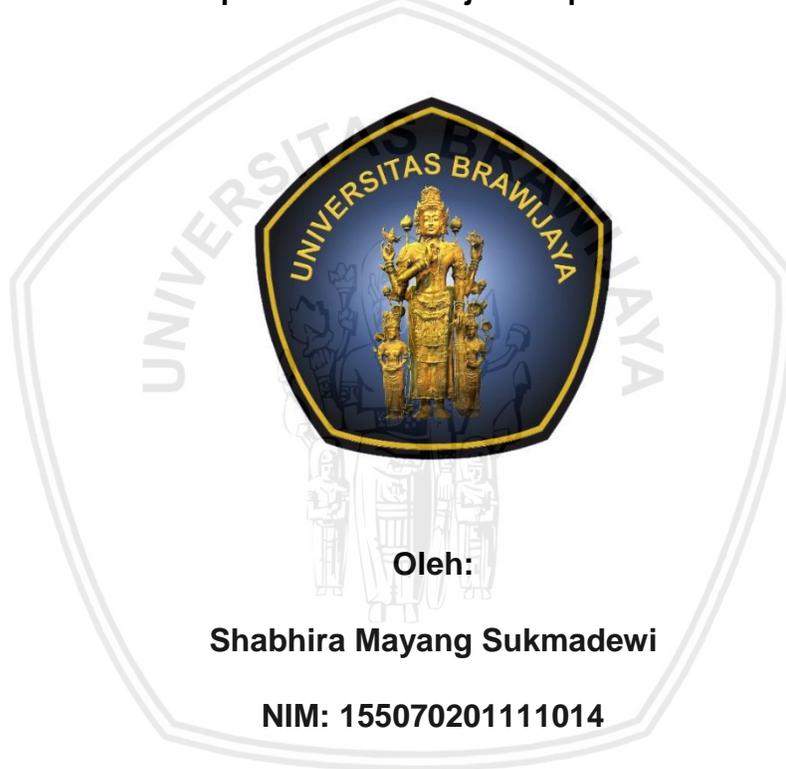


**HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG GAGAL JANTUNG DENGAN
RAWAT INAP ULANG PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RS. SAIFUL
ANWAR MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



Oleh:

Shabhira Mayang Sukmadewi

NIM: 155070201111014

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG**

2019

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Judul/Sampul Dalam	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Pernyataan Keaslian Tulisan	iv
Halaman Kata Pengantar	v
Halaman Abstrak	vii
Halaman Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Akademis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Gagal Jantung.....	6
2.1.1 Pengertian Gagal Jantung	6
2.1.2 Klasifikasi Gagal Jantung	6
2.1.3 Epidemiologi Gagal Jantung	7
2.1.4 Etiologi Gagal Jantung	8
2.1.5 Faktor Risiko Gagal Jantung	9
2.1.6 Patofisiologi Gagal Jantung	10

2.1.8	Pemeriksaan Diagnostik Gagal Jantung	16
2.1.9	Penatalaksanaan Gagal Jantung	17
2.2	Konsep Dasar Pengetahuan.....	22
2.2.1	Pengertian Pengetahuan	22
2.2.2	Jenis Pengetahuan	23
2.2.3	Tingkat Pengetahuan	23
2.2.4	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	25
2.3	Konsep Dasar Rawat Inap Ulang	26
2.3.1	Pengertian Rawat Inap Ulang	26
2.3.2	Faktor yang Mempengaruhi Rawat Inap Ulang Pada Pasien Gagal Jantung.....	27

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1	Deskripsi Kerangka Konsep	30
3.2	Penjelasan Kerangka Konsep	31
3.3	Hipotesis Penelitian	32

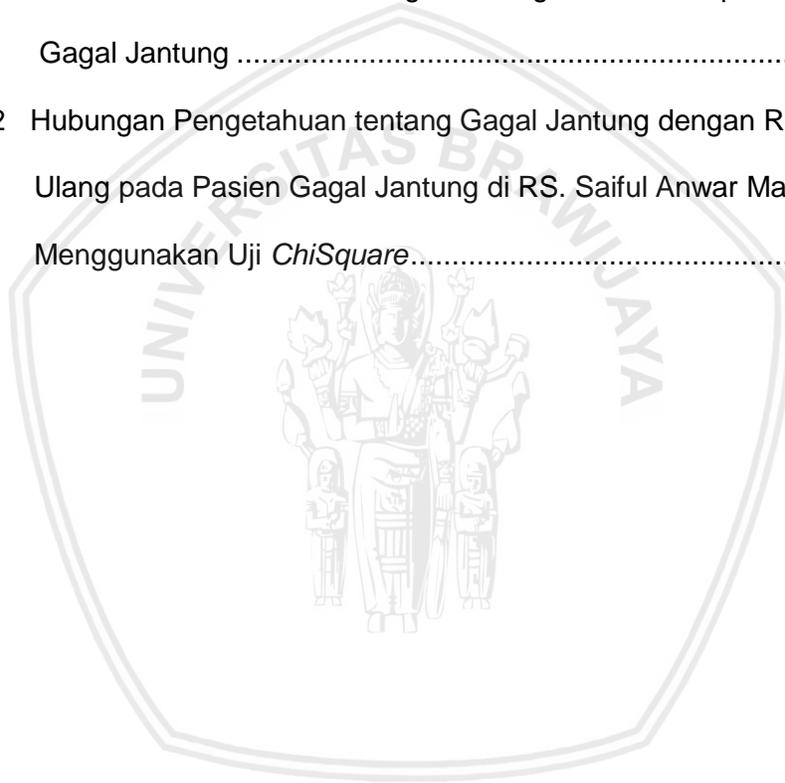
BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1	Rancangan Penelitian	33
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian	33
4.2.1	Populasi	33
4.2.2	Sampel	33
4.2.3	Teknik Sampling	33
4.2.4	Besar Sampel	34
4.3	Variabel Penelitian	35
4.3.1	Variabel Independen	35
4.3.2	Variabel Dependen	35
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	35
4.3.1	Lokasi Penelitian	35
4.3.1	Waktu Penelitian	35
4.5	Instrumen Penelitian	36
4.5.1	Instrumen Penelitian Data Demografi	36

4.6	Definisi Operasional	39
4.7	Prosedur Penelitian	40
4.7.1	Tahap Persiapan.....	40
4.7.2	Tahap Pelaksanaan	40
4.7.3	Tahap Penutup	41
4.7.4	Alur Penelitian.....	41
4.8	Analisis Data	42
4.8.1	Penolahan Data	42
4.8.2	Univariat	42
4.8.3	Bivariat	43
4.9	Etika Penelitian	43
 BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA		
5.1	Analisis Data Umum Hasil Penelitian.....	45
5.2	Analisis Data Khusus dan Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang di RS. Saiful Anwar Kota Malang	48
 BAB 6 PEMBAHASAN		
6.1	Pengetahuan tentang Gagal Jantung	50
6.2	Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung	53
6.3	Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang	55
6.4	Implikasi Keperawatan	57
6.5	Keterbatasan Penelitian	58
 BAB 7 PENUTUP		
7.1	Kesimpulan	59
7.2	Saran	59
DAFTAR PUSTAKA.....		61
LAMPIRAN		68

DAFTAR TABEL

	Halaman
Table 4.1 Nomor Pertanyaan Berdasarkan 3 Domain Dutch Heart Failure Knowledge Scale	37
Tabel 4.6 Definisi Operasional.....	39
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Demografis dengan Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung	45
Tabel 5.2 Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung di RS. Saiful Anwar Malang Menggunakan Uji <i>ChiSquare</i>	48



DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung di RS,Saiful Anwar Malang..... 30

Gambar 4.1 Alur Penelitian..... 41



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Keterangan Kelaikan Etik	68
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian	69
Lampiran 3 <i>Informed Consent</i>	70
Lampiran 4 Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian	71
Lampiran 5 Lembar Kuesioner Demografi.....	73
Lampiran 6 Lembar Kuesioner Dutch Heart Failure Knowledge Scale	74
Lampiran 7 Pernyataan Telah Melaksanakan <i>Informed Consent</i>	77
Lampiran 8 Lembar Konsultasi	78
Lampiran 9 Data responden	80
Lampiran 10 Data Karakteristik Sampel.....	86
Lampiran 11 Hasil Uji Korelasi Chi Square	98
Lampiran 12 Hasil Domain Pengetahuan	99
Lampiran 13 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisisioner Dutch heart Failure Knowledge Scale	103
Lampiran 14 Hasil Nilai cut off Pengetahuan tentang Gagal Jantung	104
Lampiran 15 <i>Curriculum Vitae</i>	105
Lampiran 16 Dokumentasi Penelitian	107



HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN PENGETAHUAN TENTANG GAGAL JANTUNG DENGAN
RAWAT INAP ULANG PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RS. SAIFUL
ANWAR MALANG**

Oleh:

Shabhira Mayang Sukmadewi

NIM 155070201111014

Telah diuji pada

Hari : Rabu

Tanggal : 29 Mei 2019

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

Ns. Tony Suharsoro, S.Kep., M.Kep.

NIP.198009022006041003

Penguji II/ Pembimbing I

dr. Saiful Rohman, SpJP, PhD, FICA

NIP. 196810311997021001

Penguji III/ Pembimbing II

Ns. Ahmad Hasyim W., S.Kep., M.Kep.

NIP. 2013038607011001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Tony Suharsoro, S.Kep., M.Kep.

NIP.198009022006041003

ABSTRAK

Sukmadewi, Shabhira Mayang. 2019. *Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung di RS. Saiful Anwar Malang*. Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. M. Saifur Rohman, SpJP, PhD, FICA (2) Ns. Ahmad Hasyim W., S.Kep., M.Kep.

Gagal jantung merupakan kegagalan jantung dalam menyuplai darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh dan merupakan penyebab utama terjadinya rawat inap ulang ke rumah sakit. Terjadinya rawat inap kembali ke rumah sakit dan adanya kekambuhan gagal jantung dikarenakan kurangnya pengetahuan pasien. Pengetahuan yang kurang dan kesalahpahaman pasien dapat mengarah pada keterampilan perawatan diri yang diberikan secara tidak benar oleh pasien gagal jantung. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan pengetahuan tentang gagal jantung dengan rawat inap ulang di RS. Saiful Anwar Malang. Penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional dengan pendekatan *cohort prospective* menggunakan kuesioner *Dutch Heart Failure Knowledge Scale* dan data *followup* pasien untuk mengetahui pengetahuan dan rawat inap ulang pasien gagal jantung. Responden dalam penelitian ini berjumlah 81 pasien gagal jantung di RS. Saiful Anwar yang dipilih dengan teknik *consecutive sampling*. Hasil penelitian didapatkan sebagian besar pengetahuan responden memiliki pengetahuan yang tinggi (59,3%) dan rawat inap ulang yang rendah (4,6%). Hasil uji statistik korelasi *chi-square* mempunyai nilai signifikansi $p=0,153$ ($p<0,05$). Nilai tersebut menunjukkan bahwa terdapat tidak terdapat hubungan antara pengetahuan tentang gagal jantung rawat inap ulang.

Kata kunci: Pengetahuan, Rawat Inap Ulang, Gagal Jantung

ABSTRACT

Sukmadewi, Shabhira Mayang. 2019. *Correlation between Knowledge about Heart Failure and Rehospitalization towards Heart Failure Patients at RS. Saiful Anwar Malang*. Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisor:(1) dr. M. SaifurRohman, SpJP, PhD, FICA(2) Ns. Ahmad Hasyim W., S.Kep., M.Kep.

Heart failure is defined as a failure of heart to supply blood for body's metabolic needs and it is a major cause of rehospitalization case. The occurrence of rehospitalization and exacerbation due to lack of patient knowledge. Lack of knowledge and misunderstanding can lead to the patient's self-care skills that were given incorrectly by patients with heart failure. The aim of this study was to analyze the correlation between knowledge about heart failure and rehospitalization of patient with heart failure at RS. Saiful Anwar Malang. The design of this study was on observational study with cohort prospective approach using the Dutch Heart Failure Knowledge Scale and patient followup data to determine the level of knowledge and rehospitalization of patient with heart failure. Respondents in this study were 81 patients with heart failure at RS. Saiful Anwar selected with consecutive sampling technique. The results showed the majority of respondents' knowledge have a high knowledge (59.3%) and a low re-hospitalization (4.6%). The results of the chi square correlation statistical test have a significance value of $p=0,153$ ($p<0,05$). This value shows that there is no significant correlation between knowledge about heart failure and rehospitalization.

Keyword: Knowledge, Rehospitalization, Heart Failure

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan darah dan oksigen yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Brunner & suddarth, 2010). Menurut Yancy *et al.*, (2013) gagal jantung merupakan kegagalan jantung dalam menyuplai darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh yang disebabkan karena adanya kelainan dari struktur dan fungsi pada jantung.

Menurut Goodman & Gilman (2011) pada masyarakat umum gagal jantung merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas. Menurut WHO (2016) Penyakit jantung mewakili 31% dari seluruh kematian didunia dan menyebabkan 17,5 juta orang meninggal pada tahun 2008. gangguan jantung mengakibatkan lebih dari 80% kematian dan sering terjadi di negara-negara yang berpenghasilan rendah dan menengah.

Prevalensi gagal jantung di Amerika Serikat saat ini sebanyak 5,7 juta orang dan pada 2030 akan terjadi peningkatan sebesar 46%, dengan menghasilkan lebih dari 8 juta orang dengan umur ≥ 18 tahun (Mozaffarian *et al.*, 2016). Pada survey yang dilakukan di Italia, prevalensi terjadinya gagal jantung juga meningkat sebesar 1,44% (Buja *et al.*, 2016). Di Asia, gagal jantung juga merupakan masalah kesehatan yang penting dan memiliki prevalensi yang lebih tinggi dibandingkan dengan

negara barat yaitu berkisar antara 1,3% dan 6,7% (Sakata *et al.*, 2013). Sebanyak 9 juta orang di Asia Tenggara mengalami gagal jantung dimana Malaysia sebanyak 6,7% dan 4,5% di Singapura.

Sedangkan, di Indonesia berdasarkan hasil wawancara dengan responden berumur ≥ 15 tahun prevalensi gagal jantung di Indonesia sebesar 0,3% (530.068 orang) yang merupakan gabungan dari kasus penyakit yang pernah didiagnosis dokter atau kasus yang mempunyai gejala penyakit gagal jantung dan sebesar 0,13% (229.696 orang) berdasarkan diagnosis dokter. Penderita gagal jantung di Provinsi Jawa Timur memiliki presentase prevalensi sebesar 0,3% berdasarkan hasil diagnosis dokter atau gejala dan sebesar 0,19% berdasarkan diagnosis dokter (Risksedas, 2013).

Gagal jantung merupakan penyebab utama terjadinya rawat inap ulang dan pendaftaran kembali ke rumah sakit (Ziaieian dan Fonarow, 2016). Pada dua penelitian pasien di Amerika Serikat, tingkat rawat inap ulang pada populasi gagal jantung lebih tinggi yaitu 24,5-27,9% dalam waktu 30 hari dari kepulangan bila dibandingkan dengan kelompok pasien lain seperti infark miokard (18,2-24,8%) ataupun pneumonia (18,2-23,7%) (Joynt, Orav & Jha, 2011; Schneider, 2009). Kecenderungan yang sama terjadi ketika melihat rawat inap ulang yang melebihi 3 bulan setelah kepulangan, dimana tingkat rawat inap ulang pada pasien gagal jantung dalam 6-9 bulan setelah kepulangan mencapai 60% (Aranda, Johnson & Conti, 2009). Di Jepang, 20% pasien dengan gagal jantung dirawat ulang dalam waktu 1 tahun setelah dipulangkan.

Rawat inap ulang pada gagal jantung dapat meningkatkan beban keuangan pasien dan pemerintah karena penyakit gagal jantung membutuhkan perawatan yang berkelanjutan dan juga *follow up* (deek, 2014). Selain itu, kualitas hidup yang buruk juga merupakan suatu prediktor bagi pasien gagal jantung yang kembali ke rumah sakit (Giamouzis, 2011). Menurut Ziaeeian (2016) sebanyak 17%-35% dari rawat inap ulang dikaitkan oleh eksaserbasi pada gagal jantung.

Terjadinya rawat inap kembali ke rumah sakit dan adanya kekambuhan gagal jantung dikarenakan kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakitnya, masih kurangnya untuk mengenali gejala-gejala yang muncul, tidak patuhnya pasien terhadap diet rendah garam, tidak patuh pembatasan cairan, tidak menimbang berat badan, melakukan aktivitas yang berlebih dan istirahat yang kurang dan juga tidak patuhnya pengobatan (Smeltzer and Bare, 2002).

Peningkatan pengetahuan tentang kondisi mereka sendiri pada pasien gagal jantung dapat berkontribusi pada meningkatnya praktik perawatan diri dan hasil klinis. Kepatuhan yang lebih baik sering dikaitkan dengan pengetahuan yang lebih besar (Van Der Wal, 2010). Pengetahuan yang kurang dan kesalahpahaman pasien dapat mengarah pada keterampilan perawatan diri yang diberikan secara tidak benar oleh pasien gagal jantung, ditambah dengan kurangnya kepercayaan diri dalam kapasitas untuk melakukan keterampilan itu (Gau *et al.*, 2010).

