

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner (PJK)

2.1.1 Definisi PJK

Penyakit Jantung Koroner (PJK) atau *Coronary Artery Disease* (CAD) adalah penyakit pada arteri koroner dimana terjadi penyempitan atau sumbatan pada liang arteri koroner oleh karena proses arteriosklerosis, pada proses arteriosklerosis terjadi perlemakan pada dinding arteri koroner yang sudah terjadi sejak usia muda sampai usia lanjut. Proses ini umumnya normal pada setiap orang. Terjadinya infark dapat disebabkan beberapa faktor risiko, hal ini tergantung dari individu (Nurhidayat, 2011).

2.1.2 Etiologi PJK

Kolesterol, kalsium, dan unsur-unsur lain yang dibawa oleh darah disimpan di dinding arteri jantung yang mengakibatkan penyempitan arteri dan berkurangnya aliran darah sepanjang pembuluh. Ini menghalangi suplai darah ke otot jantung. Penumpukan ini awalnya berupa tumpukan lemak dan pada akhirnya berkembang menjadi plak yang menghalangi darah sepanjang arteri. Kadar kolesterol naik dan asupan lemak dapat berperan pada terbentuknya plak, demikian juga dengan hipertensi, diabetes, dan merokok. Ketika plak terbentuk

didalam arteri, otot jantung kekurangan oksigen dan nutrisi yang akhirnya merusak otot jantung (DiGiulio, 2014).

2.1.3 Patofisiologi PJK

Pada keadaan normal antara aliran darah arteri koroner dengan kebutuhan miokard menjadi seimbang. Pada PJK menunjukkan ketidakseimbangan antara aliran darah arterial dan kebutuhan miokardium. Keseimbangan ini dipengaruhi oleh aliran darah koroner, kepekaan miokardium terhadap iskemik dan kadar oksigen dalam darah. Aliran darah arterial yang berkurang hampir selalu disebabkan oleh arteriosklerosis. Arteriosklerosis terjadi ketika dinding bagian dalam pembuluh darah arteri mengalami kerusakan. Akibatnya, sel darah dan plak yang terbentuk dari kolesterol menumpuk di dinding dalam arteri, sehingga menyumbat pembuluh darah. Bila penyakit ini semakin lanjut, maka penyempitan lumen akan diikuti perubahan vaskuler yang mengurangi kemampuan pembuluh untuk melebar. Dengan demikian keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen genting, membahayakan miokardium distal dan daerah lesi. Lesi yang bermakna secara klinis, yang dapat menyebabkan iskemi dan disfungsi miokardium biasanya menyumbat lebih dari 75% lumen pembuluh darah. Lesi-lesi arteriosklerosis biasanya berkembang pada segmen epikardial proksimal dari arteria koronaria yaitu pada tempat lengkungan yang tajam, percabangan atau perlekatan. Pada tahap lebih lanjut

lesi-lesi yang tersebar difus menjadi menonjol (Nurhidayat, 2011).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Naga (2012) manifestasi klinis yang muncul akibat adanya penyakit jantung koroner antara lain sebagai berikut:

1. *Asimtomatik* (tanpa gejala-gejala)
2. *Simtomatik* (dengan gejala-gejala):
 - a. Sakit dada, berdebar-debar, sesak nafas, pingsan
 - b. *Angina pectoris*, dapat dikenal secara:
 - 1) Kualitas nyeri dada yang khas, yaitu perasaan dada tertekan, merasa terbakar, atau susah bernafas
 - 2) Lokasi nyeri, yaitu *restrosternal* yang menjalar ke leher, rahang, atau mastoid dan turun ke lengan kiri
 - 3) Faktor pencetus, seperti sedang emosi, bekerja sesudah makan, atau dalam udara dingin.

c. *Stabile Angina Pectoris*

Kebutuhan metabolik otot jantung dan energi tidak dapat dipenuhi karena terdapat *stenosis* menetap arteri koroner yang disebabkan oleh proses *sterosklerosis*. Keluhan nyeri dada timbul bila melakukan suatu pekerjaan. Berdasarkan berat ringannya pencetus, angina dapat dibagi atas beberapa tingkatan yaitu:

