

APLIKASI TRANSITION THEORY TERHADAP ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DIABETES MELLITUS DALAM PERENCANAAN PULANG MODEL LIMA LINK-30

Finaryati Aulia^{1)*}, Herlina²⁾, Diah Ratnawati³⁾

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta ^{1,2,3)}

ABSTRAK

Pasien Diabetes Mellitus mengalami transisi situasional yang kompleks saat berpindah dari perawatan rumah sakit keperawatan di rumah. Transisi yang dikelola secara optimal dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan dan menurunkan angka readmisi. *Transition Theory* dari Afaf Ibrahim Meleis memberikan kerangka konseptual untuk memahami dan memfasilitasi proses transisi secara holistik. Artikel ini bertujuan untuk mendeskripsikan *Transition Theory* Meleis dalam asuhan keperawatan pasien Diabetes Mellitus melalui perencanaan pulang yang berkesinambungan dengan model LIMALink-30. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan berbasis teori transisi. Model LIMALink-30 mencakup keterlibatan pasien dan keluarga, identifikasi kebutuhan perawatan, metode tiga langkah perencanaan pulang, evaluasi kesiapan pulang, serta intervensi motivasi dan pemantauan selama 30 hari pasca pulang. Hasil menunjukkan bahwa integrasi *Transition Theory* Meleis dengan perencanaan pulang model LIMALink-30 memperkuat pemahaman perawat terhadap kondisi transisi, pola respon pasien dan kebutuhan dukungan berkelanjutan setelah pulang. Kesimpulan dari studi kasus ini adalah *Transition Theory* Meleis melalui model LIMALink-30 mendukung kesinambungan asuhan keperawatan pasien Diabetes Mellitus. Temuan ini memberikan kerangka kerja bagi institusi pelayanan kesehatan dalam mengembangkan kebijakan perencanaan pulang berkelanjutan dengan pemantauan hingga 30 hari pasca pulang.

Kata kunci: transisi; Meleis; perencanaan pulang; model LIMA; Diabetes Melitus

ABSTRACT

Diabetes Mellitus patients experience a complex situational transition when moving from hospital care to home care. Optimally managed transitions can improve medication adherence and reduce readmission rates. Afaf Ibrahim Meleis' Transition Theory provides a conceptual framework for understanding and facilitating the transition process holistically. This article aims to describe Meleis' Transition Theory in nursing care for Diabetes Mellitus patients through continuous discharge planning using the LIMALink-30 model. The method used is a case study with a transition theory-based nursing care approach. The LIMALink-30 model includes patient and family involvement, identification of care needs, a three-step discharge planning method, evaluation of discharge readiness, and motivational interventions and monitoring for 30 days after discharge. The results indicate that the integration of Meleis' Transition Theory with the LIMALink-30 discharge planning model strengthens nurses' understanding of transition conditions, patient response patterns, and ongoing support needs after discharge. The conclusion of this case study is that Meleis' Transition Theory through the LIMALink-30 model supports continuity of nursing care for Diabetes Mellitus patients. These findings provide a framework for healthcare institutions to develop sustainable discharge planning policies with monitoring up to 30 days post-discharge.

Keywords: transition; Meleis; discharge planning; diabetes mellitus

Alamat korespondensi: Limo, Depok, Jawa Barat 16515
Email: auliafinaryati@gmail.com

PENDAHULUAN

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit metabolisme kronis. Tanda penyakit DM adalah adanya hiperglikemia (Diandra, 2021). Hiperglikemi merupakan akibat dari pankreas yang tidak dapat memenuhi kebutuhan insulin dalam tubuh. DM dibagi menjadi 4 kelompok, yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestasional dan DM tipe lain. Prevalensi pasien dengan Diabetes Mellitus di Indonesia semakin meningkat. Berdasarkan data *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2025 tercatat total kasus diabetes pada orang dewasa di Indonesia sebanyak 20.426.400 dengan prevalensi 11,3%. IDF melaporkan bahwa 11,1 % atau 1 dari 9 populasi dewasa mengidap penyakit diabetes pada tahun 2025. Penatalaksanaan penyakit diabetes adalah mengacu pada lima pilar, yaitu pengendalian gula darah mandiri (PGDM), terapi farmakologi, terapi nutrisi atau diet, terapi aktivitas atau latihan fisik dan edukasi (Soelistijo et al, 2021).

Transisi pasien dari rumah sakit ke rumah menjadi momen penting yang perlu diperhatikan lebih serius. Pemberian dukungan petugas kesehatan kepada pasien yang mengalami transisi dari rumah sakit ke rumah adalah berupa perencanaan pulang (Esteve et al., 2024). Transisi sebagai proses perubahan yang dialami oleh individu, keluarga maupun kelompok, ketika berpindah dari satu kondisi, status atau peran ke kondisi lainnya. Kondisi dipicu oleh perubahan situasi, perkembangan, kondisi kesehatan maupun organisasi pelayanan kesehatan. Transisi merupakan periode kritis yang berpotensi menimbulkan kerentanan apabila tidak dikelola secara optimal, sehingga memerlukan dukungan profesional yang terarah dan berkesinambungan (Alligood, 2014).

Karakteristik pelayanan kesehatan dan strategi implementasi dapat mempengaruhi efektivitas transisi pasien dari rumah sakit ke rumah. Dalam perubahan transisi tersebut diperlukan perencanaan pulang yang sistematis. Model perencanaan pulang dimodifikasi dan disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Perencanaan pulang yang baik dapat mengurangi *Length Of Stay* (LOS) dan readmisi (Akiboye et al., 2021).

