



**PAPER – OPEN ACCESS**

## Transitional Care pada Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit di Kota Medan: Preliminary Study

Author : Ance Siallagan  
DOI : 10.32734/tm.v1i2.220  
Electronic ISSN : 2623-0550  
Print ISSN : 2623-0542

*Volume 1 Issue 2 – 2018 TALENTA Conference Series: Tropical Medicine (TM)*



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

Published under licence by TALENTA Publisher, Universitas Sumatera Utara



# Transitional Care pada Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit di Kota Medan: *Preliminary Study*

**Ance Siallagan<sup>a</sup>, Dewi Elizadiani Suza<sup>a</sup>, Yesi Ariani<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>*Fakultas Keperawatan, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia*  
siallagan.ance@yahoo.com

## Abstrak

Penyakit kronik mengakibatkan penurunan atau kerusakan fungsi fisik dan mental sehingga pasien harus menjalani rawat inap ulang (readmission). Gagal jantung adalah penyakit kronik dengan durasi readmissions tertinggi di Indonesia. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi perawatan transisi yang dilaksanakan di RSUP H. Adam Malik Medan khususnya di ruang rawat inap kardiovaskuler. Preliminary study pendekatan kualitatif dengan pengumpulan data melalui focus group discussion dan self report menggunakan kuesioner. Partisipan terdiri dari tiga kelompok yaitu staf manajemen rumah sakit, perawat pelaksana dan pasien gagal jantung. Penyebaran kuesioner (self report) dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua kelompok yaitu kelompok perawat dan kelompok pasien. Diskusi menghasilkan tema yaitu: persepsi partisipan tentang transitional care, proses pelaksanaan perawatan transisi, kolaborasi, dan hambatan pelaksanaan perawatan transisi. 58,82% perawat memiliki pengetahuan yang cukup tentang konsep transitional care (n=17). 53,3% pasien siap untuk kembali ke rumahnya dan melanjutkan perawatan di rumah masing-masing (n=15). Perawatan transisi penting diterapkan di rumah sakit untuk mencegah durasi rawat inap ulang yang meningkat pada pasien kronik khususnya lanjut usia, sehingga harus ada suatu protokol yang baku sebagai panduan bagi perawat.

Kata kunci: transitional care; gagal jantung

## 1. Pendahuluan

Penyakit kronik yang mengalami peningkatan rawat inap ulang per tahun di Indonesia adalah gagal jantung kongestif (2-7% per tahun). Kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung kongestif meningkat dengan persentase 29-47% pada tiga hingga enam bulan setelah pemulangan dari rumah sakit di Riau [1]. Sedangkan di Yogyakarta, 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% [2]. Pasien gagal jantung kongestif memiliki frekuensi rawat inap ulang lebih dari satu kali dalam satu tahun [3]. Readmissions terjadi pada pasien dengan penyakit paru obstruksi kronik di China [4]. Sedangkan di Amerika Serikat, pasien yang sering mengalami readmissions adalah pasien gagal jantung (55,9%). Rentang waktu dari rumah hingga kejadian rawat inap ulang adalah 10-12 hari setelah rawat inap dari rumah sakit [5].

Faktor penyebab rawat inap ulang adalah ketidakpatuhan terhadap diet, batasan konsumsi cairan, kecemasan serta hipertensi [6]. Pasien gagal jantung kongestif tidak memenuhi terapi yang dianjurkan, tidak mengikuti terapi pengobatan, melanggar pembatasan diet, aktivitas fisik yang berlebihan dan tidak mampu mengenali gejala kekambuhan [7].

Pemberian perencanaan pemulangan (discharge planning) yang kurang optimal dan terstruktur mengakibatkan rendahnya perawatan transisi dari rumah sakit ke rumah. Kurangnya pendidikan kesehatan tentang bagaimana perawatan di rumah menjadi faktor yang meningkatkan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung kongestif [8]. Selain itu, tenaga kesehatan termasuk perawat jarang memberikan perawatan lanjutan (home follow up) setelah pemulangan ke rumah baik secara langsung melalui kunjungan rumah (home visit) maupun tidak langsung dengan telepon [9].