- 1) Selalu timbul sesudah latvcihan berat,

- 2) Timbul sesudah latihan sedang (jalan cepat $\frac{1}{2}$ km), Timbul saat latihan ringan (jalan 100 m), dan 4) Timbul jika gerak badan ringan (jalan biasa).

d. Angina Tidak Stabil (*Unstable Angina Pectoris*)

Penyebab *unstable angina pectoris* primer adalah adanya kontraksi otot polos pembuluh koroner, sehingga mengakibatkan iskemia miokard. Pathogenesis spasme tersebut hingga kini belum diketahui. Namun, kemungkinan disebabkan oleh tonus alfaadrenergik yang berlebihan (histamine, katekolamin, prostaglandin).

e. Kelelahan atau kepenatan

Gejala ini nonspesifik tetapi sering terjadi pada penyakit jantung. Hal ini dapat terjadi karena curah jantung yang rendah atau ketidakmampuan meningkatkan curah jantung pada saat aktifitas fisik

f. Infark Miokard Akut (IMA)

Rasa sakit atau nyeri paling nyata dirasakan didaerah substernal yang menyebar ke kedua tangan, kerongkongan atau dagu, atau abdomen sebelah atas (sehingga mirip dengan kolik cholelithiasis, cholelithiasis akut, ulkus peptikum akut, atau pancreatitis akut). Pasien biasanya tetap sadar, tetapi merasa gelisah, cemas atau bingung, wajah pucat bagai abu dengan keringat dan kulit yang dingin.

2.1.5 Faktor Risiko Terjadinya PJK

Faktor risiko adalah hal-hal atau variabel yang terkait dengan peningkatan suatu risiko dalam hal ini penyakit tertentu. Faktor risiko disebut juga faktor penentu, yaitu menentukan seberapa besar kemungkinan seorang yang sehat menjadi sakit. Dalam hal ini faktor risiko PJK dibagi menjadi dua, yaitu faktor risiko yang dapat diubah dan faktor risiko yang tidak dapat diubah.

1. Faktor risiko yang dapat diubah dibedakan menjadi:

a. Hiperlipid

Peningkatan kadar lemak darah merupakan masalah pada masyarakat modern. Peningkatan kadar lemak darah merupakan cerminan dari tingginya asupan lemak dalam makanan. Kolesterol menjadi permasalahan yang besar berhubungan dengan risiko PJK. Peningkatan kadar kolesterol darah yang disertai faktor risiko lain seperti hipertensi dan merokok menjadikan risiko PJK lebih besar lagi (Rosjidi, 2010).

b. Hipertensi

Tekanan darah tinggi secara terus-menerus akan menimbulkan kerusakan dinding pembuluh darah arteri secara perlahan-lahan, apabila kerusakan dinding ini diperberat dengan endapan lemak/kolesterol akan menimbulkan penyempitan rongga pembuluh darah, dan hal ini juga dapat terjadi pada arteri koroner. Kontrol yang baik pada pasien hipertensi akan diupayakan untuk mencegah

kerusakan lebih lanjut pembuluh darah dan meminimalkan kemungkinan terkena penyakit jantung koroner (Nurhidayat, 2011).

c. Merokok

Dalam Nurhidayat (2011) peranan rokok terhadap penyakit jantung koroner dapat timbul dalam beberapa cara, diantaranya:

- 1) Korban monoksida (CO) yang terkandung didalam asap rokok lebih kuat menarik atau menyerap oksigen dibandingkan sel darah merah dengan hemoglobinnya sehingga menurunkan kapasitas darah merah tersebut untuk membawa oksigen ke jaringan termasuk jantung.
- 2) Perokok memiliki kadar kolesterol HDL (kolesterol baik) yang lebih rendah, berarti pelindung terhadap penyakit jantung koroner menurun.
- 3) Merokok dapat menyebabkan angina, yaitu sakit dada yang merupakan tanda terhadap adanya sakit jantung. Tanpa adanya gejala tersebut, penderita tidak sadar akan penyakit berbahaya yang sedang menyerangnya.