Proses perencanaan pulang melibatkan beberapa komponen, yaitu kolaborasi interdisipliner, persiapan kepulangan pasien yang memadai dan pemahaman yang baik mengenai perawatan pasien selama di rumah. Model perencanaan pulang yang melibatkan pasien dan keluarga secara aktif terbukti lebih efektif dibandingkan pendekatan konvensional. Salah satu model perencanaan pulang adalah Model LIMA. Model ini menekankan keterlibatan pasien dan keluarga, identifikasi kebutuhan, penerapan metode tiga langkah serta evaluasi kesiapan pulang. Penelitian yang dilakukan oleh Fitri et al tahun 2020 menunjukkan bahwa penerapan Model LIMA berpengaruh signifikan terhadap kesiapan pulang pasien (Yulia. 2020). Penelitian sebelumnya ini belum mengintegrasikan pemantauan paska pulang untuk menilai keberlanjutan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Kesiapan pasien dan keluarga dalam perencanaan pulang dapat meningkatkan kepatuhan menjalani pengobatan dan mampu mengurangi tingkat readmisi (Nasif, n.d.).

Model perencanaan pulang selanjutnya dikembangkan untuk menguatkan model LIMA. Penguatan ini berupa penambahan intervensi tindak lanjut selama 30 hari paska pulang. Model LIMALink-30 merupakan pengembangan dari model LIMA. Model ini memperkuat hubungan antara layanan rumah sakit dan perawatan di rumah melalui edukasi berkelanjutan, penguatan motivasi dan intervensi selama 30 hari setelah pulang rawat. Artikel ini bertujuan untuk menggambarkan penerapan *Transition Theory*

Meleis dalam asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus melalui pengembangan perencanaan pulang model LIMALink-30.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan metode studi kasus. Penelitian ini berfokus pada asuhan keperawatan yang menitik beratkan penggunaan *Transition Theory* Meleis. Tempat pelaksanaan studi kasus dilaksanakan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Fatmawati. Subjek dari penelitian ini merupakan pasien Diabetes Mellitus usia lebih dari 18 tahun yang sedang dirawat inap dan sedang menjalani terapi insulin. Tujuan dari penulisan adalah memberikan gambaran kasus dengan menerapkan *Transition Theory* Meleis pada perencanaan pulang pasien Diabetes Mellitus. Perencanaan pulang model LIMALink-30 terdiri dari (1) libatkan pasien dan keluarga dalam proses perencanaan pulang, (2) identifikasi kebutuhan perencanaan pulang pasien dan keluarga, (3) penggunaan metode 3 langkah dalam perencanaan pulang (saat pasien pertama dirawat di rumah sakit, satu hari sebelum pasien pulang dan saat hari kepulangan pasien), (4) analisis dan evaluasi kesiapan pasien dan keluarga (Yulia et al., 2020), (5) intervensi motivasi selama 30 hari setelah kepulangan pasien dari rumah sakit. Poin kelima merupakan pengembangan perencanaan pulang model LIMA.

Program diimplementasikan secara sistematis melalui keterlibatan pasien dan keluarga sejak awal perawatan, identifikasi kebutuhan individu, penerapan metode tiga langkah yaitu sejak awal masuk rumah sakit, sehari sebelum pulang dan saat kepulangan, selanjutnya menganalisa dan evaluasi kepulangan serta memberikan intervensi berupa edukasi perawatan Diabetes Mellitus melalui aplikasi. Evaluasi akhir program menggunakan kuesioner *Summary Diabetes Self Care Activities (SDSCA)* untuk mengevaluasi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan Diabetes Mellitus.

Studi kasus ini mempertimbangkan prinsip etik penelitian keperawatan, yaitu otonomi, *beneficience*, *non-maleficience*, keadilan dan kerahasiaan. Pasien dan keluarga diberikan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, alur dan tindak lanjut penelitian serta *informed consent* persetujuan. Asuhan keperawatan diberikan berdasarkan kebutuhan pasien dengan tujuan memberikan manfaat optimal serta meminimalkan risiko yang merugikan pasien. Pasien diperlakukan adil dan dijamin kerahasiaan datanya dengan memberikan kode pada identitas pribadi pasien.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Aplikasi dari *Transition Theory* Meleis dalam perencanaan pulang pasien Diabetes Mellitus melalui Model LIMALink-30 menunjukkan bahwa proses transisi dari perawatan rumah sakit keperawatan di rumah difasilitasi dengan lebih sistematis dan berkelanjutan. Penerapan dalam empat konsep sentral keperawatan, yaitu manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan, diharapkan mampu mempengaruhi keberhasilan transisi pasien.

