

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Gagal Jantung Kongestif

##### 1. Pengertian

Gagal jantung kongestif (CHF) adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh akan oksigen dan nutrisi (Black dan Hawks, 2009). Gagal jantung kongestif merupakan sindrome klinis yang kompleks yang dikarakteristikan sebagai disfungsi ventrikel kanan, ventrikel kiri atau keduanya, yang menyebabkan perubahan pengaturan neurohormonal. Sindrom ini biasanya diikuti dengan intoleransi aktifitas, retensi cairan dan upaya untuk bernapas normal. Umumnya terjadi pada penyakit jantung stadium akhir setelah miokard dan sirkulasi perifer mengalami kelelahan akibat berkurangnya kapasitas cadangan oksigen dan nutrisi serta sebagai akibat mekanisme kompensasi (Crawford, 2009).

##### 2. Etiologi

Gagal jantung kongestif disebabkan oleh disfungsi miokardial dimana jantung tidak mampu untuk mensuplai darah yang cukup untuk mempertahankan kebutuhan metabolik jaringan perifer dan organ-organ tubuh lainnya. Gangguan fungsi miokard sebagai akibat dari miokard infark akut (MI), *prolongeed cardiovascular stress* (hipertensi dan penyakit katub), toksin (ketergantungan alkohol) atau infeksi (Crawford, 2009).

Etiologi gagal jantung kongestif dapat dibedakan dalam kelompok dalam yang terdiri dari kerusakan kontraktilitas ventrikel, peningkatan afterload, dan kerusakan relaksasi dan pengisian ventrikel (kerusakan pengisian diastolik). Kerusakan kontraktilitas dapat disebabkan oleh *coronary artery disease* (miokard infark dan transient miokard iskemia), *chronic volume overload* (mitral dan aorta regurgitasi), dan *cardiomyopathies*. Peningkatan *afterload* terjadi karena stenosis aorta,

mitral regurgitasi, hipervolemia, ventrikel septal defek, paten duktus arteriosus dan tidak terkontrolnya hipertensi berat. Sedangkan kerusakan fase diastolik ventrikel disebabkan karena hipertropfi ventrikel kiri, *restrictive cardiomyopathy*, fibrosis miokard, *transient myocardial ischemia*, konstriksi perikardial atau tamponade (Lilly, 2011).

### 3. Patofisiologi

Patofisiologi gagal jantung kongestif diuraikan berdasarkan tipe yang dibedakan atas gagal jantung akut dan kronik, gagal jantung kanan dan kiri, *high output and low output heart failure, backward and forward heart failure*, serta gagal jantung sistolik dan diastolik (Crawford, 2009). Sebagian besar kondisi gagal jantung kongestif dimulai dengan kegagalan ventrikel kiri dan dapat berkembang menjadi kegagalan kedua ventrikel. Hal ini terjadi karena kedua ventrikel jantung berfungsi sebagai dua sistem pompa jantung yang berbeda fungsi satu sama lain (Ignatavicius & Workman, 2010).

Kegagalan ventrikel kiri terjadi karena ketidakmampuan ventrikel untuk mengeluarkan isinya secara adekuat sehingga menyebabkan terjadinya dilatasi, peningkatan volume akhir diastolik dan peningkatan tekanan intraventrikuler pada akhir diastolik. Hal ini berefek pada atrium kiri dimana terjadi ketidakmampuan atrium untuk mengosongkan isinya kedalam ventrikel kiri dan selanjutnya tekanan pada atrium kiri akan meningkat. Peningkatan ini akan berdampak pada vena pulmonal yang membawa darah dari paru-paru ke atrium kiri dan akhirnya menyebabkan kengesti vaskuler pulmonal (Hudak & Gallo, 2011).

Kegagalan jantung kanan sering kali mengikuti kegagalan jantung kiri tetapi bisa juga disebabkan oleh karena gangguan lain seperti atrial septal defek dan cor pulmonal (Lilly, 2011; Crawford, 2009). Pada kondisi kegagalan jantung kanan terjadi after load yang berlebihan pada ventrikel kanan karena peningkatan tekanan vaskular pulmonal sebagai akibat dari disfungsi ventrikel kiri, ketika ventrikel kanan mengalami kegagalan, peningkatan tekanan diastolik akan berbalik arah ke atrium

kanan yang kemudian menyebabkan terjadinya kongesti vena sistemik (Lilly, 2011).

Beberapa kasus gagal jantung kongestif ditemukan *low output*, sebaliknya *high output heart failure* sangat jarang terjadi, biasanya dihubungkan dengan kondisi hiperkinetik sistem sirkulasi yang terjadi karena meningkatnya kebutuhan jantung yang disebabkan oleh kondisi lain seperti anemia atau tirotoksikosis. Vasokonstriksi dapat terjadi pada kondisi *low output heart failure* sedangkan *high output heart failure* terjadi vasodilatasi. Tipe *backward* gagal jantung kongestif merupakan kondisi dimana terjadi peningkatan dalam sistem pengosongan satu atau kedua ventrikel. Tidak adekuatnya *cardiac output* pada sistem forward disebut sebagai *forward heart failure* (Crawford, 2009).

Tipe *diastolic heart failure (heart failure with preserved left ventricular function)* terjadi ketika ventrikel kiri tidak dapat berelaksasi secara adekuat selama fase diastole. Tidak adekuatnya relaksasi atau *stiffening* ini mencegah pengisian darah secukupnya oleh ventrikel yang menjamin adekuatnya *cardiac output* meskipun ejeksi fraksi lebih dari 40% tetapi ventrikel sering mengalami kekurangan kemampuan untuk memompakan darah karena banyaknya tekanan yang dibutuhkan untuk mengeluarkan isi jantung sesuai jumlah yang dibutuhkan pada kondisi jantung dalam keadaan sehat (Ignatavicius & Workman, 2010).