d. Diabetes Mellitus (DM)

Diabetes Mellitus menyebabkan gangguan vaskuler berupa mikroangiopati, terjadinya penebalan dinding pembuluh darah pada semua organ, mata, ginjal, otak, dan jantung, sehingga aterosklerosis hebat. Kelebihan berat badan, usia lanjut, konsumsi karbohidrat berlebih, kerusakan pancreas merupakan penyebab terjadinya penyakit DM. Penyakit DM yang tidak terkontrol menyumbang 80% angka kematian akibat PJK dan Stroke. Tingginya gula darah sangat erat

hubungannya dengan obesitas, hipertensi, dislipid. Gula darah yang tinggi dapat mengakibatkan kerusakan lapisan endotel pembuluh darah yang berlangsung secara progresif (Rosjidi, 2010)

e. Diet tinggi lemak jenuh, kolesterol dan kalori

Kolesterol merupakan senyawa lemak kompleks yang dihasilkan oleh tubuh dan dapat juga berasal dari makanan yang kita makan. Sejah masuk seimbang dengan kebutuhan, maka kita akan tetap sehat. Namun sering kali karena kolesterol mempunyai kadar yang tinggi dalam masakan berlemak (dan biasanya enak) maka kadar kolesterol akan meningkat sampai diatas nilai normal teroris tubuh kita. Kelebihan itu akan mengendap pada pembuluh darah arteri yang menyebabkan penyempitan dan pengerasan yaitu arterosklerosis (Nurhidayat, 2011).

a. Aktifitas Fisik

Pada latihan fisik akan terjadi dua perubahan pada system kardiovaskular, yaitu peningkatan curah jantung dan redistribusi aliran darah dari organ yang kurang aktif ke organ yang aktif. Aktivitas aerobik secara teratur menurunkan risiko PJK, meskipun hanya 11% laki-laki dan 4% perempuan memenuhi target pemerintah untuk berolahraga.

Disimpulkan juga bahwa olahraga secara teratur akan menurunkan tekanan darah sistolik, menurunkan kadar katekolamin di sirkulasi, menurunkan kadar kolesterol dan lemak darah,

meningkatkan kadar HDL lipoprotein, memperbaiki sirkulasi koroner dan meningkatkan percaya diri.

Olahraga yang teratur berkaitan dengan penurunan insiden PJK sebesar 20-40%. Dengan olahraga teratur sangat bermanfaat untuk menurunkan faktor risiko seperti kenaikan HDL-kolesterol dan sensitivitas insulin serta menurunkan berat badan dan kadar LDLkolesterol (Sumiati, 2010).

2. Faktor Resiko Yang Tidak Dapat Dimodifikasi. Merupakan factor resiko yang tidak bisa dirubah atau dikendalikan, yaitu diantaranya :

a. Usia

Resiko meningkat pada pria diatas 45 tahun dan wanita diatas 55 tahun (umumnya setelah menopause)

b. Jenis Kelamin

Morbiditas akibat penyakit jantung koroner (PJK) pada laki-laki dua kali lebih besar dibandingkan pada perempuan, hal ini berkaitan dengan estrogen endogen yang bersifat protective pada perempuan. Hal ini terbukti insidensi PJK meningkat dengan cepat dan akhirnya setara dengan laki pada wanita setelah masa menopause

c. Riwayat Keluarga

Riwayat anggota keluarga sedarah yang mengalami PJK sebelum usia 70 tahun merupakan factor resiko independent untuk terjadinya PJK. Agregasi PJK keluarga menandakan adanya predisposisi genetic pada keadaan ini. Terdapat bukti bahwa riwayat positif pada keluarga mempengaruhi onset penderita PJK pada keluarga dekat

d. RAS

Insidensi kematian akibat PJK pada orang Asia yang tinggal di Inggris lebih tinggi dibandingkan dengan penduduk lokal, sedangkan angka yang rendah terdapat pada RAS afro-karibia

e. Geografi

Tingkat kematian akibat PJK lebih tinggi di Irlandia Utara, Skotlandia, dan bagian Inggris Utara dan dapat merefleksikan perbedaan diet, kemurnian air, merokok, struktur sosio-ekonomi, dan kehidupan urban.