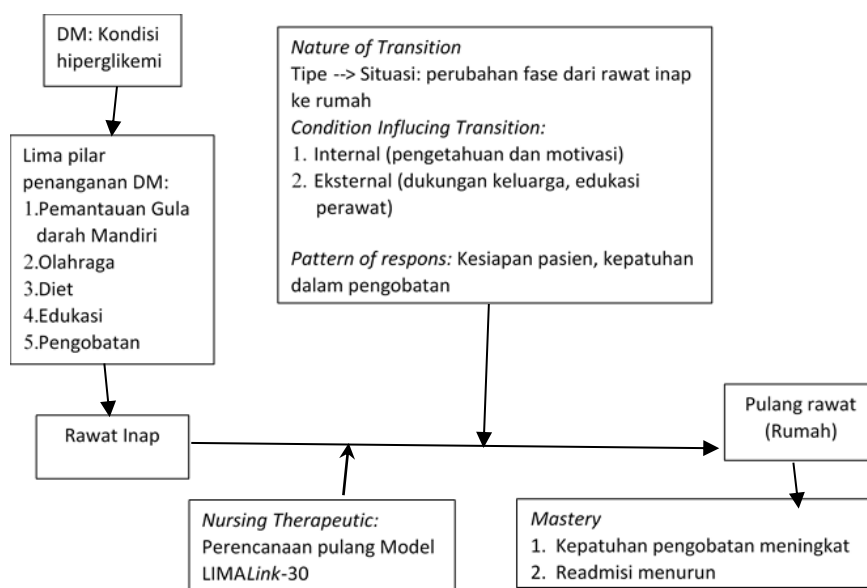
Konsep manusia dalam *Transition Theory* Meleis memandang pasien sebagai individu yang aktif, dinamis dan mampu beradaptasi terhadap perubahan kondisi kesehatan. Transisi situasional pasien Diabetes Mellitus terjadi sebagai akibat dari perubahan status kesehatan. Pasien Diabetes Mellitus pada kondisi akut mengalami transisi pengelolaan penyakit kronis di rumah. Situasi tersebut memerlukan keterlibatan pasien dan keluarga sejak awal perawatan. Manusia perlu meningkatkan kesadaran, pemahaman, dan kesiapan menghadapi perubahan peran dalam perawatan terhadap dirinya. Perencanaan pulang Model LIMALink-30 mendukung konsep tersebut dengan memberdayakan pasien serta keluarga dalam mengambil keputusan, melakukan keterampilan perawatan diri dan penguatan kepercayaan diri pasien dalam menjalani perawatan di rumah.

Konsep kesehatan dalam teori transisi dipandang sebagai ketiadaan penyakit, serta kemampuan individu dalam mencapai stabilitas dan kemandirian fungsional. Pada pasien Diabetes Mellitus, kesehatan diartikan sebagai kemampuan mengendalikan glukosa darah, mematuhi pengobatan serta mencegah komplikasi. Hasil menunjukkan bahwa penerapan perencanaan pulang yang terstruktur membantu pasien memahami lima pilar pengelolaan diabetes. Pemantauan dan intervensi selama 30 hari pasca pulang memperkuat kontinuitas perawatan dan mendukung pencapaian transisi yang sehat sesuai dengan indikator hasil dalam *Transition Theory* Meleis.

Konsep lingkungan mempunyai peran penting sebagai konteks eksternal yang mempengaruhi proses transisi pasien. Lingkungan rumah, dukungan keluarga, akses terhadap fasilitas kesehatan, serta sumber daya sosial menjadi faktor yang dapat memfasilitasi atau menghambat keberhasilan perencanaan pulang. Hasil menunjukkan bahwa identifikasi kondisi lingkungan rumah dan sistem dukungan pasien menjadi dasar dalam penyusunan intervensi perencanaan pulang. Model LIMALink-30 memperkuat hubungan antara lingkungan rumah dan sistem pelayanan kesehatan melalui tindak lanjut pasca pulang, sehingga pasien tetap mendapatkan dukungan meskipun telah berada di luar lingkungan rumah sakit.

Konsep keperawatan dalam *Transition Theory* Meleis menempatkan perawat sebagai fasilitator utama dalam mendukung proses transisi. Perawat berperan dalam mengidentifikasi jenis dan sifat transisi, menilai kondisi yang mempengaruhi transisi, serta merancang intervensi terapeutik yang sesuai. Hasil menunjukkan bahwa peran perawat sebagai edukator, koordinator, dan pendamping menjadi kunci keberhasilan perencanaan pulang pasien Diabetes Mellitus. Melalui Model LIMALink-30, perawat mampu mengintegrasikan edukasi, evaluasi kesiapan pulang, dan pemantauan berkelanjutan, sehingga transisi pasien berlangsung lebih aman dan terarah.

Secara keseluruhan, integrasi empat konsep sentral keperawatan dalam kerangka *Transition Theory* Meleis memperkuat pelaksanaan perencanaan pulang pasien Diabetes Mellitus. Model LIMALink-30 berfungsi sebagai pendekatan operasional yang menjembatani teori dan praktik keperawatan, serta mendukung keberlanjutan asuhan keperawatan dari rumah sakit ke rumah. Pendekatan ini selaras dengan tujuan utama perencanaan pulang, yaitu meningkatkan kesiapan pasien, kepatuhan pengobatan, dan menurunkan risiko readmisi.



Gambar 1. Kerangka Perencanaan Pulang Model LIMALink-30 Berdasarkan *Transition Theory* Meleis

Perencanaan pulang model LIMALink-30 merupakan bentuk pelaksanaan perencanaan pulang yang terstruktur dan terintegrasi sehingga profesional pemberi asuhan dapat berkoordinasi, berkomunikasi dan membuat perencanaan pulang yang baik. Perencanaan pulang pasien merupakan transisi dari lingkungan rawat inap ke lingkungan rumah. Pasien yang awalnya mempunyai dukungan berupa sumber daya rumah sakit selanjutnya mengalami transisi ke rumah (Giovannini et al., 2020). Transisi merupakan proses perubahan dari suatu kondisi ke kondisi lain. Perubahan tersebut berupa perubahan peran, status kesehatan, lingkungan, tanggung jawab. *Transition Theory* Meleis membantu kita memahami tantangan dan merumuskan strategi intervensi agar pemulangan lebih aman, efektif, dan berkelanjutan.

