

LITERATUR REVIEW:DISCHARGE PLANNING PADA
PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Ahli

Madya Keperawatan



MONITA APRILIA

4180170019

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG

2020

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL :

LITERATURE REVIEW : DISCHARGE PLANNING PADA PASIEN
PENYAKIT JANTUNG KORONER

NAMA : MONITA APRILIA

NIM : 4180170019

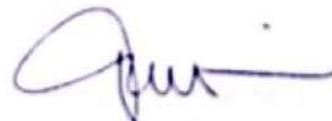
Telah Disetujui Untuk diajukan Pada Sidang Akhir
Program Studi Diploma III Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana
Menyetujui :

Pembimbing 1,

Pembimbing 2,



Hj Sri Mulyati Rahayu, S.Kp., M.Kes



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep. Ners, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan
Para Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana
Pada Tanggal 4 September 2020

Mengesahkan
Universitas Bhakti Kencana

Penguji I

Penguji II



Agus Miraj Darajat, S.Kep., Ners., M.Kep

Anri, S.Kep., Ners., M.Kep

Dekan fakultas keperawatan,
Universitas Bhakti Kencana



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Monita Aprilia
NPM : 4180170019
Fakultas : Keperawatan
Prodi : Diploma III Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: *LITERATURE REVIEW : DISCHARGE PLANNING PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER*

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya oranglain. Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya **bersedia menerima sanksi** sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapa pun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 25 September 2020

Yang membuat pernyataan,



Monita Aprilia

Pembimbing II

Pembimbing I



Hj Sri Mulyati Rahayu, S.Kp., M.Kes



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep. Ners., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas karunia dan rahmat-Nya penulis diberikan kemudahan dan kelancaran sehingga dapat menyelesaikan proposal penelitian yang berjudul *Literature Review Discharge Planning* pada pasien PJK.

Dalam penelitian ini, tidak terlepas dari pihak – pihak yang telah memberikan dukungan serta bimbingan kepada penulis. Pada kesempatan ijin ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. H. Mulyana, S.Pd., S.H., M.Pd., MH.Kes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung
2. Dr. Entris Sutrisno, MH. Kes., Apt. selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung
3. R.Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep selaku Dekan Universitas Bhakti Kencana Bandung
4. Dede Nur Aziz M, S.Kep., Ners., M.Kep. selaku Ketua Program Studi Diploma III Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
5. Hj Sri Mulyati Rahayu, S,Kp., M,Kes selaku pembimbing utama yang selalu meluangkan waktu serta memberikan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan proposal ini.
6. Dede Nur Aziz M, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing pendamping selalu meluangkan waktu serta memberikan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan proposal ini.

7. Seluruh Dosen, Staff pengajar dan karyawan program studi Diploma III keperawatan Universitas Bhakti Kencana yang telah banyak memberikan wawasan dan bantuannya.
8. Keluarga tercintaku alm/almh Bapa, Mamah, Bibi Hartiah Haroen dan Alm.Aki Haroen dan seluruh keluarga yang telah selalu mendoakan dan mengorbankan segalanya serta selalu mendukung kepada penulis untuk menuju kesuksesan.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan, teman teman angkatan XXIV di DIII Keperawatan yang tidak bisa disebutkan satu persatu dan para support system lainnya yang selalu memberikan masukan dan dukungannya yang tiada henti untuk keberhasilan penulis

Semoga segala kebaikan dari semua pihak yang telah diberikan kepada penulis, mendapatkan pahala dari Allah S.W.T Penulis menyadari bahwa penyusunan proposal ini masih banyak kekurangan, dengan demikian penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak dalam rangka penyempurnaan proposal penelitian ini dan semoga bermanfaat bagi semua yang berkepentingan.

