

TESIS

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI *HOSPITAL*
READMISSION RATE PADA PASIEN *CONGESTIVE*
*HEART FAILURE: A SCOPING REVIEW***



ZAENAL ABIDIN

R012201018

**FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

HALAMAN PENGAJUAN TESIS

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI *HOSPITAL*
READMISSION RATE PADA PASIEN *CONGESTIVE*
*HEART FAILURE: A SCOPING REVIEW***

TESIS

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan
Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh:

ZAENAL ABIDIN

R012201018

Kepada

**FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

TESIS

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI *HOSPITAL
READMISSION RATE* PADA PASIEN *CONGESTIVE HEART FAILURE*:
*A SCOPING REVIEW***

Disusun dan diajukan oleh

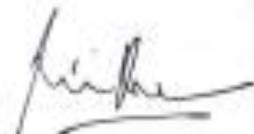
ZAENAL ABIDIN

Nomor Pokok : R012201018

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis Pada
Tanggal 10 Februari 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui Komisi

Penasihat,



Kusni S. Kadar, S.Kp.,MN.,Ph.D.
NIP. 19760311 200501 2 003



Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes.
NIP. 19771020 200312 2 001

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan



Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin



Dr. Artyanti Saleh, S.Kp., M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya

Nama : Zaenal Abidin
NIM : R012201018
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Hospital Readmission Rate* Pada Pasien *Congestive Heart Failure: A Scoping Review*

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di perguruan tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah di tulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Makassar, 12 Januari 2023

Yang menyatakan


ZAENAL ABIDIN

KATA PENGANTAR

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur kami panjatkan ke Hadirat Allah SWT. Atas limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Tesis yang berjudul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Hospital Readmission Rate* Pada Pasien *Congestive Heart Failure: A Scoping Review*” dimana merupakan salah satu syarat dalam penyelesaian pendidikan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Tesis ini, penulis persembahkan untuk orang-orang tercinta yang selalu memberikan kasih sayang, pengorbanan, motivasi, semangat dan do’a yang tidak pernah terputus dalam menjalani proses perkuliahan sampai saat ini.

Dalam penulisan Tesis ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak dan sumber-sumber terkait baik mulai dari pihak keluarga, dosen mata kuliah, teman-teman di tempat kerja maupun rekan-rekan mahasiswa. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa hormat dan mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan tak terhingga, kepada:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Ibu Prof. Dr. Elly L.Sjattar, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan
3. Ibu Kusrini S. Kadar, S.Kp., MN., Ph.D. selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dengan tulus ikhlas memberikan bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Tesis ini
4. Ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dengan tulus ikhlas memberikan bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Tesis ini.
5. Para dewan penguji Bapak Syahrul, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D, Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si dan Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D. yang telah banyak memberikan masukan serta saran dalam penyusunan tesis ini

6. Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Anwar Makkatutu Bantaeng, Bapak dr. H. Sultan, M.Kes. yang telah memberikan ijin untuk melanjutkan pendidikan serta memberikan do'a, motivasi dan semangat selama proses pendidikan
7. Seluruh teman-teman di RSUD Prof. Dr. H.M. Anwar Makkatutu Bantaeng yang mendukung penuh dan sangat peduli selama penulis proses studi
8. Para dosen PSMIK dan staf terkhusus ibu Damaris Pakatung yang telah berperan penting dalam proses penyelesaian proses studi ini
9. Seluruh teman-teman angkatan 2020 yang selalu mendukung, membantu dan mengajarkan banyak hal.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Tesis ini terdapat beberapa kekurangan baik dari segi penulisan sampai penyusunan tata Bahasa yang belum tepat dengan kaidah Kamus Besar Bahasa Indonesia. Oleh karena itu, kami sebagai penyusun sangat mengharapkan masukan baik saran dan kritik yang sifatnya membangun sehingga kami dapat melakukan perbaikan-perbaikan.

Sebagai penutup pada pengantar ini, semoga pembaca dapat memperoleh manfaat dan inspirasi dalam Tesis ini sehingga dapat mengimplementasikan keilmuan di kehidupan sehari-hari. Terima kasih.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 12 Januari 2023

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: *Congestive Heart Failure* menjadi masalah kesehatan utama yang mengalami *readmission* pada beberapa Negara maju dan berkembang. *Congestive Heart Failure* juga merupakan salah satu penyakit jantung dengan prevalensi tertinggi setiap tahun. Tujuan penelitian memetakan faktor-faktor yang mempengaruhi *readmission* pada pasien *Congestive Heart Failure*.

Desain penelitian: Penelitian ini menggunakan *scoping review* berdasarkan Arkey dan O'Malley yang disempurnakan oleh Joanna Briggs Institute, populasi pasien *congestive heart failure*, dengan menggunakan lima *database*, yaitu EBSCO, Science Direct, PubMed, Clinical Cay Nursing, dan ProQuest) untuk mengidentifikasi studi yang memenuhi kriteria inklusi yang diterbitkan tahun 2012-2022.

Hasil penelitian: Hasil pencarian secara manual mendapatkan 451 artikel dengan menggunakan kata kunci, kemudian mengeksklusi artikel dengan beberapa tahap yaitu (a) *duplicate*, (b) *title and abstrak*, (c) *full teks*, (d) ekstraksi menggunakan *instrument covidence base*. Selanjutnya didapatkan lima belas artikel yang memetakan faktor-faktor yang mempengaruhi *hospital readmission rate* dibagi menjadi dua model faktor, yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang dapat dimodifikasi yaitu pola hidup, dukungan pengobatan, lingkungan, ekonomi dan komorbid. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

Kesimpulan: faktor-faktor yang mempengaruhi *readmission* pada pasien *Congestive Heart Failure* terbagi atas 2 yaitu faktor modifiable dan non modifiable. Dengan demikian, penelitian dan pelayanan kesehatan dapat memperhatikan kedua faktor tersebut dalam proses pemulihan agar tidak terjadi rawat inap ulang atau *readmission*.