#### 1. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang ditemui pada pasien dengan gagal jantung kongestif berdasarkan tipe CHF itu sendiri, yang terdiri dari (Lilly, 2011; Ignatavicius & Workman, 2010):

##### a. Gagal jantung kiri

Manifestasi klinis gagal jantung kiri dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu penurunan curah jantung dan kongesti pulmonal. Penurunan curah jantung memberikan manifestasi berupa kelelahan, oliguria, angina, konfusi, dan gelisah, takikardi dan palpitasi, pucat, nadi perifer melemah, dan akral dingin. Kongesti pulmonal

memberikan manifestasi klinis berupa batuk yang bertambah buruk saat malam hari (*paroxymal noctural dyspnea*), dispnea, krakels, takipnea, orthopnea.

b. Gagal jantung kanan

Gagal jantung kanan manifestasi klinisnya adalah kongesti sistemik yaitu berupa: distensi vena jugularis, pembesaran hati dan lien, anoreksia dan nausea, edema menetap, distensi abdomen, bengkak pada tangan dan jari, poliuri, peningkatan berat badan, peningkatan tekanan darah (karena kelebihan cairan) atau penurunan tekanan darah ( karena kegagalan pompa jantung).

c. Gagal jantung kongestif

Manifestasi pada gagal jantung kongestif adalah terjadinya kardiomegali, dan regurgitasi mitral/trikuspid sekunder. Penurunan otot skelet bisa substansial dan menyebabkan fatigue, kelelahan dan kelemahan.

2. Klasifikasi

Klasifikasi CHF yang digunakan di kancah internasional untuk mengelompokkan gagal jantung kongestif adalah klasifikasi menurut *New York Heart Association* (NYHA). NYHA mengkasifikasikan CHF menurut derajat dan beratnya gejala yang timbul (AHA, 2012).

a. NYHA I

Aktivitas fisik tidak mengalami pembatasan. Ketika melakukan aktivitas biasa tidak menimbulkan gejala lelah, palpitasi, sesak nafas atau angina.

b. NYHA II

Aktivitas fisik sedikit terbatas. Ketika melakukan aktivitas biasa dapat menimbulkan gejala lelah, palpitasi, sesak nafas atau angina tetapi akan merasa nyaman ketika istirahat.

c. NYHA III

Ditandai dengan keterbatasan-keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Ketika melakukan aktivitas yang sangat ringan dapat

menimbulkan lelah, palpitasi, sesak nafas.

d. NYHA IV

Tidak dapat melakukan aktivitas dikarenakan ketidaknyamanan. Keluhan-keluhan seperti gejala insufisiensi jantung atau sesak nafas sudah timbul pada waktu pasien beristirahat. Keluhan akan semakin berat pada aktivitas ringan.

3. Komplikasi

Komplikasi gagal jantung kongestif yang mungkin terjadi adalah:

a. Syok kardiogenik

Syok kardiogenik merupakan stadium akhir disfungsi ventrikel kiri dari gagal jantung. Terjadi bila ventrikel kiri mengalami kerusakan yang luas, otot jantung kehilangan kekuatan kontraktilitasnya, menimbulkan penurunan curah jantung dengan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung, otak, ginjal) (Smeltzer & Bare, 2013).

b. Episode tromboemboli

Kurangnya mobilitas pasien penyakit jantung dan adanya gangguan sirkulasi yang menyertai kelainan ini berperan dalam pembentukan trombus intrakardial dan intravaskuler. Begitu pasien meningkatkan aktifitasnya setelah mobilitas lama sebuah trombus dapat terlepas (embolus) dan dapat terbawa ke otak, ginjal, usus dan paru (Smeltzer & Bare, 2013).

c. Efusi perikardial dan tamponade jantung

Efusi perikardial masuknya cairan kedalam kantung perikardium. Perkembangan efusi yang cepat dapat meregangkan perikardium sampai ukuran maksimal dan menyebabkan penurunan curah jantung serta aliran balik ke jantung, hasil akhir proses ini adalah tamponade jantung (Smeltzer & Bare, 2013).

d. Aritmia

Pasien dengan gagal jantung kongestif memiliki kemungkinan besar mengalami aritmia. Hal tersebut dikarenakan adanya pembesaran ruangan jantung (peregangan jaringan atrium dan ventrikel) menyebabkan gangguan kelistrikan jantung. Gangguan kelistrikan yang sering terjadi adalah fibrilasi atrium. Pada keadaan tersebut, depolarisasi otor jantung timbul secara cepat dan tidak terorganisir sehingga jantung tidak mampu berkontraksi secara normal. Hal tersebut menyebabkan penurunan cardiac output dan risiko pembentukan trombus ataupun emboli. Jenis aritmia lain yang sering dialami oleh pasien gagal jantung kongestif adalah ventricular takiaritmia, yang dapat menyebabkan kematian mendadak pada penderita (Black & Hwaks, 2009).