Menurut penelitian Kollipara *et al.*, (2008) di Texas, pada pasien gagal jantung yang dirawat di rumah sakit umum perkotaan, pengetahuan diet rendah garam sangat mempengaruhi resiko terjadinya peningkatan

rawat inap ulang di rumah sakit dan didapatkan hasil bahwa sebanyak 40 orang dari 97 pasien memiliki pengetahuan tentang diet rendah garam yang kurang. Pada penelitian yang dilakukan Annema *et al.*, (2009) faktor yang terkait dengan terjadinya rawat inap ulang menurut berbagai perspektif salah satunya penyedia layanan kesehatan didapatkan hasil bahwa defisit pengetahuan merupakan salah satu faktornya yaitu sebesar 12%-14%. Hingga saat ini, keterkaitan pengetahuan tentang gagal jantung dengan rawat inap ulang belum pernah dilakukan di Indonesia. Dari penjelasan tersebut peneliti menilai bahwa penting untuk melakukan pengkajian mengenai pengetahuan apakah dapat mempengaruhi kejadian rawat inap ulang pada penderita gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan tentang gagal jantung dengan rawat inap ulang pada pasien gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pengetahuan tentang gagal jantung dengan rawat inap ulang pada pasien gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik responden pada pasien gagal jantung

2. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan pada pasien gagal jantung.
3. Mengidentifikasi rawat inap ulang pada pasien gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang.
4. Menganalisis hubungan pengetahuan dengan rawat inap ulang pada pasien gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Akademis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber referensi bagi pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah mengenai pengetahuan dengan rawat inap ulang pada penderita gagal jantung.

1.4.2 Bagi Praktis

1. Bagi Sarana Pelayanan Kesehatan

Sebagai sarana untuk dapat meningkatkan pelayanan kesehatan rumah sakit dalam menangani masalah gagal jantung yang ada.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Sebagai dasar pertimbangan dalam merancang asuhan keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan dan mencegah terjadinya rawat inap ulang pada penderita gagal jantung

3. Bagi Masyarakat atau Penderita Gagal Jantung

Memberikan informasi kepada masyarakat yaitu tentang hubungan pengetahuan dengan rawat inap ulang pada penderita gagal jantung masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Gagal Jantung

2.1.1 Pengertian Gagal Jantung

Gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan darah dan oksigen yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Brunner & Suddarth, 2010). Menurut Yancy *et al.*, (2013) Gagal Jantung merupakan kegagalan jantung dalam menyuplai darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh yang disebabkan karena adanya kelainan dari struktur dan fungsi pada jantung. Sedangkan Mozaffarian *et al.*, (2014) mengatakan gagal jantung merupakan sindroma klinis kompleks dimana terjadi kelainan secara struktur maupun fungsi sehingga dapat mengganggu terjadinya pengisian darah ventrikel atau ejeksi ventrikel kiri.

2.1.2 Klasifikasi Gagal Jantung

- a. Menurut New York Heart Association, klasifikasi gagal jantung menurut kapasitas fungsional dibagi menjadi 4 yaitu:
 - Kelas I: Tidak ada batasan dalam melakukan aktifitas. Aktifitas fisik biasa tidak menimbulkan gejala gagal jantung kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.
 - Kelas II : Terdapat batasan aktifitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktifitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.

- Kelas III: Terdapat batasan aktifitas bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak.
 - Kelas IV: Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas.
- b. Klasifikasi gagal jantung berdasarkan kelainan struktural menurut ACCF/AHA:
- Stadium A : Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.
 - Stadium B: Telah terbentuk penyakit struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.
 - Stadium C: Gagal jantung yang simtomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.
 - Stadium D: Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi medis maksimal (refrakter) (Dickstein *et al*, 2008).

2.1.3 Epidemiologi Gagal Jantung

Menurut Goodman & Gilman (2011) pada masyarakat umum gagal jantung merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas. Menurut WHO (2016) Penyakit jantung mewakili 31% dari seluruh kematian didunia dan menyebabkan 17,5 juta orang meninggal pada tahun 2008. Gangguan jantung mengakibatkan lebih dari 80% kematian

dan sering terjadi di negara-negara yang berpenghasilan rendah dan menengah.

Prevalensi Gagal jantung dari tahun 2012 hingga 2030 akan terjadi peningkatan sebesar 46%, dengan menghasilkan lebih dari 8 juta orang dengan umur ≥ 18 tahun (Mozaffarian *et al.*, 2016). Di Indonesia, berdasarkan hasil wawancara dengan responden berumur ≥ 15 tahun prevalensi gagal jantung di Indonesia sebesar 0,3% yang merupakan gabungan dari kasus penyakit yang pernah didiagnosis dokter atau kasus yang mempunyai gejala penyakit gagal jantung dan di Provinsi Jawa Timur memiliki presentase prevalensi sebesar 0,3% (Riskesdas, 2013).

2.1.4 Etiologi Gagal Jantung

Penyebab terjadinya gagal jantung menurut Parker *et al.*, (2008):

- a. Kegagalan yang berhubungan dengan abnormalitas miokard, dapat disebabkan oleh hilangnya miosit (infark miokard), kontraksi yang tidak terkoordinasi (left bundle branch block) dan berkurangnya kontraktilitas (kardiomiopati).
- b. Kegagalan yang berhubungan dengan overload (hipertensi).
- c. Kegagalan yang berhubungan dengan abnormalitas katup.
- d. Kegagalan yang disebabkan abnormalitas ritme jantung (takikardi).
- e. Kegagalan yang disebabkan abnormalitas perikardium atau efusi perikardium (tamponade).
- f. Kelainan kongenital jantung.

2.1.5 Faktor Resiko

Menurut Yancy *et al.*, (2013) faktor resiko terjadinya gagal jantung ialah:

1. Hipertensi

Hipertensi merupakan salah satu faktor resiko yang paling penting yang dapat dimodifikasi untuk gagal jantung di Amerika Serikat. Pria dan wanita yang memiliki hipertensi memiliki resiko yang jauh lebih besar untuk dapat berkembang menjadi gagal jantung dibandingkan dengan wanita dan pria yang tidak memiliki hipertensi. Terjadinya peningkatan diastolik dan khususnya tekanan darah sistolik merupakan faktor resiko utama terjadinya perburukan. Insiden gagal jantung lebih besar dengan tingkat tekanan darah yang lebih tinggi, usia yang lebih tua, dan durasi hipertensi yang lebih lama. Melakukan pengobatan jangka panjang pada hipertensi sistolik maupun diastolik dapat mengurangi resiko gagal jantung sekitar 50%.

2. Diabetes mellitus

Faktor resiko yang penting lainnya dalam memperburuk gagal jantung ialah obesitas dan resistensi insulin. Dengan adanya diabetes mellitus meningkatkan kemungkinan perburukan pada gagal jantung tanpa penyakit jantung struktural dan mempengaruhi hasil pasien dengan gagal jantung.

3. Sindrom Metabolik

Prevalensi sindrom metabolik di Amerika Serikat melebihi 20% orang yang berusia ≥ 20 tahun dan 40% dengan usia > 40 tahun. Perawatan hipertensi, diabetes mellitus, dan dislipidemia yang tepat dapat secara signifikan mengurangi perkembangan HF.

4. Penyakit Aterosklerotik

Pasien dengan penyakit aterosklerotik yang diketahui (misalnya, pembuluh darah koroner, pembuluh darah otak, atau pembuluh darah perifer) cenderung dapat mengembangkan penyakit gagal jantung, dan dokter harus mencari untuk mengontrol faktor risiko vaskular pada pasien tersebut sesuai dengan pedoman.

2.1.6 Patofisiologis Gagal Jantung

Terjadinya gagal jantung disebabkan oleh beberapa mekanisme yang berbeda. Meningkatnya tekanan darah sistolik, peningkatan volume diastolik ataupun kegagalan struktur miokardium dan substrat merupakan mekanisme yang paling umum terjadi. Kontraktilitas elektrofisiologi dan perubahan kimia membuat struktur jantung dan fungsinya berubah. Ketika penyakit semakin lama maka menyebabkan terjadinya kematian sel dan perubahan kemampuan fungsi jantung secara normal. Hipertrofi ventrikel menyebabkan perubahan peningkatan beban volume ventrikel dan kelemahan pada dinding ventrikel yang membuat ventrikel tidak mampu mengeluarkan volume yang cukup ke organ tubuh. Terjadinya perubahan tersebut membuat myocardium mengaktifkan mekanisme neurohormonal yaitu *sistem reninangiotensin-aldosteron* (RAAS) yang menyebabkan meningkatnya pelepasan renin. Selain itu, aktivasi sistem saraf simpatik (SNS) dan sitokin juga menyebabkan kematian sel. Salah satu penyebab kormobid yang paling umum pada gagal jantung yaitu penyakit arteri koroner, kejadian iskemik ini membuat disfungsi sistolik terus menerus, yang dapat menyebabkan apoptosis dan kematian sel.

Sehingga, terjadi kegagalan pada kemampuan jantung untuk berfungsi dengan normal. (Wong *et al.*, 2011; Yancy *et al.*, 2013)

Faktor lain yang dapat membuat kegagalan pompa jantung yaitu sinus carotis dan baroreseptor pada arcus aorta yang menyebabkan peningkatan aktivitas simpatik. Mekanisme ini membuat terjadinya peningkatan norepinefrin dalam sistem yang menyebabkan meningkatnya denyut jantung dan kontraktilitas jantung untuk mendukung fungsi jantung. Karena adanya kerja berlebih pada sistem kardiovaskuler seperti hipertensi, penyakit katup, dan tekanan yang berlebihan sehingga, mulai terjadi disfungsi. Disfungsi ini juga berdampak pada reseptor alfa, beta-1, dan beta-2 dari sel-sel jantung, yang memengaruhi kemampuan sel untuk berkontraksi secara efektif. Ini membuat tingkat peningkatan tekanan darah yang kronis serta peningkatan afterload dan vasokonstriksi sistem ginjal, yang menyebabkan aliran balik dan meningkatkan retensi natrium dan air dalam sistem kardiovaskular. akibatnya cairan didalam tubuh ikut meningkat. Hal inilah yang mendasari timbulnya gejala pada pasien seperti edema cairan. Karena meningkatnya tekanan pada vasodilator jantung seperti peptida natriuretik atrium dan peptida natriuretik beta mengakibatkan ketidakmampuan jantung untuk menurunkan tekanan arteri, pulmonal dan kapiler arteri pulmonal. Sehingga, menyebabkan penurunan curah jantung, resistensi pembuluh darah sistemik, dan penurunan kemampuan sistem ginjal. Aktivasi RAAS berupaya meningkatkan ekskresi natrium dan air pada tubuh dari volume yang berlebihan (Braunwald, 2013)

Efek dari sistem saraf simpatik yang dimediasi oleh reseptor β_1 dan β_2 yang diaktifkan bersama dengan reseptor α_1 , akhirnya dapat menyebabkan toksisitas miokard, efeknya terlihat oleh penurunan fraksi ejeksi, aritmia, dan takikardia karena overstimulasi oleh sistem saraf simpatik (SNS). Pada vaskularisasi perifer, aktivasi reseptor β_1 dan α_1 menyebabkan aktivasi sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) yang menyebabkan vasokonstriksi, retensi natrium, dan haus, juga menambah tekanan arteri rata-rata (MAP). Meskipun penting dalam kompensasi selama tahap awal gagal jantung, hasil jangka panjang dari aktivasi sistem neurohormonal ini menghasilkan remodeling ventrikel yang lebih lanjut dan mempercepat disfungsi miokard (Kemp & Conte, 2012).

Ketika remodeling ventrikel terjadi, ada perubahan dalam massa ventrikel, komposisi, volume dan perubahan geometri secara keseluruhan karena menjadi kurang elips dan lebih bulat. Perubahan geometrik ini pada mulanya adalah kompensasi sebagai pembesaran jantung yang gagal untuk meningkatkan volume ventrikel yang mengarah ke *stroke volume* (SV) yang lebih besar dan *Cardiac Output* (CO) yang lebih tinggi meskipun fraksi ejeksi berkurang. Ketebalan dinding miokard dan massa ventrikel secara keseluruhan juga meningkat, yang pada awalnya menyebabkan peningkatan kontraktilitas (Kemp & Conte, 2012).

Proses remodeling di gagal jantung bersifat progresif dan akhirnya menjadi merugikan. Ketika ventrikel terus membesar dan hipertrofi miokardium, ini menyebabkan peningkatan ketegangan dinding dan fibrosis yang akhirnya merusak kontraktilitas. Proses remodeling jangka

panjang juga menyebabkan peningkatan apoptosis miokard. Selain itu, ada disinkronisasi kontraktile yang signifikan dalam ventrikel yang melebar dan mengalami reduksi yang menyebabkan pemompaan yang kurang efektif (Kemp & Conte, 2012)

2.1.7 Manifestasi Klinis Gagal Jantung

Menurut Smeltzer (2010) Gejala yang terjadi pada gagal jantung yaitu :

- Umum
 - Kelelahan
 - Toleransi aktivitas menurun
 - Edema
 - Kenaikan berat badan
- Kardiovaskular
 - Suara jantung ketiga (S3)
 - Impuls apikal yang membesar dengan pemindahan lateral kiri
 - Pucat dan sianosis
 - Distensi vena jugularis (JVD)
- Pernafasan
 - Dispnea saat beraktivitas
 - Orthopnea
 - *Paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND)
 - Batuk saat beraktivitas atau ketika terlentang
- Cerebrovascular
 - Kebingungan yang tidak dapat dijelaskan atau status mental yang berubah
 - *Lightheadedness*

- Ginjal
 - Oliguria dan frekuensi menurun sepanjang hari
 - Nocturia Gastrointestinal
 - Anorexia dan mual
 - Hati membesar
 - Asites
 - Refluks hepatojugular

Menurut Wijaya & Putri (2013), manifestasi gagal jantung sebagai berikut:

1. Gagal jantung kiri

Menyebabkan kongestif, bendungan pada paru dan gangguan pada mekanisme kontrol pernapasan

Gejala:

a. Dispnea

Dispnea dapat terjadi saat istirahat ataupun aktivitas yang ringan.

Hal ini karena terganggunya pertukaran gas akibat adanya penumpukan atau penimbunan cairan dalam alveoli.

b. Orthopnea

Pasien kemungkinan akan mengeluhkannya susah bernafas saat mereka berbaring. Mereka akan menggunakan bantal untuk dapat tegak ditempat tidur atau duduk dikursi dan bahkan hingga tidur.

c. Batuk

Batuk yang disebabkan karena adanya gagalnya ventrikel kiri biasanya kering dan tidak produktif dan dapat menjadi batuk basah yaitu batuk yang menghasilkan sputum berbusa dalam

jumlah banyak, yang kadang disertai dengan bercak darah dan biasanya menunjukkan kongesti paru yang parah (edema paru).

d. Mudah lelah

Hal ini terjadi akibat meningkatnya energi yang digunakan untuk bernafas dan insomnia yang terjadi akibat distress pernafasan, batuk dan nokturia.

e. Ronkhi

f. Gelisah dan Cemas

Terjadi akibat gangguan oksigen jaringan, stress akibat kesakitan bernafas dan pengetahuan bahkan jantung tidak berfungsi dengan baik.

2. Gagal jantung kanan

Menyebabkan peningkatan vena sistemik

Gejala :

a. Edem perifer

Edema biasa terjadi pada ekstremitas dan dapat di kurangi dengan melakukan elevasi kaki.

b. Peningkatan BB

c. Distensi vena jugularis

d. Hepatomegali

e. Asites

Terjadi akibat adanya peningkatan tekanan di dalam pembuluh portal yang memaksa cairan masuk ke rongga perut. Asites dapat menyebabkan gangguan gastrointestinal karena meningkatnya tekanan pada lambung dan usus dan juga menyebabkan gangguan

pernapasan yang diakibatkan meningkatkan tekanan pada diafragma.

- f. Pitting edema
- g. Anoreksia
- h. Mual

2.1.8 Pemeriksaan Diagnosis Gagal Jantung

Pemeriksaan yang dapat dilakukan oleh penderita gagal jantung sebagai berikut:

1. X-ray dada dan Elektrokardiogram (EKG)

Pemeriksaan ini untuk membantu diagnosis adanya gagal jantung dan dilakukan untuk melihat adanya hipertrofi pada jantung yang disertai adanya pembendungan cairan diparu karena hipertensi pulmonal. Tempat adanya infiltrat precordial kedua paru dan efusi pleura.

2. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan ini biasanya dilakukan pada awal pemeriksaan yang mencakup elektrolit serum, nitrogen urea darah (BUN), kreatinin, hormon perangsang tiroid, jumlah sel darah lengkap, BNP, dan urinalisis rutin. Abnormalitas yang terjadi pada pemeriksaan ialah terjadinya penurunan nilai Hb dan hematokrit. Jumlah leukosit meningkat, kadar natrium darah sedikit menurun, berat jenis urin yang meningkat, adanya penurunan pada BUN dan kreatinin yang menunjukkan penurunan perfusi ginjal

3. Ultrasonography (USG)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat adanya cairan pada abdomen, hepatomegali dan splenomegali.