Bandung, Juli 2020

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR BAGAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat penelitian.....	5
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep PJK.....	7
2.1.1 Definisi PJK.....	7
2.1.2 Etiologi PJK.....	7
2.1.3 Patofisiologi PJK	7
2.1.4 Manifestasi Klinis	8
2.1.5 Faktor Risiko Terjadinya PJK.....	10
2.1.6 Pencegahan PJK.....	14
2.2 Konsep <i>Discharge Planning</i>	18

2.2.1 Definisi.....	18
2.2.2 Tujuan <i>Discharge Planning</i>	19
2.2.3 Prinsip <i>Discharge Planning</i>	20
2.3 Hasil Penelitian	23
2.4 Kerangka Konsep.....	25

BAB III METODELOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	28
3.2 Variabel Penelitian.....	28
3.3 Populasi.....	29
3.4 Sampel.....	29
3.5 Teknik sampling.....	29
3.5.1 Kriteria Inklusi	30
3.5.2 Kriteria Eksklusi.....	30
3.6 Tahapan Literatur review	31
3.6.1 merumuskan masalah.....	31
3.6.2 mencari dan mengumpulkan data/literatur.....	31
3.7 Pengumpulan data	34
3.8 Etika penelitian.....	34
3.8.1 Plagiarism.....	34
3.9 Lokasi dan waktu penelitian.....	34
3.9.1 Lokasi penelitian	34
3.9.2 Waktu penelitian.....	34

BAB IV HASIL PENELITIAN..... 34

BAB V PEMBAHASAN	41
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	44
6.1	45
6.2	45
6.3	45
DAFTAR PUSTAKA	46
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

2.6 Bagan Kerangka Konsep	26
3.1 Bagan Langkah-Langkah Studi Literature	28
3.2 Bagan Tahapan <i>systematic</i>	33
4.1 Hasil Penelitian	42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsul Bimbingan

Lampiran 2 : Daftar Riwayat Hidup

Program Studi Diploma III Keperawatan

Universitas Bhakti Kencana

Tahun 2020

ABSTRAK

Penyakit jantung koroner (PJK) atau di kenal dengan *Coronary Artery Disease (CAD)* merupakan suatu penyakit yang terjadi ketika arteri yang mensuplai darah untuk dinding jantung mengalami pengerasan dan penyempitan. Kasus PJK di Indonesia semakin sering ditemukan karena pesatnya perubahan gaya hidup. Prevalensi PJK di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% mengalami peningkatan menjadi rata-rata 1,5% pada tahun 2018. Penanganan pada pasien PJK tidak hanya ketika terjadi serangan, namun setelah serangan teratasi. *Discharge planning* merupakan bagian dari pelayanan kepada pasien dan keluarga. Faktor peran dan dukungan tenaga kesehatan lain, pasien, keluarga dalam pelaksanaan *discharge planning* sangat penting dalam perencanaan pulang yang efektif. Teknik sampling secara *purposive*. Populasi dalam penelitian ini adalah jurnal yang berkaitan dengan *Discharge Planning* pada Pasien Penyakit Jantung Koroner sejumlah 128 jurnal dan jumlah sampel yang diambil adalah 3 jurnal. Hasil penelitian didapatkan bahwa *discharge planning* dilakukan untuk menurunkan angka kekambuhan pada pasien sehingga pasien tidak kembali lagi kerumah sakit untuk melakukan perawatan ulang. Kesimpulannya *discharge planning* dapat menurunkan resiko kekambuhan pada pasien penyakit jantung koroner. Sehingga disarankan *discharge planning* masuk ke dalam intervensi keperawatan.

Kata kunci : *Discharge Planning* pada Pasien Penyakit Jantung Koroner

Daftar Pustaka : Jurnal dan artikel :16 (tahun 2010-2020)

