

# PENGEMBANGAN PROTOKOL *TRANSITIONAL CARE* DI RUANG RAWAT INAP KARDIOVASKULER RSUP H. ADAM MALIK MEDAN

**Ance M Siallagan**

Dosen STIKes Santa Elisabeth Medan

e-mail: [siallagan.ance@yahoo.com](mailto:siallagan.ance@yahoo.com)

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Protokol *transitional care* merupakan suatu panduan yang dikembangkan sebagai pedoman dalam menerapkan perawatan transisi pasien gagal jantung dari rumah sakit ke rumah untuk mencegah readmissions dini.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan protokol *transitional care* di Ruang Rawat Inap Kardiovaskular Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan.

**Metode:** Desain penelitian menggunakan *action research* melalui dua siklus yang terdiri dari tahapan *reconnaissance, planning, action, observation, serta reflection*. Penelitian dilakukan pada Juni – Agustus 2017 terhadap 17 orang perawat melalui *focus group discussion (FGD), self report*, dan observasi menggunakan panduan FGD, kuesioner, *field notes* dan lembar observasi. Data dianalisis menggunakan content analysis dan uji statistik deskriptif.

**Hasil:** Hasil penelitian diperoleh protokol dan alur *transitional care* yang terdiri dari lima komponen yaitu skrining pasien beresiko *readmissions*, keterlibatan pasien dan keluarga, *promoting self management*, identifikasi gejala dan cara mengatasinya, serta kolaborasi perawat dengan tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit. Hasil observasi menunjukkan 70,58% partisipan mampu melakukan *transitional care*, peningkatan pengetahuan perawat tentang *transitional care* dan kesiapan pasien melanjutkan perawatan di rumah.

**Kesimpulan:** Rumah sakit harus melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan protokol *transitional care* sehingga dapat menjadi salah satu indikator penilaian kinerja perawat.

**Kata Kunci :** protokol, *transitional care*, kardiovaskuler

## ABSTRACT

**Background:** The *transitional care* protocol is a guide developed as a guide in applying *transitional care* for patients with congestive heart failure from hospital to home to prevent early readmissions.

**Goals:** This study aims to develop *transitional care* protocols in Cardiovascular Inpatient Ward at Hospital in Medan.

**Methods:** Action research through two cycles consisting of *reconnaissance, planning, action, observation, and reflection* used to collect data. Participants consisted of 17 nurses in the cardiovascular ward. Data were analyzed through content analysis and descriptive statistic test.

**Results:** The result of this research was *transitional care* protocol consist of screening patients at risk of readmissions, patient and family involvement, *promoting self management*, identification of symptoms and how to overcome them, and nurse collaboration with other health worker in the hospital. Observation results showed that 70.58% of participants were able to do *transitional care*. increased of nurses' knowledge of *transitional care* and patient's ready to continuity of care at home.

**Conclusion:** The hospital should monitor and evaluate the implementation of the *transitional care* protocol and become one of the indicators of the assessment of nurse's performance.

**Keywords:** protocol, *transitional care*, cardiovascular

## PENDAHULUAN

Penyakit kronik merupakan penyakit menahun dan menetap atau semakin fatal yang menyebabkan pasien harus menjalani rawat inap di rumah sakit. Penyakit kronik juga mengakibatkan penurunan atau kerusakan fungsi fisik dan mental sehingga pasien harus menjalani rawat inap ulang (*readmission*). Riskesdas (2013) menyatakan bahwa penyakit kronik yang mengalami peningkatan rawat inap ulang (*readmission*) per tahun di Indonesia adalah gagal jantung kongestif (2-7% per tahun).

*Readmission* kasus penyakit kardiovaskuler di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan pada tahun 2016 mengalami peningkatan sekitar 11%. Pasien yang mengalami *readmission* tersebut mayoritas adalah pasien dengan gagal jantung kongestif (76%).

Kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung kongestif terjadi dalam waktu kurang dari 30 hari setelah pemulangan dari rumah sakit (post discharge). Widagdo (2014) menyatakan bahwa kejadian rawat inap ulang akibat gagal jantung kongestif meningkat dengan persentase 29-47% pada tiga hingga enam bulan setelah pemulangan dari rumah sakit di Riau. Sedangkan di Yogyakarta, Majid (2010) melaporkan prevalensi pasien gagal jantung kongestif yang menjalani rawat inap ulang sebesar 52,21% dan yang dirawat ulang lebih dari satu kali dalam waktu satu tahun sebesar 44,79%. Pangastuti (2009) juga membuktikan bahwa pasien dengan gagal jantung kongestif memiliki frekuensi rawat inap ulang lebih dari satu kali dalam satu tahun.

Dharmarajan (2013) dalam penelitiannya di Amerika Serikat, menyatakan bahwa pasien yang sering mengalami *readmissions* adalah pasien yang menderita gagal jantung (55,9%). Rentang waktu dari rumah hingga kejadian rawat inap ulang adalah 10-12 hari setelah rawat inap dari rumah sakit. Faktor penyebab *readmission* menurut Majid (2010) adalah ketidakpatuhan terhadap diet, batasan konsumsi cairan, kecemasan serta hipertensi. Salim (2012) menyatakan bahwa penyebab rawat inap ulang pasien gagal jantung kongestif yang paling banyak ialah terjadinya pneumonia (21,9%). Pasien gagal jantung kongestif yang sering kembali untuk dirawat inap ulang di rumah sakit karena adanya kekambuhan pada episode gagal jantung kongestif. Kekambuhan gagal jantung kongestif terjadi karena pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan, tidak mampu melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, melanggar pembatasan diet, tidak mematuhi

tindak lanjut medis, melakukan aktivitas fisik yang berlebihan dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan (Smeltzer & Barre, 2010).