#### 4. Penatalaksanaan

Menurut Smeltzer & Bare (2013) penatalaksanaan pasien gagal jantung terdiri dari:

##### a. Penatalaksanaan non farmakologis

- 1) Menjelaskan kepada pasien tentang penyakitnya, pengobatan dan pertolongan yang dapat dilakukan sendiri.
- 2) Perubahan gaya hidup seperti pengaturan nutrisi dan penurunan berat badan pada penderita kegemukan.
- 3) Pembatasan asupan garam dan pembatasan asupan cairan.
- 4) Menghentikan perilaku minum minuman beralkohol.
- 5) Dianjurkan untuk berolah raga, karena mempunyai efek yang positif terhadap otot skeletal, fungsi saraf otonom, endotel serta neuro hormonal dan juga terhadap sensitifitas terhadap insulin.

##### b. Penatalaksanaan farmakologis

Obat-obat yang biasa digunakan pada pasien gagal jantung antara lain: diuretik (loop dan thiazid), ACE-inhibitor,  $\beta$ -blocker (carvedilol, bisoprolol, metoprolol), digoksin, spironolakton, vasodilator (hydralazine, nitrat), anti koagulan, anti aritmia, serta obat inotropik positif.

## B. *Readmission* Pasien Gagal Jantung Kongestif

### 1. Pengertian

*Readmission* adalah dirawatnya kembali pasien yang telah dipulangkan, yang sebelumnya pernah mendapatkan perawatan di rumah sakit. Pasien gagal jantung kongestif rentan untuk mengalami *readmission*, yaitu pasien dirawat ulang di rumah sakit setelah pernah mengalami perawatan sebelumnya (Smeltzer & Bare, 2013).

Rawat inap ulang atau *readmission* pada penyakit gagal jantung kongestif diakibatkan oleh eksaserbasi dari gejala klinis gagal jantung kongestif. Beberapa dipicu oleh faktor yang memperberat kerja jantung seperti takiaritmia, *unstable coronary syndrome*. Selain itu juga bisa disebabkan oleh gangguan serebrovaskular dan ketidakpatuhan dalam diet dan terapi (AHA, 2014).

Rawat inap menjadi salah satu pilihan terapi bagi pasien gagal jantung kongestif. Berdasarkan hasil *National Institute for Cardiovascular Outcomes Research* (NICOR) tahun 2011 disebutkan bahwa periode April hingga Maret 2011 diperoleh 36.901 pasien yang menjalani rawat inap. Dari 36.901 pasien yang menjalani rawat inap, 30.099 pasien menjalani rawat inap yang pertama dengan durasi rata-rata 11 hari, sedangkan 6.802 pasien menjalani rawat inap ulang atau rehospitalisasi dengan durasi rata-rata 13 hari (NICOR, 2011).

Menurut penelitian Tsuchihashi et. al. tahun 1999 sekitar 40% pasien gagal jantung kongestif menjalani rawat inap ulang dalam 1 tahun setelah rawat inap sebelumnya. *Readmission* menjadi salah satu faktor yang menentukan prognosis gagal jantung kongestif. Pasien yang mengalami rehospitalisasi, 50% meninggal pada 6 bulan setelah rehospitalisasi dan 25-35% meninggal pada 12 bulan setelah rehospitalisasi (AHA, 2014).

Setelah menjalani perawatan di rumah sakit dan gagal jantung dapat terkontrol, maka pasien diupayakan secara bertahap untuk kembali keaktivitas seperti sebelum sakit sedini mungkin. Aktivitas kegiatan hidup

sehari-hari harus direncanakan untuk meminimalkan timbulnya gejala yang diakibatkan kelelahan, dan setiap aktivitas yang dapat menimbulkan gejala harus dihindari atau dilakukan adaptasi. Berbagai penyesuaian kebiasaan, pekerjaan dan hubungan interpersonal harus dilakukan. Pasien harus dibantu untuk mengidentifikasi stres emosional dan menggali cara-cara untuk menyelesaikannya. Pasien datang ke klinik atau rumah sakit biasanya diakibatkan adanya kekambuhan episode gagal jantung. Kebanyakan kekambuhan gagal jantung dan dirawat kembali di rumah sakit terjadi karena pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan, misalnya karena ketidakmampuan secara ekonomi. Pasien sering kembali melaksanakan terapi pengobatan yang kurang tepat, melanggar pembatasan diet, tidak mematuhi tindak lanjut medis, melakukan aktivitas fisik yang berlebihan, dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan (Smeltzer & Bare, 2013).

Tindakan yang harus dilakukan untuk membantu penyembuhan gagal jantung adalah menghindari makanan yang terlalu banyak garam dan makanan-makanan bergaram lainnya seperti sayuran atau sup kalengan, pizza dan keripik. Makanan-makanan tersebut dapat menyebabkan retensi cairan dalam tubuh. Jagalah agar tekanan darah selaluterkontrol. Tekanan darah tinggi memberikan beban berlebihan pada jantung dan lama kelamaan berakibat pada lemahnya jantung (Dharma, 2013).

## 2. Faktor yang mempengaruhi *readmission* pasien gagal jantung kongestif

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pasien gagal jantung kongestif dirawat ulang (*readmission*) di rumah sakit adalah :

### a. Riwayat sebelum masuk rumah sakit dan lama dirawat di rumah sakit.

Semakin lama dirawat di rumah sakit menunjukkan tingkat keparahan atau kompleksitas dari penyakit tersebut.