Diploma III Nursing Study Program
Bhakti Kencana University
2020

ABSTRACT

Coronary heart disease (CHD) or know as Coronary Artery Disease (CAD) is a disease that occurs when the arteries that supply blood to the heart walls experience hardening and narrowing. CHD cases in Indonesia are increasingly being found due to rapid changes in lifestyle. The prevalence of CHD in Indonesia in 2013 was 0.5%, an increase to an average of 1.5% in 2018. Treatment of CHD patients is not only when an attack occurs, but after the attack is resolved. Discharge planning is part of the service to patients and families. The role and support of other health professionals, patients, and families in implementing discharge planning is very important in planning an effective discharge. The problem taken in this study is how Discharge Planning in Coronary Heart Disease Patients. The purpose of this study was to determine the Discharge Planning for Coronary Heart Disease Patients through a literature study. This type of research is a Literature Review, with a purposive sampling method of collecting samples. The population in this study were 128 journals related to Discharge Planning in Coronary Disease Patients and the number of samples taken was 3 journals. Based on this study, it can be concluded that discharge planning in patients with coronary heart disease must be done to reduce the recurrence rate in patients so that patients do not return to the hospital for retreatment. In this case, an increase in the availability of knowledgeable health personnel is needed for sufferers of acute disease.

Keywords: Discharge Planning in Patients Coronary Heart Disease

Bibliography: Journals and articles: 16 (2010-2020)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit jantung koroner (PJK) atau di kenal dengan *Coronary Artery Disease (CAD)* merupakan suatu penyakit yang terjadi ketika arteri yang mensuplai darah untuk dinding jantung mengalami pengerasan dan penyempitan (Lyndon, 2014). Arteri yang mensuplai miokardium mengalami gangguan, sehingga jantung tidak mampu untuk memompa sejumlah darah secara efektif untuk memenuhi perfusi darah ke organ vital dan jaringan perifer secara adekuat. Pada saat oksigenisasi dan perfusi mengalami gangguan, pasien akan terancam kematian. Kedua jenis penyakit jantung koroner tersebut melibatkan arteri yang bertugas mensuplai darah, oksigen dan nutrisi ke otot jantung. Saat aliran yang melewati (Yahya, 2010)arteri koronaria tertutup sebagian atau keseluruhan oleh plak, bisa terjadi iskemia atau infark pada otot jantung (Ignatavicius & Workman, 2010).

Kasus PJK di Indonesia semakin sering ditemukan karena pesatnya perubahan gaya hidup. Banyaknya faktor risiko yang berpengaruh akibat perubahan gaya hidup. Faktor risiko penyakit jantung seperti PJK meliputi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi (tidak dapat dikendalikan) seperti riwayat keluarga, umur dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi (dapat dikendalikan)

yang memungkinkan dapat dicegah, diobati dan dikontrol seperti tekanan darah tinggi (hipertensi), merokok, gula darah tinggi (Diabetes Melitus), dislipidemia (metabolisme lemak yang abnormal), kegemukan (obesitas), kurang aktivitas fisik, pola makan, konsumsi minuman beralkohol dan stres (Ditjen PP&PL Kemenkes RI, 2011) dalam Indrawati (2012).

Prevalensi PJK di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% mengalami peningkatan menjadi rata-rata 1,5% pada tahun 2018. Berdasarkan diagnosis dokter penyakit jantung banyak di usia 75 tahun ke atas dengan jenis kelamin perempuan mencapai 1,6% dan lebih banyak terkena pada penduduk perkotaan 1,6% . Provinsi Jawa Barat terdapat pada urutan ke-9 dari 33 provinsi dengan presentase penyakit jantung diatas rata-rata nasional, yaitu 1,7% (Riskesdas 2018)

Penanganan pada pasien PJK tidak hanya ketika terjadi serangan, namun setelah serangan teratasi. Pasien pasca serangan jantung disiapkan kepulangannya atau *discharge planning* dengan diberikan konseling dan pendidikan kesehatan serta berbagai pengalaman penyakit. Kesiapan tersebut secara langsung meningkatkan kualitas hidup pasien PJK karena pasien pasca serangan jantung sering mengalami penurunan kualitas hidup. Status personal yang dirasakan oleh pasien diukur meliputi keyakinan pasien untuk pulang, kesiapan fisik, nyeri, kekuatan, energy, kesiapan emosional, stress dan mencegah kambuh kembali penyakitnya. (Yahya, 2010)

Discharge planning merupakan bagian dari pelayanan kepada pasien dan keluarga. Proses pelaksanaan discharge planning dimulai sejak tahap pengkajian dan dikatakan efektif jika mencakup pengkajian yang berkelanjutan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif tentang kebutuhan pasien yang berubah – ubah, pernyataan diagnosa keperawatan, perencanaan untuk memastikan kebutuhan pasien sesuai dengan apa yang dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan, penatalaksanaan dari perencanaan, sampai dengan adanya evaluasi dari kondisi pasien selama mendapatkan perawatan di rumah sakit (Kozier, 2010).