*Readmission* dipengaruhi oleh pemberian perencanaan pemulangan (*discharge planning*) yang kurang optimal dan terstruktur mengakibatkan rendahnya perawatan transisi dari rumah sakit ke rumah. Peg Bradke (2009) menyatakan bahwa kurangnya pendidikan kesehatan, kurang komunikasi dari *caregiver* dan perencanaan tindak lanjut saat pasien pulang dari rumah sakit menjadi faktor yang meningkatkan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung kongestif. Selain itu, menurut Hammond (2015) menyatakan tenaga kesehatan termasuk perawat jarang memberikan perawatan lanjutan (*home follow up*) setelah pemulangan ke rumah.

Naylor (2004) menyatakan bahwa *readmission* pasien gagal jantung kongestif dapat dicegah melalui perawatan transisi yaitu *transitional care model* (TCM) dan perawat sebagai koordinator perawatan. *Transitional care model* merupakan metode pemberian perawatan transisi pada pasien agar mencegah kekambuhan dan kejadian rawat inap ulang melalui program pendidikan kesehatan, bimbingan dan pendampingan disertai *home follow up* setelah pemulangan dari rumah sakit.

Pengembangan program perawatan transisi telah terbukti menurunkan ketidakmampuan atau kecacatan (*disability*) dan meningkatkan kualitas hidup penderita stroke di Thailand (Chalermwannapong, 2010). Stauffer (2011) mengungkapkan bahwa perawatan transisi pada pasien gagal jantung kongestif di Amerika Serikat ternyata menyebabkan penurunan frekuensi *readmission* serta mengurangi biaya hingga \$227 pada tiap pasien. Perawatan transisi yang dilakukan oleh perawat dengan model *transitional care* pada pasien penyakit paru obstruksi kronik di China terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien yang sering mengalami *readmissions* akibat eksaserbasi akut (Li et al., 2014).

Comi'n-Colet (2016) dalam penelitiannya di Spanyol, menyatakan bahwa adanya peningkatan durasi *readmission* sebesar 30% (90-180 hari readmisi pasien gagal jantung) dengan program model *transitional care* yang berfokus pada pengkajian holistik selama dirawat inap, proses *discharge planning* yang terstruktur dan *follow up* ke rumah pasien sehingga perawatan transisi terbukti efektif untuk mengurangi *readmissions*. Naylor (2004) menyatakan bahwa model *transitional care* efektif mengurangi biaya perawatan di rumah sakit dengan berkurangnya

lama rawat inap dan durasi yang singkat antara waktu setelah pemulangan dengan readmission. Selain itu model transitional care terintegrasi dan berfokus pada pasien (*patient centered-care*) sehingga dapat diaplikasikan pada populasi pasien dengan penyakit kronik yang mengalami *readmissions* sama dalam sistem perawatan kesehatan dan masyarakat (Naylor, 2015).

Hammond (2015) menyatakan bahwa terdapat beberapa hal yang menjadi kebutuhan dalam perawatan transisi yaitu pendampingan dalam medikasi, mengobservasi kondisi kesehatan pasien dengan membuat pencatatan untuk dilaporkan pada tenaga kesehatan, tindak lanjut perawatan primer dan petunjuk tentang cara mengidentifikasi penurunan status kesehatan pasien serta cara mengatasinya sebelum kembali dirawat inap. Pasien dengan gagal jantung kongestif mengalami peningkatan *readmission* akibat rendahnya perawatan transisi dari rumah sakit ke rumah, kurang optimalnya *discharge planning* dan *home follow up* karena belum ada protokol perawatan transisi yang baku. Apabila *readmission* meningkat terus-menerus, maka kualitas hidup pasien semakin buruk dan mutu pelayanan kesehatan rendah. Perawatan transisi melalui model *transitional care* merupakan solusi pencegahan *readmission* pada pasien gagal jantung kongestif yang beresiko tinggi mengalami kejadian rawat inap ulang kurang dari satu bulan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *action research*, yang bertujuan untuk mengembangkan protokol *transitional care* di ruang rawat inap kardiovaskuler. Kemmis dan McTaggart (1988) juga menegaskan bahwa *action research* mendorong perawat berpartisipasi aktif dalam melakukan perubahan di lingkungannya. *Action research* merupakan metode penelitian melalui beberapa tindakan yaitu *reconnaissance*, *planning*, *action and observation* dan *reflection*. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan metode *focus group discussion* (FGD), *self-report*, observasi dan *field note*.

Pada tahap *reconnaissance*, FGD bertujuan untuk menggali pemahaman peserta tentang *transitional care*, sedangkan FGD pada tahap *reflection* bertujuan untuk mengevaluasi protokol *transitional care* yang telah diaplikasikan oleh partisipan. Hasil pengumpulan data melalui FGD disusun dalam bentuk tema.