Kata Kunci: *Readmission, Congestive Heart Failure, Modifiable dan Non-modifiable*

ABSTRACT

Background & Aim: Congestive Heart Failure has become a major health problem that experiences readmission in several developed and developing countries. Congestive Heart Failure is also one of the heart diseases with the highest prevalence every year. The aim of the study is to map the factors that influence readmission in patients with Congestive Heart Failure.

Methods & Materials: This study used a scoping review based on Arkey and O'Malley, which was refined by the Joanna Briggs Institute, with the population of congestive heart failure patients. Using five databases, namely EBSCO, Science Direct, PubMed, Clinical Cay Nursing, and ProQuest, to identify studies that met the inclusion criteria published between 2012-2022.

Result: The manual search yielded 451 articles using keywords, then excluded articles through several stages: (a) duplicate, (b) title and abstract, (c) full text, (d) extraction using the Covidence base instrument. Subsequently, fifteen articles were obtained that mapped the factors affecting hospital readmission rates, divided into two factor models, namely modifiable factors and non-modifiable factors. Modifiable factors are lifestyle, treatment support, environment, economy, and comorbidity. Non-modifiable factors are age, gender, education, and occupation..

Conclusion: The factors that influence readmission in patients with Congestive Heart Failure are divided into two categories: modifiable and non-modifiable factors. Therefore, research and healthcare services can consider both of these factors in the discharge process to prevent rehospitalization or readmission.

Keywords: *Readmission, Congestive Heart Failure, Modifiable and Non-modifiable*

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGAJUAN TESIS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABCTRAC	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penyusunan Kajian	5
D. Manfaat Penelitian	5
E. Originalitas Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Literatur	7
1. <i>Hospital Readmission Rate</i>	7

2. <i>Congentive Heart Failure</i>	24
3. <i>Scoping Review</i>	32
B. Kerangka Teori	38
BAB III METODE PENELITIAN	39
A. Desain Penelitian	39
B. Kerangka Kerja	40
C. Tahapan Penelitian	41
D. Pertimbangan Etik Penelitian	52
E. Alur Penelitian	54
F. Time Schedule Penelitian	55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	56
A. Hasil Penelitian	56
B. Pembahasan	79
C. Keterbatasan Studi	90
D. Implikasi Tinjauan	91
BAB V PENUTUP	93
A. Kesimpulan	93
B. Saran	93

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Kata kunci pencarian artikel PCC	43
Tabel 3.2	<i>Search Strategy (Boolean)</i>	45
Tabel 3.3	<i>Time Schedule</i> Penelitian	54
Tabel 4.1	Karakteristik artikel	57
Tabel 4.2	Sintesis grid	58
Tabel 4.3	Mapping data yang relevan dengan tujuan penelitian	75
Tabel 4.4	Pemetaan distribusi <i>modifiable</i> dan <i>non modifiable</i> faktor	79

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Karangka Teori	37
Bagan 3.1	Alur Penelitian	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Import Artikel ke Covidance dan Skrining Duplikat	48
Gambar 3.2	Hasil Skrining Judul dan Abstrak	49
Gambar 3.3	Hasil Skrining Full-text	49
Gambar 3.4	Artikel yang Lanjut ke Tahap Ekstraksi	50
Gambar 3.5	Rangkuman Tahap Skrining dan Included Artikel	50
Gambar 4.1	PRISMA 2020 flow diagram for new articles reviews which included searches of databases	55
Gambar 4.2	<i>Factor non modifiable dan modifiable</i>	81

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Hasil Pencarian di 5 data base

Lampiran 2. Tahapan *Covidance base*

Lampiran 3. Rekomendasi Persetujuan Etik

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

AHA	<i>American Heart Association</i>
ARR	<i>Absolute Risk reduction</i>
BNP	<i>Brain Natriuretic Peptide</i>
CAD	<i>coronary artery disease</i>
CCS	<i>Clasifikasi Clinical Sistem</i>
CM	<i>Collaborative Management</i>
CMS	<i>Center of Medicare and Madicaid Services</i>
CTI	<i>Care Transition Intervention</i>
HCAHPS	<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
HCUP	<i>Healthcare Cost and Utilization Project</i>
HRRP	<i>Hospital Readmission Reduction Program</i>
MI	<i>miokard infark</i>
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
NQF	<i>National Quality Forum</i>
McSH	<i>Medical sub Heading</i>
PCI	<i>Percutaneous Coronary Intervention</i>
PCC	<i>Population, Concept, dan Context</i>
QOL	<i>Quality Of Life</i>
RCT	<i>Randomized Controlled Trial</i>
RISKESDAS	<i>Riset Kesehatan Dasar</i>
RRR	<i>Relative Risk Reduction</i>
SES	<i>Socio Economic Status</i>
SID	<i>State Inpatient Databases</i>
WHO	<i>World Health Organisation</i>
YNHHSC/CORE	<i>Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research and Evaluation</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Congestive Heart Failure adalah penyakit, dimana jantung tidak mampu mempertahankan curah jantung yang adekuat dalam memenuhi kebutuhan metabolik dan oksigen jaringan meskipun aliran balik vena memadai (Smeltzer & Bare 2013). Jantung yang mengalami ketidakmampuan untuk memompa darah secara adekuat dalam memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi bagi jaringan tubuh akan menimbulkan sensasi yang subyektif berupa nafas pendek, berat, saat tidur terlentang tanpa bantal dan kapasitas aktivitas fisik menurun/mudah lelah, tungkai bawah bengkak dan rasa tidak nyaman merupakan tanda dan gejala dari *Congestive Heart Failure* (Guyton A C & Hall J E, 2011).