Readmission pasien gagal jantung kongestif dapat dicegah melalui perawatan transisi yaitu transitional care model dengan perawat sebagai koordinator perawatan [10]. Pasien dengan gagal jantung kongestif mengalami peningkatan readmission akibat rendahnya perawatan transisi dari rumah sakit ke rumah, kurang optimalnya discharge planning dan perawatan di rumah, karena belum ada protokol perawatan transisi yang baku. Apabila frekuensi rawat inap ulang meningkat terus-menerus, maka kualitas hidup pasien semakin buruk dan mutu pelayanan kesehatan rendah. Penelitian tentang transitional care pada pasien gagal jantung kongestif yang beresiko tinggi mengalami kejadian rawat inap ulang belum banyak dilakukan. Oleh karena itu, penelitian ini akan mengidentifikasi secara mendalam tentang pelaksanaan perawatan transisi yang dilakukan pada pasien dengan gagal jantung di rumah sakit.

## **2. Bahan dan Metode**

### *2.1. Lokasi penelitian*

Penelitian dilakukan di Ruang Rawat Inap Kardiovaskuler RSUPH. Adam Malik Medan. Yang merupakan rumah sakit pendidikan dan pusat jantung terpadu di Provinsi Sumatera Utara yang memiliki pusat jantung terpadu.

### *2.2. Metode*

Studi pendahuluan dilakukan pada Februari-April 2017 di RSUP H. Adam Malik Medan. Pengumpulan data dilakukan melalui focus group discussion (FGD) dan self report dengan kuesioner. Partisipan terdiri dari : 1) staf manajemen rumah sakit, 2) perawat pelaksana, dan 3) pasien. FGD dilakukan dengan tiga sesi berbeda tiap kelompok untuk menghilangkan bias sehingga partisipan merasa nyaman menyampaikan pendapat ataupun pengalamannya [11]. Agar dapat dinilai secara representatif, peneliti menyebarkan kuesioner pengetahuan perawat tentang transitional care dengan menggunakan teknik total sampling, yaitu menyerahkan kuesioner untuk diisi oleh seluruh staf perawat. Kuesioner Care Transition Measure untuk kesiapan pulang pasien diberikan pada seluruh pasien gagal jantung yang dirawat inap ulang. Voice recorder digunakan pada saat pelaksanaan FGD. Data yang telah direkam didokumentasikan dalam bentuk transkrip verbatim, kemudian dianalisis sehingga menghasilkan tema.

## **3. Hasil**

Hasil studi pendahuluan diperoleh data melalui focus group discussion (FGD) dan penyebaran kuesioner terhadap perawat ruangan, pasien dan staf manajerial di bidang keperawatan. Diskusi dilakukan selama 50 menit pada waktu yang berbeda antara perawat ruangan, pasien dan staf manajerial. Adapun hasil diskusi terkait dengan topik perspektif partisipan terhadap perawatan transisi di RSUP H. Adam Malik Medan.

### *3.1. Perspektif partisipan terhadap transitional care*

Perspektif partisipan terhadap perawatan transisi di RSUP H. Adam Malik Medan diperoleh tema yaitu: 1) persepsi tentang transitional care, 2) prosedur perawatan transisi, 3) kolaborasi dalam perawatan transisi, 4) hambatan perawatan transisi. Secara lebih rinci akan dijelaskan berikut ini.

### 3.2. Persepsi tentang transitional care

Persepsi tentang transitional care merupakan pendapat para partisipan berdasarkan pemahaman dan pengalamannya. Menurut partisipan, transitional care adalah perawatan transisi sebagaimana discharge planning yang telah sering dilakukan di rumah sakit, seperti pernyataan berikut:

“klo transisi brarti pindah dari satu tempat ke tempat lain kan... klo transisi berarti ada perubahanlah satu kondisi ke kondisi lain yang berbedalah pasti” [Partisipan 2]

“bisa juga mulai kehidupan yang baru atau adaptasilah ...” [Partisipan 3]

“Kalo perawatan transisi kan ya itu tadilah yang dibilang itu. Brarti pindah dia ntah pindah ruangan atau pindah rumah sakit” [Partisipan 4]

“gak terlalu paham juga lah ya....” [Partisipan 1]

“saya sih gak pernah ini ya, baru inilah dengar....” [Partisipan 5]

“Perawatan transisi itu kan mencegah biar gak bolak balik rumah sakit laginya dia, pasien itu. Cuma yang dilakukan modelnya ya discharge planning itulah kak...” [Partisipan 6]

### 3.3. Prosedur perawatan transisi

Proses pelaksanaan transitional care yang dilakukan di rumah sakit selama ini belum optimal disebabkan beberapa hambatan, baik dari pasien, perawat pelaksana maupun pihak rumah sakit. Beberapa pernyataan partisipan berikut mendeskripsikan pelaksanaan perawatan transisi pada pasien gagal jantung di rumah sakit, seperti pernyataan partisipan berikut:

“Mulai dari pengkajian kan pake format rawat inap itu, trus dibuat diagnosa keperawatannya, baru dipilih intervensi yang sesuai, trus diimplementasikan dan dievaluasi. Cuma evaluasinya kadang tertinggal, pas pulang aja skalian edukasi yang itu tadilah kak, obat, cairan sama konsumsi natriumnya kan 2-3 sendok teh itu.... ” [Partisipan 3]

“begitu diantar untuk rawat inap kan ya kita terimalah dulu ntah dari UGD atau poli jantung. Abis itu ya pengkajianlah kak, dibuat diagnosa keperawatannya, trus ya dipilih intervensinya. Nanti dokter visit ya kita damping, kalo udah diresepkan obat ya kita susullah itu....trus kita berikan sama pasien.....kan discharge planning biasanya pas mau pulangny kita kasih, udah tau itu obatnya....” [Partisipan 1]

### 3.4. Kolaborasi dalam perawatan transisi

Pelaksanaan persiapan pasien untuk melanjutkan perawatan di rumah melibatkan kerjasama dari berbagai tim profesi kesehatan seperti dokter, bagian farmasi, gizi dan rehabilitasi seperti pernyataan beberapa partisipan berikut:

“ya kolaborasi kak, kerjasama gitu. Kalo ada keluhan ya kita sampekan ke dokter, biar visit dia kan. Trus ya diresepkan obatnya ke farmasi, nanti kita susullah. Kalo udah datang obatnya ya dikasi ke pasien atau keluarganya yang jaga disitu....” [Partisipan 2]

“selain dokter, farmasi, orang gizi, mungkin orang rehablah kak. Karna kan sebelum pulang atau pada masa pemulihanpun harus rehabnya dia. Kalo cairan nya bagus, obatnya patuh diminum, tapi kalo aktivitas atau gak rehab kan bisa juga jadi balik lagilah dia masuk rumah sakit kan...” [Partisipan 3]

### 3.5. Hambatan perawatan transisi.

Beberapan kendala dari pihak rumah sakit, perawat pelaksana dan pasien dalam melakukan perawatan transisi untuk mencegah pasien mengalami rawat inap ulang seperti pernyataan partisipan berikut ini:

“Cuma ngomong aja kadang, gak ada standar baku. Bahasanya pun beda-bedanya kadang bahasa daerahlah dipake biar gampang dipahami pasien itu....” [Partisipan 1]

“kurang tenaga, banyak pasien, lagian pasiennya kan bukan cuma yang gagal jantung kongestif disini tapi semua yang mengalami gangguan jantunglah ya...” [Partisipan 4]

“motivasi tadi mungkin kak, karna ga ada juga insentifnya kan, gak ada teguran atau sanksi dari rumah sakit...” [Partisipan 5]

“kepatuhan minum obat itu sangat sangat mempengaruhi lho, apalagi kalo sendiri dia gak ada kawannya di rumah kan, karna kan sering yang diajari obat itu ya keluarganya...” [Partisipan 2]

“pasien chf ini banyak lansia .....mgkin juga jarak rumah kak, karna kan semakin dekat dia ke rumah sakit, ada juga yang lebih percaya kalo ke dokter rumah sakit...” [Partisipan 4]

### 3.6. Pengetahuan perawat tentang konsep transitional care

Hasil penyebaran kuesioner pengetahuan perawat tentang konsep transitional care terhadap 17 orang perawat pelaksana di runag rawat inap kardiovaskuler didapatkan data bahwa 58,82% perawat memiliki pengetahuan yang cukup. 29,42% perawat pelaksana memiliki pengetahuan yang kurang dan 11,76% perawat memiliki pemahaman yang baik tentang konsep transitional care.

### 3.7. Kesiapan Pulang Pasien

Hasil penyebaran kuesioner kesiapan pulang pada pasien/keluarga (n=15) didapatkan data bahwa 53,3% pasien siap dan 46,7% pasien belum siap untuk kembali ke rumahnya dan melanjutkan perawatan di rumah masing-masing.