Transisi situasional berdasar *Transition Theory* Meleis, terjadi pada saat pasien berpindah dari rumah sakit ke rumah. Pasien menyesuaikan diri dengan perubahan pola aktivitas hingga intervensi bersifat holistik. Sifat pengalaman transisi meliputi 5 sub komponen, yaitu kesadaran, keterlibatan, perubahan dan perbedaan, rentang waktu, peristiwa penting. Pasien dan keluarga menyadari bahwa pulang ke rumah membawa perubahan situasi yang signifikan. Keterlibatan keluarga dalam mengidentifikasi perubahan peran pasien sejak awal pasien di rumah sakit hingga saat pasien di rumah dapat menjadi situasi penting yang akan terus diingat.

Faktor pendukung perencanaan pulang adalah pengetahuan pasien dan keluarga terkait penyakit, pengobatan, tanda bahaya, dukungan sosial dari keluarga, komunitas, tetangga, akses ke layanan primer, *home care*, *telehealth*, koordinasi interdisipliner (Rahayu, 2024). Sedangkan faktor yang menghambat perencanaan pulang adalah kurangnya pemahaman pasien dan keluarga, keterbatasan sumber daya secara finansial, transportasi, akses obat, jarak dan akses ke fasilitas kesehatan, kurangnya dukungan sosial atau *caregiver* yang mampu, kompleksitas penyakit, komorbiditas, ketergantungan fungsi tinggi.

Hubungan terapeutik antara perawat dan klien yang terjalin efektif saat perencanaan pulang terjadi secara simultan. Indikator keberhasilannya adalah pasien patuh menjalani pengobatan, kesehatan meningkat sehingga angka penerimaan kembali ke rumah sakit menurun.

Aplikasi Transition Theory Meleis terhadap Perencanaan Pulang Model LIMALink-30 pada Pasien Diabetes Mellitus

Seorang wanita berumur 50 tahun datang ke IGD dengan keluhan lemas, kesadaran compos mentis, keadaan umum tampak lemah, hasil cek GDS dengan glukometer adalah high. Pasien mempunyai riwayat penyakit Diabetes Mellitus dan gagal ginjal dengan cuci darah rutin tiap 2 kali seminggu. Hasil pengukuran tanda-tanda vital saat datang adalah TD 160/90 mmHg, nadi 103 x/menit, frekuensi nafas 22 x/menit, saturasi oksigen 98% dengan room air. Obat rutin yang dikonsumsi pasien adalah asam folat 1x1 mg, CaCO₃ 3x1, bicnat 3x1, amlodipin 1x10 mg, humalog pen 3x6 unit dan lantus 8 mg.

Pengkajian

Pada tahap pengkajian, perawat melakukan anamnesa menyeluruh terhadap kondisi pasien, baik secara fisik, psikologis dan sosial. Pengkajian pasien dalam kasus tersebut menunjukkan adanya hiperglikemia dan kelelahan pasien dengan penyakit kronis. Gula darah yang tinggi memungkinkan terjadinya komplikasi DM yaitu gagal ginjal. Kontrol gula darah yang tidak optimal selama perawatan di rumah menjadi salah satu faktor penyebab pasien datang ke rumah sakit. Perawat perlu menggali lebih dalam mengenai pengetahuan pasien dan keluarga terhadap pemantauan gula darah mandiri, pengobatan DM dan diet yang dijalani

Diagnosis Keperawatan

Tahapan diagnosis keperawatan merupakan fokus dari permasalahan yang dihadapi pasien. Dalam menetapkan diagnosis keperawatan, Meleis menjelaskan bahwa selama transisi, pasien mengalami perubahan yang membutuhkan dukungan dan pengelolaan yang baik. Dalam konteks ini, diagnosis keperawatan harus mengakomodir masalah fisik dan psikologis yang dialami pasien selama transisi mereka keluar dari rumah sakit.

Diagnosa keperawatan menggunakan pedoman buku Standar diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Dalam kasus ini adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dan intoleransi aktivitas. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan gangguan metabolik ditandai dengan hiperglikemia. Faktor kelelahan akibat kondisi tubuh yang lemah dapat mengganggu aktivitas fisik pasien, sehingga muncul diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas.

Intervensi Keperawatan:

Intervensi keperawatan merupakan langkah-langkah yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah kesehatan yang teridentifikasi melalui diagnosis. Pada model perencanaan pulang, intervensi yang dilakukan harus melibatkan pasien dan keluarga untuk memastikan keberhasilan transisi. Intervensi disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah, perawat dapat merencanakan manajemen hiperglikemia. Intervensi keperawatan yang digunakan adalah melakukan monitoring kadar gula darah secara periodik. Pada kondisi pasien yang tidak stabil, cek gula darah sewaktu (GDS) dilakukan tiap jam. Jika dalam pemantauan GDS diperoleh hasil normal dengan kisaran 100-180 mg/dL selama tiga kali berturut-turut, maka pemantauan GDS dapat dilakukan setiap 4 jam atau sesuai kebutuhan (Soelistijo et all, 2021).

Pada kondisi pasien hiperglikemia, dokter biasanya menginstruksikan pemberian resusitasi cairan kristaloid hingga 2000 ml. Pada kasus ini, pasien mempunyai diagnosis penyerta gagal ginjal dan sedang menjalani cuci darah. Resusitasi tidak diberikan pada pasien tersebut, agar beban ginjal tidak semakin memberat. Intervensi yang lain adalah kolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin, memantau hasil keton darah dan pasien perlu dilakukan pemeriksaan analisa gas darah. Hasil analisa gas darah untuk mengetahui ada tidaknya asidosis. Intervensi mandiri perawat adalah mengatur posisi semi fowler untuk mempertahankan respirasi adekuat.