Congestive Heart Failure menjadi masalah kesehatan yang utama pada beberapa Negara maju dan berkembang, *Congestive Heart Failure* juga merupakan salah satu penyakit jantung dengan prevalensi yang meningkat setiap tahun. di Amerika Serikat *Congestive Heart Failure* merupakan penyebab utama terjadinya peningkatan rawat inap, tercatat sebanyak 6,6 juta jiwa pada tahun 2013 dan diperkirakan akan mencapai angka 9,9 juta jiwa pada tahun 2030 (American Heart Association (AHA), 2013).

Menurut data *World Health Organisation* (WHO) pada tahun 2016, menyebutkan bahwa 17,5 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular yang mewakili dari 31% kematian di dunia. Di Amerika

Serikat penyakit gagal jantung hampir terjadi 550.000 kasus pertahun dan lebih dari 30% diantaranya merupakan pasien yang *readmission* yang mengalami kekambuhan selama perawatan di rumah. Di Negara-negara berkembang di dapatkan kasus *readmission* pada pasien gagal jantung sejumlah 30.000 sampai 40.000 pertahun. Di Asia sendiri Negara Filipina menduduki posisi pertama akibat kematian penyakit jantung dengan jumlah penderita 376,9 ribu jiwa. Indonesia menduduki posisi kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371,0 ribu jiwa. Selain itu Pasien yang menjalani *readmission* di seluruh dunia dari 1.094.000 pasien merupakan penyakit *Congestive Heart Failure*, meskipun pengobatan rawat jalan telah diberikan secara optimal. Frekuensi *readmission* pasien *Congestive Heart Failure* sejumlah 45% pertahun (WHO, 2021).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2018, penyakit jantung merupakan penyakit nomor satu dari sepuluh penyakit penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Sedangkan berdasarkan Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas pada tahun 2018, menunjukkan bahwa penyakit jantung menempati urutan ketiga terbanyak jumlah pasien di rumah sakit di Indonesia dan urutan kedua dari pasien yang sering mengalami *readmission* di rumah sakit setelah pasien kanker (Kementerian Kesehatan, 2018).

Tingginya angka *readmission* pada pasien *Congestive Heart Failure* dipengaruhi oleh banyak faktor (Ong et al., 2016). Faktor risiko terjadi *readmission* pada populasi *Congestive Heart Failure* terdiri atas usia, jenis

kelamin, lama perawatan di rumah sakit, perawatan rumah sakit sebelumnya, komorbiditas, ekonomi, tidak melakukan perawatan rawat jalan tindak lanjut dalam waktu 30 hari setelah dipulangkan, melanggar pembatasan cairan dan diet, melakukan aktivitas fisik yang berlebihan dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan dan masih banyak faktor pencetus lainnya (Roshidi, 2020).

Maka dalam mengurangi angka *Hospital readmission rate* pada pasien *Congestive Heart Failure* telah dilakukan *Care Transition Intervention* (CTI) merupakan standar program perawatan transisi yang berfokus pada penyediaan intervensi sambil mengurangi hambatan pelaksanaan dapat berkontribusi pada penurunan readmisi (Wulandari, DF & Hariyati, 2019), Oleh karena itu perlu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya *Hospital readmission rate* pada pasien *Congestive Heart Failure*.

B. Rumusan Masalah

Menurut fakta empiris kasus penyakit *Congestive Heart Failure* merupakan kasus tertinggi di dunia tercatat 17,5 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular yang mewakili dari 31% kematian di dunia. Di Amerika Serikat penyakit gagal jantung hampir terjadi 550.000 kasus pertahun dan lebih dari 30% diantaranya merupakan pasien yang *readmsision*.

Di negara-negara berkembang di dapatkan kasus *readmission* pada pasien gagal jantung sejumlah 30.000 sampai 40.000 pertahun. Di Asia Tenggara sendiri Negara Filipina menduduki posisi pertama akibat kematian

penyakit jantung dengan jumlah penderita 376,9 ribu jiwa. Indonesia menduduki posisi kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371,0 ribu jiwa. Selain itu Pasien yang mengalami *Hospital readmission rate* di seluruh dunia mencapai 1.094.000.

Hospital readmission rate adalah rawat ulang yang terjadi tidak lama setelah pasien keluar dari rumah sakit dengan jangka waktu 30 hari. Kejadian *Hospital readmission rate* yang terus meningkat baik di Dunia maupun Asia Tenggara. Di Indonesia belum ada kebijakan yang spesifik mengatur *readmission*. Sehingga banyaknya dampak *Hospital readmission rate* seperti, membengkaknya pembiayaan kesehatan oleh pemerintah dan masa rawat ulang yang memanjang. Telah dilakukan berbagai penelitian dalam menurunkan angka *Hospital readmission rate* seperti penelitian (Macchio et al., 2020) mengatakan kualitas pelayanan rawat inap memiliki sedikit pengaruh terhadap *readmission* dibandingkan faktor klinis dan sosial ekonomi. Oleh karena itu perlu adanya identifikasi faktor penyebab untuk kejadian *readmission* rumah sakit. Dalam pelayanan di rumah sakit setiap pasien telah diberikan berbagai alternative penyelesaian dalam menurunkan angka *Hospital readmission rate*, akan tetapi angka *Hospital readmission rate* di Dunia, Asia Tenggara dan Indonesia terus mengalami peningkatan setiap tahunnya. Sehingga perlu mengetahui faktor-faktor apa saja yang dapat menurunkan dan meningkatkan *Hospital readmission rate* pada pasien *Congestive Heart Failure*. Oleh kerana itu, peneliti merasa perlu menyusun tinjauan yang bertujuan untuk memetakan faktor-faktor apa saja yang dapat

menurunkan dan meningkatkan *Hospital readmission rate* pada pasien *Congestive Heart Failure*