f. Tipe kepribadian

Tipe kepribadian A yang memiliki sifat agresif, kompetitif, kasar, sinis, gila hormat, ambisius, dan gampang marah sangat rentan untuk terkena PJK. Terdapat hubungan antara stress dengan abnormalitas metabolisme lipid.

g. Kelas social

Tingkat kematian akibat PJK tiga kali lebih tinggi pada pekerja kasar laki-laki terlatih dibandingkan dengan kelompok pekerja profesi (misal dokter, pengacara dll). Selain itu frekuensi istri pekerja kasar ternyata 2 kali lebih besar untuk mengalami kematian dini akibat PJK dibandingkan istri pekerja profesional/non-manual.

2.1.6 Pencegahan PJK

Proses terjadinya PJK yang cukup panjang sesungguhnya tersedia cukup waktu untuk mencegah dan mengendalikannya. Beberapa langkah pencegahan penyakit jantung koroner adalah:

a. Pencegahan Primer

Adalah upaya pencegahan yang dilakukan sebelum seseorang menderita PJK. Tujuan dari pencegahan primer adalah untuk menghambat berkembangnya dan meluasnya faktor-faktor risiko PJK. Upaya pencegahan ini berupa ;

1) Peningkatan kesadaran pola hidup sehat.

Upaya ini lebih baik dilakukan sejak bayi, dengan tidak membiarkan bayi jadi gemuk dan merubah kriteria bayi gemuk sebagai seimbang gizi, enyahkan rokok, hindari Stres, awasi tekanan darah, dan teratur berolahraga.

2) Pemeriksaan kesehatan secara berkala

Banyak orang yang sudah menginjak usia senja (usia diatas 40 tahun) tidak mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit tekanan darah tinggi, kencing manis ataupun dislipidemia (kelebihan kolesterol), karena mereka enggan memeriksakan diri ke dokter atau mungkin pula penyakit tersebut tidak memberikan suatu keluhan. Tidak jarang diantara mereka ini kemudian meninggal mendadak karena serangan jantung. Karena itu pemeriksaan kesehatan dalam rangka pencegahan primer perlu dilakukan terutama pada :

- a) Orang sehat (tanpa keluhan) diatas usia 40 tahun.
- b) Anak dari orang tua dengan riwayat hipertensi, diabetes melitus, familier dislipidemia, mati mendadak pada usia kurang dari 50 tahun
- c) Obesitas

Adapun jenis pemeriksaan yang dianjurkan adalah :

- a) Pemeriksaan fisik mengenai kemungkinan adanya kelainan organ pada jantung ataupun hipertensi.
- b) Pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) pada waktu istirahat.
- c) Pemeriksaan laboratorium seperti : gula darah, total kolesterol, HDL, Kolesterol, LDL kolesterol, Trigliserida, ureum, dan kreatinin.
- d) Pemeriksaan treadmill test, terutama bagi penderita yang hasil EKG nya meragukan dengan adanya keluhan nyeri dada (Chest pain).
- e) Pemeriksaan Ekokardiografi terutama untuk melihat kelainan struktur / organ jantung.

b. Pencegahan Sekunder

Adalah upaya yang dilakukan oleh seseorang yang sudah menderita PJK. Tujuan Pencegahan Sekunder adalah supaya : 1) tidak terjadi komplikasi lebih lanjut, 2) tidak merasa invalid (cacat di masyarakat), dan 3) status psikologis penderita menjadi cukup mantap.