Intervensi keperawatan bertujuan untuk menyiapkan pasien dan keluarga dalam menghadapi masa transisi perawatan dari rumah sakit ke rumah. Indikator keberlangsungan proses transisi tersebut adalah merasa terhubung dengan sistem atau lingkungan yang baru, mampu berinteraksi secara efektif, pemahaman terhadap posisi dan peran baru, adanya rasa percaya diri dan kemampuan mengatasi perubahan. Meleis menekankan pentingnya pemantauan kondisi pasien selama transisi untuk memberikan dukungan dan edukasi yang diperlukan.

Penatalaksanaan penyakit DM mengacu pada lima pilar, yaitu pengendalian gula darah mandiri (PGDM), terapi farmakologi, terapi nutrisi atau diet, latihan fisik dan edukasi (Soelistijo et all, 2021). Petugas kesehatan interdisipliner memberikan penatalaksanaan lima pilar tersebut kepada pasien DM. Selanjutnya pasien akan melanjutkan tatalaksana tersebut di rumah agar terjadi kesinambungan perawatan. Edukasi kepada pasien dan keluarga mempunyai peran penting dalam mempersiapkan kepulangan pasien. Perencanaan pulang yang diberikan dengan baik dapat meningkatkan kepatuhan menjalani pengobatan dan mengurangi angka penerimaan ke rumah sakit.

Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan dari intervensi yang telah direncanakan. Meleis menjelaskan bahwa selama transisi, dukungan aktif dari pasien dan keluarga sangat penting. Perawat melibatkan keluarga dalam perawatan pasien untuk mendukung keberhasilan transisi. Kebutuhan perencanaan pulang mampu memfasilitasi proses adaptasi dari lingkungan rumah sakit ke rumah.

Implementasi dilakukan secara sistematis dan terstruktur agar tujuan dari tindakan keperawatan tercapai sesuai rencana. Implementasi yang dilakukan perawat adalah berupa edukasi terstruktur, latihan keterampilan tindakan mandiri dan koordinasi tindak lanjut. Edukasi terstruktur mengenai pemantauan gula darah mandiri, pengaturan diet, kepatuhan minum obat atau konsumsi insulin, mencegah komplikasi dan penanganan kegawatan diabetes. Edukasi dilaksanakan oleh edukator Diabetes kepada pasien dan keluarga yang sedang menunggu pasien. Sedangkan, latihan keterampilan tindakan mandiri yang dapat diajarkan perawat kepada pasien dan keluarga adalah cara menyuntikkan insulin, cara mengecek gula darah, perawatan kaki diabetik, mengolah masakan untuk diabetesi (Soelistijo et al., 2021). Koordinasi tindak lanjut yaitu berupa motivasi dan pemberian intervensi melalui kontak telepon, whatsapp group, link zoom setelah pasien pulang dari rumah sakit.

Evaluasi

Evaluasi adalah tahap untuk menilai apakah implementasi yang dilakukan sudah efektif dan apakah tujuan keperawatan tercapai. Evaluasi dilakukan pada setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi akhir untuk pasien DM adalah bagaimana kesiapan pasien dan keluarga dalam menjalani pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Selanjutnya pasien dan keluarga diidentifikasi kesiapannya dalam menghadapi perawatan di rumah. Perencanaan pulang yang efektif berguna untuk memastikan bahwa pasien dan keluarga dapat menjalani perawatan diri di rumah. Kesiapan pulang yang mantap diharapkan pasien mampu patuh menjalani pengobatan dan angka readmisi menurun.

Evaluasi menurut teori Meleis dilakukan untuk melihat seberapa efektif transisi pasien ke rumah dan bagaimana pasien merespons perubahan perawatan yang diterapkan. Pemantauan pasca-pulang dan tindak lanjut sangat penting dalam menilai keberhasilan transisi, dan ini tercapai melalui evaluasi yang terus-menerus. Pemantauan dilakukan dengan cara memberikan link aplikasi DiaMon kepada pasien dan keluarga. Aplikasi DiaMon berisi edukasi seputar Diabetes, yaitu jadwal pengingat obat, materi berbentuk power point dan video edukasi, panduan menghitung Indeks Massa Tubuh dan menghitung kalori yang disertai contoh menu harian berbentuk gambar.

Analisis Kasus:

Kasus pasien berusia 50 tahun dengan Diabetes Melitus dan gagal ginjal kronik yang datang ke IGD dengan hiperglikemia menandakan hubungan kuat antara hiperglikemia akut dan komplikasi ginjal pada populasi DM kronis. Laporan klinis sebelumnya menunjukkan bahwa hiperglikemia yang tidak terkontrol meningkatkan risiko terjadinya gagal ginjal kronik. Kondisi tersebut memerlukan penanganan khusus untuk mengoptimalkan kontrol glukosa dan menurunkan progresi penyakit ginjal (Huang et al., 2024).

