

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.1. Latar Belakang

Gagal jantung didefinisikan sebagai suatu kondisi fisiologis ketika jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan (nutrisi dan oksigen) metabolik tubuh (Black & Hawks, 2014). Gagal jantung dapat pula dikatakan sebagai sekumpulan tanda dan gejala yang ditandai dengan adanya sesak nafas dan kelelahan (saat istirahat atau saat aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung (Sudoyo, 2009). Faktor resiko terjadinya penyakit gagal jantung secara umum adalah hipertensi, CAD, serangan jantung, diabetes mellitus atau penggunaan obat-obatan diabetik, konsumsi alkohol dan kebiasaan merokok (Pazhuheian dkk, 2018).

Penyakit kardiovaskular adalah salah satu contoh penyakit yang termasuk ke dalam penyakit tidak menular (PTM). Menurut data dari *World Health Organization* (2018) PTM menempati 71% dari 57 juta kematian di dunia. Kebiasaan merokok, alkohol, aktivitas fisik yang kurang serta pola makan yang tidak sehat masih menjadi faktor peningkat angka kejadian penyakit (WHO, 2018).

Penyakit kardiovaskular terdaftar sebagai penyebab utama kematian di Amerika Serikat, yaitu 1 dari 3 kematian terbesar. Diperkirakan kematian akibat penyakit kardiovaskular berjumlah 836.546. Setiap harinya sekitar 2.300 orang di Amerika meninggal dunia dengan rata-rata 38 detik kematian batu setiap harinya. Menurut laporan *American Heart Association* (AHA, 2018) penyakit kardiovaskular merupakan penyakit pertama penyebab kematian tertinggi yaitu 43,8%, lalu diikuti oleh stroke 16,8%, hipertensi 9,4%, gagal jantung 9% dan penyakit arteri lainnya 3,1%.

Data yang diperoleh melalui *Non Communicable Disease (NCD) Country Profile* dalam *World Health Organization WHO* (2018) di Indonesia

sendiri penyakit tidak menular (PTM) sebesar 73% atau sekitar 1.365.000 jiwa total kematian dari seluruh penyebab kematian di Indonesia. Persentase PTM di Indonesia menurut profil WHO (2018) yaitu : Penyakit Kardiovaskular 35%, Penyakit Maternal 21%, Kanker 12%, Diabetes Mellitus 6%, Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) 6%, Trauma 6%, dan Penyakit lainnya 15%. Apabila ditinjau menurut jenis kelamin laki –laki menempati urutan tertinggi kematian akibat PTM di Indonesia (WHO, 2018).

Sedangkan menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS,2013) yang termasuk ke dalam penyakit tidak menular adalah : asma, PPOK, kanker, DM, hipertiroid, hipertensi, jantung koroner, gagal jantung, stroke, gagal ginjal kronis, batu ginjal, sendi rematik. Apabila dibandingkan pada data RISKESDAS (2013) proporsi penderita penyakit jantung koroner yang pernah didiagnosis dokter adalah 0,5% dan mengalami kenaikan presentase pada data RISKESDAS (2018) yang mana proporsi penderita penyakit jantung koroner dengan diagnosis dokter meningkat menjadi 1,5%. Ini menandakan bahwa penyakit jantung koroner harus menjadi perhatian utama kita sebagai tenaga kesehatan untuk bisa melakukan dan mendukung program pemerintah untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat penyakit jantung koroner.

Menurut penelitian Suwartika (2015), ketika penyakit jantung berkembang menjadi gagal jantung mencapai stadium gagal jantung, maka pasien tersebut akan merasakan penderitaan yang lebih tinggi karena harus merasakan seringnya rawat ulang, kondisi kaki yang bengkak, sesak nafas, insomnia karena kesulitan bernafas, kesulitan berjalan dan makan karena terjadi pembengkakan perut dan hati. Semakin stadium lanjut, maka organ – organ lainnya seperti hati dan ginjal akan kekurangan pasokan darah karena lemahnya pompa jantung.