Berdasarkan penelitian Agustin (2017) didapatkan dari 32 pasien yang dirawat 43,75% pasien PJK dirawat inap ulang dikarenakan mengalami kekambuhan (Agustin, 2017).

Discharge planning yang berhasil dilaksanakan dengan baik maka kepulangan pasien dari rumah sakit tidak akan mengalami hambatan serta dapat mengurangi hari atau lama perawatan dan mencegah kekambuhan, namun sebaliknya bila discharge planning yang tidak dilaksanakan dengan baik dapat menjadi salah satu faktor yang memperlama proses penyembuhan yang akan mengalami kekambuhan dan dilakukan perawatan ulang (Pemila, 2 2011)

Faktor peran dan dukungan tenaga kesehatan lain, pasien, keluarga dalam pelaksanaan *discharge planning* sangat penting dalam perencanaan pulang yang efektif. Keberhasilan standarisasi proses *discharge planning*

merupakan kerjasama tim multidisiplin dan pasien serta pemberi pelayanan (wali, keluarga) yang penting juga harus aktif terlibat dan dikonsultasikan dalam pelaksanaan *discharge planning* bagi pasien. Faktor komunikasi antara perawat dan pasien dalam pelaksanaan *discharge planning* termasuk pemberian informasi tentang kebutuhan kesehatan berkelanjutan setelah pasien pulang, dan untuk mencapai tujuan tersebut perawat harus mampu menjalin komunikasi yang baik dengan pasien dan memperhatikan kendala apa yang timbul dalam komunikasi tersebut. Faktor waktu yang dimiliki perawat untuk melaksanakan *discharge planning* sangat penting dimiliki perawat karena memberikan kesempatan untuk melakukan pengkajian klien, pengembangan dan pelaksanaan *discharge planning*. (Poglitsch et al, 2011)

Penerapan program *discharge planning* merupakan hal yang penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien sebelum pulang dan untuk mempersiapkan pasien pulang serta meningkatkan keselamatan pasien. Berdasarkan alasan diatas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang *Discharge Planning* pada Pasien Penyakit Jantung Koroner dengan pendekatan literatur review.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah maka rumusan masalah penelitian adalah Bagaimana *Discharge Planning* pada Pasien Penyakit Jantung Koroner?

1.3 Tujuan penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui *Discharge Planning* pada Pasien Penyakit Jantung Koroner.

1.4 Manfaat Penelitian

1 Bagi bidang keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dan sebagai bahan pertimbangan khususnya perawat komunitas untuk ikut berperan serta dalam menanggulangi penyakit jantung koroner di masyarakat yang berperan sebagai educator, motivator, dan konselor.

2 Bagi peneliti lain

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi data awal *Discharge Planning* pada Pasien Penyakit Jantung Koroner

3 Bagi Institusi kesehatan

Untuk pengembangan strategi program *discharge planning* secara terstruktur yang melibatkan perawat dan keluarga.

4 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bacaan dan menambah intervensi tentang *discharge planning* dalam melaksanakan asuhan keperawatan pasien PJK

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 alphaadrenergik 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. Sejahter masukannya 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 di atas 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 aerobic 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 local, 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 organisa 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 / organisa 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 dikomunitas 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.