Untuk itu kiranya perlu dilakukan langkah-langkah sebagai berikut ;

- a) Pemeriksaan fisik yang lebih teliti untuk mengetahui kemampuan jantung dalam melaksanakan tugasnya.
- b) Mengendalikan faktor risiko yang menjadi dasar penyakitnya
- c) Pemeriksaan treadmill test untuk menentukan beban/aktivitas fisik sehari-hari.
- d) Pemeriksaan laboratorium secara rutin

- e) Pemeriksaan Ekokardiografi (EKG). untuk melihat seberapa berat otot jantung yang telah mati.
- f) Dilakukan pemeriksaan Angiografi koroner untuk melihat pembuluh darah koroner mana yang tersumbat dan seberapa berat sumbatannya.
- g) Ikut Klub Jantung Sehat.
- h) Terapi Penyakit lebih lanjut : PTCA (ditiup) ataupun bedah pintas koroner (CABG).

Secara Umum Upaya Pencegahan PJK yang dapat dilakukan pada orang yang sehat, orang yang berisiko, maupun oleh orang yang pernah

menderita penyakit jantung adalah ;

1. Berolah raga secara teratur, untuk membantu pembakaran lemak dan menjaga agar peredaran darah tetap lancar.
2. Mengurangi konsumsi makanan berlemak/ berkolesterol tinggi dan meningkatkan konsumsi makanan tinggi serat, seperti sayur-sayuran dan buah-buahan.
3. Menjaga berat badan ideal.
4. Cukup istirahat dan kurangi stress, sehingga jumlah radikal bebas yang terbentuk dalam tubuh tidak terlalu banyak.
5. Hindari rokok, kopi, dan minuman beralkohol.
6. Melakukan pemeriksaan laboratorium secara berkala untuk memantau kadar kolesterol dalam darah.
7. Menjaga lingkungan tetap bersih

2.2 Konsep *Discharge Planning*

2.2.1 Definisi

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*. (Nursalam, 2016)

Menurut Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) tahun 2017 juga disebutkan bahwa penentuan *discharge planning* adalah pada saat awal pengkajian pasien masuk dan disesuaikan dengan kriteria kebutuhan pasien dan didokumentasikan di rekam medis.

Discharge planning menempatkan perawat pada posisi yang penting dalam proses perawatan pasien dan dalam tim *discharge planning* rumah sakit karena pengetahuan dan kemampuan perawat dalam proses keperawatan sangat berpengaruh dalam memberikan pelayanan kontinuitas melalui *discharge planning* tersebut. Seorang *discharge planners* memiliki tugas membuat rencana, mengkoordinasikan, memonitor dan memberikan tindakan dalam proses keperawatan yang berkelanjutan (Bangsbo, 2014).

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. (*Discharge Planning Association*, 2016)

2.2.2 Tujuan *Discharge Planning*

Pemberian *discharge planning* kepada klien dapat mengurangi hari rawa klien di rumah sakit, mencegah terjadinya kekambuhan, meningkatkan perkembangan kondisi kesehatan klien serta membantu menurunkan beban perawatan pada keluarga (Pemila, 2011)

Pemberian *discharge planning* dapat menghasilkan hubungan yang terintegasi antara perawatan yang diterima saat di rumah sakit serta perawatan yang didapatkan setelah pasien pulang, hal ini bertujuan agar perawatan yang didapatkan di rumah sakit tetap dilanjutkan dengan perawatan di rumah secara mandiri (Nursalam, 2012).

Menurut Sistem Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) tahun 2017 pada standar pelayanan dan kontinuitas perawatan, tujuan dari *discharge planning* adalah sebagai tindak lanjut pemulangan pasien ke praktisi kesehatan atau organisasi lain yang dapat memenuhi

kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. Rumah sakit yang berada di komunitas tempat praktisi kesehatan didalamnya membuat kerjasama formal dan informal. Jika pasien berasal dari komunitas/daerah lain maka rumah sakit akan merujuk pasien ke praktisi kesehatan yang berasal dari komunitas tempat pasien tinggal. Mungkin juga, pasien membutuhkan pelayanan dukungan dan pelayanan kesehatan pada waktu pasien keluar dari rumah sakit (*discharge*). Misalnya, pasien mungkin membutuhkan bantuan sosial, nutrisi, keuangan, psikologi, atau bantuan lain pada waktu pasien keluar rumah sakit. Proses perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*) dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua profesional pemberi asuhan (PPA) terkait serta difasilitasi oleh manajer pelayanan pasien (MPP) memuat bentuk bantuan pelayanan yang dibutuhkan dan ketersediaan bantuan yang dimaksud.