Adapun alat pendukung pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti meliputi: 1) *voice recorder*, 2) panduan FGD, 3) format observasi, 4) kuesioner (*self report*), dan *field notes*. Panduan FGD, kuesioner pengetahuan perawat tentang *transitional care*, kuesioner kesiapan pulang pasien dan lembar observasi telah dilakukan *content validity* oleh tiga orang expert bidang keperawatan. Nilai CVI Panduan FGD adalah 1, nilai CVI kuesioner pengetahuan perawat tentang *transitional care* adalah 0.96, nilai CVI kuesioner kesiapan pulang pasien adalah 0.98. Kuesioner kesiapan pasien pulang dari rawat inap diadopsi dan telah mendapat izin dari *Care Transition Measure* milik Coleman dan Boulton (2003). Nilai CVI lembar observasi adalah 0,95.

Untuk mengetahui konsistensi (*internal consistency*) berfokus pada homogeneity item dalam instrumen, maka kuesioner yang digunakan sebagai instrumen penelitian diuji terlebih dahulu reliabilitasnya (*pilot study*) di Poliklinik Jantung dan Ruang Rawat Inap Kardiovaskuler Lantai IV Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Peneliti melakukan *pilot study* pada 30 perawat dan 30 pasien untuk mengetahui konsistensi kuesioner pengetahuan perawat tentang *transitional care* dan kuesioner kesiapan pulang pasien dari rawat inap di rumah sakit.

Hasil uji reliabilitas dengan *Cronbach's alpha* didapatkan bahwa nilai kuesioner kesiapan pulang pasien adalah 0,96. Nilai reliabilitas kuesioner pengetahuan perawat tentang *transitional care* dengan menggunakan rumus KR20 adalah 0,97. Dengan demikian kuesioner penelitian ini reliabel sesuai pernyataan Polit dan Beck (2014) bahwa kuesioner memiliki reliabilitas yang tinggi apabila nilai *Cronbach's alpha*  $\geq 0,70$ . *Field notes* merupakan catatan lapangan yang dibuat sendiri oleh peneliti sebagai tambahan informasi situasi pada saat penelitian.

Pada tahap *planning*, peneliti merencanakan sosialisasi penelitian dan hasil pengukuran data yang diperoleh pada tahap *reconnaissance*, menyusun tindakan yang harus dilakukan agar perawatan transisi berjalan efektif, serta mengajukan pengembangan protokol *transitional care* pada pasien gagal jantung.

Tahap *acting* dan *observing* dilakukan untuk menyusun dan melaksanakan protokol *transitional care* dengan mengaplikasikan Naylor's *transitional care* model. Pelaksanaan tindakan juga diikuti dengan kegiatan observasi, dimana peneliti bersama kepala ruang/ ketua tim mengidentifikasi item yang akan dilakukan serta

mendokumentasikan implementasi protokol *transitional care*, perubahan yang terjadi maupun kendala-kendala yang dijumpai dalam setiap pelaksanaan kegiatan tersebut.

Pada tahap refleksi (*reflecting*) peneliti melakukan FGD kembali dengan partisipan, menyebarkan kuesioner tentang pengetahuan perawat dalam melaksanakan protokol *transitional care (self report)* dan mengevaluasi *Care Transition Measure* melalui kesiapan pulang pasien gagal jantung yang dirawat inap.

Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti terlebih dahulu mendapatkan ethical clearance dari Komisi Etik Penelitian di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Setelah mendapatkan *ethical clearance*, surat pengantar dari Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara, serta izin penelitian di Ruang Rawat Inap Kardiovaskuler oleh Direksi Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan, maka peneliti menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian kepada calon partisipan. Jika calon partisipan setuju maka calon partisipan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Hasil penelitian

Partisipan yang dilibatkan dalam penelitian ini sejumlah 17 perawat dengan karakteristik demografi seperti dalam tabel berikut.

#### Karakteristik Demografi Partisipan (n=17)

Karakteristik	f	%
Umur		
25-35 tahun	13	76,47
36-48 tahun	4	23,53
Jenis Kelamin		
Laki-laki	0	0
Perempuan	17	100
Pendidikan		
Diploma	12	70,59
Ners	5	29,41
Status Kepegawaian		
PNS	9	52,94
Honorar	8	47,06
Masa Kerja		
<5 tahun	5	29,41
>5 tahun	12	70,59

Partisipan terdiri dari perawat dengan tingkat pendidikan Ners 5 orang (29,41%) dan Diploma 12 orang (70,59%). Rentang usia partisipan bervariasi yaitu 25-35 tahun sebanyak 13 orang (76,47%) dan usia 36-48 tahun sebanyak 4 orang

(23,53%), dengan status kepegawaian PNS 9 orang (52,94%) dan tenaga honorar 8 orang (47,06%). Seluruh partisipan adalah perempuan (100%) dengan masa kerja >5 tahun sebanyak 12 orang (70,59%) dan <5 tahun sebanyak 5 orang (29,41%).

#### a. Tahap *Reconnaissance*

Tahap *reconnaissance* dilaksanakan untuk mendapatkan data tentang perspektif partisipan terhadap *transitional care*, pengetahuan perawat tentang *transitional care*, dan kesiapan pulang pasien dalam melanjutkan perawatan di rumah.

Hasil FGD terdiri dari empat tema yaitu: 1) Persepsi perawat tentang *transitional care* pada pasien gagal jantung kongestif, 2) Pelaksanaan *transitional care* pada pasien gagal jantung kongestif, 3) Hambatan *transitional care* pada pasien gagal jantung kongestif, dan 4) Peran tenaga kesehatan dalam proses *transitional care* pada pasien gagal jantung kongestif di ruang rawat inap kardiovaskuler RSUP H. Adam Malik Medan.