4. Echocardiogram

Digunakan untuk mengidentifikasi penyebab yang mendasari, mengkonfirmasi diagnosis gagal jantung dan menentukan ejeksi fraksi yang nantinya menentukan jenis dan parahnya gagal jantung (Smeltzer, 2010; Wijaya & Putri, 2013)

2.1.9 Penatalaksanaan Gagal Jantung

Tujuan utama dilakukannya perawatan adalah untuk dapat memperbaiki gejala dan kualitas hidup dengan memperlambat perkembangan penyakit yang dialami pasien. Selain terapi medis dan dilakukannya intervensi yang sangat membantu, komponen penting lainnya yaitu pendidikan dasar pasien, kepatuhan dan rujukan yang tepat. Menurut Yancy *et al.*, (2013) dibagi menjadi terapi farmakologi dan non farmakologi, yaitu:

- Terapi Farmakologi

1. *Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE I)*

Golongan obat ini dapat memperbaiki gejala pasien, mengurangi rawat inap dan peningkatan kelangsungan hidup secara keseluruhan. Obat ini harus digunakan sebelum memulai terapi beta blocker. Obat-obatnya yang dapat digunakan berupa enalapril (Vasotec), kaptopril (Capoten), lisinopril (Prinivil, Zestril), dan beberapa lainnya. Efek samping yang dapat terjadi ialah hipotensi, penurunan filtrasi ginjal, penurunan laju filtrasi glomerulus, hiperkalemia, angioedema. Dalam pemakaian obat ini dapat dilakukan pemantauan fungsi ginjal.

2. *Angiotensin receptor blockers*

Angiotensin receptor blockers (ARB) merupakan pilihan perawatan apabila tidak dapat menggunakan ACE Inhibitor. Obat ini mengurangi stimulasi angiotensin II. Kontraindikasi obat ini adalah penggunaan ACE inhibitor dan ARB.

3. *b-Adrenergic receptor blockers*

Obat ini merupakan pengobatan lini pertama pada gagal jantung. Obat Beta-blocker yang paling sering digunakan yaitu bisoprolol (Monacor, Zebeta), carvedilol (Coreg), dan metoprolol (Lopressor). Direkomendasikan menggunakan β -blocker pada semua pasien gagal jantung kongestif yang masih stabil dan untuk mengurangi fraksi ejeksi jantung kiri tanpa kontraindikasi ataupun adanya riwayat intoleran pada β -blockers. Mekanisme kerja dari β -blocker sendiri yaitu dengan menghambat adrenoseptor beta (beta-bloker) di jantung, pembuluh darah perifer sehingga efek vasodilatasi tercapai.

4. *Hydralazine* dan *nitrat*

Penggunaan *hydralazine* dan *nitrat* diindikasikan untuk pasien yang mengalami gagal jantung stadium C, kelas I hingga IV, fraksi ejeksi ventrikel kiri kurang dari 40% yang telah memaksimalkan terapi inhibitor ACE dan terapi beta-blocker mereka. Obat ini juga dapat di minum untuk orang-orang yang tidak dapat menggunakan *ACE inhibitor* atau ARB karena fungsi ginjal dan/atau hipotensi.

5. Diuretik

Diuretik adalah merupakan obat dasar untuk mengurangi volume

yang berlebihan dan gagal jantung. Indikasi utama untuk penggunaan obat ini adalah untuk meredakan kelebihan volume pada ekstremitas bawah, gejala kongesti dengan keterlibatan paru, dan peningkatan tekanan vena jugularis. Pengobatan awal diuretik biasanya dimulai dengan furosemide atau torsemide

6. *Angiotensin II receptor blocker/inhibitor neprilysin*

Bertindak untuk secara selektif mengikat dan mencegah pembentukan angiotensin II bersama dengan peningkatan tingkat BNP. *Sacubitril-valsartan* (Entresto) adalah satu-satunya obat yang disetujui dan diindikasikan untuk pasien yang memiliki kelas NYHA Gagal jantung II sampai IV. Obat ini akan digunakan sebagai pengganti inhibitor ACE atau ARB sebagai bagian dari komponen terapi untuk gagal jantung. Pasien tidak boleh memakai obat ini dan ACE atau ARB bersama. Kontraindikasi terhadap obat ini adalah hipersensitivitas, mereka yang memiliki riwayat angioedema atau reaksi dari terapi ACE atau ARB, dan pasien diabetes yang menggunakan obat aliskiren.

7. *Ivabradine*

Beberapa pasien mendapat manfaat dengan denyut jantung yang lebih lambat untuk memperbaiki waktu pengisian dan memaksimalkan fraksi ejeksi. Beberapa pasien dengan gagal jantung akan menunjukkan denyut jantung istirahat yang lebih tinggi dari normal. Indikasi untuk obat ini adalah untuk pasien yang memiliki simptomatik, kronis, gagal jantung sistolik stabil dan fraksi ejeksi ventrikel kiri yang kurang dari 35% dan memiliki

ritme sinus istirahat 70 bpm atau lebih. Perlu dicatat bahwa pasien harus sudah menggunakan *ACE inhibitor* atau ARB selain ivabradine. Kontraindikasi obat ini adalah pasien yang menunjukkan kondisi gagal jantung akut dekompensata, tekanan sistolik kurang dari 90 mm Hg, *sick sinus syndrome*, *sinus block*, atau *AV block* derajat 3

- Terapi Non Farmakologi

Selain melakukan terapi farmakologis, penting juga untuk melakukan terapi non farmakologis dengan menerapkan perubahan gaya hidup yang dimana merupakan keberhasilan akhir dari pasien untuk mampu mengendalikan faktor-faktor luar yang dapat mempengaruhi kormobiditas dan kesejahteraan mereka.

1. Pemantauan berat badan dan cairan

Pemantauan berat badan dan cairan sangat penting dilakukan oleh penderita gagal jantung sebagai rutinitas harian, yang nantinya dapat berupa dokumentasi berat badan harian. Pasien harus diberikan pengetahuan mengenai pentingnya untuk mencatat berat badan harian mereka yang sebaiknya dilakukan di pagi hari, serta mengamati adanya pembengkakan pada kaki, atau tanda-tanda lain dari retensi cairan. Apabila terjadi peningkatan lebih dari 2 lb selama 24 jam atau lebih dari 3 lb per minggu, pasien diharapkan melakukan modifikasi pada dosis diuretik harian mereka dan melaporkan pada dokter. Asupan cairan untuk penderita gagal jantung harus dibatasi hingga 2 L/hari atau kurang.

2. Pembatasan dan diet sodium

Pembatasan dan diet sodium yang disarankan menurut AHA bagi penderita gagal jantung yaitu kurang dari 3000 mg per hari untuk pasien yang mengalami gagal jantung ACCF/AHA stadium A atau B sedangkan, stadium C atau D harus dibatasi kurang dari 1500 mg per hari. Pembatasan garam dapat mencegah terjadinya kelebihan volume yang lebih lanjut, dan individu dengan diet sodium yang lebih tinggi cenderung menjadi tidak responsif terhadap diuretik.

3. Manajemen tekanan darah

Pemantauan yang ketat terhadap tekanan darah sangat penting dalam manajemen gagal jantung. Hipertensi merupakan faktor yang paling dapat dimodifikasi dalam pencegahan eksaserbasi gagal jantung, baik gagal jantung sistolik maupun gagal jantung diastolik. Pemantauan tekanan darah harian oleh pasien harus menjadi bagian dari rejimen pengobatan mereka, dan pendidikan mengenai kepatuhan terhadap obat yang diresepkan adalah yang terpenting.

4. Kegiatan dan latihan

Melakukan latihan olahraga secara rutin sebanyak 3 hingga 5 hari seminggu selama 30 menit dapat menghasilkan perubahan yang signifikan pada pasien gagal jantung. Rutinitas ini telah terbukti untuk merubah semua penyebab kematian dan penyakit kardiovaskular dan mengurangi rawat inap yang berhubungan dengan gagal jantung. Aktivitas pasien yang menurun dapat

menunjukkan adanya perkembangan yang terjadi pada gagal jantung. Pencatatan pada aktivitas dan latihan dapat membantu memastikan kepatuhan pasien pada terapi ini.

5. Terapi tambahan

Terapi tambahan juga merupakan pilihan, karena tahapan gagal jantung pasien menurun. Ketika pasien mengalami stadium C gagal jantung sistolik, beberapa individu mungkin mendapat manfaat dengan intervensi tertentu. Intervensi ini mungkin termasuk terapi resinkronisasi jantung, penyisipan defibrilator jantung implan, pada beberapa individu mungkin mendapat manfaat dari revaskularisasi penyakit arteri koroner atau penyakit katup. Beberapa individu mungkin mempertimbangkan untuk transplantasi jantung atau alat bantu ventrikel kiri. Ketika pasien berkembang dalam tahap ini, penting untuk merujuk individu ke klinik gagal jantung tingkat lanjut untuk pertimbangan pilihan.

2.2. Konsep Dasar Pengetahuan

2.2.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil yang didapatkan dari penginderaan suatu objek melalui panca indra pengelihatannya, pendengaran, penciuman, rasa maupun perabaan dan bagian penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2012). Mubarak (2012) mengatakan pengetahuan merupakan hasil dari suatu kejadian yang pernah dialami

seseoran sehingga ia menjadi “tahu” berdasarkan hasil pengamatannya dan merupakan faktor penentu manusia dapat berfikir, merasa dan bertindak.

2.2.2 Jenis Pengetahuan

Ada dua jenis pengetahuan menurut Budiman dan Riyanto (2013) yaitu:

1. Pengetahuan Implisit

Pengetahuan yang didapatkan dari pengalaman dan bersifat tidak nyata seperti keyakinan pribadi, perspektif dan prinsip. Pengetahuan ini sulit untuk di berikan atau diajarkan kepada oranglain karena biasanya berisi kebiasaan dan budaya.

2. Pengetahuan Eksplisit

Pengetahuan yang bersifat nyata atau merupakan suatu wujud perilaku yang dilakukan sebagai tindakan yang berhubungan dengan perilaku kesehatan

2.2.3 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan memiliki 6 tingkatan menurut Kholid dan Notoadmodjo (2012) yaitu:

1. Tahu (*Know*)

Tahu merupakan kemampuan seseorang untuk mengingat suatu materi yang sudah dipelajari sebelumnya termasuk mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari apa yang telah diterima dengan dapat menyebutkan, menguraikan mendefinisikan dan menyatakan.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami merupakan kemampuan seseorang untuk dapat menjelaskan dan meninterpretasikan dengan benar tentang suatu objek dari berbagai sisi dengan menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan meramalkan.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi merupakan kemampuan untuk mempraktekkan apa yang sudah dipelajari dalam kejadian yang sesungguhnya untuk menjawab suatu persoalan dengan menggunakan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan kemampuan menguraikan suatu materi kedalam komponen-komponen dan memahami hubungan antar faktornya dengan menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, membandingkan dan sebagainya.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merupakan kemampuan menggunakan materi yang didapat dalam menghubungkannya menjadi sesuatu yang baru.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan kemampuan melakukan penilaian terhadap materi yang telah didapat berdasarkan kriteria yang sudah ada maupun yang dibuat sendiri.

2.2.4 Faktor–faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan meliputi:

1. Pendidikan

Pendidikan merupakan proses seseorang atau kelompok dalam melakukan perubahan sikap dengan mendapatkan pengajaran maupun pelatihan (Budiman & Riyanto, 2013) sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup (Wawan dan Dewi, 2010). Menurut Sriningsih (2011) Apabila seseorang memiliki pendidikan yang tinggi memungkinkan untuk seseorang itu semakin cepat dalam menerima dan memahami suatu informasi.

2. Informasi/ Media Massa

Merupakan suatu teknik yang dapat dilakukan atau media yang dapat digunakan dalam mendapatkan informasi melalui berbagai media cetak maupun elektronik dengan berbagai cara yaitu mengumpulkan, menyimpan, memanipulasi, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan maksud tertentu.

Informasi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang dengan sering atau tidaknya seseorang terpapar informasi melalui pendidikan formal maupun non formal.

3. Sosial, Budaya dan Ekonomi

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat sangat berpengaruh pada sikap seseorang dalam menerima suatu informasi. Status ekonomi juga dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang

karena status ekonomi dapat mempengaruhi fasilitas yang dibutuhkan dalam meningkatkan pengetahuan.

4. Lingkungan

Pengetahuan dapat dipengaruhi oleh lingkungan yang merupakan tempat proses masuknya pengetahuan karena adanya proses timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh seseorang.

5. Pengalaman

Pengalaman membuat seseorang dapat tahu atau mendapatkan pengetahuan bagaimana menyelesaikan suatu permasalahan yang didapatkan melalui pengalaman sebelumnya baik dari pengalaman diri sendiri maupun oranglain.

6. Usia

Pola pikir dan daya tangkap seseorang akan semakin berkembang seiring bertambahnya usia sehingga semakin membaik dan bertambah pula pengetahuan yang diperoleh

2.3 Konsep Dasar Rawat Inap Ulang

2.3.1 Pengertian Rawat Inap Ulang

Rawat inap ulang didefinisikan sebagai penerimaan kembali ke rumah sakit dalam waktu 30 hari setelah hari keluar (Arora *et al.*, 2017).

Rawat inap ulang merupakan keadaan dimana pasien kembali ke rumah sakit menurut jadwal yang tidak direncanakan dengan diagnosis

yang sama. Pasien masuk rawat inap kembali ke rumah sakit dalam waktu 6 bulan setelah pulang dari rumah sakit (Desai & Stevenson , 2012)

2.3.2 Faktor- faktor yang mempengaruhi Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung

Menurut Retrum *et al.*, (2013) faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya rawat inap ulang meliputi:

1. Perkembangan Penyakit Kronis yang Tidak Dapat Dihindari

Perkembangan gagal jantung diidentifikasi sebagai alasan utama untuk pendaftaran kembali. Bahkan jika penerimaan kembali terutama karena memburuknya gejala gagal jantung, hampir setengah pasien menyebutkan komorbiditas kronis sebagai faktor yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan penerimaan kembali mereka. Penyakit paru paling sering terlibat (misalnya penyakit eksaserbasi paru obstruktif kronis, asma), dengan diabetes dan penyakit ginjal juga disebutkan beberapa kali.

2. Pengaruh Faktor Psikologis dan Lingkungan Sosial

Konteks psikososial sering dikutip memiliki peran dalam penerimaan kembali. Banyak pasien melaporkan memiliki dukungan yang memadai dari keluarga, teman atau pengasuh; namun, dukungan atau sumber daya yang memadai tidak selalu tersedia saat diperlukan (misalnya, transportasi ke rumah sakit, kurangnya makanan yang memenuhi batasan diet). Masalah ekonomi dan psikososial juga banyak terjadi seperti stress keuangan, mencegah

untuk membeli obat atau melakukan perawatan yang dibutuhkan. Kemampuan untuk mengatasi gagal jantung merupakan tantangan bagi beberapa pasien karena masalah psikologis sebelumnya dan sebagian besar disebabkan oleh penyakit itu sendiri sehingga terjadi kesedihan dan depresi.

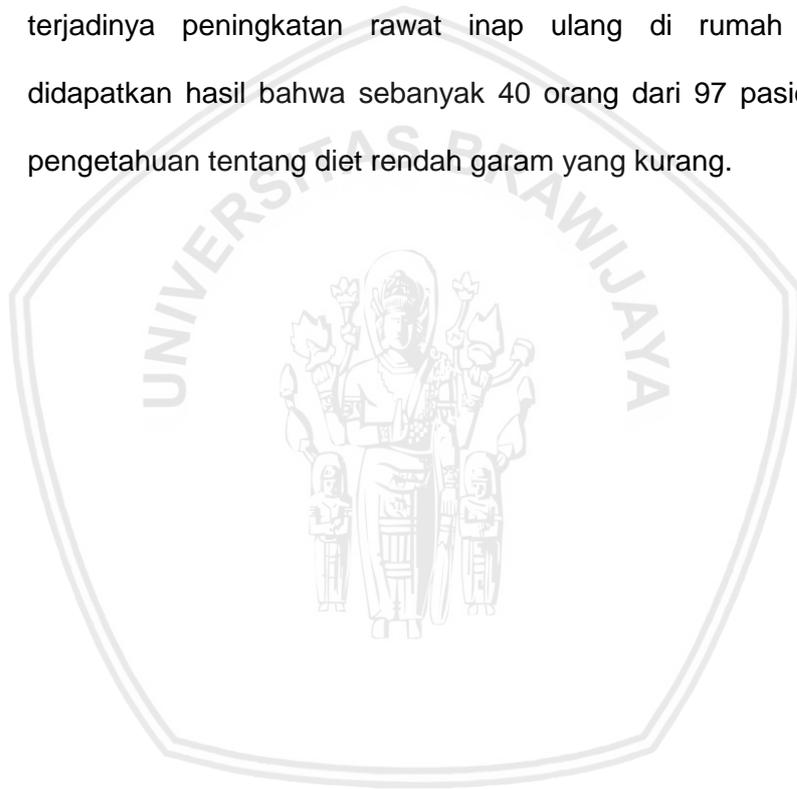
3. Perawatan Diri dan Kepatuhan dengan Rekomendasi Medis

Masalah perawatan diri khususnya, diet, pembatasan cairan, pemeriksaan berat badan, kepatuhan minum obat, dan olahraga umum sebagai alasan untuk pendaftaran kembali. Ketidakpatuhan dengan pembatasan garam, kurangnya kontrol terhadap persiapan makanan, seperti persiapan makanan oleh layanan makanan yang diantarkan di rumah mereka, anggota keluarga, atau fasilitas perawatan dan ketidakmampuan untuk membeli makanan sehat.