C. Tujuan Penyusunan Kajian

1. Tujuan Umum

Untuk memetakan faktor-faktor yang mempengaruhi *Hospital readmission rate* pada pasien *Congestive Heart Failure*

2. Tujuan Khusus

a. Mengidentifikasi faktor-faktor *Hospital readmission rate* yang dapat dimodifikasi pada pasien *Congestive Heart Failure*

b. Mengidentifikasi faktor-faktor *Hospital readmission rate* yang tidak dapat dimodifikasi pada pasien *Congestive Heart Failure*.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat tinjauan ini diharapkan dapat:

1. Memberikan gambaran faktor-faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi terhadap *Hospital readmission rate* pada pasien *Congestive Heart Failure*

2. Sebagai pembuktian dalam mengatasi *Hospital readmission rate* dengan memetakan faktor-faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi pada pasien *Congestive Heart Failure*.

E. Originalitas Penelitian

Sebelumnya atikel penelitian yang mengulas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi *readmission rate* pada pasien *Congestive Heart Failure* telah dilakukan oleh beberapa penelitian, namun bukan dalam bentuk *scoping*

review tetapi dalam bentuk penelitian langsung seperti pada penelitian *Early readmission for heart failure: An avoidable or ineluctable debacle?*. Yang mengungkapkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya readmisi pada pasien dengan gagal jantung, di antaranya jenis kelamin, lingkungan sosial pasien, kondisi sosial ekonomi pasien, pekerjaan, pendidikan dan kurangnya bantuan dari anggota keluarga dalam perawatan, tidak terpenuhinya proses control dari fasilitas kesehatan (Palazzuoli et al., 2019). Penelitian lainnya yang mengatakan bahwa dalam mengatasi *readmission* pada pasien yang menderita penyakit gagal jantung congestif perlu memperhatikan faktor-faktor yang bisa mempengaruhi peningkatan dan penurunan *Hospital readmission rate* pada pasien *Congestive Heart Failure*. Sejalan dengan penelitian Tsuboi & Fujimori, (2020) yang mengatakan sebelum melakukan pemberian intervensi dalam mengurangi angka *readmission* pada pasien gagal jantung perlunya mengidentifikasi faktor-faktor pencetus dari *Hospital readmission rate* yang terjadi di rumah sakit. Sedangkan penelitian (Macchio et al., 2020) mengatakan bahwa dalam memberikan alternative penyelesaian untuk menekan angka *Hospital readmission rate* bukan hanya dilihat dari keberhasilan akan tetapi perlu memperhatikan faktor pencetus yang dapat mengakibatkan peningkatan dan penurunan angka *Hospital readmission rate* sehingga peneliti selanjutnya dapat menekan atau memberikan alternatif terhadap semua faktor-faktor yang ada.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Literatur

1. *Hospital Readmission Rate*

a. Defenisi

Readmission adalah kejadian pasien masuk kembali < 30 hari yaitu masuk rumah sakit kembali pada rumah sakit yang sama dan rumah sakit yang berbeda atau proses *readmission* kembali yang lebih dari satu kali dalam waktu kurang dari 30 hari setelah pulang dari rumah sakit dan dinyatakan sembuh dan dirawat dirumah sakit yang sama dengan kondisi yang sama juga (Smeltzer & Bare 2013).

Readmission merupakan peristiwa menyangkut di banyak negara di dunia, yang berlaku prospektif pembayaran kepada sistem DRG, termasuk di Indonesia dengan INA-CBG. Pendaftaran kembali tidak diinginkan dan kelemahan dari sistem DRG yang meningkatkan biaya yang tidak perlu pelayanan kesehatan dan menurunkan kualitas pelayanan kesehatan yang diperoleh peserta asuransi di negara-negara menerapkan sistem DRG. Di Indonesia, jumlah pembayaran INA-CBG sangat signifikan.

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).

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).

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 selalu terkontrol. Tekanan darah tinggi memberikan beban berlebihan pada jantung dan lama kelamaan berakibat pada lemahnya jantung .

b. Alasan jangka kurung waktu 30 hari

Untuk menilai tingkat *readmission* dari semua penyebab dibutuhkan ukuran waktu yang dapat memberikan penilaian yang luas dari kualitas perawatan di rumah sakit. Pengembangan ukuran sebagai ukuran yang dapat dipakai untuk mengidentifikasi semua penyebab *readmission* yang tidak direncanakan adalah 30 hari setelah keluar. Standar waktu 30 hari ini dapat diterima sebagai standar untuk

mengukur pembangunan, penyesuaian risiko yang tepat dan transparansi spesifikasi. *readmission* yang direncanakan tidak termasuk pada standar waktu 30 hari karena tidak dapat mewakili memberi sinyal kualitas pelayanan (Macchio et al., 2020).

Alasan jangka waktu 30 hari dianggap wajar dengan beberapa alasan, yaitu:

- 1) Dalam waktu 30 hari, *readmission* lebih cenderung disebabkan oleh perawatan yang diterima selama indeks rawat inap dan selama transisi ke pengaturan rawat jalan. Dari sejumlah penelitian menunjukkan, perbaikan dalam perawatan perencanaan pulang dapat mengurangi tingkat *readmission* 30 hari. Sejumlah tindakan untuk mengurangi *readmission* yaitu memastikan pasien secara klinis siap dipulangkan, mengurangi risiko infeksi, pengobatan, meningkatkan komunikasi antar penyedia pelayanan yang terlibat dalam transisi perawatan, mendidik pasien tentang gejala untuk memantau, siapa yang dikontak oleh perawat, dimana dan kapan dalam melakukan kontak dengan pasien untuk mencapai perawatan tindakan lebih lanjut.
- 2) Jangka waktu 30 hari konsisten dengan langkah-langkah *readmission* yang disetujui oleh *National Quality Forum* (NQF) dan dilaporkan secara terbuka oleh *Center of Medicare and Medicaid Services* (CMS).