2.2.3 Prinsip *Discharge Planning*

Menurut Mennuni *et el* (2017) ada beberapa prinsip utama dalam pemberian *discharge planning*, yaitu :

1. *Discharge planning* bukan merupakan proses yang terpisah, namun harus direncanakan sedini mungkin setelah menerima pasien masuk, pasien dan pemberi pelayanan kesehatan telah berdiskusi dan sepakat untuk memperbaiki kesehatan pasien, serta merupakan mitra yang setara.

2. Memiliki fasilitas dengan pendekatan yang sistematis dan komperhensif dimulai dengan evaluasi multidisiplin para tenaga kesehatan

3. Memiliki penanggung jawab yang digunakan untuk mengatur perjalanan pasien dirumah sakit serta berkoordinasi dengan para tenaga kesehatan untuk informasi yang diterima selanjutnya diteruskan kepada pasien dan keluarga pasien

4. *Discharge planning* merupakan hasil kolaborasi dari tim yang terdiri dari tenaga kesehatan yang terintegrasi

5. Melakukan implementasi secara tepat dengan menggunakan perawatan transisional dan menengah

6. Implementasi *discharge planning* menggunakan sistem perawatan teroganisir dan pelayanan yang berkelanjutan

7. Memiliki program pengiriman informasi ke sistem pelayanan setelah pasien *planning* atau perencanaan pulang dilakukan pada saat perencanaan pulang, persiapan hari sebelum klien pulang, dan pada saat hari klien pulang yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Perencanaan pulang, terdiri dari:

Sewaktu penerimaan klien masuk rumah sakit melakukan pengkajian kebutuhan klien untuk memenuhi pelayanan kesehatan jika klien pulang, menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan yang diberikan, 1. Perencanaan pulang, terdiri dari:

a. Sewaktu penerimaan klien masuk rumah sakit melakukan pengkajian kebutuhan klien untuk memenuhi pelayanan kesehatan

jika klien pulang, menggunakan riwayat keperawatan, rencana perawatan yang diberikan, hingga pengkajian kemampuan fisik dan fungsi kognitif secara berkelanjutan

- b. Mengkaji kebutuhan pendidikan kesehatan klien maupun keluarga jika klien akan dipulangkan dan kemungkinan komplikasi kesehatan yang akan terjadi saat sudah di rumah
- c. Mendiskusikan bersama klien dan keluarga tentang kemungkinan hal yang dapat memperlambat pemulihan kesehatan klien di rumah seperti faktor lingkungan klien (ukuran kamar maupun fasilitas di rumah)
- d. Mengkonsultasikan bersama tim kesehatan interprofesi seperti ahli gizi, dokter, fisioterapi, maupun farmasis untuk kebutuhan kesehatan klien setelah pulang

2. Persiapan hari sebelum klien pulang, yaitu:

- a. Mengajukan cara untuk mengubah pengaturan fisik di rumah sebelumnya agar kebutuhan klien terpenuhi saat di rumah
- b. Memberikan informasi mengenai pelayanan kesehatan di masyarakat yang dapat dijangkau oleh klien saat pulang nanti
- c. Melakukan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penyakit yang dialami klien
- d. Melakukan pendidikan kesehatan untuk klien dan keluarga mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penyakit yang dialami klien