Hasil penyebaran kuesioner pengetahuan perawat tentang konsep *transitional care* memperoleh hasil bahwa mayoritas pengetahuan perawat (70,60%) sudah baik terkait konsep *transitional care* namun masih terdapat 29,40% perawat yang memiliki pengetahuan cukup dan merasa asing dengan istilah tersebut. Secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut:

#### Distribusi Frekuensi pengetahuan perawat tentang konsep *transitional care* di ruang rawat inap kardiovaskuler RSUP H. Adam Malik Medan (n=17).

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	12	70,60
Cukup	5	29,40
Kurang	0	0

Hasil penyebaran kuesioner *Care Transition Measure* untuk mengukur kesiapan pulang pasien didapatkan data bahwa mayoritas pasien setuju (73,33%) dengan pernyataan yang mendeskripsikan persiapan pasien/keluarga dalam melanjutkan perawatan di rumah masing-masing. Bahkan terdapat 6,67% pasien/keluarga yang sangat setuju bila mereka segera pulang dan melanjutkan perawatan di rumah. Hasil distribusi frekuensi kuesioner kesiapan pulang pasien dapat dilihat pada tabel berikut.

**Distribusi Frekuensi kesiapan pulang pasien dalam melanjutkan perawatan di rumah (n=15).**

Kesiapan pulang	Frekuensi	Persentase (%)
Sangat setuju	1	6,67
Setuju	11	73,33
Tidak setuju	3	20,00
Sangat tidak setuju	0	0

**b. Tahap *Planning***

Perencanaan yang dibuat terkait pengembangan protokol *transitional care* adalah: 1) sosialisasi program penelitian dan hasil pengumpulan data pada tahap *reconnaissance* kepada pihak rumah sakit, 2) merencanakan tim yang akan berpartisipasi dalam perumusan protokol, 3) merumuskan protokol *transitional care* dan mengimplementasikannya.

**c. Tahap *Acting and Observing***

Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah sesuai dengan *planning* yaitu: 1) komunikasi dengan staf manajerial terkait rencana pengembangan protokol *transitional care*, 2) perumusan protokol, dan 3) sosialisasi *transitional care model* dan implementasinya seperti pada tabel berikut.

**Distribusi Frekuensi Pelaksanaan protokol *transitional care* di RIC Lantai III RSUP H. Adam Malik Medan (n=17).**

Komponen <i>transitional care</i>	Dilakukan		Tidak dilakukan	
	f	%	f	%
<i>Screening</i>	12	70,58	5	29,42
<i>Staffing</i>	5	29,42	12	70,58
<i>Maintaining relationships</i>	0	0	17	100
<i>Engaging patients &amp; family caregivers</i>	12	70,58	5	29,42
<i>Risk assessment and symptom management</i>	12	70,58	5	29,42
<i>Self management promotion</i>	5	29,42	12	70,58
<i>Collaboration</i>	17	100	0	0
<i>Promoting continuity</i>	0	0	17	100
<i>Fostering</i>				

<i>coordination.</i>	0	0	17	100
----------------------	---	---	----	-----

Hasil observasi menunjukkan bahwa mayoritas partisipan melaksanakan *transitional care*, namun beberapa item belum terlaksana sesuai panduan seperti skrining pasien beresiko readmissions, mempertahankan hubungan yang terapeutik dengan pasien, mengidentifikasi dan mengajarkan cara mengatasi gejala gagal jantung yang semakin memburuk, memastikan keberlanjutan perawatan di rumah, dan koordinasi dengan fasilitas layanan kesehatan di masyarakat.

**d. Tahap *Reflecting***

Dalam tahap *reflecting* ini, peneliti mengidentifikasi dan mengukur hasil proses kegiatan penerapan protokol *transitional care* melalui: 1) FGD tahap *reflecting*, 2) penyebaran kuesioner tentang pengetahuan perawat tentang *transitional care model*, dan 3) penyebaran kuesioner tentang kesiapan pulang pasien dari rumah sakit.

Kegiatan FGD yang dilakukan pada tahap *reflecting* memperoleh beberapa tema yaitu: 1) Kesan dalam pelaksanaan pengembangan protokol *transitional care*, 2) Manfaat *transitional care* dalam mencegah readmissions, 3) Proses pengembangan protokol *transitional care*, dan 4) Faktor yang mempengaruhi implementasi protokol *transitional care*.

Hasil distribusi frekuensi kuesioner pengetahuan perawat tentang *transitional care* dan kesiapan pasien pulang untuk melanjutkan perawatan di rumah dapat dilihat pada tabel berikut:

**Distribusi Frekuensi pengetahuan perawat tentang konsep *transitional care* tahap *Reflecting* di ruang rawat inap kardiovaskuler RSUP H. Adam Malik Medan (n=17).**

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	14	82,35
Cukup	3	17,65
Kurang	0	0

Hasil penyebaran kuesioner pengetahuan perawat tentang *transitional care* diperoleh data bahwa mayoritas perawat (82,35%) telah memiliki pengetahuan yang baik tentang konsep *transitional care* setelah diimplementasikan di ruangan.