3) Selain penilaian klinis, meninjau waktu untuk acara kurva dari *readmission* dari waktu ke waktu untuk memutuskan apakah 30 hari *readmission* adalah sinyal kualitas. *readmission* dari waktu ke waktu untuk acara kurva menunjukkan pola yang sangat mirip untuk semua kategori kondisi pemulangan. *Readmission* awal yang cepat, dengan *readmission* stabil dan konsisten sesudahnya, kurva biasanya stabil dalam waktu 30 hari pemulangan, menunjukkan bahwa 30 hari adalah keputusan wajar secara klinis.

c. Penyebab *readmission*

Center of Medicare and Medicaid Services (CMS) dan *Yale New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research and Evaluation (YNHHSC/CORE)* mendefinisikan semua penyebab *readmission* yang tidak direncanakan dan *readmission* yang terkait dengan rawat inap sebelumnya untuk beberapa alasan.

- 1) Dari perspektif pasien, pendaftaran kembali untuk alasan apapun mungkin menjadi suatu hasil yang tidak diinginkan dari perawatan. Selanjutnya pendaftaran kembali untuk alasan apapun menghadapi pasien untuk risiko yang terkait dengan rawat inap, seperti kesalahan *iatrogenik*.
- 2) Tidak ada cara yang dapat diandalkan untuk menentukan apakah diterima kembali berhubungan dengan rawat inap sebelumnya berdasarkan penyebab didokumentasikan diterima kembali.

- 3) Kisaran *readmission* berpotensi dihindari juga termasuk yang tidak berhubungan langsung dengan kategori kondisi indeks, seperti yang dihasilkan dari kesalahan pengobatan rekonsiliasi, komunikasi yang buruk di *discharge*.
- 4) Semua langkah diterima kembali CMS yang ada melaporkan semua penyebab diterima kembali, membuat pendekatan ini konsisten dengan langkah-langkah yang ada.
- 5) Penelitian menunjukkan bahwa intervensi pengurangan diterima kembali dapat mengurangi semua penyebab *readmission*, tidak hanya kondisi spesifik diterima kembali. Mendefinisikan hasil karena semua penyebab *readmission* dapat mendorong rumah sakit dan transisi dari rumah sakit bukan membatasi focus ke satu pendekatan kondisi tertentu. Tujuan dari langkah ini bukan untuk mengurangi *readmission* ke nol, tetapi untuk menilai kinerja rumah sakit relatif terhadap apa yang diharapkan mengingat kinerja rumah sakit lain dengan campuran kasus serupa.

d. Kategori *readmission*

1) *Readmission* direncanakan

Pada studi Horwitz et al, (2013) mengembangkan sebuah algoritma untuk mengidentifikasi *readmission* yang direncanakan (*planned readmissions*) didata klaim yang tidak akan dihitung dalam mengukur sebagai *readmission*.

- a) Direncanakan (*Planned Readmissions*) Seseorang direncanakan *readmission* untuk dilakukan prosedur sebagaimana salah satu dari daftar yang sudah ditetapkan CCS (*Clasifikasi Clinical Sistem*) seperti untuk pemeliharaan kemoterapi yang memerlukan rawat inap. Meskipun *readmission* lain mungkin direncanakan untuk alasan medis, ini jarang terjadi dan tidak ada sarana yang dapat diandalkan untuk mengidentifikasi mereka dalam data klaim administrasi. Pemeliharaan kemoterapi pada umumnya direncanakan diterima kembali.
- b) Tidak direncanakan *readmission* yang tidak direncanakan adalah peristiwa akut klinis atau komplikasi yang dialami oleh pasien yang membutuhkan manajemen rumah sakit yang mendesak. Tingginya *readmission* pada pasien yang tidak direncanakan dapat menunjukkan kualitas pelayanan yang lebih rendah dan ini merupakan fokus pengukuran kualitas sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas pelayanan. Mengidentifikasi *readmission* sebagai akut atau non-akut dengan mempertimbangkan kondisi penyakit utama. Oleh karena itu mengembangkan semua algoritma yang menggunakan kode prosedur dan kategori diagnosis keluar admisi untuk setiap *readmission* dalam mengidentifikasi *readmission* yang direncanakan. *Readmission* yang terjadi untuk prosedur yang direncanakan dan yang tidak

untuk diagnosis akut atau komplikasi dari perawatan diidentifikasi sebagai direncanakan.

Contoh 1

- (1) *Readmission* dengan kondisi *discharge* kategori penyakit saluran empedu, dan masuk *kolesistektomi* dianggap direncanakan.
- (2) *Readmission* dengan kondisi *discharge* kategori septikemia, dan masuk *kolesistektomi* dianggap tidak direncanakan.
- (3) *Readmission* dengan kondisi *discharge* kategori, komplikasi dari prosedur bedah atau perawatan medis, dianggap tidak direncanakan.

Contoh 2

- (1) *Readmission* dengan kondisi *discharge* kategori *aterosklerosis coroner* yang termasuk *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI), dianggap *readmission* direncanakan.
- (2) *Readmission* dengan kondisi *discharge* kategori dari *infark miokard* akut yang termasuk PCI akan dianggap tidak direncanakan.

2) Dapat dicegah (*Preventable*)

Menurut Catherine J. Ryan, PhD seorang professor klinis, perguruan tinggi keperawatan di Chicago mengatakan salah satu

cara bahwa *readmission* dikategorikan adalah dapat dicegah atau tidak dapat dicegah.