### b. Hipertensi.

Hipertensi memberikan kontribusi dalam morbiditas pasien CHF, dengan meningkatkan *after load* jantung. Hipertensi merupakan faktor



risiko didalam perkembangan gagal jantung, karena hipertensi menyebabkan perkembangan hipertrofi ventrikel kiri dan perkembangan penyakit jantung koroner. Risiko relatif gagal jantung pada pasien dengan hipertensi adalah 1,4 dibandingkan dengan populasi umum. Hipertensi merupakan prediktor kelangsungan hidup pada pasien dengan gagal jantung kongestif (Kaplan & Rose, 2011). Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung melalui beberapa mekanisme, termasuk hipertrofi ventrikel kiri. Hipertensi ventrikel kiri dikaitkan dengan disfungsi ventrikel kiri sistolik dan diastolik dan meningkatkan risiko terjadinya infark miokard, serta memudahkan untuk terjadinya aritmia baik itu aritmia atrial maupun aritmia ventrikel (Mariyono & Santoso, 2009).

c. Usia.

Semakin tua usia pasien CHF, maka diprediksi semakin tinggi terhadap rawat ulang di rumah sakit. Gagal jantung merupakan penyebab paling banyak dirawat di rumah sakit di Amerika Serikat. Peningkatan tersebut berkaitan erat dengan semakin bertambahnya usia seseorang. Menurut Rahman di dalam Farid (2010), orang dengan usia lanjut mengalami perubahan anatomis, fisiologis dan patologi anatomis yang dimaksud adalah terjadinya penebalan dinding ventrikel kiri, meski tekanan darah relatif normal. Begitupun fibrosis dan kalsifikasi katup jantung terutama pada anulus mitral dan katup aorta. Selain itu terdapat pengurangan jumlah sel pada nodus sinoatrial (SA Node) yang menyebabkan hantaran listrik jantung mengalami gangguan. Hanya sekitar 10% sel yang tersisa ketika manusia berusia 75 tahun ketimbang jumlahnya pada usia 20 tahun lalu. Sementara itu, pada pembuluh darah terjadi kekakuan arteri sentral dan perifer akibat proliferasi kolagen, hipertrofi otot polos, kalsifikasi, serta kehilangan jaringan elastik. Meski seringkali terdapat aterosklerosis pada manula, secara normal pembuluh darah akan mengalami penurunan debit aliran akibat peningkatan situs deposisi lipid pada endotel. Lebih jauh, terdapat pula

perubahan arteri koroner difus yang pada awalnya terjadi di arteri koroner kiri ketika muda, kemudian berlanjut pada arteri koroner kanan dan posterior di atas usia 60 tahun (Hudak & Gallo, 2011).

Perubahan fisiologis yang paling umum terjadi seiring bertambahnya usia adalah perubahan pada fungsi sistolik ventrikel. Sebagai pemompa utama aliran darah sistemik, perubahan sistolik ventrikel akan sangat mempengaruhi keadaan umum pasien. Parameter utama yang terlihat ialah detak jantung, *preload* dan *afterload*, performa otot jantung, serta regulasi neurohormonal kardiovaskular. Oleh karenanya, orang-orang tua menjadi mudah deg-degan. Akibat terlalu sensitif terhadap respon tersebut, isi sekuncup menjadi bertambah menurut kurva Frank-Starling. Efeknya, volume akhir diastolik menjadi bertambah dan menyebabkan kerja jantung yang terlalu berat dan lemah jantung. Awalnya, efek ini diduga terjadi akibat efek blokade reseptor  $\beta$ -adrenergik, namun setelah diberi  $\beta$ -agonis ternyata tidak memberikan perbaikan efek. Di lain sisi, terjadi perubahan kerja diastolik terutama pada pengisian awal diastolik lantaran otot-otot jantung sudah mengalami penurunan kerja. Secara otomatis, akibat kurangnya kerja otot atrium untuk melakukan pengisian diastolik awal, akan terjadi pula fibrilasi atrium, sebagaimana sangat sering dikeluhkan para lansia. Masih berhubungan dengan diastolik, akibat ketidakmampuan kontraksi atrium secara optimal, akan terjadi penurunan komplians ventrikel ketika menerima darah yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan diastolik ventrikel ketika istirahat dan *exercise*. Hasilnya, akan terjadi edema paru dan kongesti sistemik vena yang sering menjadi gejala klinis utama pasien lansia. Secara umum, yang sering terjadi dan memberikan efek nyata secara klinis ialah gangguan fungsi diastolik (Arif, 2013).

Adapun perubahan patologi anatomis pada penyakit jantung degeneratif umumnya berupa degeneratif dan atrofi. Perubahan ini dapat mengenai semua lapisan jantung terutama endokard, miokard,

dan pembuluh darah. Umumnya perubahan patologi anatomis merupakan perubahan mendasar yang menyebabkan perubahan makroskopis, meskipun tidak berhubungan langsung dengan fisiologis. Seperti halnya di organ-organ lain, akan terjadi akumulasi pigmen lipofuksin di dalam sel-sel otot jantung sehingga otot berwarna coklat dan disebut brown atrophy. Begitu juga terjadi degenerasi amiloid alias amiloidosis, biasa disebut senile cardiacamiloidosis. Perubahan demikian yang cukup luas dan akan dapat mengganggu faal pompa jantung. Terdapat pula kalsifikasi pada tempat-tempat tertentu, terutama mengenai lapisan dalam jantung dan aorta (Smeltzer & Bare, 2013).

Kalsifikasi ini secara umum mengakibatkan gangguan aliran darah sentral dan perifer. Ditambah lagi dengan adanya aterosklerosis pada dinding pembuluh darah besar dan degenerasi mukoid terutama mengenai daun katup jantung, menyebabkan seringnya terjadi kelainan aliran jantung dan pembuluh darah. Akibat perubahan anatomis pada otot-otot dan katup-katup jantung menyebabkan penambahan sel-sel jaringan ikat (fibrosis) menggantikan sel yang mengalami degenerasi, terutama mengenai lapisan endokard termasuk daun katup. Tidak heran, akibat berbagai perubahan-perubahan mikroskopis seperti tersebut di atas, keseluruhan kerja jantung menjadi rusak (Black & Hawks, 2009).

d. Jenis Kelamin.