## 4. Hasil

Transisi merupakan kondisi dimana individu mengalami perubahan dari suatu fase perkembangan kehidupan, status maupun lingkungan ke kondisi lain [12]. Transitional care adalah perawatan klien atau pasien dari suatu tempat ke tempat lain yang berbeda pengaturannya atau dari rumah sakit ke rumah [13]. Model transitional care memiliki sembilan komponen yang menjadi dasar pelaksanaan intervensi perawatan transisi terdiri dari: 1) screening, 2) staffing, 3) maintaining relationships, 4) engaging patients and family caregivers, 5) pengkajian dan manajemen resiko/gejala, 6) self management promotion, 7) collaborating, 8) promoting continuity, dan 9) fostering coordination. Berikut ini akan dijelaskan lebih detail mengenai komponen transitional care [14].

Komponen utama yang paling esensial dalam perawatan transisi adalah mengidentifikasi dan menyusun target populasi spesifik dari pasien yang beresiko tinggi untuk mengalami readmisi. Pasien gagal jantung dan pneumonia merupakan pasien yang memiliki resiko tinggi mengalami rehospitalisasi bahkan mengunjungi unit gawat darurat dalam jangka waktu 30 hari setelah pemulangan dari rumah sakit sebelumnya. Resiko yang paling sering menyebabkan pasien mengalami kejadian rawat inap ulang antara lain: pasien yang memiliki lima atau lebih kondisi penyakit kronik, pasien yang beresiko jatuh, pasien yang memiliki ketidakmampuan dalam melakukan activity daily living (ADL), pasien demensia atau memiliki kerusakan kognitif, pasien yang memiliki riwayat masalah gangguan mental dan emosional serta pasien yang dirawat inap dalam 30 hari terakhir atau pasien yang mengalami lebih dari dua kali hospitalisasi dalam enam bulan terakhir [15].

Perawat bertanggungjawab dalam pelayanan perawatan transisi setiap hari sebelum pulang dari rumah sakit termasuk kelalaian setiap anggota tim transisi. Model perawatan transisi menekankan pada pasien dan caregiver ataupun keluarga mereka (patient centered-care) [16]. Perawat transisi mempersiapkan administrasi pasien, melakukan skrining serta pengkajian dengan menggunakan instrumen yang telah disediakan, melakukan wawancara pada pasien dan keluarga untuk memperbaiki strategi pelayanan, mempelajari bagaimana memajemen kasus pada tim, berpartisipasi dalam ronde klinik yang berfokus pada kondisi pasien seperti gagal jantung, diabetes, penyakit paru obstruksi kronik, pasien lanjut usia, perawatan paliatif, home care dan pelayanan kesehatan berbasis komunitas yang diselenggarakan di masyarakat.

Model perawatan transisi harus mempertahankan kepercayaan dan hubungan yang terapeutik antara perawat dan pasien serta keluarganya. Hal ini dapat dibuktikan dengan komunikasi yang efektif baik secara langsung melalui

kunjungan rumah maupun komunikasi tidak langsung melalui telepon. [17]. Keterlibatan pasien dan keluarga atau caregiver perlu dikembangkan dan diimplementasikan dalam perawatan transisi. Selain itu, perawat juga wajib mempromosikan bagaimana mengelola emosi dan perilaku [18]. Perawat transisi harus mengunjungi pasien dalam 24 jam hospitalisasi, setiap hari dan setelah pemulangan dari rumah sakit untuk memastikan kondisi pasien dan keluarga mampu bertransisi dari rumah sakit ke rumah. Fase inisial intervensi terjadi dalam dua bulan pasca hospitalisasi dimana tim transisi harus mengkaji ulang dan follow up pelayanan serta status kesehatan pasien sehingga perawatan tetap berkelanjutan.

Model perawatan transisi ini menghasilkan kejadian rawat inap ulang pasien gagal jantung kongestif yang lebih rendah. Selain itu, pasien yang mengalami rawat inap ulang memiliki durasi lebih panjang antara waktu pemulangan dengan readmissions, serta jumlah hari rawat inap ulang di rumah sakit lebih singkat dari sebelumnya. Pasien yang menerima perawatan transisi sudah terbukti memiliki pengurangan keluhan gejala dan perbaikan kesehatan fisik, status fungsional dan kualitas hidup setelah pulang dari Rumah Sakit [14]. Pasien, caregiver dan atau keluarga akan mengalami peningkatan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan setelah menerima perawatan transisi.