Adapun *readmission* yang tidak dapat dicegah adalah keputusan departemen darurat terkait *readmission*, kegagalan dalam menyampaikan informasi yang penting diprofessional rawat jalan, pemulangan pasien terlalu cepat, kurangnya diskusi pada pasien tentang tujuan perawatan dengan penyakit kronis.

e. Faktor penyebab *readmission*

Faktor penyebab *readmission* dikategorikan dapat dicegah dan tidak dapat dicegah, alasan lain terjadi *readmission* karena faktor klinis, perilaku, sentris pasien, penyedia layanan, sistem rumah sakit dan kombinasinya.

1) Penyebab *readmission* berfokus pada populasi, menurut beberapa peneliti, yaitu:

a) Morton, Gallo, (2012) dalam penelitiannya mengatakan ada hubungan yang signifikan secara statistik antara meningkatnya jumlah obat dan *prevalensi readmission*.

b) Orang tua dengan usia ≥ 65 tahun risiko tinggi menyebabkan tingginya *30 days readmission* sehingga dapat diidentifikasi lebih awal saat dirawat di rumah sakit (Bradke, 2009).

c) Untuk meningkatkan sistem penilaian memperkirakan risiko terjadi *readmission* ada tujuh faktor prediktor muncul *readmission* yaitu status asuransi, status pernikahan, memiliki

- dokter reguler, *Charlson index komorbiditas*, SF12 skor komponen fisik, ≥ 1 penerimaan rawat inap selama setahun terakhir, durasi lama rawat > 2 hari.
- d) Menurut (Morton, Gallo, 2012) pada studinya mengatakan kualitas pelayanan rawat inap memiliki sedikit 20 pengaruh terhadap *readmission* dibandingkan faktor klinis dan sosial ekonomi.
- e) Faktor penyebab *readmission* berupa usia lanjut, beban komorbiditas, hipertensi, diabetes, penyakit paru kronik, penyakit ginjal/keseimbangan elektrolit, transfusi, RS dengan tempat tidur yang jumlah besar, pembayaran asuransi menjadi Medicaid. 50% readmisi terjadi dalam 13 hari pertama. Total 48.452 pasien (86,6%) yang readmisi hanya sekali, sementara 6725 (12%) yang readmisi dua kali dan 680 (1,4%) pasien readmisi 3 kali atau lebih.
- f) Penyebab *readmission* yang berpotensi dapat dicegah potensial gawat darurat, kegagalan penyampaian informasi penting untuk rawat jalan oleh professional perawatan, pulang terlalu cepat, kurang diskusi tentang perawatan antara pasien yang dengan penyakit serius, dan yang tidak dapat dicegah pengambilan keputusan di gawat darurat, ketidakmampuan untuk menjaga janji setelah pulang.

2) Penyebab *readmission* berfokus pada penyakit tertentu, terjadi menurut beberapa peneliti, yaitu:

a) Bamforth et al., (2021) pada penelitiannya mengungkapkan faktor risiko terjadinya *readmission* adalah perilaku hidup seperti merokok, komorbiditas medis. Selain itu peneliti menyimpulkan pendaftaran dan pedoman *discharge planning*, tindak lanjut rawat jalan, intervensi penghentian merokok diusulkan sebagai faktor penting dalam mengurangi *readmission*.

b) Ada beberapa strategi dalam mencegah dan mengurangi pada diabetes menurut (Grossman & Brown, 2009) pendidikan keterampilan bertahan hidup diabetes rawat inap, rekonsiliasi obat sebelum di pulangkan kerumah pasien, penjadwalan panggilan telepon tindak lanjut setelah pulang, kunjungan kantor untuk menyesuaikan regimen diabetes.

c) Ada hubungan yang signifikan antara *readmission* dengan usia, ras, BMI dari faktor demografi, kondisi komorbiditas ada hubungan positif dengan *readmission*, nilai laboratorium (seperti abnormal sel darah putih, hematokrit yang rendah, dan albumin yang rendah serta peningkatan INR menunjukkan hubungan positif dengan *readmission*.

d) Menurut Tsuboi & Fujimori, (2020) pada studi menyimpulkan pasien PPOK dengan komordibitas lebih rendah

kemungkinannya untuk *readmission* dibandingkan dengan pasien PPOK dengan tanpa komorbiditas. Wanita dengan penyakit PPOK dengan satu komorbiditas memiliki risiko lebih rendah untuk *readmission* 30 hari dibandingkan pasien wanita tanpa komorbiditas selain itu dalam studinya pasien dengan asuransi umum yang memiliki komorbiditas lebih rendah risiko *readmission* 30 hari dibandingkan dengan yang tidak tanpa komorbiditas.

- e) Mengukur kualitas pelayanan kesehatan yang penting dalam mengendalikan biaya. Mengatakan faktor risiko utama *readmission* pada diabetes termasuk status sosial ekonomi yang rendah, ras/etnis minoritas, beban yang lebih pada komorbiditas, asuransi umum, muncul atau masuk mendesak, riwayat rawat inap sebelumnya.
- f) Salah satu penyakit yang ditetapkan prosedur oleh *Center of Medicare and Medicaid Services* (CMS) sebagai bagian dalam program HRRP adalah *Hearth Failure*. *Readmission* pada penyakit *Hearth Failure* dikaitkan dengan berbagai faktor yaitu, faktor umum termasuk usia lanjut, riwayat penyakit ginjal, riwayat diabetes, atau masuk gagal jantung dalam satu tahun terakhir. Faktor lainnya adalah pendidikan, pemulangan dengan edukasi perawatan di rumah.

3) Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pasien *Congestive Heart Failure* mengalami *readmission* di rumah sakit adalah:

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

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

c) Hipertensi memberikan kontribusi dalam morbiditas pasien *Heart Failure*, 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.

d) Usia

Semakin tua usia pasien *Congestive Heart Failure*, 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, 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 (Morton, Gallo, 2012).

e) Jenis kelamin

Pasien gagal jantung kongestif dengan jenis kelamin laki-laki prevalensinya lebih besar daripada perempuan pada usia 40-75 tahun. *Journal of the American College of Cardiology*, 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.

f) Dukungan keluarga dan sosial

(1) Dukungan keluarga dan sosial dapat menurunkan kemungkinan terjadinya *readmission* pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*. 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 *readmission* pada pasien dengan *Congestive Heart Failure*.