Pasien gagal jantung kongestif dengan jenis kelamin laki-laki prevalensinya lebih besar daripada perempuan pada usia 40-75 tahun (Grossman & Brown, 2009).

Menurut Hsich (2009) yang dikutip dari *Journal of the American College of Cardiology*, edisi 4 April 2009, bahwa faktor-faktor risiko dalam perkembangan gagal jantung dan prognosis pasien memperlihatkan perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Hipertensi dan penyakit vaskular menjadi penyebab utama gagal jantung pada wanita. Pada pria penyebab mendasarnya adalah *coronary artery disease* (CAD). Wanita dengan gagal jantung, cenderung memiliki

kualitas hidup lebih rendah daripada pria, dalam hal ini dikaitkan dengan aktivitas fisik. Begitu juga bila dilihat saat diagnosis dimana nilai "normal" natriuretic peptide otak pada wanita lebih besar dibanding pria. Dan nilai abnormal dengan (*Brain Natriuretic Peptide* (BNP) >500 pg/ml bisa menjadi sebuah prediktor kematian yang lebih kuat pada wanita gagal jantung dibanding pria. Natriuretic peptide otak merupakan sebuah biomarker yang digunakan dengan frekuensi lebih untuk mengidentifikasi pasien dengan gejala-gejala gagal jantung dan menstratifikasi pasien dengan risiko tersebut.

e. Dukungan keluarga dan sosial.

Dukungan keluarga dan sosial dapat menurunkan kemungkinan terjadinya rehospitalisasi pada pasien dengan gagal jantung kongestif. Faktor-faktor sosial juga telah terbukti penting sebagai prediktor morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan penyakit arteri koroner. Pentingnya dukungan sosial telah dikonfirmasi oleh sebuah studi baru-baru ini bahwa tidak adanya dukungan emosional yang kuat, dapat meningkatkan mortalitas dan tingkat rehospitalisasi pada pasien dengan CHF (Niven, 2012).

Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan mekanisme coping individu dengan memberikan dukungan emosi dan saran-saran mengenai strategi alternatif yang didasarkan pada pengalaman sebelumnya dan mengajak orang lain berfokus pada aspek-aspek yang lebih positif. Selain mendapat dukungan dari keluarga, pasien gagal jantung kongestif yang mengalami kecemasan sedang juga melakukan pendekatan religius dengan cara berdzikir, berdoa sesuai dengan keyakinan masing-masing dan melakukan sholat meskipun dengan berbaring. Dengan melakukan pendekatan religius tersebut, kebanyakan pasien dapat merasakan ketenangan batin sehingga mampu mengendalikan kecemasannya dan melakukan mekanisme coping yang adaptif (Niven, 2012).

f. Perawatan tindak lanjut di rumah.

Semakin minim perawatan tindak lanjut maka semakin tinggi kemungkinan terjadinya rehospitalisasi. Keluarga merupakan faktor pendamping dalam kelanjutan program pengobatan pasien gagal jantung di rumah. Kemampuan keluarga dan pengetahuan tentang faktor yang dapat memperberat gagal jantung serta hal apa saja yang harus dilakukan pada pasien gagal jantung agar dapat tetap menjaga stabilitas kondisi fisik dan kesehatan pasien gagal jantung. Keluarga merupakan faktor penting dalam mengontrol, mengingatkan dan mengawasi pasien dalam menjalankan program pengobatan selama di rumah. Jika dukungan keluarga terhadap pasien gagal jantung baik maka akan memperkecil kemungkinan terjadinya rehospitalisasi atau rawat inap ulang pada pasien gagal jantung (Smeltzer & Bare, 2013).

g. Edukasi petugas kesehatan (*discharge planning*)

Penanganan pasien dengan gagal jantung memerlukan kolaborasi dengan berbagai macam ahli bidang kesehatan, baik dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapi dan lain-lain. Pasien gagal jantung yang menjalani masa perawatan di rumah sakit tentunya akan mendapat program pengobatan maupun perawatan secara komprehensif agar pasien dapat meningkat derajat kesehatannya dan mandiri. Peran perawat dalam melakukan perawatan pasien dengan gagal jantung adalah dengan melakukan *discharge planning* pada pasien dan keluarga. *Discharge planning* dapat dilakukan selama proses perawatan di rumah sakit ataupun ketika pasien akan pulang. *Discharge planning* pada pasien gagal jantung yang akan pulang lebih berorientasi pada perawatan di rumah setelah rawat inap. Penekanan terhadap kepatuhan baik dalam mengkonsumsi obat, pola makan dan olah raga harus dilakukan agar menghindari pasien untuk dirawat inap ulang kembali atau rehospitalisasi (Arief, 2013).

h. Kunjungan ke klinik secara rutin

Kunjungan ke klinik secara rutin dapat meningkatkan kepatuhan pasien CHF, terutama dalam perawatan medis. Kunjungan rutin yang

dilakukan oleh pasien gagal jantung bertujuan untuk pemeriksaan kesehatan secara berkala terhadap kondisi jantung dan fisik pasien agar dapat dilakukan deteksi dini jika terdapat keluhan terkait dengan kondisi penyakitnya (Smeltzer & Bare, 2013).