Intervensi perawatan transisi diklasifikasikan secara spesifik berdasarkan taksonomi ke dalam tiga kategori berikut: 1) pre-discharge, 2) post-discharge, dan 3) bridging interventions [15]. Intervensi pre-discharge merupakan tindakan keperawatan dalam konteks pemberian perawatan transisi dari mulai pasien dan keluarga dirawat inap di rumah sakit. Perawat melakukan penilaian risiko efek samping atau resiko mengalami readmissions, mengidentifikasi keterlibatan pasien atau keluarga /caregiver dan membuat catatan pasien secara individual berisi informasi klinis dan pendidikan kesehatan yang disesuaikan dengan bahasa awam untuk digunakan pasien setelah pulang dari rumah sakit [16].

Setelah selesai dirawat inap, perawat tetap melanjutkan perawatan transisi yang menjangkau pasien termasuk tindak lanjut melalui komunikasi langsung dengan kunjungan rumah [17]. Bridging interventions adalah intervensi yang diberikan minimal satu komponen tindakan intervensi pre-discharge dan minimal satu komponen tindakan intervensi setelah pasien kembali dari rawat inap ke rumahnya [18].

## 5. Kesimpulan dan Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan perawatan transisi di ruang rawat inap kardiovaskuler RSUP H. Adam Malik Medan mendapatkan empat tema yaitu: 1) Persepsi partisipan tentang transitional care, 2) Proses pelaksanaan perawatan transisi, dan 3) Hambatan pelaksanaan perawatan transisi dan kolaborasi. Perawat pelaksana belum memiliki persepsi yang sama tentang transitional care karena pemahaman konsep yang masih berbeda-beda.

Perawatan transisi penting diterapkan di rumah sakit untuk mencegah durasi rawat inap ulang yang meningkat pada pasien kronik khususnya lanjut usia, sehingga harus ada suatu protokol yang baku sebagai panduan bagi perawat. Persepsi yang belum sama diantara perawat dapat diatasi dengan melakukan sosialisasi atau studi banding ke rumah sakit yang memiliki karakteristik pasien gagal jantung yang mengalami rawat inap ulang.

## 6. Ucapan Terima Kasih

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh staf di ruang rawat inap kardiovaskuler Pusat Jantung Terpadu RSUP H. Adam Malik Medan serta pasien/keluarga yang telah meluangkan waktunya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

## Referensi

- [1] Riset Kesehatan Dasar 2013 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Diakses: 19 Desember 2016,
- [2] Li J, Cheng S, Cai W, Zhang Z, Liu Q and Xie B 2014 *International Journal of Nursing Science* 1(2014): 157-164
- [3] Dharmarajan K, Hsieh A H, Lin Z, Bueno H and Ross J 2013 *JAMA* 309(4): 355–363
- [4] Findley M, Cha S, Wong E, and Faulkner M 2015 *Journal of Pediatric Nursing* 30:e47–e62.
- [5] Hammond S 2015 *Nurse Leader* 13 (3): 66–70
- [6] Naylor M, Broton D, Campbell R, Maislin G, McCauley and Schwartz S 2004 *Journal of American Geriatric Society*. 2004(52): 675-684
- [7] Hanson C, Aalfs K, and Plonczynski D 2013 *Nursing and Health* 1(3): 47-51.
- [8] Naylor M, and Keating S 2008 *American Journal Nursing*, 108 (9): 58-63
- [9] De Alba I and Amin A 2014 *The Ochsner Journal*, 14(4): 649-654.
- [10] Bradway C, Trotta R, Bixby M, McPartland E, Wollman M and Naylor M 2012 *Gerontologist*, 52(3), 394-407.
- [11] Toles M, Abbott K, Hirschman K and Naylor M 2012 *Journal of Gerontological Nursing*, 38(11):40-47

- [12] Nicholas J and Hall W2011 *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 78(4), 498-508.
- [13] Hirschman K, ShaideE, McCauley, Pauly M adn Naylor M2015 *The Online Journal of Issue in Nursing*, 20(3): 122-125
- [14] KralikD, Visentin Kand Van-LoonA2006 *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3): 320-329.
- [15] RennkeS and Ranji S2015*The Neurohospitalist*, 5(1):35-42
- [16] StaufferB, Fullerton C, Fleming N, Ogola G and Ballard J2011 *Arch Intern MedJournal*, 171(14):1238-1243
- [17] Youn-JungS and Mi-AeY2015 *Journal Korean Academic Nurs*,45 (6): 919-927
- [18] YeZ, Liu M, Cai R, ZhongM, Huang H, Liang M and Quan X2015 *International Journal of Nursing Sciences*, 3(2016): 113-130