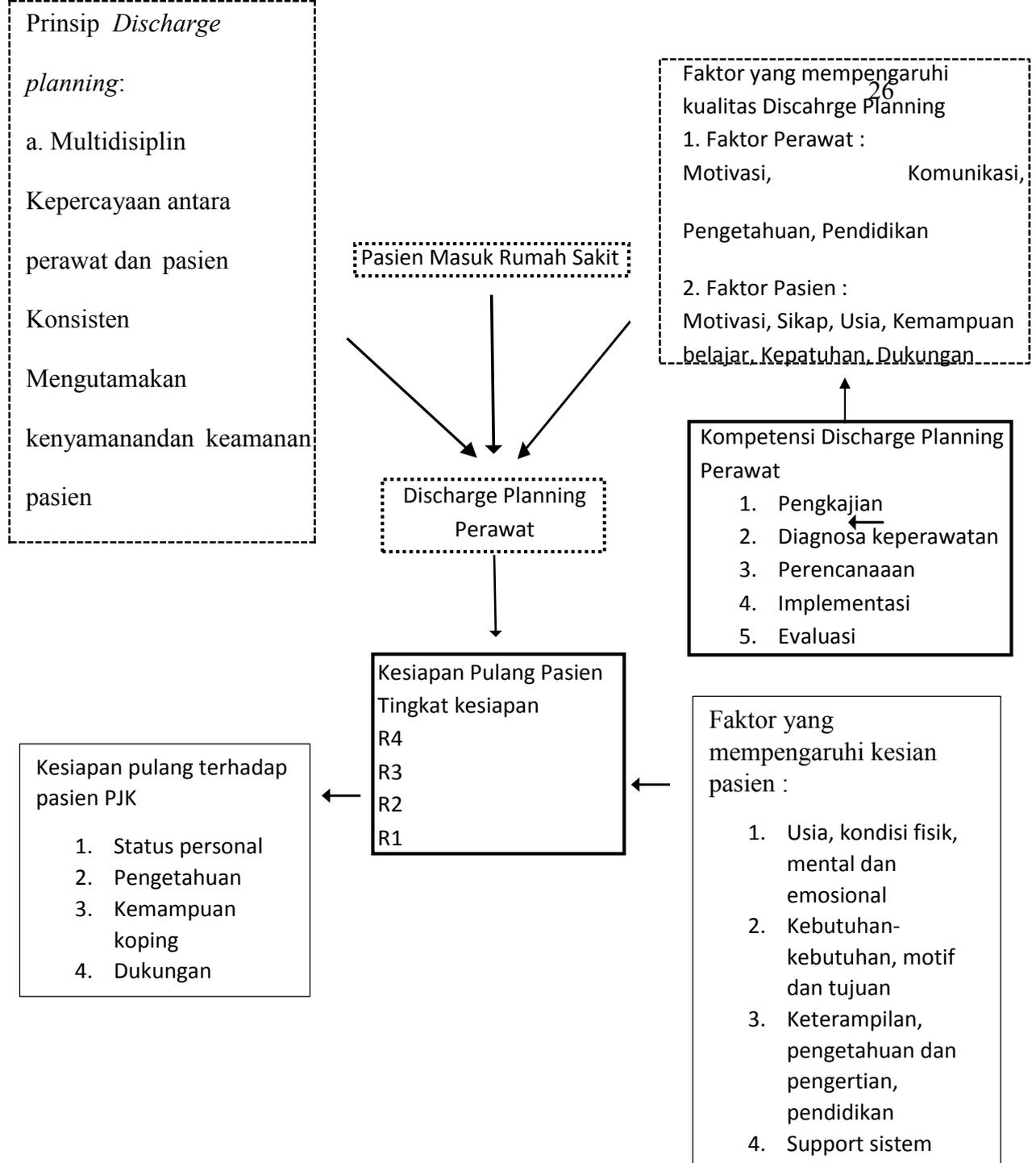
Rata-rata kemampuan coping kelompok kontrol adalah 22,8 dengan nilai terendah 19 dan nilai tertinggi 24. Sedangkan rata-rata kemampuan coping kelompok intervensi adalah 35,25 dengan nilai

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)