4. Pengetahuan

Rendahnya pengetahuan kesehatan yang dimiliki pasien akan menimbulkan beberapa masalah yang nantinya dapat mempengaruhi manajemen penyakit dari pasien seperti pemahaman materi pendidikan, membaca label obat, dan sulit memahami komunikasi dengan penyedia layanan kesehatan (Dennison *et al.*, 2011). Tingkat pengetahuan gagal jantung juga secara signifikan terkait dengan tingkat kepatuhan pasien dalam melakukan rejimen perawatan yang sudah direkomendasikan (Nieuwenhuis, 2011; Sahebi, 2015). Pasien yang memiliki pengetahuan yang rendah memiliki kemungkinan 1,5-3

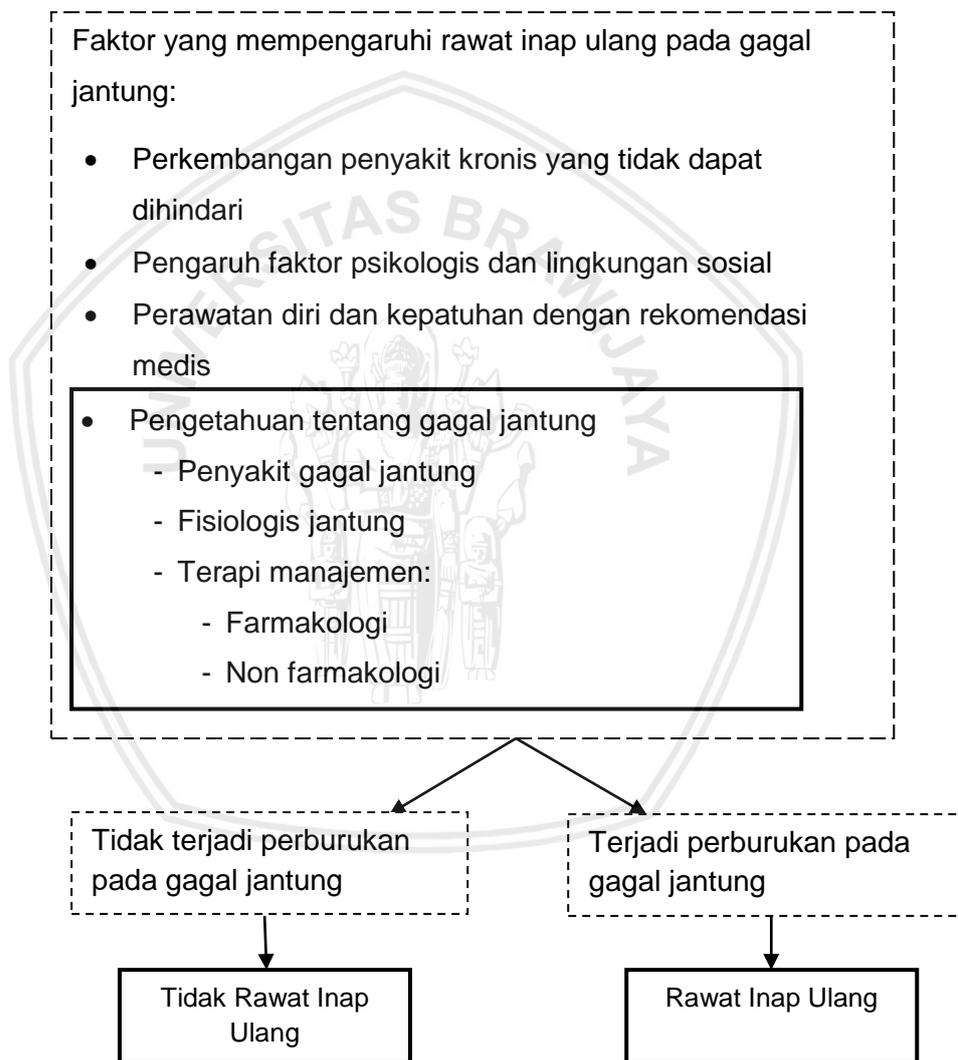
kali lebih besar untuk mengalami hasil kesehatan yang buruk dan peningkatan resiko untuk perawatan yang buruk juga akibat kurangnya pengetahuan tentang penyakit (Dennison *et al.*, 2011). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Kollipara *et al.*, (2008) Pada pasien gagal jantung yang di rawat di rumah sakit umum perkotaan, pengetahuan diet rendah garam sangat mempengaruhi resiko terjadinya peningkatan rawat inap ulang di rumah sakit dan didapatkan hasil bahwa sebanyak 40 orang dari 97 pasien memiliki pengetahuan tentang diet rendah garam yang kurang.



BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Deskripsi Kerangka Konsep



Keterangan:



: Diteliti



: Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep



3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan darah dan oksigen yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Brunner & suddarth, 2010). Pada kondisi tersebut dilakukannya perawatan sangat penting, yaitu perawatan farmakologis maupun non farmakologi untuk dapat memperbaiki gejala dan kualitas hidup dengan memperlambat perkembangan penyakit yang dialami pasien (Yancy *et al.*, 2013).

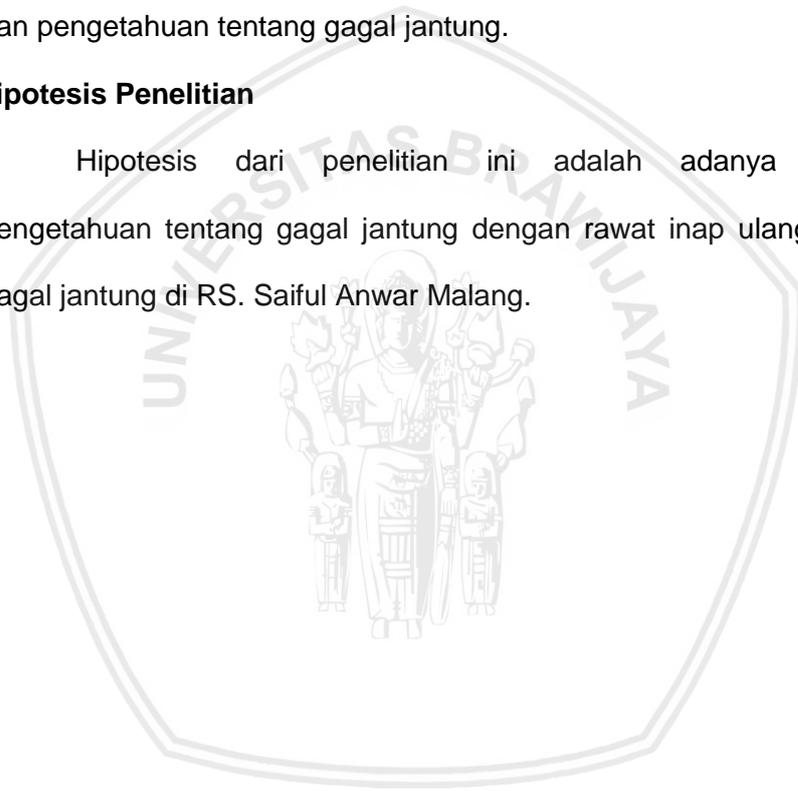
Dalam melakukan perawatan, pengetahuan yang kurang dan kesalahpahaman pasien dapat mengarah pada keterampilan perawatan diri yang diberikan secara tidak benar oleh pasien gagal jantung, ditambah dengan kurangnya kepercayaan diri dalam kapasitas untuk melakukan keterampilan itu (Gau *et al.*, 2010). Pengetahuan merupakan hasil yang didapatkan dari penginderaan suatu objek melalui panca indra pengelihat, pendengaran, penciuman, rasa maupun perabaan dan bagian penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2012).

Kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakitnya, kurangnya untuk mengenali gejala-gejala yang muncul, tidak patuhnya pasien terhadap diet rendah garam, tidak patuh pembatasan cairan, tidak menimbang berat badan, melakukan aktivitas yang berlebih dan istirahat yang kurang dan juga tidak patuhnya pengobatan dapat menyebabkan kekambuhan gagal jantung dan terjadinya rawat inap ulang ke rumah sakit (Smeltzer and Bar, 2002).

Rawat inap ulang didefinisikan sebagai penerimaan kembali ke rumah sakit dalam waktu 30 hari setelah hari keluar (Arora *et al.*, 2017). Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya rawat inap ulang menurut Retrum *et al.*, (2013) yaitu adanya perkembangan penyakit kronis yang tidak dapat dihindari, pengaruh faktor psikologis dan lingkungan sosial, perawatan diri, kepatuhan dengan rekomendasi medis dan pengetahuan tentang gagal jantung.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah adanya hubungan pengetahuan tentang gagal jantung dengan rawat inap ulang penderita gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang.



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini bersifat korelasional yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan dua variabel atau lebih tanpa ada upaya untuk memanipulasi variabel tersebut. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif yaitu desain observasional dengan pendekatan *cohort prospective* untuk mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan dengan rawat inap ulang pada pasien gagal jantung.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penderita gagal jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu di RS. Saiful Anwar Malang yang berjumlah 102 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian merupakan penderita yang didiagnosa gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang.

4.2.3 Teknik Sampling

Pada penelitian ini dalam menentukan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling* yaitu pengambilan sampel dari populasi yang mempunyai ciri-ciri yang telah ditetapkan sesuai dengan kriteria inklusi dalam kurun waktu 3 bulan. Teknik ini tergolong dalam *nonprobability sampling* dimana tidak semua anggota dari populasi mendapatkan

kesempatan yang sama untuk menjadi sampel penelitian (Etikan dan Bala, 2017). Sample pada penelitian ini merupakan pasien gagal jantung yang datang pada bulan Januari-April 2019.

Kriteria inklusi untuk penderita:

1. Laki-laki atau perempuan dengan diagnosis gagal jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RS. Saiful Anwar Malang
2. Pasien gagal jantung dengan NYHA kelas I - III
3. Umur 18 tahun keatas
4. Bersedia menjadi responden.
5. Responden bisa membaca dan menulis.

Kriteria eksklusi untuk penderita:

1. Pasien dengan keadaan tidak stabil.
2. Pasien yang memiliki masalah penyakit kronis

4.2.4 Besar Sampel

Pada penelitian ini pengambilan besar sample berdasarkan rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

Keterangan:

- n = jumlah sampel
 N = jumlah populasi
 e = batas toleransi kesalahan (0,05)

Perhitungannya sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

$$n = \frac{102}{1 + 102 (0,05)^2}$$

$$n = 81,2 \qquad n = \frac{102}{1,255}$$

$$n = 81$$

Berdasarkan hasil perhitungan sampel menggunakan rumus Slovin, maka dapat disimpulkan bahwa sampel dalam penelitian sebanyak 81 responden.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan tentang gagal jantung.

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian rawat inap ulang

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang 5A dan 5B RS. Saiful Anwar Malang

4.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari-April 2019

4.5 Instrumen Penelitian

4.5.1 Instrumen Penelitian Data Demografi

Kuisisioner ini berisi data demografi dari responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status perkawinan, lama menderita dan status fungsional.

4.5.2 Instrumen Penelitian Pengetahuan

Alat ukur dari variabel pengetahuan dalam penelitian ini menggunakan Instrument *Dutch Heart Failure Knowledge Scale (DHFKS)* yang telah diuji validitas dan reliabilitas tahun 2005. Instrument ini terdiri dari 15 item pilihan ganda yaitu 4 item pada gagal jantung secara umum (fungsi jantung, makna gagal jantung, etiologi gagal jantung dan penyebab dekompensasi gagal jantung), 6 item pada pengobatan gagal jantung (diet, cairan pembatasan, asupan alkohol dan aktivitas fisik) dan 5 item pada pengenalan gejala (batuk, pembengkakan kaki, sesak napas, berat badan dan pemantauan berat badan). Setiap itemnya terdapat 3 pilihan dengan salah satu dari pilihannya adalah jawaban yang benar. Setiap jawaban yang benar diberikan nilai 1 poin dan pertanyaan yang salah atau tidak di jawab diberikan nilai 0. Pada Penelitian ini, ditambahkan 2 item pada pengobatan gagal jantung. Skor minimum adalah 0 (pengetahuan rendah) dan skor maksimum adalah 17 (pengetahuan tinggi). Pada kuisisioner pengetahuan ini didapatkan nilai *cut off* yaitu 9,5

Berdasarkan hasil uji reliabilitas yang menggunakan formula *Cronbach's Alpha* ditemukan pada tes ini reliable dengan nilai 0,62. Selanjutnya hasil uji validitas pada ($t = -7,14$; $p = .0001$). Pada penelitian

ini, instrument dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas kembali. Untuk nomor masing- masing items dapat dilihat pada table 4.1

Table 4.1 Nomor Pertanyaan berdasarkan 3 domain pada *Dutch Heart Failure Knowledge Scale (DHFKS)*

Domain	Jumlah Pertanyaan	Nomor Pertanyaan
Gagal jantung secara umum	4	6,7, 9,11
Pengobatan gagal jantung	6	3,4,10,12,13,15, 16,17
Pengenalan gejala	5	1,2,5,8,14

4.5.3 Instrumen Penelitian rawat inap ulang

Alat ukur dari variabel rawat inap ulang dalam penelitian ini yaitu dengan menggunakan data *follow up* pasien.

4.5.4 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisisioner

4.5.4.1 Uji Validitas

Uji validitas akan dilakukan untuk menilai kevaliditasan kuisisioner yang akan digunakan. Pada kuisisioner pengetahuan tentang gagal jantung "*Dutch Heart Failure Knowledge Scale*" telah dilakukan validitas. Uji validitas kuisisioner pengetahuan dilakukan dengan pengujian teknik korelasi *product moment*. Hasil pengujian validitas untuk kuisisioner pengetahuan dikatakan valid dikarenakan r hitung > r table dengan nilai tertinggi 0,965 dan nilai terendah 0,570

4.5.4.2 Uji Reliabilitas

Uji Reliabilitas dilakukan untuk menilai reliabilitas kuisisioner pengetahuan tentang gagal jantung "*Dutch Heart Failure Knowledge Scale*". Uji reliabilitas

kuisiner pengetahuan dilakukan uji *cronbach's alpha*. Hasil pengujian reliabilitas untuk kuisiner ini didapatkan nilai r 0,965. Sehingga kuisiner ini dinyatakan reliable untuk digunakan.



4.6 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Pengetahuan	Sesuatu yang diketahui oleh responden mengenai penyakit gagal jantung	1. Gagal jantung secara umum 2. Pengobatan gagal jantung 3. Pengenalan gejala	Kuesioner <i>Dutch Heart Failure Knowledge Scale (DHFKS)</i>	Ordinal	Skor benar: 1 Skor salah atau tidak di jawab : 0 1. Pengetahuan rendah:0-<9,5 2. Pengetahuan tinggi:≥9,5-17
2.	Rawat inap ulang	Kembalinya pasien gagal jantung ke rumah sakit pada waktu yang tidak direncanakan selama 30 hari setelah keluar dari rumah sakit	Frekuensi kedatangan kembali pasien ke rumah sakit	Data Follow Pasien dalam 30 hari	Nominal	1. Ya 2. Tidak

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1 Tahap Persiapan

Pada tahap ini peneliti menyusun proposal penelitian, mengidentifikasi sampel yang sesuai dengan kriteria yaitu penderita gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang. Banyak sample yang diambil sebanyak 81 responden. Peneliti mengurus surat kelayakan etik di RS. Saiful Anwar Malang dan bekerjasama dengan Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya seperti meminta surat permohonan izin penelitian dan berkoordinasi dengan pihak RS. Saiful Anwar Malang dalam proses pengambilan data awal penelitian. Pengambilan data awal seperti demografi pasien dilakukan di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RS. Saiful Anwar Malang dan responden akan dijelaskan tentang tujuan penelitian, manfaat penelitian dan cara untuk mengisi kuisisioner.