Sedangkan menurut Bradke (2009), faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya rehospitalisasi pada pasien gagal jantung kongestif adalah kurangnya pendidikan kesehatan tentang bagaimana perawatan diri di rumah, penggunaan obat-obatan yang tidak tepat, kurangnya komunikasi dari pemberi pelayanan kesehatan (*care giver*), kurangnya perencanaan tindak lanjut saat pasien pulang dari rumah sakit.

### C. *Discharge planning*

#### 1. Pengertian

*Discharge planning* (perencanaan pulang) adalah serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitasnya yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu dan terkoordinasi ketika pasien dipulangkan dari lembaga pelayanan kesehatan (Perry & Potter, 2012)

*Discharge planning* merupakan proses berkesinambungan guna menyiapkan perawatan mandiri pasien pasca rawat inap. Proses identifikasi dan perencanaan kebutuhan keberlanjutan pasien ditulis guna memfasilitasi pelayanan kesehatan dari suatu lingkungan ke lingkungan lain agar tim kesehatan memiliki kesempatan yang cukup untuk melaksanakan *discharge planning*. *Discharge planning* dapat tercapai bila prosesnya terpusat, terkoordinasi, dan terdiri dari berbagai disiplin ilmu untuk perencanaan perawatan berkelanjutan pada pasien setelah meninggalkan rumah sakit. Sasaran pasien yang diberikan perawatan pasca rawat inap adalah mereka yang memerlukan bantuan selama masa penyembuhan dari penyakit akut untuk mencegah atau mengelola penurunan kondisi akibat penyakit kronis. Petugas yang merencanakan pemulangan atau koordinator asuhan berkelanjutan merupakan staf rumah

sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *discharge planning* dan fasilitas kesehatan, menyediakan Pendidikan kesehatan, memotivasi staf rumah sakit untuk merencanakan serta mengimplementasikan *discharge planning*. Misalnya, pasien yang membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, transportasi pasca rawat inap (Nursalam, 2016).

## 2. Tujuan *Discharge planning*

*Discharge planning* merupakan kolaborasi antara keperawatan, pasien dan keluarga pasca rawat inap, yang bertujuan untuk menyiapkan kemandirian pasien dan keluarga secara fisik, psikologis, social, pengetahuan, keterampilan perawatan dan sistim rujukan berkelanjutan. Hal tersebut dilaksanakan untuk mengurangi ke kambuhan, serta menukar informasi antara pasien sebagai penerima layanan dengan perawat selama rawat inap sampai keluar dari rumah sakit (Nursalam, 2016).

Menurut *The Royal Marsden Hospital* (2014) tujuan *discharge planning* adalah mempersiapkan pasien atau keluarga secara fisik dan psikologis untuk ditransfer ke lingkungan yang disetujui, memberikan informasi baik tertulis maupun lisan kebutuhan pasien dan pelayanan kesehatan, mempersiapkan fasilitas yang digunakan, dan proses perpindahan yang nyaman, serta mempromosikan tahap kemandirian aktivitas perawatan kepada pasien, orang-orang yang ada di sekitar pasien.

## 3. Manfaat *discharge planning*

*Discharge planning* bermanfaat dalam menurunkan jumlah kekambuhan, menurunkan perawatan kembali di rumah sakit dan ke ruang kedaruratan yang tidak perlu kecuali untuk beberapa diagnosa, membantu klien untuk memahami kebutuhan setelah perawatan di rumah sakit, serta dapat digunakan sebagai bahan dokumentasi keperawatan (Doengoes, Moorhouse & Murr, 2016).

Menurut Nursalam 2016, manfaat *Discharge planning* adalah memberikan tindak lanjut secara sistematis guna memberikan perawatan lanjutan pada pasien, mengevaluasi pengaruh dari rencana yang telah disusun dan mengidentifikasi adanya kekambuhan atau perawatan baru yang dibutuhkan serta membantu pasien supaya mandiri dan siap untuk melakukan perawatan di rumah.

#### 4. Prinsip *discharge planning*

Prinsip yang diterapkan dalam *discharge planning* menurut Nursalam (2016) yaitu pasien merupakan sasaran dalam *discharge planning* sehingga perlu pengkajian nilai keinginan dan kebutuhan pasien berdasarkan pengetahuan dari tenaga atau sumber daya maupun fasilitas yang tersedia di masyarakat. Kemudian kebutuhan tersebut akan dikaitkan dengan masalah yang mungkin timbul pada saat pasien keluar dari rumah sakit. Melalui pengkajian tersebut diharapkan dapat menurunkan resiko masalah yang timbul pasca rawat inap. Perencanaan pulang dilakukan secara kolaboratif pada setiap tatanan pelayanan kesehatan dan dibutuhkan kerja sama yang baik antar petugas.

*The Royal Marsden Hospital* (2014), mengemukakan *Discharge planning* merupakan proses multidisiplin terlatih yang mempertemukan kebutuhan pasien dengan pelayanan kesehatan. Prosedur *discharge planning* dilakukan secara berkesinambungan pada semua pasien kemudian selanjutnya akan dirujuk pada suatu komunitas atau layanan kesehatan yang aman dan adekuat untuk menentukan keberlanjutan perawatan antar lingkungan. Selain itu diperlukan informasi mengenai penyusunan pemulangan antara tim kesehatan dengan pasien yang disediakan dalam bentuk perawatan berkelanjutan tertulis dengan mempertimbangkan kepercayaan dan budaya pasien.