**Distribusi Frekuensi kesiapan pulang pasien dalam melanjutkan perawatan di rumah setelah implementasi *transitional care* (n=15).**

Kesiapan pulang	Frekuensi	Persentase (%)
Sangat setuju	12	80,00
Setuju	3	20,00
Tidak setuju	0	0
Sangat tidak setuju	0	0

Hasil penyebaran kuesioner kesiapan pulang pasien dari rawat inap di rumah sakit ke rumah didapatkan data bahwa mayoritas pasien/keluarga sangat setuju (80%) dengan pelaksanaan *transitional care* di ruang rawat inap kardiovaskuler. Namun masih terdapat 20% pasien yang setuju tetapi belum yakin mampu melanjutkan perawatan mandiri di rumah bersama *caregiver*nya.

**e. Outcome action research *transitional care***

Proses *action research* yang dilaksanakan di RIC lantai III RSUP H. Adam Malik telah menghasilkan *outcome* penelitian yaitu tersusunnya protokol *transitional care* dengan beberapa komponen *Naylor's transitional care model* didalamnya dan alur perawatan transisi pasien. Protokol ini mempermudah perawat dalam menjelaskan perawatan transisi pasien, sehingga perawat terlatih untuk menerapkannya di dalam tugas sehari-harinya.

Komponen-komponen yang terdapat dalam protokol *transitional care* adalah: 1) Skrining pasien beresiko *readmissions*; 2) Keterlibatan pasien dan keluarga dalam perawatan; 3) *Promoting Self management*; 4) Cara mengidentifikasi dan mengatasi gejala, dan 5) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan.

**PEMBAHASAN**

Pada hasil pengumpulan data penelitian pengembangan protokol *transitional care* tahap *reflecting*, peneliti mengidentifikasi ada lima tema, yaitu: 1) kesan perawat dalam pelaksanaan *transitional care*; 2) manfaat *transitional care*; 3) pelaksanaan *transitional care*; 4) faktor yang mempengaruhi *transitional care*, dan 5) kolaborasi tenaga kesehatan dalam proses *transitional care*.

**a. Kesan perawat dalam pelaksanaan *transitional care***

Kesan partisipan merupakan pengalaman partisipan selama proses pengembangan protokol

*transitional care*. Partisipan mengalami peningkatan pemahaman tentang konsep *transitional care* sebelum dan sesudah sosialisasi. Dengan adanya panduan *transitional care*, perbedaan persepsi dapat diminimalkan. Pelaksanaan protokol *transitional care* mengakibatkan perawat menjadi lebih percaya diri dalam memberikan edukasi manajemen diri pada pasien gagal jantung. Kesan ini sesuai dengan pendapat Conroy-McCue (2014), bahwa perawat akan semakin percaya diri dan yakin dalam memberikan pelayanan keperawatan apabila memahami konsep *transitional care* yang diperoleh melalui sosialisasi.

**b. Manfaat *transitional care***

Pengembangan protokol *transitional care* di RIC Lantai III RSUP H. Adam Malik Medan memberikan beberapa manfaat seperti: 1) bagi perawat, 2) bagi pasien, dan 3) rumah sakit. Adapun manfaat yang dirasakan oleh perawat adalah kemudahan dalam pelaksanaan *discharge planning*, kepuasan dalam memberikan pelayanan keperawatan, peningkatan pengetahuan tentang *transitional care*, dan adanya kesamaan persepsi dalam melakukan implementasi protokol *transitional care*. Fullerton (2012) menyatakan bahwa *transitional care* sangat tepat jika dilakukan oleh *advanced practice nurse*. Namun di RIC Lantai III RSUP H. Adam Malik Medan, perawat yang mengaplikasikan *transitional care* mayoritas adalah perawat berpendidikan diploma, sehingga hasil yang diperoleh kurang sesuai dengan model yang diadopsi.

Manfaat yang dirasakan pasien dengan adanya pengembangan protokol *transitional care* RIC Lantai III RSUP H. Adam Malik Medan antara lain pasien beresiko lebih diprioritaskan dan pelayanan keperawatan lebih bermutu. Pelaksanaan *transitional care* pada pasien gagal jantung juga bermanfaat terhadap durasi rehospitalisasi. Dari lima belas pasien yang terlibat dalam *transitional care* selama penelitian ini, belum ada satu orang pun yang mengalami *readmission* dalam waktu tiga puluh hari. Kejadian ini sesuai dengan pernyataan Dharmarajan, et al. (2013), Naylor, et al (2004) dan Stauffer, et al. (2011), bahwa *transitional care* dalam mengurangi waktu rawat inap ulang selama 30 hari. Namun Fullerton (2012) mengungkapkan bahwa *outcome transitional care* dapat diukur selama satu hingga dua belas bulan pasca pemulangan pasien dari rumah sakit ke rumahnya masing-masing. Oleh sebab itu perlu

observasi lanjutan terhadap pasien gagal jantung di masyarakat, karena pasien mendapatkan pelayanan kesehatan tidak hanya di rumah sakit tetapi juga di fasilitas kesehatan primer.

Manfaat *transitional care* bagi rumah sakit adalah sesuai dengan tujuan penelitian yaitu mengembangkan protokol *transitional care*. Dengan adanya protokol dan panduan *transitional care*, maka perawat memiliki kesamaan persepsi dalam melakukan perawatan transisi dari rumah sakit ke rumah. Namun motivasi perawat belum dapat diukur karena belum ada reward ataupun sanksi dari rumah sakit. Sementara *transitional care* yang diterapkan oleh Naylor (2011) didukung oleh pendanaan dari rumah sakit, sehingga perawat yang melaksanakan *transitional care* mendapatkan insentif.