Penderita gagal jantung semakin meningkat seiring bertambahnya usia seseorang dan gagal jantung merupakan penyebab umum hospitalisasi pada orang yang berusia diatas 65 tahun (Afilalo dkk, 2011). Tidak jarang pasien gagal jantung dirawat berulang atau rehospitalisasi di rumah sakit dengan keluhan yang sama. Meningkatnya frekuensi rehospitalisasi pada pasien gagal jantung akan berdampak buruk pada kualitas hidup pasien, adanya pengeluaran biaya besar yang ditanggung oleh pasien dan fasilitas kesehatan. Hal ini selaras oleh

penelitian Pudiarifanti dkk (2015) yang mengatakan bahwa gagal jantung merupakan penyakit kronik yang akan menyebabkan terjadinya penurunan kualitas hidup pasien. Hal ini terjadi karena gagal jantung dapat memberikan dampak negatif yang besar terhadap pemenuhan kebutuhan dasar pasien, adanya perubahan citra tubuh, kurangnya perawatan diri, berperilaku dan aktivitas, kelelahan kronis, disfungsi seksual, dan kekhawatiran akan masa depan. Dimana mereka membutuhkan waktu untuk bisa menerima penyakitnya dan untuk mengubah perilaku sehari-harinya.

Diperkirakan 20% orang dewasa di Amerika Serikat akan menderita gagal jantung untuk seumur hidupnya. Hampir 20% pasien yang didiagnosa gagal jantung dan sudah pulang akan mengalami rehospitalisasi dalam kurun waktu 30 hari pasca rawat. Prediksi pada tahun 2030 total biaya perawatan gagal jantung akan meningkat secara nyata yaitu sebesar \$70 milyar dollar dan kebanyakan dari perawatan pasien gagal jantung adalah dihabiskan oleh kondisi hospitalisasi dan rehospitalisasi (Reynolds dkk, 2015).

Rehospitalisasi merupakan masuknya kembali pasien ke rawat inap setelah diperbolehkan untuk pulang dari rawat inap. Pasien yang tidak memiliki kepatuhan untuk kontrol kembali memungkinkan kali lipat memiliki peluang untuk rehospitalisasi pada tahun yang sama dibandingkan dengan pasien yang patuh untuk kontrol (Heslin & Weiss, 2015).

Dalam penelitian Reynolds dkk (2015) yang dilakukan dengan metode penelitian kohort studi terhadap 19.927 pasien gagal jantung dengan kriteria inklusi (tekanan darah, frekuensi nadi, kadar LDL kolesterol dan kebiasaan merokok ) yang terkontrol dengan benar pada observasi dalam 30 hari – 1 tahun pertama didapatkan ; dalam 30 hari pertama sebanyak 21% pasien gagal jantung mengalami kejadian rehospitalisasi dan 6% pasien meninggal dunia; sedangkan dalam 1 tahun penelitian didapatkan peningkatan persentase sebanyak 60% pasien gagal jantung mengalami rehospitalisasi dan 25% pasien meninggal dunia. Dalam penelitian ini terdapat kenaikan angka rehospitalisasi dan kematian yang signifikan dalam rentang 30 hari & 1 tahun pertama.

Penelitian yang sama juga dilakukan Florentina (2013) yang menganalisa tentang pengaruh komorbiditas pada rehospitalisasi dalam periode 30 hari pada

orang dengan gagal jantung dengan menggunakan metode penelitian studi kohort retrospektif di RS Jantung Dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta periode Oktober 2009 – Oktober 2010 menunjukkan bahwa dari 147 responden yang terinklusi terdapat 27 (18,37%) orang mengalami rehospitalisasi dalam 30 hari pertama dan sisanya 120 (81,63%) orang tidak mengalami rehospitalisasi.

Dalam dunia keperawatan maka dikenal dengan adanya proses keperawatan atau *nursing process* yang meliputi pengkajian keperawatan, identifikasi masalah atau diagnosis, perencanaan atau *planning*, implementasi, dan evaluasi (Doenges, M.E & Moorhouse. M.F, 2013).