Departemen Kesehatan R.I (2016) menjabarkan bahwa prinsip *discharge planning* diawali dengan melakukan pengkajian pada saat pasien masuk rumah sakit guna mempermudah proses identifikasi kebutuhan



pasien. Merencanakan pulang pasien sejak awal dapat menurunkan lama masa perawatan sehingga diharapkan akan menurunkan biaya perawatan. *Discharge planning* disusun oleh berbagai pihak yang terkait antara lain pasien, keluarga, dan care giver berdasarkan kebutuhan pasien dan keluarga secara komprehensif. Hal ini memungkinkan optimalnya sumber-sumber pelayanan kesehatan yang sesuai untuk pasien setelah rawat inap. Prinsip *discharge planning* juga meliputi dokumentasi pelaksanaan yang dikomunikasikan kepada pasien dan keluarga dalam kurun waktu 24 jam sebelum pasien keluar dari rumah sakit.

#### 5. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning*

Faktor petugas kesehatan yang mempengaruhi pelaksanaan *discharge planning* yaitu motivasi yang dimiliki oleh petugas kesehatan dan cara yang komunikatif dalam penyampaian informasi kepada pasien dan keluarga sehingga informasi akan lebih jelas untuk dapat dimengerti oleh pasien dan keluarga. Pengetahuan petugas kesehatan merupakan kunci keberhasilan dalam pendidikan kesehatan. Pengetahuan yang baik akan mengarahkan petugas kesehatan pada kegiatan pembelajaran pasien dan keluarga, sehingga dapat menerima informasi sesuai dengan kebutuhan (Radiatul, 2017).

Menurut Perry & Potter (2012) faktor yang mempengaruhi keberhasilan dalam pemberian *discharge planning* yang berasal dari pasien sebagai berikut:

##### a. Motivasi

Motivasi merupakan keinginan pasien untuk belajar. Apabila motivasi pasien tinggi, maka pasien akan antusias untuk mendapatkan informasi tentang kondisinya dan perawatan tindak lanjut untuk meningkatkan kesehatannya.

##### b. Sikap positif

Sikap positif pasien terhadap penyakit dan perawatan akan mempermudah pasien untuk menerima informasi ketika dilakukan pendidikan kesehatan

c. Emosi

Emosi stabil akan mempermudah pasien menerima informasi yang disampaikan, sedangkan perasaan cemas atau perasaan negatif lainnya dapat mengurangi kemampuan pasien untuk menerima informasi.

d. Usia

Tahap perkembangan yang berhubungan dengan usia berperan dalam penerimaan informasi yang akan disampaikan. Semakin dewasa usia, maka kemampuan menerima informasi semakin baik karena didukung oleh pengetahuan yang dimiliki sebelumnya.

e. Kemampuan belajar

Kemampuan belajar seringkali berhubungan dengan tingkat pendidikan yang dimiliki. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka kemampuan dalam menerima informasi dapat lebih mudah.

f. Kepatuhan

Kepatuhan pasien adalah perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan dari pendidikan kesehatan yang telah disampaikan. Kepatuhan dari pendidikan kesehatan tersebut merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan dari *discharge planning*.

g. Dukungan

Dukungan dari keluarga dan orang sekitar sangat mempengaruhi proses percepatan kesembuhan seorang pasien. Keluarga akan melanjutkan perawatan pasien dirumah setelah pasien dipulangkan. Memberikan informasi kesehatan kepada keluarga dapat membantu mempercepat proses kesembuhan pasien dan dukungan yang baik akan

mempengaruhi keberhasilan suatu pendidikan kesehatan dan juga mempengaruhi keberhasilan *discharge planning*.

#### 6. Keberhasilan *discharge planning*

Keberhasilan tindakan *discharge planning* dapat dilihat dari kemampuan pasien dalam tindakan keperawatan lanjutan secara aman dan realistis setelah keluar rumah sakit dan dapat dilihat dari kesiapan untuk menghadapi pemulangan. Ada beberapa indikator untuk menilai keberhasilan dalam *Discharge planning* antara lain: bahwa pasien dan keluarga dapat memahami diagnosa, antisipasi tingkat fungsi, obat-obatan dan pengobatan ketika pulang, antisipasi perawatan tingkat lanjut, dan respons jika terjadi kegawatan, Pendidikan khusus pada keluarga dan pasien untuk memastikan perawatan yang tepat setelah pasien pulang, terlaksananya koordinasi dengan sistem pendukung di masyarakat, untuk membantu pasien dan keluarga membuat koping terhadap perubahan dalam status kesehatan, serta melakukan relokasi dan koordinasi sistem pendukung atau memindahkan pasien ke tempat pelayanan kesehatan lain.

#### 7. Unsur *discharge planning*

Unsur perencanaan pemulangan meliputi informasi pemberi layanan, waktu, tanggal, dan lokasi untuk kontrol, pengobatan di rumah yang mencakup resep obat baru, daftar obat yang harus tersedia saat di rumah dan yang harus dihentikan. Form informasi obat pada *Discharge planning* berisi daftar nama obat, dosis, frekuensi dan efek samping yang dapat terjadi pada pasien. Selain itu, pada form *discharge planning* juga berisi tentang kebutuhan pemeriksaan penunjang medis yang dianjurkan beserta persiapannya. Informasi mengenai pilihan gaya hidup, perubahan aktivitas dan latihan, diet yang dianjurkan dan pembatasannya, petunjuk perawatan diri misalnya perawatan luka, pemakaian obat juga dapat dituliskan dalam form *discharge planning* (*Discharge planning Association*, 2016).