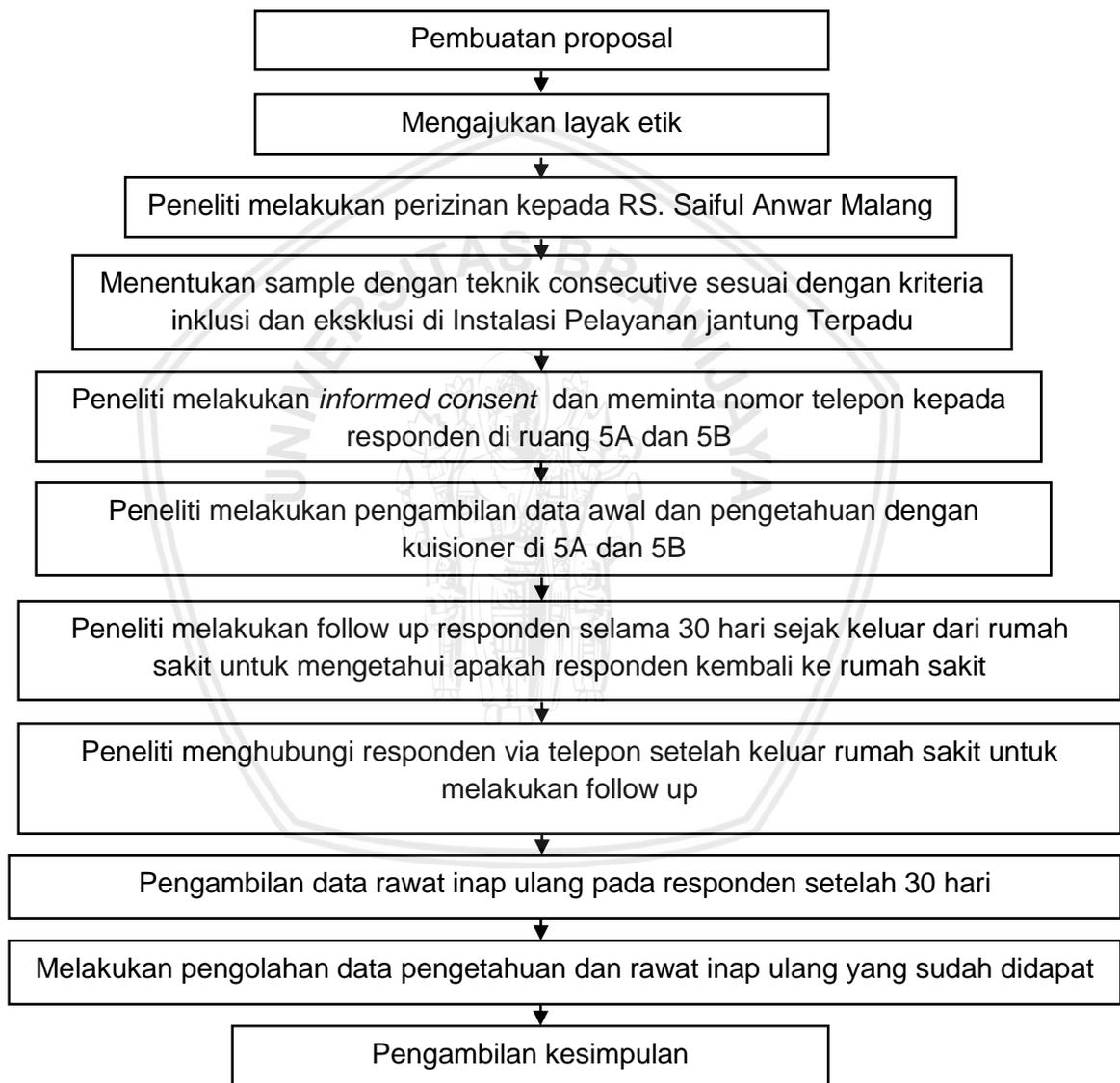
3.7.2 Tahap Pelaksanaan

Tahap selanjutnya adalah tahap pelaksanaan, pada tahap ini peneliti akan memberikan *informed consent* kepada responden untuk ditandatangani sebagai bukti persetujuan dalam penelitian, kemudian peneliti mengambil data awal dan data pengetahuan di ruang 5A dan 5B RS. Saiful Anwar Malang. Peneliti melakukan pengambilan data pengetahuan dengan mewawawancarai pasien dengan menggunakan kuisisioner yang telah dibuat dan rawat inap ulang setelah 30 hari keluar dari rumah sakit melalui via telepon dan tatap muka.

4.7.3 Tahap Penutup

Tahap yang terakhir yaitu tahap penutup, peneliti mengucapkan terimakasih atas partisipasi pasien dalam penelitian dan memeriksa kembali semua kuisisioner telah terjawab.

4.7.4 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.8 Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan untuk mengolah data yang diperoleh dari sampel penelitian adalah sebagai berikut:

4.8.1 Pengolahan Data

Data yang telah diisi oleh responden dikumpulkan dalam pengolahan data melalui langkah-langkah, antara lain:

1. *Editing*

Tahap *editing* dilakukan dengan memeriksa apakah tulisan dari responden jelas dan bisa dipahami. Pada proses *editing* ini juga diperiksa kelengkapan dan jumlah kuesioner sesuai dengan jumlah responden.

2. *Scoring*

Memberikan skor pada masing-masing jawaban untuk setiap variabel penelitian dalam lembar kuesioner yang diberikan pada responden.

3. *Coding*

Dilakukan dengan memberi tanda pada masing-masing jawaban dengan kode berupa angka, sehingga memudahkan proses pemasukan data di komputer.

4. *Tabulating*

Tabulasi data adalah proses memasukkan data kedalam bentuk table untuk dianalisis. Pembuatan table sebaiknya dibuat sesuai dengan keperluan analisis

4.8.2 Univariat

Analisa univariat adalah analisa yang digunakan untuk menjelaskan dan mendeskripsikan data secara sederhana. Analisa

univariat ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik variabel penelitian dimana dalam penelitian ini pengetahuan dan rawat inap ulang.

4.8.3 Bivariat

Analisa data bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antar variabel dan seberapa kuat hubungan tersebut. Hasil suatu variabel diuji dengan menggunakan uji statistik, setelah masing-masing variabel diketahui hasilnya kemudian dilakukan tabulasi dan uji hipotesisnya. Uji statistik yang dilakukan untuk mengetahui hubungan dan kuatnya hubungan antar variabel-variabel digunakan uji statistik "*chi-square*". menggunakan aplikasi SPSS 22 for *Windows* dengan batas kemaknaan $p < 0,05$ yang berarti hubungan yang bermakna antar dua variabel yang diukur, apabila $p > 0,05$ yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antar dua variabel yang diukur.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan surat izin penelitian dari RS. Saiful Anwar Malang dengan nomor 070/0572/302/2019.

4.9.1 *Autonomy* (Menghormati harkat dan martabat manusia)

Peneliti menjelaskan kepada subjek tentang tujuan, manfaat, prosedur, dan resiko yang mungkin timbul dari penelitian serta hak-hak responden kepada responden. Selain meminta ketersediaan untuk menjadi responden, peneliti juga meminta *informed consent* kepada responden. Privasi responden juga akan dilindungi dengan merahasiakan

identitas subjek dengan cara menggunakan identitas anonym cukup dengan inisial.

4.9.2 *Beneficence* (Berbuat Baik)

Peneliti akan memaksimalkan manfaat dan meminimalkan kerugian. Manfaat yang diperoleh dari penelitian ini adalah responden mengetahui dampak pengetahuan dalam .

4.9.3 *Non-Maleficiency* (Tidak Merugikan)

Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian maupun efek samping dan tidak membahayakan bagi responden. Penelitian ini menggunakan instrument berupa kuisisioner.

4.9.4 *Justice* (Keadilan)

Subyek diperlakukan secara adil baik sebelum selama dan sesudah ke ikut sertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi. Sebelum dilakukan pengambilan data peneliti meminta persetujuan kepada semua responden dan semua responden akan diberikan kuesioner yang sama.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Hasil Setelah dilakukan pengumpulan data tentang pengetahuan tentang gagal jantung terhadap rawat inap ilang pada pasien gagal jantung di RSUD dr. Saiful Anwar Malang dengan jumlah sampel 81 responden, maka data yang diperoleh adalah sebagai berikut:

5.1 Analisi Data Umum

5.1.1 Karakteristik Demografis dengan Rawat Inap Ulang pasien Gagal Jantung

Analisis deskriptif ini bertujuan untuk menggambarkan distribusi dari karakteristik responden. Responden dalam penelitian dikategorikan dalam beberapa karakteristik meliputi: berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status pernikahan, lama menderita gagal jantung dan klasifikasi gagal jantung.

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Demografis dengan Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung di RS. Saiful Anwar Malang

Karakteristik Responden	Tidak (n=77)	Ya (n=4)	P
Jenis Kelamin			0.699
Laki-laki	46 (95,8%)	2 (4,2%)	
Perempuan	31 (93,9%)	2 (6,1%)	
Usia			0,154
17-25	3 (75,0%)	1 (25%)	
26-35	1 (100%)	0 (0,0%)	
36-45	7 (100%)	0 (0,0%)	
46-59	40 (100%)	0 (0,0%)	
60-74	20 (90,9%)	2 (9,1%)	
75-90	6 (85,7%)	1(14,3%)	

Karakteristik Responden	Tidak (n=77)	Ya (n=4)	P
Lama Menderita			
Kurang dari 1 tahun	13 (100%)	0 (0,0%)	0,435
1-5 tahun	45 (95,7%)	2 (4,3%)	
Lebih dari 5 tahun	19 (90,5%)	2 (9,5%)	
Pendidikan			0.457
Lulus SD	15 (100%)	0 (0,0%)	
Lulus SMP	15 (93,8%)	1 (6,3%)	
Lulus SMA	32 (91,4%)	3 (8,6%)	
Lulus D3/S1/S2/S3	15 (100%)	0 (0,0%)	
Status Pernikahan			0.00
Belum Menikah	3 (60,0%)	2 (40%)	
Menikah	65 (98,5%)	1 (1,5%)	
Duda/Janda	9 (90,0%)	1 (10%)	
Pekerjaan			0.304
Tidak Bekerja	27 (90,0%)	3 (10,0%)	
Pegawai Negeri	7 (100%)	0 (0,0%)	
Swasta	29 (100%)	0 (0,0%)	
Wiraswasta	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
Petani	7 (100%)	0 (0,0%)	
Status Fungsional (NYHA)			0.028
NYHA I	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
NYHA II	33 (100%)	0 (0,0%)	
NYHA III	42 (93,3%)	3 (6,7%)	

Keterangan: Data dianalisis menggunakan Chi-Square

Pada Tabel 5.1 dapat diketahui jumlah responden sebanyak 81 responden yang telah memenuhi kriteria inklusi. Berdasarkan karakteristik responden didapatkan sebagian besar memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 48 pasien (59,3%) sedangkan jenis kelamin perempuan sebanyak 33 responden (40,7%). Karakteristik pasien berdasarkan tingkat pendidikan yaitu sebagian besar pasien berpendidikan SD sebanyak 15 pasien (18,5%), pasien berpendidikan SMP sebanyak 16 pasien (19,8%), pasien berpendidikan SMA sebanyak 35 pasien (43,2%) dan pasien berpendidikan

perguruan tinggi sebanyak 15 pasien (18,5%). Distribusi frekuensi berdasarkan status pernikahan yaitu responden yang sudah menikah sebanyak 66 pasien (81,5%), pasien yang belum menikah sebanyak 5 pasien (6,2%) dan pasien yang janda atau duda sebanyak 10 pasien (12,3%). Pekerjaan responden mayoritas yaitu pasien yang bekerja sebagai PNS sebanyak 7 pasien (8,6%), pasien yang bekerja sebagai swasta sebanyak 29 pasien (35,8%), Pasien yang bekerja sebagai wiraswasta sebanyak 8 pasien (9,9%), tidak bekerja sebanyak 30 pasien (37,0%) dan sebagai petani 7 responden (8,6%). Distribusi frekuensi berdasarkan klasifikasi NYHA yaitu Pasien dengan NYHA kelas I sebanyak 3 pasien (3,7%), kelas II sebanyak 32 pasien (39,5%) dan kelas III sebanyak 46 pasien (56,8 %). Responden mayoritas berusia 46-59 tahun yaitu sebanyak 40 orang (49,4%) dan Lama terdiagnosa mayoritas 1-5 tahun yaitu sebanyak 47 orang (58,0%) .

Berdasarkan karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia, lama menderita, pendidikan, dan pekerjaan apabila dihubungkan dengan rawat inap ulang tidak didapatkan nilai yang signifikan dengan nilai $p > 0.05$, sedangkan status pernikahan dan status fungsional apabila dihubungkan dengan rawat inap ulang didapatkan nilai yang signifikan dengan nilai $p < 0.05$.

5.2 Analisa Data Khusus dan Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang

Tabel 5.2 Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung di RS. Saiful Anwar Malang menggunakan uji *ChiSquare*

Pengetahuan	Rawat Inap Ulang			P
	Tidak N (%)	Ya N (%)	Total	
Pengetahuan rendah	30 (39,0%)	3 (75,0%)	33 (40,7%)	0,153
Pengetahuan Tinggi	47 (61,0%)	1 (25,0%)	48 (59,3%)	
Total	77 (100,0%)	4 (100,0%)	81 (100,0%)	

Keterangan: Data dianalisis menggunakan Chi-Square

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 81 responden, 4 responden mengalami rawat inap ulang dengan 3 responden (75,0%) berpengetahuan rendah dan 1 responden (25,0%) berpengetahuan tinggi. Sedangkan dari 77 responden yang tidak mengalami rawat inap ulang, sebanyak 30 responden (39,0%) berpengetahuan rendah dan 47 reponden berpengetahuan tinggi (61,0%).

Berdasarkan hasil uji analisa *ChiSquare*, dapat disimpulkan bahwa nilai korelasi antara pengetahuan tentang gagal jantung dengan rawat inap ulang menunjukkan nilai signifikansi 0,153 ($p < 0,05$), yang artinya secara statistik tidak terdapat hubungan antara kedua variabel tersebut.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan tentang gagal jantung dengan rawat inap ulang pada penderita gagal jantung di RSSA Malang.



BAB VI

PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan dan mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang gagal jantung terhadap rawat inap ulang. Sampel dalam penelitian ini adalah pada pasien gagal jantung di RSUD dr. Saiful Anwar Malang yang sesuai dengan kriteria inklusi. Setelah dianalisa, diperoleh 81 orang sampel yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

6.1 Pengetahuan tentang Gagal Jantung Pasien Gagal Jantung di RS. Saiful Anwar Malang

Pengetahuan merupakan hasil dari suatu kejadian yang pernah dialami seseorang sehingga ia menjadi “tahu” berdasarkan hasil pengamatannya dan merupakan faktor penentu manusia dapat berfikir, merasa dan bertindak (Mubarak,2011). Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan tentang gagal jantung yang tinggi sebanyak 48 responden (59,3%). Sedangkan, yang memiliki pengetahuan yang rendah sebanyak 33 responden (40,7%). Sehingga dapat dikatakan bahwa responden memiliki pengetahuan yang tinggi.

Pada penelitian ini didapatkan pengetahuan tentang gagal jantung di ukur menggunakan kuisisioner *dutch heart failure knowledge scale* yang terdiri dari 17 pertanyaan. Berdasarkan hasil penelitian, domain tertinggi pada pengetahuan tentang gagal jantung yaitu pada domain pengobatan dengan nilai mean 4,36, domain gejala dengan nilai mean 2,86 dan domain terendah pada domain gagal jantung umum

dengan nilai mean 2,69. Pada domain pengobatan, 76,5% responden tahu harus meminum obat secara teratur tetapi sebesar 58,0% responden tidak mengetahui mengapa mereka di resepkan *ACE Inhibitor*. Sedangkan pada domain gagal jantung secara umum 56,8% responden yang tidak tahu bahwa flu dapat menyebabkan memburuknya gagal jantung. Hal ini berbeda dengan penelitian Zeng (2017) didapatkan hasil domain tertinggi yaitu pada domain pengetahuan tentang gagal jantung secara umum dan domain gejala gagal jantung yang paling rendah.

Berdasarkan hasil penelitian ini, responden yang memiliki pengetahuan tinggi memiliki pendidikan SMA dan Perguruan Tinggi sebanyak 65,7% dan 93,3% dengan nilai signifikan 0,01 apabila dihubungkan dengan pengetahuan. Penelitian ini didukung oleh penelitian Zeng (2017) didapatkan hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pengetahuan individu dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah (di bawah tingkat SMA) memiliki skor pengetahuan gagal jantung keseluruhan yang lebih rendah daripada orang-orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi (tingkat SMA keatas; 64,7% vs 74,2%, $p < 0,001$). Hal ini dikaitkan dengan apabila seseorang memiliki pendidikan yang tinggi memungkinkan untuk seseorang itu semakin cepat dalam menerima dan memahami suatu informasi (Sriningsih, 2011).

Sehingga, tingginya pengetahuan tentang kondisi mereka sendiri pada pasien gagal jantung dapat berkontribusi pada meningkatnya praktik perawatan diri dan hasil klinis. Kepatuhan yang lebih baik sering dikaitkan dengan pengetahuan yang lebih besar (Van Der Wal, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian ini, responden yang memiliki pengetahuan tinggi berada pada rentang usia 46-59 tahun sebesar 62,5%. Hal ini dikaitkan dengan pola

pikir dan daya tangkap seseorang akan semakin berkembang seiring bertambahnya usia sehingga semakin membaik dan bertambah pula pengetahuan yang diperoleh (Budiman dan Riyanto,2013)

Menurut penelitian Hwang *et al.*, (2014) pasien yang memiliki pengetahuan tinggi dengan perawatan diri yang baik memiliki kontrol yang lebih tinggi daripada pasien yang memiliki pengetahuan rendah. sejalan dengan temuan penelitian sebelumnya (Heo *et al.*, 2008; Riegel & Carlson, 2002). Pasien yang memiliki pengetahuan gagal jantung yang tinggi tetapi melakukan perawatan diri yang buruk cenderung lebih tertekan dan cemas. Jadi, untuk memiliki kontrol yang dirasakan lebih rendah dibandingkan pasien dengan pengetahuan tinggi yang melakukan perawatan diri yang baik.

Pada penelitian ini didapatkan mayoritas responden berstatus menikah sebanyak 66 responden (81,5%) dimana 41 responden (62,1%) diantaranya memiliki pengetahuan yang tinggi. Sehingga, pasien yang sudah menikah cenderung memiliki pengetahuan yang lebih besar tentang penyakit mereka (Macabasco,2011).