(2) 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 shalat meskipun dengan berbaring. Dengan

melakukan pendekatan religius tersebut, kebanyakan pasien dapat merasakan ketenangan batin sehingga mampu mengendalikan kecemasannya dan melakukan mekanisme koping yang adaptif.

g) Perawatan tindak lanjut di rumah

Semakin minim perawatan tindak lanjut maka semakin tinggi kemungkinan terjadinya *readmission*. Keluarga merupakan faktor pendamping dalam kelanjutan program pengobatan pasien gagal jantung di rumah. Kemampuan keluarga dan pengetahuan tentang faktor yang dapat memperberat *Congestive Heart Failure* serta hal apa saja yang harus dilakukan pada pasien *Congestive Heart Failure* 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 *readmission* pada pasien *Congestive Heart Failure* (Smeltzer & Bare 2013).

h) Edukasi petugas kesehatan (*discharge planning*)

Penanganan pasien dengan *Congestive Heart Failure* memerlukan kolaborasi dengan berbagai macam ahli bidang kesehatan, baik dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapi dan lain-

lain. Pasien *Congestive Heart Failure* 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 *Congestive Heart Failure* 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 *Congestive Heart Failure* 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 *readmission* (Arief Mansjoer, 2013).

i) Kunjungan ke klinik secara rutin

Kunjungan ke klinik secara rutin dapat meningkatkan kepatuhan pasien *Congestive Heart Failure*, terutama dalam perawatan medis. Kunjungan rutin yang dilakukan oleh pasien *Congestive Heart Failure* 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).

f. Dampak

Dampak dari tingginya *readmission* adalah tingginya biaya yang dibayarkan ke rumah sakit sehingga *Center of Medicare and Medicaid Services* (CMS) pada tahun 2011 mendirikan *Hospital Readmission Reduction Program* (HRRP) untuk memaksimalkan peningkatan kesehatan dan mengurangi biaya. *Medicare* mengeluarkan biaya 37% dari total rawat inap, dan 18% dari pasien rawat inap di bayar *Medicare* adalah *readmission* dalam 30 hari sebesar \$15 miliar biaya pertahun (Marra & Laramée, 2022).

Selain biaya, *readmission* menempatkan risiko komplikasi lebih besar terjadi pada pasien, infeksi nosokomial, dan stress. Karena mayoritas *readmission* ini adalah pada layanan non bedah, tidak mungkin menguntungkan rumah sakit (Fingar & Washington, 2015). Pada tahun 2014 untuk meningkatkan upaya mengukur dan pengurangan *readmission*, pihak pembuat kebijakan, pembayar dan penyedia layanan, mengidentifikasi *readmission* dengan *various time frames* yaitu 48 jam, 7 hari, 15 hari dan 30 hari setelah awal rawat inap. Pada data yang disajikan oleh *Healthcare Cost and Utilization Project* (HCUP) membandingkan *readmission* 7 hari dan 30 hari. Ditemukan bahwa tingkat *readmission* 30 hari dua kali lebih tinggi dari *readmission* 7 hari. Dan diagnosis terkemuka adalah pada *readmission* 7 hari tertinggi, sebagian besar sama pada diagnosis terkemuka *readmission* 30 hari.

2. *Congestive Heart Failure*

a. Defenisi

Congestive Heart Failure adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh akan oksigen dan nutrisi. *Congestive Heart Failure* 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 (Smeltzer & Bare 2013).

b. Etiologi

Congestive Heart Failure 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 (Smeltzer & Bare 2013).

Congestive Heart Failure dapat dibedakan dalam kelompok 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*, kontriksi perikardial atau tamponade.

c. Patofisiologi

Congestive Heart Failure 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. Sebagian besar kondisi gagal jantung kongestif (*Congestive Heart Failure*) 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 (Smeltzer & Bare 2013).

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 kongesti vaskuler pulmonal.

Kegagalan jantung kanan sering kali mengikuti kegagalan jantung kiri tetapi bisa juga disebabkan oleh karena gangguan lain seperti *atrial septal defek dan cor pulmonal*. 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.

Beberapa kasus *Congestive Heart Failure* 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 Congestive Heart Failure* merupakan kondisi dimana terjadi peningkatan dalam sistem pengosongan satu atau kedua ventrikel. Tidak adekuatnya *cardiac output* pada sistem forward disebut sebagai *forward heart failure* (Smeltzer & Bare 2013).

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.

d. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang ditemui pada pasien dengan *Congestive Heart Failure* berdasarkan tipe itu sendiri, yang terdiri dari:

1) 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.

2) 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).

3) 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.

e. Klasifikasi

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

1) NYHA I

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

2) 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.

3) NYHA III

Ditandai dengan keterbatasan-keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Ketika melakukan aktivitas yang sangat ringan dapat menimbulkan lelah, palpitasi dan sesak nafas.

4) 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.

f. Komplikasi

Komplikasi gagal jantung kongestif yang mungkin terjadi adalah:

1) 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).

2) 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).

3) 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).

4) 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 otot 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.

g. Penatalaksanaan

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

1) Penatalaksanaan non farmakologis

- a) Menjelaskan kepada pasien tentang penyakitnya, pengobatan dan pertolongan yang dapat dilakukan sendiri.
- b) Perubahan gaya hidup seperti pengaturan nutrisi dan penurunan berat badan pada penderita kegemukan.
- c) Pembatasan asupan garam dan pembatasan asupan cairan.
- d) Menghentikan perilaku minum minuman beralkohol.
- e) 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.