Menurut Doenges, M.E & Moorhouse. M.F, (2013) dalam bukunya berjudul *Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis* menyatakan bahwa discharge planning merupakan suatu proses yang berkesinambungan yang berkaitan dengan kebutuhan pasien saat sedang dirawat maupun untuk masa depan. Peran sebagai perawat dalam discharge planning ini adalah untuk bisa memfasilitasi kebutuhan pasien dan keluarga dengan tujuan agar adanya peningkatan pengetahuan di pasien dan keluarga terkait perawatan berkelanjutan untuk pasien serta sebagai perantara rujukan pasien ke fasilitas kesehatan komunitas terdekat. Adanya penerapan discharge planning di pasien dan keluarga akan memberikan suatu pelajaran untuk lebih memperhatikan kondisi pemulihan pasien.

Untuk mendukung adanya perubahan perilaku pasien gagal jantung yang efektif, maka salah satu kondisi yang berpengaruh dengan tujuan untuk meningkatkan kesiapan pasien dan keluarga dalam perawatan diri adalah adanya pemberian discharge planning yang efektif kepada pasien dan keluarga yang dimulai ketika pasien pertama kali dirawat dirumah sakit sampai kepada tahapan pasien pulang kerumah.

*Discharge Planning* yaitu suatu proses yang dilakukan untuk mempersiapkan pasien sebelum pasien pulang ke rumah dimana pasien akan diberikan pendidikan kesehatan terkait dengan pengertian, pengobatan yang harus dikonsumsi, diet khusus, komplikasi yang akan terjadi serta cara mengantisipasinya (Nursalam & Effendi, 2008; Limpong, 2016). *Discharge Planning* adalah suatu proses dimulainya pasien mendapatkan pelayanan

kesehatan yang diikuti dengan kesinambungan perawatan baik dalam proses penyembuhan maupun mempertahankan derajat kesehatannya sampai pasien merasa siap untuk pulang ke lingkungannya (Rosdhal & Kowalski, 2014). Pemberian *discharge planning* harus bisa secara holistik yaitu dengan mempertimbangkan aspek bio-psiko-sosio-spiritual pasien serta dengan berkolaborasi bersama dengan tenaga kesehatan lainnya terkait hal-hal yang berkenaan dengan kondisi penyakit pasien sehingga, diharapkan *discharge planning* bisa menjadi sebuah proses *deep learning* untuk keluarga dan seluruh anggota keluarga agar terjadi perubahan perilaku dan kemampuan *self care* secara mandiri.

Adanya pemberian *discharge planning* yang optimal pada pasien dan keluarga terkait penyakit, perawatan, diet, aktivitas fisik dan lain sebagainya akan menambah pengetahuan klien akan pentingnya perubahan perilaku dan perawatan diri. Di sisi lain dukungan sosial dan keluarga juga sangat berpengaruh terhadap efektifitas *discharge planning*. Karena pada pasien gagal jantung, selain terdapat gangguan pada fungsi pompa jantung, penderita gagal jantung juga mengalami penurunan fungsi kognitif pada beberapa aspek yaitu penurunan konsentrasi atau perhatian, ketidakmampuan mengingat jangka panjang, penurunan fungsi psikomotorik, memecahkan suatu masalah, dan keterbatasan memahami suatu hal serta bahasa. Disini peran keluarga sebagai unit utama dalam keberhasilan perawatan pasien gagal jantung ditentukan.

Di Indonesia sendiri penerapan *discharge planning* di rumah sakit sudah dilakukan dalam bentuk pendokumentasian berupa resume pasien ketika hendak pulang kerumah. Akan tetapi, mayoritas rumah sakit dalam melakukan *discharge planning* tidak dimulai ketika pasien datang sampai pasien pulang ke rumah kembali. Hal tersebut akan menjadi risiko terjadinya ketidakefektifan *discharge planning* pada pasien dan keluarga. Dampak yang akan timbul ketika *discharge planning* tidak diberikan secara efektif yaitu, akan tingginya angka kekambuhan dan kunjungan ulang (*relapse*) pasien kerumah sakit bahkan kematian (Shepperd dkk, 2003).