Berhubungan dengan status fungsional responden dimana dalam penelitian ini ditemukan bahwa proporsi yang memiliki gagal jantung kategori NYHA III sebesar 56,8% dari total responden. Ada kemungkinan bahwa pasien dengan gejala yang lebih telah menerima pendidikan yang berkaitan dengan gagal jantung mereka, dimana pasien dengan gagal jantung lebih parah mungkin memiliki lebih banyak kunjungan rawat jalan dan rawat inap, sehingga eksposur yang lebih besar untuk program pendidikan pasien dan lebih banyak pengetahuan (Macabasco,2011).

6.2 Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung di RS. Saiful Anwar Malang

Rawat inap ulang merupakan penerimaan kembali ke rumah sakit dalam waktu 30 hari setelah hari keluar (Arora *et al.*, 2017). Berdasarkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang tidak mengalami rawat inap ulang dalam 30 hari setelah keluar rumah sakit, yaitu sebanyak 77 responden (95,1%), sedangkan yang mengalami rawat inap ulang, yaitu sebanyak 4 responden (4,9%). Hal tersebut dikarenakan pasien mengalami kekambuhan seperti sesak dan bengkak.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Deek (2014) dimana pasien yang di rawat inap ulang hanya 20 orang (27,78%) dalam 30 hari sedangkan lebih tinggi yang di rawat inap ulang 60 hari sebanyak 31 orang (43,06%) maupun dalam 90 hari yaitu sebanyak 41 (56,94%). Mayoritas rawat inap ulang (73,61%) adalah karena eksaserbasi gagal jantung dan pasien yang mengalami rawat inap ulang cenderung memiliki waktu tinggal di rumah sakit yang lebih lama.

Kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung dapat disebabkan beberapa faktor. Faktor- faktor tersebut diantaranya adanya perkembangan dari penyakit atau eksaserbasi dari gagal jantung, pengaruh lingkungan sosial dimana dukungan dari keluarga, teman maupun pengasuh, masalah psikologis yang dapat menyebabkan kecemasan maupun depresi, perawatan diri dan pengetahuan (Retrum *et al.*, 2013). Menurut Tung *et al.*, (2016) Adapun berdasarkan karakteristik pasien dimana karakteristik ini dapat mengetahui tingkat resiko dan meningkatkan efisiensi serta kualitas perawatan pada pasien. Pasien gagal jantung yang mengalami rawat inap ulang biasanya memiliki gejala-gejala yaitu adanya nyeri dada (angina), sesak nafas maupun bengkak (Zaya, 2012).

Pada penelitian ini didapatkan dari 4 responden yang mengalami rawat inap ulang, sebanyak 2 responden (40,0%) berstatus belum menikah dan 1 responden (10,0%) berstatus duda/janda dengan nilai signifikan 0,000 apabila dihubungkan dengan rawat inap ulang. Hal ini sejalan dengan penelitian Lu *et al.*, (2016) didapatkan hasil sebanyak 16% responden yang mengalami rawat inap ulang 30 hari berstatus belum menikah dan 6% responden berstatus menikah. Hal ini dapat dikarenakan orang yang telah menikah atau memiliki pasangan lebih menggunakan layanan kesehatan baik preventif ataupun primer yang dimana kondisi gagal jantung dapat dikelola dengan baik dan hal ini dapat mengurangi resiko untuk terjadinya rawat inap ulang (Damiani *et al.*, 2015).

Berhubungan dengan status fungsional responden dimana dalam penelitian ini ditemukan bahwa dari 3 responden (6,7%) memiliki gagal jantung kategori NYHA III dengan memiliki nilai signifikan 0,028 apabila dihubungkan dengan rawat inap ulang. Hasil ini sesuai dengan penelitian Majid (2010) yang mengatakan bahwa responden dengan status fungsional yang berat memiliki frekuensi rawat inap ulang yang lebih tinggi daripada responden yang memiliki status fungsional yang ringan dengan nilai signifikan 0,005.

Selain itu, didapatkan juga pada penelitian ini bahwa responden yang mengalami rawat inap ulang memiliki umur diatas 65 tahun sebanyak 3 responden. Menurut Ufara (2016) perubahan anatomis, fisiologis maupun patologis sering dialami pada orang dengan usia lanjut dimana akan terjadi penebalan pada dinding-dinding ventikel kiri maupun jumlah sel SA node atau nodus sinoatrial yang berkurang dimana dapat menyebabkan terjadinya masalah pada hantaran listrik jantung. Gangguan

pada preload, afterload dan detak jantung juga dapat terjadi diakibatkan adanya perubahan pada fungsi sistolik dimana dapat mempengaruhi kondisi pasien (Majid, 2010)

6.3 Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung di RS. Saiful Anwar Malang

Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang gagal jantung dengan rawat inap ulang pada pasien gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang dengan nilai signifikansi 0,153 ($p < 0,05$). Penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan tidak signifikan berhubungan terhadap rawat inap ulang dalam 30 hari secara statistik.

penelitian ini menunjukkan dari 81 responden, 4 responden mengalami rawat inap ulang dengan 3 responden (75,0%) berpengetahuan rendah dan 1 responden (25,0%) berpengetahuan tinggi. Sedangkan dari 77 responden yang tidak mengalami rawat inap ulang, sebanyak 30 responden (39,0%) berpengetahuan rendah dan 47 reponden berpengetahuan tinggi (61,0%). Hal ini berbeda dalam penelitian Annema *et al.*, (2009) yang mengungkapkan menurut faktor-faktor yang berhubungan dengan rawat inap ulang ialah kurangnya pengetahuan (12% -14%), keterlambatan mencari bantuan (8%-18%), dan masalah di rumah (2% -18%)

Meskipun terdapat perbedaan hasil dengan penelitian Annema, perbedaan ini dapat terjadi karena seperti yang telah disebutkan bahwa adanya perkembangan dari penyakit atau eksaserbasi dari gagal jantung, pengaruh lingkungan sosial dimana dukungan dari keluarga, teman maupun pengasuh, masalah psikologis yang dapat

menyebabkan kecemasan maupun depresi, perawatan diri dan karakteristik pasien juga merupakan faktor yang dapat mempengaruhi rawat inap ulang (Retrum *et al.*, 2013; Tung *et al.*, 2016). Sesuai pada penelitian ini didapatkan adanya faktor status fungsional yaitu dari 3 responden (6,7%) yang memiliki gagal jantung kategori NYHA III dengan memiliki nilai signifikan 0,028 apabila dihubungkan dengan rawat inap ulang dimana dengan status fungsional yang berat memiliki frekuensi rawat inap ulang yang lebih tinggi daripada responden yang memiliki status fungsional yang ringan dengan nilai signifikan 0,005 (Majid,2010) dan faktor status perkawinan didapatkan dari 4 responden yang mengalami rawat inap ulang, sebanyak 2 responden (40,0%) berstatus belum menikah dan 1 responden (10,0%) berstatus duda/janda dengan nilai signifikan 0,000 apabila dihubungkan dengan rawat inap ulang dan status pernikahan yang memiliki nilai signifikan 0,028 terhadap rawat inap ulang dikarenakan orang yang telah menikah atau memiliki pasangan lebih menggunakan layanan kesehatan baik preventif ataupun primer yang dimana dapat mengurangi resiko untuk terjadinya rawat inap ulang (Damiani *et al.*, 2015). Hasil ini menunjukkan bahwa pengetahuan bukan faktor utama terjadinya rawat inap ulang dalam 30 hari,

Selain itu pada penelitian ini didapatkan jumlah responden yang rawat inap ulang dalam 30 hari yang sedikit yaitu berjumlah 4 pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Deek (2014) dimana pasien yang di rawat inap ulang dalam 30 hari hanya 28 orang (15%) sedangkan lebih tinggi yang di rawat inap ulang 60 hari sebanyak 42 orang (22,5%) maupun dalam 90 hari yaitu sebanyak 53 orang (73,61%). Mayoritas rawat inap ulang sebesar (73,61%) adalah karena eksaserbasi gagal jantung. Selain itu, menurut Aranda, Johnson & Conti *et al.*, (2009) tingkat penerimaan kembali pasien

gagal jantung naik hingga 60% dalam 6-9 bulan. Rawat inap ulang menyumbang 28% dari semua penerimaan kembali di rumah sakit diikuti oleh pneumonia hanya 4,2%. Eksaserbasi gagal jantung merupakan mayoritas dari penerimaan kembali di antara pasien gagal jantung, dengan frekuensi yang dilaporkan yaitu 88,89% dalam 30 hari setelah pemulangan, masing-masing 93,55% dalam 60 hari, dan 90,24% dalam 90 hari setelah pemulangan (Van Such, Naessens, Stroebel, Huddleston, & Williams, 2006). Pada saat keluar rumah sakit, penggunaan *ACE Inhibitor* atau Angiotensin receptor blockers (ARB) memiliki risiko lebih rendah untuk masuk kembali ke rumah sakit ataupun meninggal. Hal ini dikarenakan pasien dengan penggunaan *ACE Inhibitor* atau Angiotensin receptor blockers (ARB) memiliki fungsi ginjal yang lebih baik (Vader, 2016). Pada 30 hari pertama setelah keluar dari rumah sakit, dilaporkan pasien memiliki kepatuhan yang baik terhadap intervensi latihan di rumah, 44% dari keseluruhan responden melaporkan berolahraga lebih dari 150 menit per minggu pada awal menunjukkan responden yang relatif sangat termotivasi yang kemungkinan akan mendapat manfaat (Fleg, 2018).

6.2 Implikasi Keperawatan

Implikasi penelitian ini terhadap bidang keperawatan adalah dapat menjadi pengembangan ilmu khususnya dalam bidang ilmu keperawatan mengenai pengetahuan tentang gagal jantung terhadap rawat inap ulang pada pasien gagal jantung dan memberikan manfaat positif baik terhadap pendidikan, rumah sakit maupun penelitian keperawatan. Hal ini diharapkan dapat tetap meningkatkan pengetahuan untuk menurunkan kejadian rawat inap ulang, meskipun telah terbukti tidak berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang. Pengetahuan salah satu faktor

yang dapat meningkatkan perawatan diri pada pasien gagal jantung. Sehingga, hasil penelitian ini juga dapat memberikan informasi pentingnya mengetahui baik gejala, pengobatan maupun penyakit itu sendiri.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian, ada beberapa keterbatasan dalam penelitian ini yang berpengaruh terhadap hasil yang diperoleh. Hal tersebut antara lain sebagai berikut:

1. Pada penelitian ini pengambilan data pengetahuan setiap pasien dilakukan pada waktu yang berbeda-beda sehingga mempengaruhi hasil.
2. Pada penelitian ini observasi interval waktu rawat inap ulang yang kurang panjang.
3. Pada penelitian ini jumlah sample yang terbatas sehingga proporsi responden yang rawat inap ulang maupun yang tidak rawat inap ulang memiliki jumlah yang jauh berbeda.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Penelitian tentang pengetahuan dengan rawat inap ulang pasien gagal jantung di RS. Saiful Anwar Malang yang telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 1 Hasil penelitian mengenai pengetahuan tentang gagal jantung pada penderita gagal jantung di RS.Saifur Anwar Malang, bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang tinggi sebanyak 48 responden (59,3%)
- 2 Hasil penelitian mengenai rawat inap ulang pada penderita gagal jantung di RS.Saifur Anwar Malang, bahwa responden yang mengalami rawat inap ulang sebanyak 4 responden (4,9%).
- 3 Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang gagal jantung terhadap rawat inap ulang pada pada pasien gagal jantung di RS.Saiful Anwar Malang. Namun, jika dilihat pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa perbandingan presentase rawat inap ulang lebih banyak terjadi pada responden dengan kategori pengetahuan rendah sebesar 75,0% sedangkan kategori pengetahuan tinggi sebesar 25,0% dan mungkin dikarenakan sample yang kecil dan *followup* waktu rawat inap ulang yang pendek.

7.2 Saran

1. Perlu dilakukan penelitian dengan jumlah sampel yang lebih besar.
2. Perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berpengaruh pada rawat inap ulang pasien dengan gagal jantung.

3. Perlu dilakukan penelitian dengan interval waktu rawat inap ulang yang lebih panjang
4. Perlu dilakukan penelitian dengan menggunakan sampel yang memiliki status fungsional yang seragam



DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. 2013. Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rajawali Pers
- Ajzen, I. 2012. The theory of planned behavior. In P. Lange, W. Kruglanski, & E. Higgins, *handbook of theories of social psychology* (pp. 438-459). London: Sage.
- Albert, N. M., Barnason, S., Deswal, A., Hernandez, A., Kociol, R., Lee, E. White-Williams, C. 2015. Transitions of care in heart failure: A scientific statement from the American heart association. *Circulation: Heart Failure*, 8(2), 1-26. Retrieved March 1, 2016 from Web of Science.
- Annema C, Luttik ML, Jaarsma T. 2009. Reasons for readmission in heart failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologists, and heart failure nurses. *Heart and Lung*;38(5):427-34
- Aranda, J.M., Johnson, J.W., & Conti, J.B. 2009. Current trends in heart failure readmission rates: Analysis of Medicare data. *Clinical Cardiology*, 32 (1), 47—52.
- Arikunto S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Arora S,, Patel P, Lahewala S, *et al.* 2016. Etiologies, Trends and Predictors of 30-day readmission in Patients with Heart Failure. *American Journal of Cardiology*
- Braunwald E. 2013. Heart failure. *J Am Coll Cardiol*;1:1–20. doi: 10.1016/j.jchf.2012.10.002. Epub 2013 Feb 4.
- Budiman & Riyanto A. 2013. *Kapita Selektu Kuisisioner Pengetahuan Dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika pp 66-69.
- Bui *et al.* 2011. Epidemiology and risk profile of heart failure. *Nat Rev Cardiol* doi:10.1038/nrcardio.2010.165.

- Buja A, Solinas G, Visca M, *et al.* Prevalence of heart failure and adherence to process indicators: which sociodemographic determinants are involved? *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13:238. DOI: 10.3390/ijerph13020238;PMID: 26907316
- Damiani, G, Salvatori E, Silvestrini G, Ivanova I, Bojovic, L, Iodince L and Ricciardi W. 2015. Influence of socioeconomic factors on hospital readmission, for heart failure and acute myocardial Infarction in patient 65 years and older: evidence from a systematic review. *Clinical Intervention in Aging*.
- Deek Hiba, Hadi Skouri, Samar Nouredine. 2014. Readmission rates and related factors in Heart failure patients: A study in Lebanon. Australian College of Nursing. Published by Elsevier Ltd.
- Dennison, C.R., McEntee, M.L., Samuel, L., Johnson, B.J., Rotman, S., Kielty, A., *dkk.*, 2012, Adequate health literacy is associated with higher heart failure knowledge and self care confidence in hospitalized patients, *NIH Public Access*, 26(5), 359–36, doi: 10.1097/JCN.0b013e3181f16f88.
- Desai, A. S. & Stevenson, L. W. 2012. Rehospitalization for heart failure: predict or prevent? *Circulation* 126, 501–506
- DeWalt D.A., Berkman N.D., Sheridan S, Lohr KN, Pignone M.P. Literacy and health outcomes. A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*. 2004; 19:1228–1239. [PubMed: 15610334]
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, *et al.* 2008. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2008;29:2388–442.
- Fleg, J.L. 2018. Preventing Readmission after Hospitalization for Acute Heart Failure. *JACC: Heart Failure*, 6(2), 153-155. doi:10.1016/j.jchf.2017.12.012
- Gau J.Y., Ting C.T., Yeh M.C., Chang T.H. The effectiveness of comprehensive care program at improving self-care and quality of life and reducing rehospitalization in patients with congestive heart failure. *EBN* 2008;4:233e41.
- Giamouzis, Gregory. 2011. Hospitalization Epidemic in Patients With Heart Failure: Risk Factors, Risk Prediction, Knowledge Gaps, and Future Directions.

- Goodman & Gilman. 2011. Dasar Farmakologi Terapi, J.G. Hardman, L.E. Limbird (Eds), ed. 10. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. 2008. Gender differences in and factors related to selfcare behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*; 45(12):1807–1815. [PubMed: 18674762]
- Hsich. 2009. Perbedaan Kelamin Pengaruhi Penyakit Gagal Jantung. Majalah 'FARMACIA. Edisi Sept 2009. http://www.majalah-farmacia.com/rubrik/one_news.asp?IDNews=1383
- Hwang B, Moser DK, Dracup K. 2014. Knowledge Is Insufficient for Self-care among Heart Failure Patients with Psychological Distress. *American Journal of Critical Care*
- Joynt, K.E., Orav, E.J., & Jha, A.K. 2011. Thirty-day readmission rates for Medicare beneficiaries by race and site of care. *JAMA*, 305 (7), 675–681.
- Jurgens, *et al.* 2015. Heart Failure Management in Skilled Nursing Facilities: A Scientific Statement From the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. American Heart Association . *Circulation: Heart Failure*
- Kemp, C.D., Conte, J.V. 2012. The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathology*; 21: 365–371.
- Kollipra U. K, *et al.* 2008. Relation of Lack of Knowledge About Dietary Sodium to Hospital Readmission in Patients With Heart Failure. Elsevier
- Lam CSP. Heart failure in Southeast Asia: facts and numbers. *ESC Heart Failure*. 2015;2:46–9. DOI: 10.1002/ehf2.12036
- Leppin, A. L., Gionfriddo, M. R., Kessler, M., Brito, J. P., Mair, F. S., Gallacher, K. Montori, V. M. 2014. Preventing 30-day hospital readmissions. *JAMA Internal Medicine JAMA Intern Med*, 174(7), 1095-1107. Retrieved March 1, 2016 from Web of Science.
- Macabasco-O'Connell A, DeWalt DA, Broucksou KA, Hawk V, Baker DW, Schillinger D, Pignone M. 2011. Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients

with heart failure. *Journal of General Internal Medicine.*; 26(9):979–986. [PubMed: 21369770]

Mozaffarian D, et al. 2015. Heart Disease and Stroke Statistics — 2015 Update A Report From the American Heart Association. *AHA Journal.*

Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. 2016. American Heart Association Statistics Committee; Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation.*;133:e38–e360. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000350; PMID: 26673558

Mubarak, IW. 2012. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Salemba Medika.