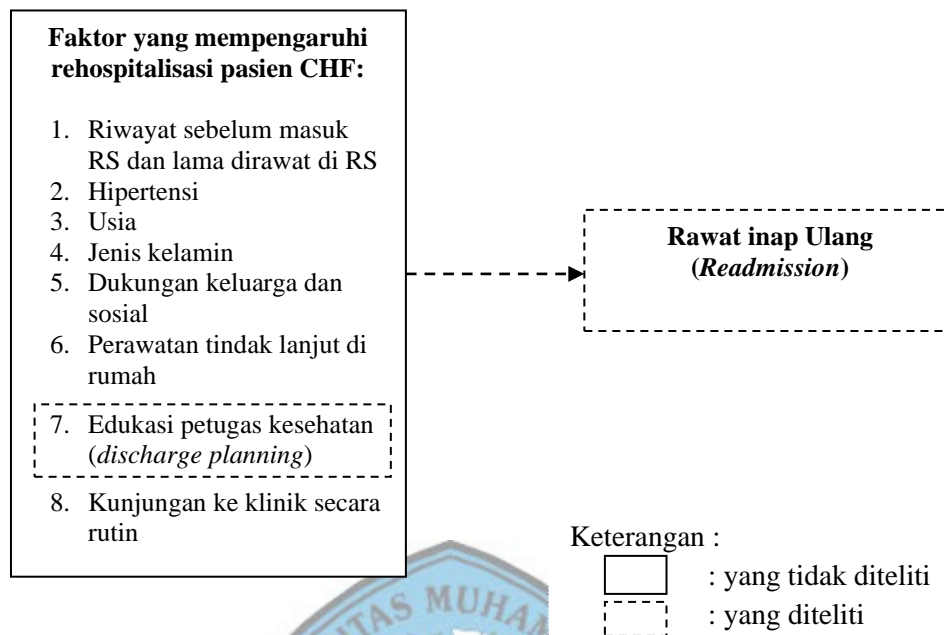
#### 8. Pemberi layanan *discharge planning*

Proses *Discharge planning* dilakukan secara komprehensif yang melibatkan seluruh pemberi layanan kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan kepada pasien, juga melibatkan pasien beserta keluarga bisa juga dengan antara pelayanan kesehatan dan social (*The Royal Marsden Hospital*, 2014). Koordinator asuhan berkelanjutan adalah staf rumah sakit yang berfungsi sebagai konsultan untuk proses *Discharge planning* yang menyediakan fasilitas kesehatan, pendidikan kesehatan, dan memotivasi karyawan supaya dapat merencanakan dan mengimplementasikan *Discharge planning* (*Discharge planning Association*, 2016).

#### 9. Penerima *discharge planning*

Pasien rawat inap memerlukan *Discharge planning* untuk perawatan lanjutan saat berada dirumah (*Discharge planning Association*, 2016), tetapi beberapa pasien beresiko tidak dapat memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan lanjutan, contohnya pasien penderita penyakit terminal atau pasien dengan kecacatan permanen. Pasien dan anggota keluarga harus mendapatkan informasi tentang rencana pemulangan sebelum keluar dari rumah sakit sehingga diharapkan dapat melakukan perawatan lanjutan dengan optimal (Perry & Potter, 2012). Menurut Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) (2018) rumah sakit menetapkan kreteria pasien yang menerima *Discharge planning* antara lain: umur , tidak adanya mobilitas, perlu bantuan medik dan keperawatan terus menerus, serta bantuan melakukan kegiatan sehari hari.

#### D. Kerangka Teori

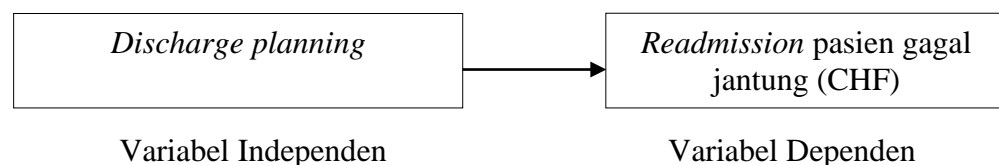


Skema 2.1 Kerangka teori

Sumber: Smeltzer & Bare (2013), Arif, (2013); Philbin & DiSalvo (2014); Hsieh (2009); Niven (2012); Grossman & Brown (2009)

#### E. Kerangka Konsep

Kerangka penelitian merupakan kerangka hubungan antara konsep-konsep yang akan diukur atau diamati melalui penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep membahas saling ketergantungan antar variabel yang dianggap perlu untuk melengkapi dinamika situasi atau hal yang sedang akan diteliti (Hidayat, 2012).



Skema 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

## F. Variabel Penelitian

Variabel adalah karakteristik objek penelitian yang berbeda satu dengan yang lainnya. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini ada dua yaitu :

### 1. Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel *independent* merupakan suatu variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya suatu variabel *dependent* dan bebas dalam mempengaruhi variabel lain (Hidayat, 2012). Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah *discharge planning*.

### 2. Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel *dependent* merupakan variabel yang dapat dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel *independent*. Variabel ini dapat tergantung dari variabel *independent* terhadap perubahan (Hidayat, 2012). Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah *readmission* pasien gagal jantung kongestif (CHF).

## G. Hipotesis Penelitian

Hasil suatu penelitian pada hakekatnya adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian. Sementara dari suatu penelitian jawaban dari penelitian biasanya disebut hipotesis (Sugiyono, 2013)

Hipotesis pada penelitian ini adalah :

$H_a$  : Ada hubungan antara *discharge planning* dengan *readmission* pasien gagal jantung kongestif di Instalasi Elang RSUP dr. Kariadi Semarang.

$H_0$  : Tidak ada hubungan antara *discharge planning* dengan *readmission* pasien gagal jantung kongestif di instalasi Elang RSUP dr. Kariadi Semarang.