*Transitional care* juga menjadi salah satu item yang dinilai dalam akreditasi rumah sakit. Sementara di RIC RSUP H. Adam Malik Medan, komponen yang mempengaruhi nilai akreditasi rumah sakit adalah jumlah/ angka kejadian *readmissions*, bukan pelaksanaan *transitional care*. Maka *transitional care* perlu diterapkan lebih lanjut untuk meningkatkan mutu rumah sakit yang dinilai melalui akreditasi.

#### c. Pelaksanaan *transitional care*

Proses pengembangan protokol *transitional care* dimulai dari skrining pasien berisiko *readmissions*, melibatkan pasien dan keluarga, *promoting self management*, mengidentifikasi gejala dan cara mengatasinya di rumah, serta melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.

Skrining dilakukan perawat untuk mendeteksi pasien yang berisiko *readmissions*. Dari 22 kriteria skrining dan pengkajian resiko, terdapat dua kriteria yang dimodifikasi sesuai kondisi dan fenomena di rumah sakit yaitu, usia > 65 tahun dan mampu berbahasa Indonesia. Mayoritas pasien gagal jantung di Indonesia berada pada rentang usia pertengahan (45-59 tahun) sementara *American Heart Associations* menyatakan bahwa mayoritas penyakit gagal jantung dialami oleh pasien usia lanjut (>65 tahun). Hal ini disebabkan oleh perbedaan usia harapan hidup di Indonesia.

Keterlibatan pasien dan keluarga dalam perawatan tergambar dalam proses pengambilan keputusan dan setiap pemberian tindakan terhadap pasien mulai dari rawat inap hingga akan kembali ke rumahnya masing-masing harus menggambarkan komunikasi yang terapeutik (Hirschman, 2015).

Manajemen diri pada pasien gagal jantung terdiri dari pembatasan cairan dan natrium dalam diet, pembatasan aktivitas fisik, kepatuhan terhadap terapi pengobatan dan mampu mengidentifikasi tanda dan gejala perburukan penyakit gagal jantung yang dialaminya. Toukhsati, Driscoll dan Hare (2015) menyatakan bahwa manajemen diri pasien gagal jantung dilakukan dengan cara memantau/ mengidentifikasi perubahan gejala seperti berat badan harian, mematuhi regimen pengobatan, diet dengan asupan cairan 1,5-2 liter/hari, tidak merokok dan melaporkan kepada tenaga kesehatan bila mengalami gangguan mental seperti depresi ataupun kecemasan. Faktor yang mempengaruhi manajemen diri pasien gagal jantung antara lain usia, status fungsional, komorbiditas, status emosional dan status ekonomi (Gardetto, 2011).

#### d. Faktor yang mempengaruhi *transitional care*

Faktor yang mempengaruhi implementasi protokol *transitional care* di RIC RSUP H. Adam Malik Medan terdiri dari faktor pendukung dan faktor penghambat. Faktor pendukung adalah keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses penelitian, serta dukungan dari pihak rumah sakit yang memberikan kesempatan kepada perawat di ruang rawat inap kardiovaskuler RSUP H. Adam Malik Medan Lantai III untuk menjadi partisipan selama proses penelitian dalam mengembangkan protokol *transitional care*.

Faktor penghambat pelaksanaan implementasi protokol *transitional care* yang dapat diidentifikasi yaitu motivasi perawat dalam melaksanakan *transitional care* masih kurang. Pada dasarnya *staffing* dalam proses penelitian ini kurang sesuai dengan model yang diadopsi. Naylor (2015) mengidentifikasi spesifikasi atau kompetensi *transitional care* sebaiknya dilakukan oleh perawat dengan latar belakang pendidikan minimal Ners dan atau memiliki keahlian khusus di bidang kardiologi. Sementara partisipan mayoritas Diploma dan memiliki kemampuan kardiologi dasar.

Rennke dan Ranji (2015) menyatakan bahwa faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan *transitional care* adalah sistem kesehatan, termasuk akses pelayanan gawat darurat, kualitas perawatan rawat jalan, dan informasi yang akurat di seluruh layanan kesehatan. Selain itu, faktor pelayanan di rumah seperti rekonsiliasi pengobatan, komunikasi sebelum pemulangan, *follow up* setelah pasien pulang ke rumah, serta

sistem pengambilan keputusan klinis juga dapat menghambat.

Faktor dari pasien seperti prognosis penyakit, status kesehatan, kapasitas untuk melakukan manajemen diri, kepatuhan pengobatan, status kognitif dan status mental juga mempengaruhi pelaksanaan perawatan transisi ini. Asuransi, pendapatan, tempat tinggal, transportasi, dukungan sosial, lingkungan rumah dan keterlibatan keluarga/ *caregiver* dalam perawatan di rumah, sumber daya masyarakat, pusat rehabilitasi medik di komunitas atau fasilitas perawatan komunitas, home health agencies dan hubungan pasien dengan masyarakat di lingkungannya mungkin akan mempengaruhi.

