberhasilan discharge planning.

Melalui berbagai bukti empiris tersebut, discharge planning keperawatan tidak hanya menjadi proses konseptual, melainkan sebuah kegiatan nyata yang dapat diverifikasi, dinilai, dan ditingkatkan mutunya. Empirical referents membuktikan bahwa discharge planning hadir sebagai praktik yang sistematis dan terukur, serta berkontribusi langsung terhadap keselamatan pasien dan kontinuitas perawatan setelah keluar dari rumah sakit.

KESIMPULAN

Discharge planning merupakan konsep esensial dalam keperawatan yang berperan besar dalam menjamin keamanan transisi perawatan. Atribut seperti assessment komprehensif, edukasi, koordinasi MDT, rekonsiliasi obat, serta follow-up menjadi inti keberhasilan discharge planning. Pemahaman komprehensif melalui analisis konsep memungkinkan perawat menjalankan perannya secara optimal sebagai koordinator transisi, sehingga meningkatkan keselamatan pasien, menurunkan angka readmisi, dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- AHRQ. (2023). IDEAL discharge planning strategy. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Alatas, N. (2025). *Tinjauan Yuridis Perlindungan Hukum Dokter Terhadap Pemberian Informasi Dan Edukasi Medis Dalam Pemulangan Pasien Kondisi Khusus*. Universitas Kristen Indonesia.
- Barbosa, S. M., et al. (2023). Hospital discharge planning among chronic care patients: A qualitative study. *BMC Health Services Research*.
- European Commission. (2024). Guidelines on hospital discharge reports.
- Gonçalves-Bradley, D. C., et al. (2022). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Haverfield, M. C., et al. (2024). Communication practices at hospital discharge. *Journal of Nursing Care Quality*.
- Marini, G., et al. (2025). Transitional care interventions: A systematic review. *Healthcare*.
- Ningsih, R. R., Wulandari, R. Y., & Elasari, Y. (2025). Upaya Peningkatan Pengetahuan Pelaksanaan Discharge Planning di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Pringsewu. *Jurnal Ventilator*, 3(1), 281–292.
- Omonaiye, O., et al. (2024). Insights into discharge processes. *PLOS ONE*.
- Patel, P. R., et al. (2023). Discharge Planning. *StatPearls Publishing*.
- Pattar, B. S. B., et al. (2025). Effectiveness of enhanced discharge planning intervention. *JAMA Network Open*.
- Rasyid, A., Syahrul, S., & Tahir, T. (2021). Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Readmisi 30 Hari terhadap Pasien Congestive Heart Failure (CHF). *Journal of Telenursing*, 3(1), 238–251.
- Ruksakulpiwat, S., et al. (2025). Effectiveness of discharge planning interventions. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*.
- Sakashita, C., et al. (2025). Nurse-led transitional care and its impact. *BMC Nursing*.

- Scollan-Koliopoulos, M., et al. (2025). Nurse-led transitional care in low-income hospitals. *International Nursing Review*.
- Varghese, S. K., et al. (2025). Multidisciplinary approaches to reducing readmission. *BMJ Open Quality*.
- WHO. (2019). Medication safety in transitions of care.
- Ward-Stockham, K., et al. (2024). Factors influencing discharge decisions. *BMC Health Services Research*.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).