Nieuwenhuis, van der Wal M.H and Jaarsma T. The body of knowledge on compliance in heart failure patients: we are not there yet. *J Cardiovasc Nurs.* 2011; 26: 21–28.

Notoatmodjo, S. 2007. Pendidikan dan Perilaku kesehatan. Cetakan 2 Jakarta: PT.Rineka Cipta.

Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka cipta

Nugroho, WD. 2015. Hubungan tingkat Kepatuhan minum obat dengan Kejadian rawat inap Ulang pasien dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD Dr. Moewardi. Surakarta: Retrieved from <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/25/01-gdlmwahyudwin-1215-1-skripsi-8.pdf>

Nursalam, 2009. AsuhanKeperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/ AIDS. Jakarta : Salemba Medika

Parker, D., Brunton, L., K.. Blumenthal, L. Buxton. 2008. Goodman & Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutic. NewYork: McGrawHill. DOI:10.1036/0071443436

Pearse, S.G., & Cowie, M.R. 2014. Heart failure: classification and pathophysiology. *Medicine*, 42(10), 556–561

- Ponikowski P, Anker S.D., AlHabib K.F, *et al.* Heart failure: preventing disease and death worldwide. *ESC Heart Failure*. 2014;1:4–25. DOI: 10.1002/ehf2.12005
- Retrum, JH, boggs J, Hersh A, Wright L, Magid, Allen L. 2013. Patient-Identified Factors Related to Heart Failure Readmissions. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*
- Rianto, A. 2011 .Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan. Jogjakarta: Nuha Medika
- Riegel B, Carlson B. 2002. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*; 46(4):287–295. [PubMed: 11932128]
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013. Diakses: 25 Maret 2018, dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>
- Sahebi A, Mohammad-Aliha J, Ansari-Ramandi M, *et al.* Investigation the relationship between self-care and readmission in patients with chronic heart failure. *Res Cardiovasc Med*. 2015; 4: e25472.
- Sakata Y, Shimokawa H. 2013. Epidemiology of heart failure in Asia. *Circ J* ;77:2209–17. PMID: 23955345
- Schneider, M. A. 2009. CMS adds readmission data to hospital compare. *Hospitalist News*. Available at: [http://www.ehospitalistnews.com/index.php?id=760&cHash=071010&txtnews\[tt news=15362\]](http://www.ehospitalistnews.com/index.php?id=760&cHash=071010&txtnews[tt news=15362]) (05.07.11)
- Sliwa K, Wilkinson D, Hansen C. Spectrum of heart disease and risk factors in a black urban population in South Africa (the Heart of Soweto Study): a cohort study. *Lancet*. 2008;371(9616)
- Smeltzer, S.C Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. 2010. Brunner&Suddarth's: Textbook of Medical – Surgical Nursing (12th ed). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins

- Smeltzer., Bare. 2002. Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth Vol 2.Penerbit Buku Kedokteran. EGC. Jakarta.
- Sriningsih, I,. 2011. Faktor Demografi, Pengetahuan Ibu Tentang Air Susu Ibu dan Pemberian ASI Eksklusif. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* .6(2). Januari 2011. PP: 100-106. (Online) 13 Mei 2018.
- Tsuchihashi-Makaya M, Hamaguchi S, Kinugawa S, *et al.* Characteristics and outcomes of hospitalized patients with heart failure and reduced vs preserved ejection fraction. Report from the Japanese Cardiac Registry of Heart Failure in Cardiology (JCARECARD). *Circ J.* 2009; 73: 1893-900.
- Tung Y, Chou, SH, Liu, KL, Hsieh I, Wu LS, LIN CP, Ming SW and Chu PH. 2016. Worse prognosis in heart Failure Patients with 30- day Readmission. *Acta Cardiol Sin* doi: 10.6515/ACS20151113A\
- Ufara A, Purnama E, Usnia. 2016. Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kejadian Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di RSUD Kabupaten Tangerang. JKFT. Ed.2
- Vader, J. M., LaRue, S. J., Stevens, S. R., Mentz, R. J., DeVore, A. D., Lala, A., ... de las Fuentes, L. 2016. *Timing and Causes of Readmission After Acute Heart Failure Hospitalization—Insights From the Heart Failure Network Trials.* *Journal of Cardiac Failure, 22(11), 875–883.* doi:10.1016/j.cardfail.2016.04.014
- Van Der Wal M.H, Jaarsma T, Moser D.K, van Gilst W.H, van Veldhuisen D.J. 2010. Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands. *Heart Lung.* ; 39: 121-30
- Van Der Wal MH, van Veldhuisen DJ, Veeger NJ, Rutten FH, Jaarsma T. 2010. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J.*;31(12):1486–1493.
- Van Such, M., Naessens, J. M., Stroebel, R. J., Huddleston, J. M., & Williams, A. R. (2006). Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with heart failure: Do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations heart failure core measures reflect better care? *Quality and Safety in Health Care, 15(6), 414–417.*
- Wawan, A dan Dewi, M. 2010. Teori dan Pengukuran Pengetahuan , Sikap dan Perilaku Manusia. Yogyakarta : Nuha Medika.

- WHO. 2016. Prevention of Cardiovascular Disease. WHO Epidemiologi Sub Region AFRD and AFRE. Genewa
- Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. 2013. Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. Yogyakarta : Nuha Medika
- Wong CY, Chaudhry SI, Desai MM, *et al.* 2011. Trends in comorbidity, disability, and polypharmacy in heart failure. *Am J Med*;124(2):136–43.
- Yancy., *et al.* 2013. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines . Diakses 18 April 2018, dari <http://circ.ahajournals.org>.
- Zaya M., Phan.A., &Schwarz. E.R. 2012. Predictors of Re-hospitalization in patients with Chronic Heart Failure. In : *World J Cardiol.* 26:4(2):23-30
- Zeng W, Chia SY, Chan, YH, Tan SC, Low, EJ, and Fong MK.2017. Factor Impacting Heart Failure Patient's Knowledge of Heart Disease and Selfcare management. *Proceedings of Singapore Healthcare.* DOI: 10.1177/2010105816664537 <https://doi.org/10.1177/2010105816664537>
- Ziaieian, Boback and Gregg C. Fonarow.2016. Epidemiology and etiology of Heart Failure. *Nat Publ Gr.* 1-11.<http://dx.doi.org/10.1038/nrcardio.2016.25>

LAMPIRAN 1

		<p>RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr SAIFUL ANWAR MALANG Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN TERAKREDITASI KARB VERBI 2012 TINGKAT PARIPURNA ☆☆☆☆☆ 24 Februari 2016 s.d. 23 Februari 2018 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111 Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384 E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id</p>
<p>KETERANGAN KELAIKAN ETIK PELAKSANAAN PENELITIAN</p> <p>("ETHICAL CLEARANCE") No: 400/194/K.3/302 /2018</p>		
<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN</p>		
<p>JUDUL : PENGEMBANGAN MODEL PERAWATAN MANDIRI DAN DETEKSI DINI KEKAMBUHAN SEBAGAI UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI MASYARAKAT</p>		
<p>PENELITI UTAMA</p>	<p>: Ns. Mifotika Lukitasari., S.Kep., M.Sc</p>	
<p>PENELITI ANGGOTA</p>	<p>: dr. Mohammad Salfur Rohman., Sp.JP(K), PhD dr. Ardian Rizal., Sp.JP dr. Budi Satrilo., Sp.JP(K) dr. Dwi Adi Nugroho., M.Sc Ns. Ahmad Hasyim Wibisono., M.Kep., M.Ng Ns. Endah Panca LF., M.Kep Ns. Niko Dima Kristianingrum., M.Kep., Sp.Kep.Kom Muhammad Yusuf Wahyudi Nur Hasanah Vitara Daru Rahmi Shabrina Mayang Sukmadowi Made Arny Farlyanti Arifah Nur Wulandari Rara Prastika Wibawa Asmoro Putu Arik Pebritantini Kismatul Hasanah Yullatin Eritia Ekky Wahyuningtyas Cendra Kenny Amartasari Filtria Isma Wati</p>	
<p>UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN</p> <p>RSUD Dr Saiful Anwar Malang</p>		
<p>DINYATAKAN LAIK ETIK</p>		
<p>MALANG, 01 NOVEMBER 2018</p> <p>a.n KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN WAKIL KETUA KOMISI ETIK PENELITIAN</p>  <p>dr. SUSANTO NUGROHO, SP.A (K)</p>		

LAMPIRAN 2



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL

18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101. Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



Malang, 11 JAN 2019
Kepada

Nomor : 070/0572/302/2019
Sifat : Blasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
Jl. Veteran
di-

a.n Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep, M.Sc

MALANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 08478/UN10.F08/TU/2018 tanggal 28 Agustus 2018, perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan dimaksud. Selain itu ada beberapa hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut :

1. Peneliti wajib menaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yaitu :
 - Memakai jas almamater;
 - Tidak mengenakan pakaian dari bahan jeans dan kaos;
 - Kartu Tanda Pengenal harus selalu dipakai selama kegiatan di RSSA;
 - Mengenakan pakaian yang sopan dan layak pakai;
2. Penelitian bisa dilakukan pada bulan Januari s/d Maret 2019 di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;
3. Menyerahkan pas foto berwarna ukuran 4 x 6 cm sebanyak 1 (satu) lembar untuk pembuatan Kartu Tanda Pengenal;
4. Besaran biaya:
 - Peneliti Utama : Rp. 100.000,-/orang/minggu/satker;
 - Peneliti Kedua dst : Rp. 58.000,-/orang/minggu/satker;
 - Kartu Pengenal : Rp. 30.000,-/orang;
 - Surat Keterangan Selesai Penelitian : Rp. 10.000,-/orang;
5. Laporan hasil penelitian, agar diserahkan ke Bidang Diklit dan satuan kerja yang dituju di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, sebanyak 2 (dua) expl dan 1 (satu) keping CD.

Adapun untuk pelaksanaan selanjutnya, mohon mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi dengan Bidang Diklit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Wadir. Pendidikan & Pengembangan Profesi



Dr.dr. M.BACHTAR BUDIANTO, Sp.B (K) Onk. FINACS
Pembina Tingkat I
NIP. 19670725 199603 1 003

Tembusan:
Yth. 1. Direktur RSSA (sebagai laporan)



LAMPIRAN 3

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung di RS.Saiful Anwar Malang

Malang, ,

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(Shabhira Mayang Sukmadewi)

(.....)

NIM. 155070201111014

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

LAMPIRAN 4

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Shabhira Mayang Sukmadewi Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta Bapak/ibu/sdr untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung di RS.Saiful Anwar Malang”.
2. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan tentang gagal jantung dengan rawat inap ulang pada pasien gagal jantung di RS.Saiful Anwar Malang. Penelitian ini dapat memberi manfaat untuk menambah informasi dan wawasan bagi masyarakat dan pasien gagal jantung tentang hubungan pengetahuan tentang gagal jantung dengan Rawat Inap Ulang pada pasien dengan penyakit gagal jantung.
3. Pengambilan data penelitian ini akan berlangsung 15 menit dengan subyek penelitian adalah pasien gagal jantung yang berobat di RS. Saiful Anwar Malang dengan proses wawancara terstruktur. Kemudian setelah Bapak/ibu/sdr telah keluar dari rumah sakit, peneliti akan menghubungi Bapak/ibu/sdr selama 30 hari kedepan melalui via telepon untuk menanyakan apakah pasien mengalami rawat inap ulang.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu/sdr peroleh dengan keikutsertaan Bapak/ibu/sdr adalah dapat melakukan tukar pengalaman dan informasi terkait gagal jantung.
5. Ketidaknyamanan/ resiko yang mungkin muncul yaitu tidak ada, jika selama proses wawancara Bapak/ibu/sdr merasa lelah atau ingin berhenti sejenak peneliti akan menyetujuinya.
6. Sebelum proses pengambilan data, peneliti akan menerangkan apa saja yang akan ditanyakan yaitu data demografi Bapak/ibu/sdr, pengetahuan tentang gagal jantung Bapak/ibu/sdr serta kontrak waktu berapa lama proses wawancara berlangsung.
7. Selama proses wawancara, diperkenankan bagi Bapak/ibu/sdr untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari pertanyaan yang ditanyakan.
8. Bapak/ibu/sdr dapat memberikan umpan balik dan saran pada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan wawancara terstruktur baik selama maupun setelah proses pengambilan data.

9. Seandainya Bapak/ibu/sdr tidak menyetujui cara ini maka Bapak/ibu/sdr dapat memilih cara lain atau Bapak/ibu/sdr boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali.
10. Jika Bapak/ibu/sdr menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung anda ingin berhenti, maka Bapak/ibu/sdr dapat menyatakan mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/ibu/sdr terkait hal ini.
11. Nama dan jati diri Bapak/ibu/sdr akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan Bapak/ibu/sdr tidak merasa khawatir dan dapat menjawab pertanyaan sesuai kenyataan dan pengalaman Bapak/ibu/sdr yang sebenarnya.
12. Jika Bapak/ibu/sdr merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka Bapak/ibu/sdr dapat menghubungi peneliti yaitu Shabhira Mayang Sukmadewi (08970845149)
13. Perlu Bapak/ibu/sdr ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang, sehingga Bapak/ibu/sdr tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.
14. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas Bapak/ibu/sdr dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.
15. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang Bapak/ibu/sdr berikan dengan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti
16. Peneliti akan memberi tanda terima kasih berupa kotak obat seharga Rp 10.000,00

Peneliti Utama

(Shabhira Mayang Sukmadewi)

LAMPIRAN 5

PETUNJUK PENGISIAN

1. Lengkapilah identitas diri Bapak/ ibu sebeum menjawab pertanyaan
2. Jawablah pertanyaan dengan memilih salah satu jawaban Bapak/ ibu yang dianggap benar dengan memberikan tanda (√)
3. Jika dalam pengisian Bapak/ ibu mengalami kesulitan dalam membaca maka dapat meminta bantuan pada peneliti

DATA RESPONDEN

1. Nama (Inisial) :
2. Umur : tahun
3. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Tingkat Pendidikan :

<input type="checkbox"/> Tidak sekolah	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> SMP
<input type="checkbox"/> SMA	<input type="checkbox"/> Akademi/PT	
5. Pekerjaan :
6. Status Pernikahan :

<input type="checkbox"/> Sudah menikah	<input type="checkbox"/> Belum menikah	<input type="checkbox"/> Janda/Duda
--	--	-------------------------------------
7. Klasifikasi NYHA :

<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
----------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------
9. Lama mengalami gagal jantung

LAMPIRAN 6**Kuisisioner Dutch Heart Failure Knowledge Scale (DHFKS)**

Kami memiliki beberapa pertanyaan tentang gagal jantung. Pilihlah satu jawaban yang paling benar dengan memberi tanda (X) untuk setiap pertanyaan.