Penelitian lain menegaskan bahwa pasien Diabetes Mellitus dengan gagal ginjal kronik membutuhkan strategi manajemen glukosa dan tekanan darah yang komprehensif karena kondisi ginjal yang menurunkan kemampuan tubuh mengelola glukosa dan obat, sehingga berkontribusi pada variabilitas glukosa darah yang lebih besar-fenomena yang relevan dengan presentasi hiperglikemia akut pada kasus ini (Ambalavanan J, 2025). Pada jurnal lain menunjukkan bahwa Diabetes Mellitus merupakan penyebab utama gagal ginjal kronik dan sering kali bersamaan dengan hipertensi, yang memperburuk

fungsi ginjal hingga tahap gagal ginjal yang memerlukan hemodialisa ("Association between Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease Incidence," 2024).

Analisis ini menunjukkan bahwa kondisi hiperglikemia akut pada pasien Diabetes Mellitus dengan gagal ginjal kronik mencerminkan kebutuhan akan pendekatan multidisiplin, termasuk pemantauan glukosa yang ketat, kontrol tekanan darah dan edukasi pasien dalam kepatuhan menjalani pengobatan. Penanganan kegawatan diabetik saat pasien berada di IGD perlu monitoring ketat. Setelah pasien stabil yang ditandai dengan kadar glukosa darah menurun, tanda-tanda vital relatif stabil, pasien masih dalam kondisi sadar selanjutnya pasien dipindahkan ke ruang rawat inap. Berikan edukasi saat awal sebagai wujud dari aplikasi perencanaan model LIMALink-30. Selanjutnya pasien masuk ruang rawat inap dan berikan perencanaan pulang hingga hari pemulangan pasien. Berikan edukasi mengenai keberlanjutan perawatan di rumah.

Petugas akan memberikan motivasi intervensi selama 30 hari setelah kepulangan pasien (Soh et al., 2020). Relevansi perencanaan pulang Model LIMALink-30:

1. Libatkan pasien dan keluarga dalam proses perencanaan pulang

Menurut Meleis (2010), keberhasilan transisi bergantung pada keterlibatan (*engagement*) pasien dan keluarga sejak awal proses perubahan. Keterlibatan ini meningkatkan kesadaran, rasa memiliki, dan kemampuan adaptasi pasien terhadap perubahan status dari "pasien rawat inap" menjadi "individu yang mandiri di rumah".

Perawat berperan sebagai fasilitator yang membantu pasien memahami perubahan peran dan tanggung jawab baru. Perubahan meliputi pemantauan gula darah mandiri, pengobatan, diet, aktivitas. Identifikasi anggota keluarga yang mampu melakukan perawatan pasien di rumah. Dukungan emosional dan edukasi berbasis kolaborasi memperkuat kesiapan transisi. Tanyakan pemahaman pasien dan keluarga tentang penyakit DM, rutinitas pengobatan, dan pola makan. Berikan fasilitasi berupa *shared decision-making* yaitu berupa waktu kontrol berikutnya, bagaimana mengatur jadwal obat dan siapa yang membantu di rumah.

2. Identifikasi kebutuhan perencanaan pulang pasien dan keluarga

Identifikasi kondisi yang memfasilitasi atau menghambat dalam transisi pasien ke rumah. Aspek yang diidentifikasi mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, lingkungan, dan sistem dukungan. Aspek fisik yang dinilai adalah kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri seperti makan atau minum, berpindah atau mobilisasi, kemampuan menyuntikkan insulin.

Pada sisi psikologis, pasien diberikan penilaian mengenai kecemasan, seperti kecemasan terhadap kekambuhan, takut salah menyuntik insulin, kekhawatiran terhadap efek negatif pengobatan. Identifikasi kemampuan ekonomi pasien dalam ketersediaan diit di rumah, lingkungan rumah, dan bagaimana pemahaman pasien mengenai Diabetes Mellitus. Hasil identifikasi dianalisa dan menjadi pedoman bagi perawat untuk merancang intervensi berikutnya.

3. Metode Tiga Langkah dalam Perencanaan Pulang

Perencanaan pulang Model LIMALink-30 dilakukan dalam tiga fase, yaitu:

a. Saat pasien pertama kali dirawat

Perencanaan pulang yang dilakukan di awal perawatan bertujuan untuk membangun kesadaran dan keterlibatan awal (*awareness & engagement*). Petugas yang terlibat dalam perencanaan pulang melibatkan interdisipliner, yaitu dokter, perawat, petugas gizi dan ahli farmasi. Dalam hal ini perawat memberikan pengetahuan dasar tentang penyakit Diabetes Mellitus dan tujuan perawatan, mengenali pola hidup pasien sebelum sakit (diet, aktivitas, kepatuhan obat), mengidentifikasi anggota keluarga yang akan membantu perawatan di rumah, mencatat hambatan potensial pasien seperti ketersediaan alat glukometer.

b. Satu hari sebelum pasien pulang

Tujuan penerapan metode ini adalah memantapkan kesiapan dan mengurangi ketidakpastian (*change & difference*). Perawat melakukan *review* terhadap pengetahuan pasien mengenai perawatan diri seperti cara menyuntik insulin, diet, olahraga, mengenali tanda hipoglikemia.

c. Hari kepulangan pasien

Tujuan dalam metode ini adalah memastikan transisi berjalan aman dan terkoneksi dengan sistem dukungan (*healthy transition*). Perawat meninjau kembali kesiapan kepulangan pasien, misalnya apakah sudah paham jadwal pemberian obat, diit, jadwal kontrol dan jelaskan kapan pasien harus kembali ke rumah sakit. Berikan akses kontak perawat atau edukator diabetes untuk konsultasi lebih mendalam.