Menurut studi yang telah dilakukan oleh Tage, dkk (2016) di rumah sakit yang ada di Jakarta, penerapan *discharge planning* yang terjadi disana hanya

berfokus pada pasien saja dan dilakukan hanya 1 kali yaitu pada saat pasien hendak pulang.

Hal tersebut selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Limpong, dkk (2016) yang bertujuan untuk mencari hubungan discharge planning dengan kesiapan pulang pasien penyakit jantung koroner di ruangan CVBC RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado pada Desember 2015 – Februari 2016 terhadap 47 responden di rumah sakit tersebut menemukan bahwa terdapat 15 (31,9%) responden yang tidak diberikan discharge planning dan 32 (68,1%) responden diberikan discharge planning, 27 orang menyatakan siap untuk pulang kerumah sedangkan 5 orang pasien menyatakan tidak siap untuk pulang kerumah karena takut akan terjadi perburukan kondisi, belum mengerti akan discharge planning yang diberikan dan menganggap dirinya lebih baik dirawat lebih lama di rumah sakit karena bisa diobservasi langsung oleh perawat dan dokter.

Kegagalan dalam penerapan *discharge planning* merupakan suatu potensi bagi pasien untuk bisa mengalami perburukan kondisi penyakit dan ketidaktahuan perawatan selama dirumah. Dimana banyak diantara mereka akan mengalami rehospitalisasi atau *re-admission*. Ketika *discharge planning* terprogram dengan baik dengan memperhitungkan kebutuhan pasien dan perawat maka memungkinkan waktu lama rawat pasien (LOS) akan memendek karena pasien dan keluarga bisa lebih mandiri sehingga pemberian tindakan akan lebih efektif dan efisien yang mana akan menekan angka rawat inap rumah sakit.

Salah satu peran perawat adalah menjadi pendidik atau *discharge planner* bagi pasien dan keluarga, untuk itu diharapkan perawat mampu membantu pasien untuk meningkatkan kesejahteraannya melalui pemberian pengetahuan terkait dengan keperawatan dan tindakan medis yang diterima sehingga pasien dan keluarga memiliki tanggung jawab terhadap hal-hal yang sudah diketahuinya. Ketika pasien gagal jantung dirawat dirumah sakit maka pemberi pelayanan kesehatan harus mulai mengobservasi kondisi dan apa yang akan menjadi *discharge planning* pasien ketika pasien dirawat sampai pulang ke rumah nantinya. *Self care* pada pasien gagal jantung merupakan kunci untuk peningkatan kualitas hidup dengan pengelolaan diri yang efektif serta dukungan sosial sekitar.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Mei pada salah satu perawat di RSAL Dr. Mintohardjo, discharge planning yang dilaksanakan di RS sudah berbentuk sebuah format yang berisikan hal – hal yang harus diperhatikan oleh pasien untuk persiapan keberlanjutan perawatan di rumah. Jumlah pasien rawat inap dalam 3 bulan terakhir dengan diagnosa gagal jantung berjumlah 36 orang dengan uraian sebagai berikut :

**Tabel 1 Frekuensi Pasien Gagal Jantung di Ruang Rawat Inap Bulan Januari – Maret 2019 di RSAL Dr. Mintohardjo**

NO	BULAN	JUMLAH PASIEN
1.	Januari 2019	6 orang
2.	Februari 2019	13 orang
3.	Maret 2019	17 orang
TOTAL		36 orang

Dari latar belakang diatas dapat disimpulkan bahwa peneliti tertarik ingin meneliti tentang hubungan *discharge planning* dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo.