**e. Kolaborasi tenaga kesehatan dalam proses *transitional care*.**

Dari hasil penelitian, beberapa partisipan mengungkapkan pentingnya kerjasama dan kolaborasi dalam implementasi *transitional care* pada klien dengan gagal jantung. Kolaborasi penting dalam rekonsiliasi pengobatan, dimana seluruh tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien sebaiknya memahami pengobatan yang sedang dijalani oleh pasien (American Medical Association, 2007). Kilcup et al (2013) juga mengungkapkan bahwa farmasi memegang peranan penting dalam rekonsiliasi pengobatan pasien bahkan hingga kembali ke rumahnya masing-masing. Hal ini dimaksudkan untuk memastikan keberlanjutan dan pasien patuh dalam pengobatan sehingga menurunkan durasi rehospitalisasi dini. Farmasi juga berperan dalam pelayanan preventif dan edukasi serta konseling perilaku (Avalere Health, 2014).

Terapi nutrisi selama masa transisi juga tidak kalah pentingnya dalam mencegah readmissions dini pada pasien gagal jantung. Holst and Rasmussen (2013) menyatakan bahwa staf gizi (nutritionist) juga harus melakukan pengkajian komprehensif terkait dengan status gizi pasien dimulai dari skrining, terapi nutrisi selama rawat inap, mempersiapkan klien dan keluarga memenuhi kebutuhan nutrisi setelah pulang dari rumah sakit, memastikan perawatan lanjutan di rumah dan bertanggungjawab terhadap status gizi pasien untuk mencegah kekambuhan/rehospitalisasi dini.

*Social workers* sebagai staf yang berperan penting dalam perawatan peralihan khususnya dalam jaminan kesehatan (Alvarez, 2016). Dengan adanya Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial di Indonesia, maka pasien gagal jantung ditanggung oleh pemerintah dalam masa

perawatan. Herman (2009) menyatakan bahwa staf jaminan sosial masyarakat memfasilitasi pasien dan keluarganya dalam mempertahankan martabat dan kelayakan hak asasi mereka selama perawatan yang berpusat pada pasien untuk menghasilkan status kesehatan yang lebih baik dan menurunkan biaya perawatan di rumah sakit.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian diperoleh kesimpulan bahwa pengembangan protokol *transitional care* pasien menunjukkan elaborasi nilai Naylor's *transitional care* yang memberikan kontribusi terhadap pengetahuan perawat dan kesiapan pulang pasien dari rumah sakit ke rumah. Komponen Naylor's *transitional care model* tidak dapat diterapkan secara keseluruhan karena keterbatasan baik partisipan maupun rumah sakit yang belum menerapkan *home follow up* dan koordinasi dengan fasilitas kesehatan primer di masyarakat, sehingga hanya lima komponen yang dapat diaplikasikan di Ruang Rawat Inap Kardiovaskuler RSUP H. Adam Malik Medan yaitu: 1) Skrining pasien beresiko *readmissions*; 2) keterlibatan pasien dan keluarga; 3) *promoting self management*; 4) identifikasi gejala dan cara mengatasinya, serta 5) kolaborasi perawat dengan tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit.

### Saran

Dengan adanya penelitian ini diharapkan mampu menjadi salah satu sumber dan bukti (*evidence-based*) asuhan keperawatan pasien dewasa dengan penyakit kronik yang beresiko mengalami *readmissions*. Perawat hendaknya senantiasa mengembangkan pengetahuan dengan mengikuti seminar atau pelatihan berhubungan dengan penerapan *transitional care* sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi agar dapat menjadi *role model* bagi perawat diruangan lain. Rumah sakit kiranya memfasilitasi perawat untuk mengikuti pelatihan sebagai edukator dan manajemen kasus pasien gagal jantung agar tidak ada kesenjangan dalam pelayanan keperawatan. Implementasi *transitional care* sebaiknya menjadi salah satu indikator penilaian kinerja perawat.

## DAFTAR PUSTAKA

Albert, N. M., Barnason, C., Deswal, A., Hernandez, A., Kociol, R., Lee, E., . . . White-Williams, C. (2015). Transitions of