4. Analisis dan evaluasi kesiapan pasien dan keluarga

Indikator proses (*patterns of response*) untuk menganalisa dan mengevaluasi kesiapan pasien dan keluarga. Perawat memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk menjelaskan penyakit, pengobatan yang dibutuhkan, tanda dan gejala yang harus dilaporkan, mendemonstrasikan pengobatan dan keterampilan yang akan dilakukan di rumah. Perawat mendokumentasikan setiap pendidikan kesehatan yang dilakukan kepada pasien dan keluarga.

5. Lanjutan intervensi motivasi selama 30 hari pasca pulang rawat

Proses transisi dari rumah sakit ke rumah telah dimulai. Pasien diharapkan dapat melakukan perawatan diri di rumah dengan dibantu keluarga sesuai perencanaan pulang yang telah diberikan. Perawat melakukan kontak telepon dan whatsapp untuk memonitor dan memberikan penguatan motivasi. Motivasi berbentuk sebuah aplikasi *Diabetes Monitoring* (DiaMON) yang dapat diakses oleh pasien DM post rawat inap. Aplikasi DiaMON memiliki fitur pemantauan gula darah mandiri, pemantauan kepatuhan pasien menjalani pengobatan, pengaturan diet DM sesuai penghitungan jumlah kebutuhan kalori, aktivitas fisik, komplikasi DM. Tujuan pembuatan aplikasi DiaMON adalah untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan DM dan mengurangi angka penerimaan kembali ke rumah sakit.

Masalah pasien

Pasien DM dengan komplikasi seperti gagal ginjal. Setelah pasien dipulangkan dari rumah sakit, pasien akan mulai beradaptasi dari lingkungan rumah sakit ke rumah. Petugas kesehatan dari multidisiplin melakukan perencanaan pulang yang terintegrasi dan sistematis. Perencanaan pulang dengan metode tiga langkah yaitu sejak awal pasien masuk rumah sakit, sehari sebelum kepulangan dan saat hari kepulangan. Respon pasien mulai percaya diri melakukan perawatan diri di rumah bersama keluarga. Pasien menunjukkan penguasaan dalam manajemen diabetes di rumah. Dukungan perencanaan pulang berlanjut hingga satu bulan pasca rawat inap. Dukungan tersebut berupa konsultasi dalam grup whatsapp dan panggilan telepon sesuai dengan waktu yang telah disepakati.

Perawat mengidentifikasi masalah perubahan kondisi pasien dari transisi rumah sakit ke rumah. Masalah yang muncul berupa ketidaksiapan menghadapi perubahan peran, kecemasan terhadap kemampuan perawatan diri, kurangnya dukungan sosial di lingkungan dan kurangnya pemahaman terhadap regimen terapi. Teori Meleis menjelaskan bahwa transisi bersifat perubahan situasi. Transisi disebut sebagai proses internal untuk berpindah dari satu fase, kondisi atau status kehidupan ke fase, kondisi atau status lainnya. Terjadinya transisi merupakan hasil interaksi individu dengan lingkungannya dan dipicu oleh peristiwa perkembangan, situasional, organisasi atau terkait kesehatan. Respons terhadap pemicu ini dipengaruhi oleh faktor pribadi yang mencakup makna yang melekat pada individu, keyakinan dan sikap budaya, status sosial ekonomi, persiapan dan pengetahuan tentang perubahan, dan faktor komunitas dan masyarakat yang berlaku selama perubahan yang memfasilitasi atau menghambat respons mereka.

Aspek Positif

Aspek positif dari *Transition Theory* Meleis adalah pasien mampu beradaptasi terhadap perubahan kondisi dari sakit ke kondisi sehat. Kondisi sehat disertai dengan penyakit kronis Diabetes Mellitus dengan kemampuan patuh menjalani pengobatan di rumah. Pasien dan keluarga mampu beradaptasi selama masa transisi. Peran petugas kesehatan dalam hal ini adalah memberikan edukasi kesehatan, dukungan emosional, meningkatkan keterlibatan keluarga, penguatan perawatan diri pasien dan koordinasi lintas layanan kesehatan. Petugas kesehatan terdiri dari berbagai disiplin ilmu yaitu dokter, perawat, ahli gizi dan fisioterapis.

Aspek Negatif

Aspek negatif dari aplikasi *Transition Theory* Meleis adalah melibatkan berbagai multidisiplin ilmu, sehingga perlu adanya komunikasi dan koordinasi yang baik. Transisi memerlukan waktu yang cukup dan sumber daya yang lebih banyak. Dalam praktik di fasilitas kesehatan memerlukan pemahaman teori dari beberapa disiplin ilmu tersebut, sehingga diperlukan pelatihan khusus mengenai *Transition Theory* Meleis. Faktor sosial ekonomi yang kurang akan menghambat keberhasilan proses transisi.

KESIMPULAN

Perencanaan pulang Model LIMALink-30 yang diturunkan dari *Transition Theory* Meleis membantu perawat dalam hal melihat kepulangan pasien bukan sebagai akhir perawatan tetapi proses transisi yang sistematis kelanjutan perawatan diri pasien. Pendekatan ini melibatkan kolaborasi dari pasien dan keluarga. Penilaian terhadap kondisi dan kesiapan pasien serta keluarga. Selain itu, perawat dapat menganalisa dan mengevaluasi kebutuhan pasien dan keluarga di rumah. Monitoring dan intervensi setelah 30 hari kepulangan sangat penting untuk membantu transisi pasien. Kondisi transisi merupakan fase kritis dimana pasien dan keluarga perlu dilakukan pendampingan dalam pengobatan.