3. Pada hari saat klien pulang, terdiri dari :
 - a. Memberikan kesempatan untuk klien maupun keluarga untuk bertanya dan berdiskusi mengenai penyakit yang dialami
 - b. memberikan informasi yang diberikan oleh dokter tentang resep obat adanya perubahan tindakan pengobatan, ataupun keperluan alat-alat khusus
 - c. Memastikan apakah klien dan keluarga memiliki alat transportasi kerumah saat keluar dari rumah sakit
 - d. Memastikan barang-barang klien agar tidak tertinggal dimeja maupun peralatan rumah sakit
 - e. Memberikan klien resep obat dan memeriksa kembali informs obat
 - f. Menggunakan kursi roda jika diperlukan dalam memobilisasi klien saat akan pulang
 - g. Mencatat kepulangan klien pada format *discharge planning* yang telah disediakan dirumah sakit

2.3 Hasil Penelitian

Sejalan dengan penelitian menurut Wahyuni (2012) terdapat 10% pasien PJK yang dirawat mengalami perawatan ulang, rata-rata rentang pasien PJK yang mengalami perawatan ulang dari perawatan sebelumnya tiga sampai enam bulan.

Hasil analisa rata-rata kesiapan pulang pasien PJK meliputi status personal, pengetahuan, kemampuan, koping, dan dukungan.

Kelompok peneliti membagi 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok intervensi kelompok kontrol adalah kelompok yang tidak mendapatkan intervensi sedangkan kelompok intervensi yang mendapatkan discharge planing.

Rata-rata kesiapan pulang kelompok kontrol adalah 100 dengan nilai terendah 91 dan nilai tertinggi 106. sedangkan rata-rata kesiapan pulang kelompok intervensi adalah 208,31 dengan nilai terendah 197 dan nilai tertinggi 217. Sehingga rata-rata kesiapan pulang kelompok intervensi lebih tinggi dua kali dengan kelompok kontrol atau dengan perbedaan rata-rata 108,31.

Rata-rata status personal kelompok kontrol adalah 33,75, nilai terendah 30 dan tertinggi 36. Sedang rata-rata status personal kelompok intervensi adalah 63,88, nilai terendah 61 dan nilai tertinggi 68. Sehingga rata-rata kesiapan pulang kelompok kontrol atau dengan perbedaan rata-rata 30,13.

Rata-rata pengetahuan kelompok kontrol adalah 10,81, nilai terendah 8 dan tertinggi 16. Sedangkan rata-rata kesiapan pulang kelompok intervensi adalah 64,88, nilai terendah 60 dan nilai tertinggi 70. Sehingga rata-rata pengetahuan kelompok intervensi lebih tinggi 6 dengan kelompok kontrol atau dengan perbedaan 54,06.