2) Penatalaksanaan farmakologis

Obat-obat yang biasa digunakan pada pasien gagal jantung antara lain: diuretik (loop dan thiazid), ACE-inhibitor, β -blocker

(carvedilol, bisoprolol, metoprolol), digoksin, spironolakton, vasodilator (hydralazine, nitrat), anti koagulan, anti aritmia, serta obat inotropik positif.

3. *Scoping Review*

a. Definisi dan Konsep *Scoping Review*

Scoping review merupakan salah satu dari berbagai jenis *review*. Sesuai dengan namanya, *scoping review* merupakan suatu metode yang mencakup ruang lingkup suatu topik tertentu dan memberikan indikasi yang jelas terkait topik tersebut. *Scoping review* dapat digunakan untuk memetakan konsep utama yang mendukung suatu topik, memperjelas definisi, dan/batasan konseptual suatu topik (Arksey H & O'Malley L, 2005).

Scoping review tidak berfokus pada efektifitas sebuah intervensi, bisa dilakukan sebagai studi awal *systematic review* atau bisa berdiri sendiri. Terdapat 3 alasan utama mengapa melakukan *scoping review*, yaitu untuk mengeksplorasi literatur yang telah ada, memetakan dan menyimpulkan bukti, dan sebagai rekomendasi penelitian yang dapat dilakukan di masa depan (Tricco et al, 2019).

Scoping review memberikan gambaran tentang suatu bukti atau menjawab pertanyaan tentang sifat dan keragaman bukti atau konsep yang telah ada. Sebagai contoh, *scoping review* berusaha mengembangkan “peta konsep” mengidentifikasi faktor,

mengeksplorasi (bagaimana, oleh siapa, dan untuk apa) terkait suatu topik (Peters et al, 2020).

Beberapa indikasi untuk melakukan scoping review menurut (Munn et al, 2018) sebagai berikut:

- 1) Sebagai studi pendahuluan *systematic review*
- 2) Mengidentifikasi jenis bukti yang tersedia di bidang tertentu
- 3) Mengidentifikasi dan menganalisis gap
- 4) Memperjelas konsep/definisi utama dalam literature
- 5) Mengkaji bagaimana penelitian dilakukan pada topik atau bidang tertentu
- 6) Mengidentifikasi karakteristik atau faktor kunci terkait sebuah konsep

Konsep *scoping review* pertama kali dipublikasikan oleh Arksey & O'Malley (2005). Konsep tersebut kemudian dikembangkan oleh (Nyanchoka, 2019), yang memberikan cakupan lebih detail dan eksplisit mengenai tahapan dalam membuat *scoping review*. *Joanna Briggs Institute* kemudian memadukan antara teori dari Arksey & O'Malley (2005); (Peters et al, 2020), sehingga konsep dari *Joanna Briggs Institute* yang paling sering digunakan karena dianggap lebih kompleks daripada teori yang dikemukakan sebelumnya.

b. Tahapan penyusunan *Scoping Review*

Tahapan penyusunan *scoping review* ini berpedoman pada panduan *scoping review* yang dipublikasikan oleh *Joanna Briggs Institute* yaitu sebagai berikut:

1) Menentukan judul

Menentukan judul berdasarkan topik atau bidang tertentu yang ingin di *scoping*.

2) Menentukan pertanyaan *review*

Menyusun pertanyaan sesuai judul *review* yang telah ditentukan yang akan menjadi pedoman utama dalam melakukan *scoping review*.

3) Menyusun kriteria inklusi

Pada bagian ini, yaitu menentukan dasar memilih literatur untuk *discoping*. Kriteria inklusi pada *scoping review* bergantung pada pertanyaan *review* yang diajukan. Kriteria inklusi mencakup populasi, konsep dan konteks.

a) Populasi

Merupakan kriteria kualifikasi penting sesuai dengan tujuan *scoping review* seperti lokasi, peserta, jenis kelamin, umur dll.

b) Konsep

Berkaitan dengan elemen yang akan dirinci dalam tinjauan sistematis standar, seperti "intervensi", dan/ "fenomena yang menarik", dan/atau "hasil" (yang relevan untuk *scoping review*).

c) Konteks elemen

Konteks pada *scoping review* dapat bervariasi tergantung dari tujuan. Konteks harus disebutkan dengan jelas misalnya terkait faktor budaya, geografis, atau berbasis gender tertentu.

c. Strategi pencarian

Strategi pencarian pada *scoping review* idealnya bertujuan untuk menemukan literatur yang berpotensi untuk dipilih sesuai dengan tujuan *review*.

Strategi pencarian pada *scoping review* terbagi atas 3 tahap:

- 1) Pencarian awal yang dilakukan setidaknya dari dua database online yang relevan dengan topik.
- 2) Menggunakan kata kunci yang diidentifikasi yang dicari pada database online.
- 3) Menelusuri daftar referensi yang memungkinkan untuk dimasukkan sebagai sumber tambahan.

d. Seleksi sumber

Scoping review harus menjelaskan bagaimana proses seleksi sumber atau literatur. Seleksi dilakukan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan, baik pada penyaringan judul/abstrak/teks lengkap.

e. Ekstraksi data

Pada *scoping review*, ekstraksi data dilakukan dengan membuat tabel data yang dapat memberikan ringkasan secara logis dan

deskriptif dari hasil temuan literatur yang sejalan dengan tujuan dan pertanyaan *review*.

f. Analisis hasil

Hasil pada *scoping review* merupakan hasil ekstraksi yang dapat disajikan berupa diagram atau tabel dan atau dalam format deskriptif untuk menjawab pertanyaan *review*. Hasil akhir yang diharapkan yaitu berupa pengelompokan, menyimpulkan atau melaporkan.

B. Kerangka Teori