Transition Theory Meleis dan penerapan model perencanaan pulang sangat berkaitan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada pasien diabetes mellitus. Proses transisi ini membantu pasien untuk mengelola diabetes dengan lebih baik setelah keluar dari rumah sakit, dengan pemantauan kondisi fisik, psikologis dan sosial yang cermat serta dukungan keluarga yang intensif. Perencanaan pulang yang berkelanjutan tidak hanya diberikan perawatan selama di rumah sakit, tetapi juga dilengkapi dengan keterampilan dan pengetahuan untuk merawat diri mereka di rumah, meminimalkan risiko komplikasi, dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan.

Penerapan perencanaan pulang dengan modifikasi Model LIMALink-30 berbasis *transition theory* terbukti efektif pada pasien Diabetes Melitus. Keterlibatan pasien dan keluarga saat perencanaan pulang menguatkan kesiapan dalam masa transisi dari rumah sakit ke rumah. Petugas kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi dan fisioterapi memberikan bekal pengetahuan kepada pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga mampu mengidentifikasi kebutuhan yang diperlukan saat di rumah. Metode 3 langkah dalam perencanaan pulang yaitu saat awal pasien masuk ke rumah sakit, sehari sebelum kepulangan dan saat hari kepulangan pasien terprogram dengan baik. Tahap selanjutnya adalah menganalisa dan mengevaluasi kesiapan pulang. Pada tahap akhir yaitu berupa dukungan pasca rawat inap dengan pemanggilan telepon dan *chat* di grup *whatsapp* untuk menguatkan edukasi.

SARAN

Penerapan *Transition Theory* Meleis dapat diterapkan dalam praktik keperawatan pasien dengan penyakit kronik seperti Diabetes Mellitus. Perawatan yang berkesinambungan sejak awal pasien masuk

rumah sakit, saat rawat inap, hingga pulang rawat bahkan saat pasien di rumah. Perawat diharapkan mulai melakukan perencanaan pulang sejak awal pasien masuk rumah sakit. Perencanaan pulang melibatkan keluarga untuk melanjutkan perawatan di rumah. Kesiapan pasien dan keluarga dalam perencanaan pulang dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan dan menurunkan kejadian readmisi. Institusi pelayanan kesehatan perlu mengembangkan standar operasional prosedur perencanaan pulang yang berbasis tindak lanjut hingga 30 hari perawatan di rumah. Dukungan manajemen pelayanan kesehatan diperlukan untuk menjamin kesinambungan asuhan keperawatan.

REFERENSI

- Akiboye, F., Sihre, H. K., Al Mulhem, M., Rayman, G., Nirantharakumar, K., & Adderley, N. J. (2021). Impact of diabetes specialist nurses on inpatient care: A systematic review. *Diabetic Medicine*, 38(9), 1–11. <https://doi.org/10.1111/dme.14573>
- Ambalavanan J, C. M. (2025). Management of Diabetes in Patients with Chronic Kidney Disease. *Endocrin Research*, 50 (2), 65–75. <https://doi.org/10.1080/07435800.2025.2473896>. Epub 2025 Mar 21. PMID: 40119502.
- Association between type 2 diabetes and chronic kidney disease incidence. (2024). *International Journal of Health and Pharmaceutical*.
- Diandra. (2021). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia*.
- Esteve, L. M. A., Padilla, B. I., Pichardo-Lowden, A., Granados, I., Carlson, S., & Corsino, L. (2024). A pilot study testing a new transition of care model from hospital to the community for Hispanic/Latino adults with diabetes to reduce emergency department visits and hospital readmissions. *Pilot and Feasibility Studies*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40814-024-01534-z>
- Giovannini, S., Tamburrano, A., Sganga, F., Serra, M. L., & Loreti, C. (2020). A new model of multidimensional discharge planning : continuity of care for frail and complex inpatients. 13009–13014.
- Huang, C. T., Muo, C. H., Sung, F. C., & Chen, P. C. (2024). Risk of chronic kidney disease in patients with a hyperglycemic crisis as the initial presentation of type 2 diabetes. *Scientific Reports*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-67678-3>
- Nasif. (n.d.). *Hubungan Pengetahuan Terhadap Kepatuhan Penggunaan Obat Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2*. Adab. https://www.google.co.id/books/edition/HUBUNGAN_PENGETAHUAN_TERHADAP_KEPATUHAN/0nfWEAAAQBAJ?hl=id&gbpv=0
- Rahayu, S. (2024). Hubungan Pengetahuan dan Sikap terhadap Perilaku Perawat dalam Perencanaan Pasien Pulang (Discharge Planning). *Faletehan Health Journal*, 11(01), 33–38. <https://doi.org/10.33746/fhj.v11i01.691>
- Soelistijo et all. (2021). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia*. In *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia* (1st ed.). <https://pbperkeni.or.id/wp-content/uploads/2021/11/22-10-21-Website-Pedoman-Pengelolaan-dan-Pencegahan-DMT2-Ebook.pdf>
- Soh, J. G. S., Wong, W. P., Mukhopadhyay, A., Quek, S. C., & Tai, B. C. (2020). Predictors of 30-day unplanned hospital readmission among adult patients with diabetes mellitus: A systematic review with meta-analysis. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001227>
- Yulia, F. E., Wahyuni, D., & Herliawati. (2020). Pengembangan Perencanaan Pulang Model Lima Development Of The Lima Discharge Planning Model. *Jurnal Kesehatan Saelmakers Perdana*, 3(2), 186–197.