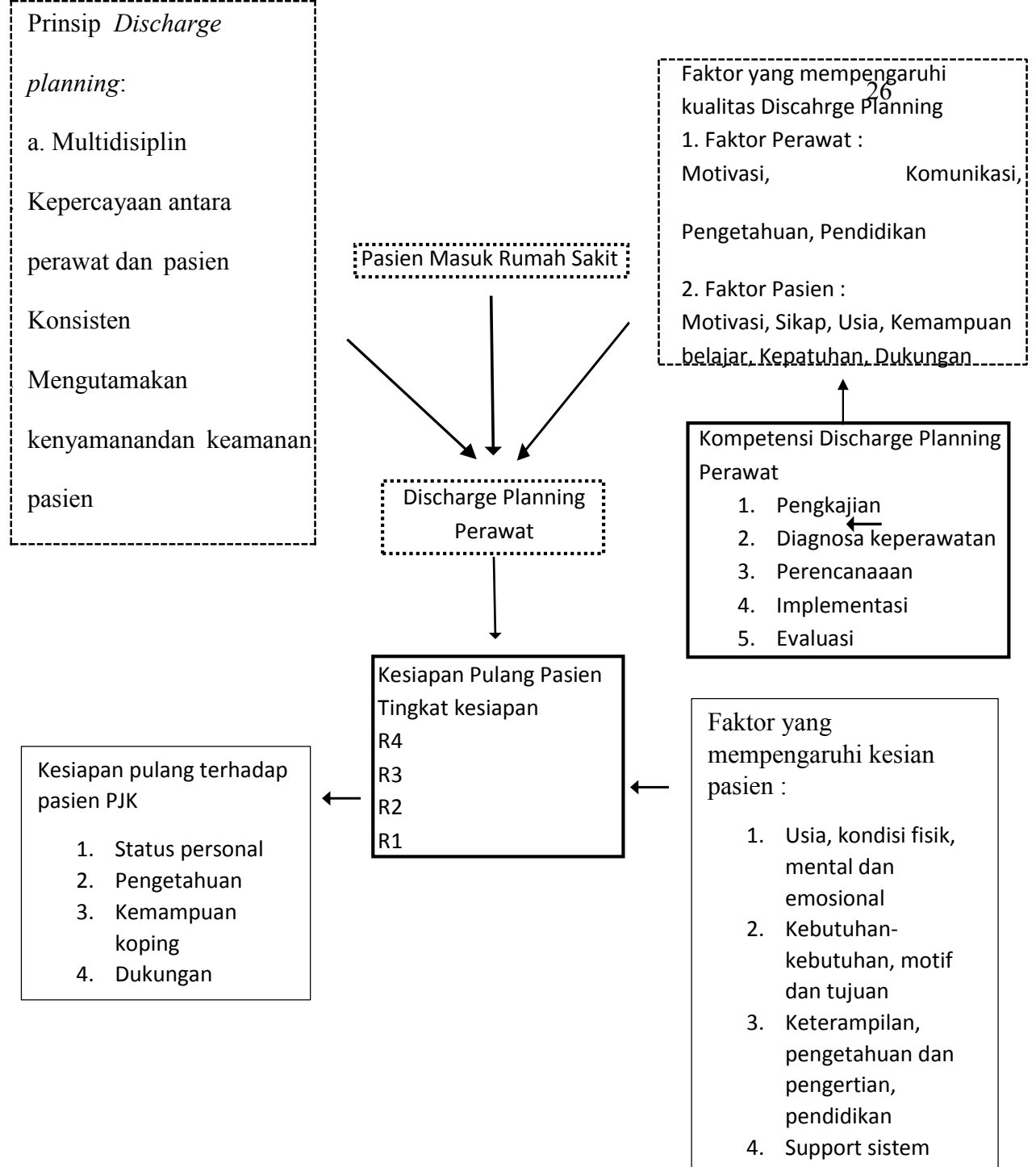
Rata-rata kemampuan coping kelompok kontrol adalah 22,8 dengan nilai terendah 19 dan nilai tertinggi 24. Sedangkan rata-rata kemampuan coping kelompok intervensi adalah 35,25 dengan nilai

terendah 32 dan nilai tertinggi 39. Sehingga rata-rata kemampuan koping kelompok intervensi lebih tinggi 1,6 kali dengan kelompok kontrol atau dengan perbedaan rata-rata 12,88.

Rata-rata dukungan kelompok kontrol adalah 33,06 dengan nilai terendah 22 dan tertinggi 36. Sedangkan rata-rata dukungan kelompok intervensi adalah 44,31, nilai terendah 42 dan nilai tertinggi 48 sehingga rata-rata kesiapan pulang kelompok intervensi lebih tinggi 1,3 kali dengan kelompok kontrol atau dengan perbedaan rata-rata 11,25.

2.4 Kerangka Konsep

Berdasarkan konsep dan teori yang diuraikan pada studi kepustakaan bahwa perencanaan pulang (discharge planning) sangat penting dalam penatalaksanaan penyakit jantung koroner karena efeknya dapat menurunkan angka kekambuhan pada pasien pjk, berdasarkan teori diatas maka peneliti menggunakan kerangka konsep sebagai berikut:



Bagan 2.4 Kerangka Konsep

Kerangka Konsep Penelitian Discharge Planning Pada Pasien PJK

Contoh sumber : dimodifikasi dari (Yahya, 2010), (Nursalam, 2016), (*Discharge Planning Association*, 2016), (Pemila, 2011), (Bangsbo, 2014), (Sumiati, 2010)