- care in heart failure a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation Heart Failure Journal* 2015 (8):384-409. doi: 10.1161/HHF.0000000000000006
- Bradway, C., Trotta, R., Bixby, M. B., McPartland, E., Wollman, M. C., Kapustka, H., . . . Naylor, M. D. (2012). A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention. *Gerontologist*, 52(3), 394-407. doi:10.1093/geront/gnr078
- Chalermwannapong, S., Panuthai, S., Srisupan, W., Panya, P., & Ostwald, K. (2010). Effects of the transitional care program on functional ability and quality of life of stroke survivors. *Journal National Science*, 9(1): 49-66
- Comin-Colet, J., Enjuanes, C., Lupon, J., Cainzos-Achirica, M., Badosa, N., & Verdu, J. M. (2016). Transitions of care between acute and chronic heart failure: critical steps in the design of a multidisciplinary care model for the prevention of rehospitalization. *Rev Esp Cardiol* 69 (10): 951– 961
- Conroy-McCue, D. (2014). *Transitional care services: a nurse-led quality improvement project*. Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects University of San Francisco. Paper 47. Diperoleh dari <http://repository.usfca.edu/dnp>
- Dharmarajan, K., Hsieh, A. H., Lin, Z., Bueno, H., Ross, J., Horwitz, L., . . . Krumholz, H. (2013). Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA*. 2013 January 23; 309(4): 355–363
- Donald, F., Kilpatrick, K., Reid, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., . . . Dicenso, A. (2015). Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *International Journal of Nursing Studies* 52 (2015): 436–451. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.011>
- Draper, B., Ridley, N., Johnco, C., Withall, A., Sim, W., Freeman, M., . . . Lintzeris, N. (2015). Screening for alcohol and substance use for older people in geriatric hospital and community health settings. *International Psychogeriatrics*, 27(1), 157-166. doi:10.1017/S1041610214002014
- Enguidanos, S., Gibbs, N., & Jamison, P. (2012). From hospital to home: a brief nurse practitioner intervention for vulnerable older adults. *Journal Of Gerontological Nursing*, 38(3):40–50. doi: 10.3928/00989134-20120116-01
- Findley, M. K., Cha, S., Wong, E., & Faulkner, M. S. (2015). A Systematic Review of Transitional Care for Emerging Adults with Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing (2015)* 30:e47–e62. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.05.019>
- Franks, S. (2015). *Transitional care to reduce 30-day heart failure readmissions among the long-term care elderly population*. Seton Hall University DNP Final Projects. Paper 7. Diperoleh dari <http://scholarship.shu.edu/final-projects>
- Graves, B. A., Ford, C. D., & Mooney, K. D. (2013). Telehealth technologies for heart failure disease management in rural areas: an integrative research review. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 13(2). Diakses dari <http://rnojurnal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/282>
- Hammond, S. (2015). Staying home after discharge: nurse-led versus physician-led transitional care models. *Nurse Leader*, Vol 13 (3): 66–70. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mnl.2014.09.012>
- Hirschman, K.B., Shaïd, E., McCauley, K., Pauly, M., & Naylor, M. (2015). Continuity of care: the transitional care model. *The Online Journal of Issue in Nursing*, 20(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol20No03Man01

- Kemmis, S., & R. Mc Taggart. (1988). *The action research planner*. Victoria: Deakin University.
- Kilcup, M., Schultz, D, Carison, J & Wilson, B. (2003). Postdischarge pharmacist medication reconciliation: impact on readmission rates and financial savings. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2013 Jan-Feb;53(1):78-84. doi: 10.1331/JAPhA.2013.11250.
- Kotowycz, M., Cosman, T. L., Tartaglia, T., Afzal, R., Syal, R. P., & Natarajan, M. K. (2010). Safety and feasibility of early hospital discharge in ST-segment elevation myocardial infarction—A prospective and randomized trial in low-risk primary percutaneous coronary intervention patients (the Safe-Depart Trial). *American Heart Journal ( 2010)* 159:117
- Kralik, D., Visentin, K., & Van-Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing, Vol. 55 (3):* 320-329. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x
- Li, J.M., Cheng, S., Cai, W., Zhang, Z., Liu, Q., & Xie, B. (2014). Transitional care for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursign Science I (2014):* 157-164
- Majid, A. (2010). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang pasien gagal jantung kongestif di Rumah Sakit Yogyakarta* (Tesis). Depok: Universitas Indonesia
- Naylor, M. D., & Keating, S. (2008). Transitional Care: Moving patients from one care setting to another. *American Journal Nursing, 108 (9):* 58-63
- Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., Bowles, K. H., Bradway, C., McCauley, K. M., & Pauly, M. V. (2014). Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. *Journal of Comparative Effectiveness Research, 3(3),* 245-257. doi: <http://dx.doi.org/10.2217/cer.14.14>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health /Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeves, G. C., Alhurani, A. S., Frazier, S. K., Watkins, J. F., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2015). The association of comorbid diabetes mellitus and symptoms of depression with all-cause mortality and cardiac rehospitalization in patients with heart failure. *BMJ Open Diabetes Research & Care, 3 (1),* e000077.
- Rennke, S., & Ranji, S. (2015). Transitional care strategies from hospital to home: a review for the neurohospitalist. *The Neurohospitalist 5(1):* 35-42. doi: 10.1177/1941874414540683
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013. Diakses: 19 Desember 2016, dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf>
- Smeltzer, S. (2010). *Brunner Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing 12<sup>nd</sup> Ed, Vol 2*. Jakarta : EGC
- Stauffer, B., Fullerton, C., Fleming, N., Ogola, G., Herrin, J., Stafford, P. M., & Ballard, D. J. (2011). Effectiveness and cost of a transitional care program for heart failure. *Arch Intern MedJournal 171(14):*1238-1243
- National Transitions of Care Coalition. (2014). *Transitional care model* . Diperoleh dari [www.transitionalcare.info/](http://www.transitionalcare.info/)
- Wang, S., Zhao, Y., & Zang, X. (2014). Continuing care for older patients during the transitional period. *Chinese Nursing Research 1 (2014):* 5-13.
- Widagdo, F., Karim, D., & Novayellinda, R. (2014). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang di Rumah Sakit pada pasien CHF* (Tesis). Depok: Universitas Indonesia

Ye, Z., Liu, M., Cai, R., Zhong, M., Huang, H., Liang, M., & Quan, X. (2015). Development of the Transitional Care Model for nursing care in Mainland China: A literature review. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(2016): 113-130

Youn-Jung, S., & Mi-Ae, Y. (2015). Transitional care for older adults with chronic illnesses as a vulnerable population: theoretical framework and future directions in nursing. *Journal Korean Academic Nurs*, Vol. 45 (6): 919-927. doi: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2015.45.6.919>