## I.2. Rumusan Masalah

Tingginya angka rehospitalisasi pada pasien gagal jantung dapat dihubungkan dengan keefektifan penerapan *discharge planning*. Penelitian yang dilakukan oleh Huang & Liang (2005) pada 126 responden yang berumur  $\geq 65$  tahun yang mengalami patah tulang panggul akibat jatuh, menyatakan bahwa pemberian discharge planning akan menurunkan *length of stay*, menurunkan angka kejadian rehospitalisasi serta meningkatkan kualitas hidup pada grup perlakuan dibanding dengan grup kontrol. Kesuksesan penerapan *discharge planning* harus terbentuk dari pasien, keluarga dan kerja sama antar pemberi pelayanan kesehatan serta dalam proses *discharge planning* pun harus mengedepankan perawatan secara holistik dan berkelanjutan.

Banyaknya kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya : usia, jenis kelamin, pekerjaan,

status perkawinan, komorbiditas, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, lama waktu rawat, dan kepatuhan kontrol . Faktor- faktor tersebut yang akhirnya membuat banyaknya pasien gagal jantung mengalami rehospitalisasi dengan gejala dan keluhan yang sama (*relapse*). Meijers dkk (2014) menegaskan bahwa fase rehospitalisasi pada pasien gagal jantung dengan tingkat rawat inap yang sangat tinggi terjadi pada rentang bulan pertama setelah keluar dari rumah sakit dan selama 2 bulan terakhir sebelum kematian serta tingkat rehospitalisasi pasien ke rumah sakit yang tidak direncanakan telah dilaporkan mendekati 25% dalam waktu 30 hari setelah pemulangan awal dan 30% dalam waktu 60 hingga 90 hari setelah pemulangan ke rumah.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi “*Apakah ada hubungan discharge planning dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien penyakit gagal jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo.*”

### **I.3. Tujuan Penelitian**

#### **I.3.1 Tujuan Umum**

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan discharge planning dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo.

#### **I.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mendapatkan gambaran karakteristik responden ( usia, jenis kelamin, status perkawinan, komorbiditas, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, lama menderita penyakit) yang berkaitan pada pasien gagal jantung.
- b. Mendapatkan gambaran pelaksanaan *discharge planning* pada pasien gagal jantung.
- c. Mendapatkan gambaran kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.
- d. Menganalisis hubungan usia dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.

- e. Menganalisis hubungan jenis kelamin dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.
- f. Menganalisis hubungan status perkawinan dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.
- g. Menganalisis hubungan komorbiditas dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.
- h. Menganalisis hubungan tingkat pendidikan dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.
- i. Menganalisis hubungan tingkat ekonomi dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.
- j. Menganalisis hubungan lama menderita penyakit dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.
- k. Mengetahui hubungan *discharge planning* dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.

#### **I.4 Manfaat Penelitian**

Penelitian yang berjudul “Hubungan *Discharge Planning* dengan Kejadian Rehospitalisasi pada Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo”.

##### **I.4.1 Bagi Peneliti**

Sebagai pembelajaran nyata untuk memahami dan mengkaji masalah yang terjadi pada saat penerapan *discharge planning* pada pasien dan keluarga serta mengkaji kolaborasi antar tenaga kesehatan di rumah sakit.

##### **I.4.2 Bagi Praktisi**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang hubungan *discharge planning* dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung sehingga dapat dijadikan literatur dan memperkaya wawasan dalam pengembangan ilmu kardiovaskular terutama gagal jantung.

#### **I.4.3 Bagi Akademisi**

Penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan pada tingkat akademis atau instansi pendidikan tentang hubungan *discharge planning* dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung, sehingga informasi dari penelitian ini dapat digunakan untuk acuan penerapan *discharge planning* yang lebih optimal dan terprogram sebagai pencegahan rehospitalisasi atau *re-admission* pada pasien gagal jantung.

#### **I.4.4 Bagi Metodologi**

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan informasi dan wacana untuk pengembangan penelitian lebih lanjut, khususnya bagi peneliti keperawatan yang ingin melakukan pengembangan penelitian tentang hubungan *discharge planning* dengan kejadian rehospitalisasi pada pasien gagal jantung.