1. Seberapa sering pasien dengan gagal jantung berat sebaiknya menimbang diri mereka sendiri?
 - a. Setiap minggu
 - b. Kadang-kadang
 - c. Setiap hari
2. Mengapa penting bahwa pasien dengan gagal jantung harus menimbang diri secara teratur?
 - a. Karena banyak pasien gagal jantung memiliki nafsu makan yang buruk
 - b. Untuk memeriksa apakah tubuh menahan cairan
 - c. Untuk menilai dosis obat yang tepat
3. Berapa banyak cairan yang diizinkan anda minum di rumah setiap hari?
 - a. 1,5 hingga 2,5 liter paling banyak
 - b. Sedikit mungkin cairan
 - c. Sebanyak mungkin cairan
4. Manakah dari pernyataan ini yang benar?
 - a. Ketika saya banyak batuk, lebih baik tidak meminum obat gagal jantung saya
 - b. Ketika saya merasa lebih baik, saya bisa berhenti minum obat saya untuk gagal jantung.
 - c. Penting bahwa saya meminum obat gagal jantung secara teratur
5. Apa hal terbaik yang dapat dilakukan jika ada peningkatan sesak napas atau kaki bengkak?
 - a. Panggil dokter atau perawat
 - b. Tunggu sampai pemeriksaan selanjutnya
 - c. Minum lebih sedikit obat

6. Apa yang dapat menyebabkan perburukan cepat dari gejala gagal jantung?
 - a. Diet tinggi lemak
 - b. Pilek atau flu
 - c. Kurang olahraga
7. Apa artinya gagal jantung?
 - a. Bahwa jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh
 - b. Bahwa seseorang tidak cukup berolahraga dan dalam kondisi yang buruk
 - c. Bahwa ada bekuan darah di pembuluh darah jantung
8. Mengapa kaki bisa membengkak ketika Anda mengalami gagal jantung?
 - a. Karena katup di pembuluh darah di kaki tidak berfungsi dengan baik
 - b. Karena otot-otot di kaki tidak mendapat cukup oksigen
 - c. Karena penumpukan cairan di kaki
9. Apa fungsi dari jantung?
 - a. Untuk menyerap nutrisi dari darah
 - b. Untuk memompa darah ke seluruh tubuh
 - c. Untuk menyediakan darah dengan oksigen
10. Mengapa seseorang dengan gagal jantung mengikuti diet rendah garam?
 - a. Garam meningkatkan retensi cairan (tertahanannya cairan dalam tubuh)
 - b. Garam menyebabkan penyempitan pembuluh darah
 - c. Garam meningkatkan detak jantung
11. Apa penyebab utama gagal jantung?
 - a. Infark miokard dan tekanan darah tinggi
 - b. Masalah paru dan alergi
 - c. Obesitas dan diabetes
12. Pernyataan manakah yang benar tentang latihan untuk orang dengan gagal jantung?
 - a. Penting untuk berolahraga sesedikit mungkin di rumah untuk meringankan jantung
 - b. Penting untuk berolahraga di rumah dan beristirahat secara teratur di antaranya
 - c. Penting untuk berolahraga sebanyak mungkin di rumah

13. Mengapa diuretik (misalnya Furosemide, Torsemide, Bumetanide, Metolazone, Hydrochlorothiazide) diresepkan untuk seseorang dengan gagal jantung?
- Untuk menurunkan tekanan darah
 - Untuk mencegah retensi cairan (tertahannya cairan) dalam tubuh
 - Karena dengan begitu mereka dapat minum lebih banyak
14. Pernyataan manakah yang benar tentang peningkatan berat badan dan gagal jantung?
- Peningkatan lebih dari 2 kilogram dalam 2 atau 3 hari harus dilaporkan ke dokter pada pemeriksaan berikutnya
 - Dalam kasus peningkatan lebih dari 2 kilogram dalam 2 atau 3 hari, Anda harus menghubungi dokter atau perawat Anda
 - Dalam kasus peningkatan lebih dari 2 kilogram dalam 2 atau 3 hari, Anda harus makan lebih sedikit
15. Apa hal terbaik yang harus dilakukan saat Anda haus?
- Menghisap es batu
 - Menghisap permen(*)
 - Banyak minum
- (*) dalam bahasa Belanda 'dropje', yang merupakan permen yang sangat asin
16. Mengapa ACE Inhibitors (misalnya Captopril, Enalapril, Benazapril, Lisinopril, Quinapril, Ramipril) diresepkan untuk seseorang dengan gagal jantung?
- Menyebabkan pembuluh darah menjadi lebih kecil
 - Menghalangi efek berbahaya dari hormon stres
 - Memperbaiki jumlah darah (mengurangi anemia)
17. Mengapa beta bloker (misalnya Metoprolol, Bisoprolol, Carvedilol) diresepkan untuk seseorang dengan gagal jantung?
- Untuk mencegah retensi cairan (tertahannya cairan) dalam tubuh
 - Untuk mengontrol tekanan darah tinggi
 - Karena dengan begitu mereka dapat minum lebih banyak

LAMPIRAN 7**PERNYATAAN TELAH MELAKSANAKAN *INFORMED CONSENT***

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Shabhira Mayang Sukmadewi

NIM : 155070201111014

Program Studi: Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya,

Menyatakan bahwa saya telah melaksanakan proses pengambilan data penelitian sesuai dengan yang disetujui pembimbing dan telah memperoleh pernyataan kesediaan dan persetujuan dari responden sebagai sumber data.

Mengetahui:

Malang, 05 April 2019

Pembimbing I

Yang membuat pernyataan

dr. Saifur Rohman, SpJP, PhD, FICA

Shabhira Mayang Sukmadewi

NIP. 196810311997021001

NIM. 155070201111016

LAMPIRAN 8



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Shabhiru Mayang Sukmadewi
N I M : 15607020111014
Program Studi : IlmuKeperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung di RS Saiful Anwar Malang
Pembimbing I : dr. M. Saifur Rohman, SpJP, PhD, FICA
Pembimbing II : Ns. Ahmad Hasyim Wibisono, S.kep., M.kep., MTG

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
3-9-18	II	Konsul Bab I	Tujuan Khusus lebih dipertajam Manfaat Penelitian lebih dipertajam	<i>Alsu</i>
15-9-18	II	Revisi Bab I Konsul Bab I	Menambah literatur Menambah faktor-faktor yang mempengaruhi rawat inap ulang	<i>Alsu</i>
17-9-18	II	Revisi Bab II Konsul Bab II	kerangka konsep di Pertajam	<i>Alsu</i>
29-9-18	II	Revisi Bab III konsul bab IV	Memperbaiki kriteria inklusi, eksklusi, pengumpulan data, dan alat penelitian dan tempat	<i>Alsu</i>
31-10-18	II	Revisi Bab IV konsul Bab IV	Analisa data	<i>Alsu</i>
23-11-18	II	Memastikan bab I, II, III dan IV	Acc Sempro	<i>Alsu</i>
27-12-18	II	Konsul Revisi Sempro		<i>Alsu</i>
15-5-19	I	Konsul Bab V	Saran bab VI, Pembahasan	<i>Alsu</i>
18-5-19	I	Konsul Bab VI	Lengkap lampiran	<i>Alsu</i>
23-5-19	I	Konsul BAB V-VII	Acc Semhas	<i>Alsu</i>

*) coret yang tidak perlu





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS BRAWIJAYA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65143, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
 http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Shabkha Mayang Sukmodewi
 N I M : 155070201110104
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : Hubungan Pengetahuan tentang Gagal Jantung dengan Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung di RS Saiful Anwar Malang
 Pembimbing I : dr. M. Saiful Rahman, S.JP, PhD, FICA
 Pembimbing II : Ns. Ahmad Hasyim Wibisono, S.kep., M.kep., MNg

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
17-7-18	I	Penetapan topik	pemilihan topik ; penetapan judul	[Signature]
23-8-18	I	Konsul-Bab I Konsul bab III	Kerangka konsep lebih di tajamkan dan di fokuskan	[Signature]
19-11-18	I	Revisi bab III Memastikan bab I, II, III, IV	Acc Sempro	[Signature]
2-1-19	I	konsul Revisi Sempro	kerangka konsep	[Signature]
3-1-19	I	Konsul Revisi Sempro	menetapkan kerangka konsep, alur	[Signature]
23-5-19	I	konsul bab V, VI, VII Acc Semhas	Acc Semhas	[Signature]

*) coret yang tidak perlu



LAMPIRAN 9

No	Inisial	Usia	Jenis Kelamin	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Status Pernikahan	NYHA	Lama Menderita	Rawat inap ulang
1	TJ	60-74	laki-laki	SMP	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
2.	PH	36-45	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
3.	SW	36-45	Perempuan	SD	Wiraswasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
4.	AF	36-45	laki-laki	SMA	Swasta	Belum Menikah	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Tidak
5.	MW	17-25	laki-laki	SMA	Tidak Bekerja	Belum Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
6.	RW	26-35	Perempuan	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak
7.	SK	46-59	laki-laki	SD	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
8.	BI	46-59	laki-laki	D3/S1/S2/S3	Swasta	Menikah	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Tidak
9.	SU	46-59	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
10.	BS	60-74	laki-laki	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Tidak
11.	S	60-74	laki-laki	SMA	Wiraswasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
12.	UW	46-59	laki-laki	SMP	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak

13.	SP	60-74	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Tidak
14.	SM	60-74	laki-laki	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
15.	TH	17-25	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	Belum Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Ya di RSSA
16.	AS	46-59	laki-laki	SD	Swasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
17.	RM	60-74	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	Janda/Duda	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
18.	IM	60-74	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	Janda/Duda	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
19.	BU	75-90	laki-laki	SD	Petani	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
20.	SD	60-74	laki-laki	SMP	Petani	Menikah	Kelas 2	Kurang dari 1 tahun	Tidak
21.	DJ	60-74	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
22.	KK	46-59	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	Kurang dari 1 tahun	Tidak
23.	SR	60-74	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	Janda/Duda	Kelas 3	Kurang dari 1 tahun	Tidak
24.	ABG	60-74	laki-laki	D3/S1/S2/S3	Swasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
25.	HY	60-74	Perempuan	D3/S1/S2/S3	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
26.	MD	46-59	laki-laki	SD	Petani	Menikah	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak
27.	SG	75-90	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	Janda/Duda	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak

28.	ST	75-90	laki-laki	SMP	Petani	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
29.	RL	46-59	laki-laki	SD	Swasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
30.	SR	60-74	laki-laki	SD	Petani	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
31.	SK	36-45	Perempuan	SMP	Swasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
32.	SP	60-74	laki-laki	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Tidak
33.	SD	75-90	laki-laki	SMP	Wiraswasta	Belum Menikah	Kelas1	Lebih dari 5 tahun	Ya di RSSA
34.	ST	60-74	laki-laki	D3/S1/S2/S3	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
35.	BS	46-59	laki-laki	D3/S1/S2/S3	Wiraswasta	Menikah	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Tidak
36.	LS	46-59	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Tidak
37.	TM	60-74	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	Janda/Duda	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Ya di RSSA
38.	MK	60-74	laki-laki	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Ya di RSSA
39.	PU	46-59	laki-laki	SD	Petani	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
40.	JU	75-90	Perempuan	SD	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
41.	JT	46-59	laki-laki	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
42.	BS	60-74	laki-laki	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Tidak

43.	TM	46-59	laki-laki	SMP	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
44.	SP	46-59	laki-laki	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 3	Kurang dari 1 tahun	Tidak
45.	AH	46-59	laki-laki	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak
46.	HO	60-74	laki-laki	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
47.	ES	46-59	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
48.	SY	46-59	laki-laki	SMP	Petani	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
49.	KS	46-59	laki-laki	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
50.	STH	46-59	Perempuan	SMP	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 2	Kurang dari 1 tahun	Tidak
51.	AS	46-59	Perempuan	D3/S1/S2/S3	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
52.	SMRi	46-59	laki-laki	SMP	Swasta	Menikah	Kelas 2	Kurang dari 1 tahun	Tidak
53.	SMT	46-59	Perempuan	SD	Swasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
54.	TSKi	75-90	laki-laki	SMA	Tidak Bekerja	Janda/Duda	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
55.	HRT	46-59	laki-laki	D3/S1/S2/S3	PNS	Menikah	Kelas 3	Kurang dari 1 tahun	Tidak
56.	AY	46-59	laki-laki	SMA	Wiraswasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
57.	SWR	75-90	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	Janda/Duda	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak

58.	EK	36-45	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 2	Kurang dari 1 tahun	Tidak
59.	IR	17-25	Perempuan	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 3	Kurang dari 1 tahun	Tidak
60.	CTH	46-59	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	Kurang dari 1 tahun	Tidak
61.	SLM	46-59	laki-laki	D3/S1/S2/S3	PNS	Menikah	Kelas1	Kurang dari 1 tahun	Tidak
62.	ES	46-59	laki-laki	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 3	Lebih dari 5 tahun	Tidak
63.	NZ	46-59	Perempuan	D3/S1/S2/S3	Swasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
64.	RML	36-45	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
65.	YTM	46-59	laki-laki	SMA	Wiraswasta	Menikah	Kelas 3	1-5 tahun	Tidak
66.	DL	17-25	Perempuan	D3/S1/S2/S3	Swasta	Belum Menikah	Kelas 3	Kurang dari 1 tahun	Tidak
67.	HRD	46-59	laki-laki	D3/S1/S2/S3	PNS	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
68.	AS	60-74	Perempuan	D3/S1/S2/S3	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak
69.	TA	46-59	laki-laki	D3/S1/S2/S3	Swasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
70.	AI	46-59	laki-laki	D3/S1/S2/S3	Swasta	Menikah	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak
71.	YK	60-74	laki-laki	D3/S1/S2/S3	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak

72.	AH	46-59	Perempuan	SMA	Swasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
73	AA	46-59	laki-laki	SMA	PNS	Menikah	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak
74	MSL	46-59	Perempuan	SMA	Wiraswasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
75	MF	46-59	laki-laki	SMP	Swasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
76	MI	46-59	laki-laki	SMA	PNS	Janda/Duda	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak
77	WG	60-74	laki-laki	SMA	PNS	Janda/Duda	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak
78	RE	46-59	Perempuan	SMA	PNS	Janda/Duda	Kelas 2	Lebih dari 5 tahun	Tidak
79	WTK	36-45	laki-laki	SMA	Wiraswasta	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
80	MS	46-59	Perempuan	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas 2	1-5 tahun	Tidak
81	HND	46-59	laki-laki	SMA	Tidak Bekerja	Menikah	Kelas1	Kurang dari 1 tahun	Tidak

LAMPIRAN 10

DATA KARAKTERISTIK SAMPEL

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 17-25 tahun	4	4.9	4.9	4.9
26-35 tahun	1	1.2	1.2	6.2
36-45 tahun	7	8.6	8.6	14.8
46-59 tahun	40	49.4	49.4	64.2
60-74 tahun	22	27.2	27.2	91.4
75-90 tahun	7	8.6	8.6	100.0
Total	81	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	48	59.3	59.3	59.3
Perempuan	33	40.7	40.7	100.0
Total	81	100.0	100.0	

Pendidikan Terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	15	18.5	18.5	18.5
SMP	16	19.8	19.8	38.3
SMA	35	43.2	43.2	81.5
D3/S1/S2/S3	15	18.5	18.5	100.0
Total	81	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PNS	7	8.6	8.6	8.6
Swasta	29	35.8	35.8	44.4
Wiraswasta	8	9.9	9.9	54.3
Tidak Bekerja	30	37.0	37.0	91.4
Petani	7	8.6	8.6	100.0
Total	81	100.0	100.0	

Status Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	66	81.5	81.5	81.5
	Belum Menikah	5	6.2	6.2	87.7
	Janda/Duda	10	12.3	12.3	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Lama Menderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang dari 1 tahun	13	16.0	16.0	16.0
	1-5 tahun	47	58.0	58.0	74.1
	Lebih dari 5 tahun	21	25.9	25.9	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Status Fungsional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kelas1	3	3.7	3.7	3.7
	Kelas 2	33	40.7	40.7	44.4
	Kelas 3	45	55.6	55.6	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Karakteristik Demografis dengan Pengetahuan

Usia

Crosstab

			Kategori_pengetahuan		Total
			Pengetahuan rendah	pengetahuan tinggi	
Usia	17-25	Count	1	3	4
		% within Usia	25.0%	75.0%	100.0%
	26-35	Count	0	1	1
		% within Usia	0.0%	100.0%	100.0%
	36-45	Count	2	5	7
		% within Usia	28.6%	71.4%	100.0%
	46-59	Count	15	25	40
		% within Usia	37.5%	62.5%	100.0%
	60-74	Count	10	12	22
		% within Usia	45.5%	54.5%	100.0%
	75-90	Count	5	2	7
		% within Usia	71.4%	28.6%	100.0%
Total		Count	33	48	81
		% within Usia	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.634 ^a	5	.462
Likelihood Ratio	5.004	5	.415
Linear-by-Linear Association	3.431	1	.064
N of Valid Cases	81		

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .41.

Jenis kelamin

Crosstab

			Kategori_pengetahuan		Total
			Pengetahuan rendah	pengetahuan tinggi	
Jenis_kelamin	laki-laki	Count	21	27	48
		% within Jenis_kelamin	43.8%	56.3%	100.0%
	Perempuan	Count	12	21	33
		% within Jenis_kelamin	36.4%	63.6%	100.0%
Total		Count	33	48	81
		% within Jenis_kelamin	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.442 ^a	1	.506		
Continuity Correction ^b	.189	1	.664		
Likelihood Ratio	.444	1	.505		
Fisher's Exact Test				.646	.333
Linear-by-Linear Association	.436	1	.509		
N of Valid Cases	81				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.44.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan terakhir

Crosstab

			Kategori_pengetahuan		Total
			Pengetahuan rendah	pengetahuan tinggi	
Pendidikan_Terakhir	SD	Count	11	4	15
		% within Pendidikan_Terakhir	73.3%	26.7%	100.0%
	SMP	Count	9	7	16
		% within Pendidikan_Terakhir	56.3%	43.8%	100.0%
	SMA	Count	12	23	35
		% within Pendidikan_Terakhir	34.3%	65.7%	100.0%
	D3/S1/S2/S3	Count	1	14	15
		% within Pendidikan_Terakhir	6.7%	93.3%	100.0%
Total		Count	33	48	81
		% within Pendidikan_Terakhir	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.012 ^a	3	.001
Likelihood Ratio	17.817	3	.000
Linear-by-Linear Association	15.598	1	.000
N of Valid Cases	81		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.11.

Pekerjaan

Crosstab

			Kategori_pengetahuan		Total
			Pengetahuan rendah	pengetahuan tinggi	
Pekerjaan	PNS	Count	1	6	7
		% within Pekerjaan	14.3%	85.7%	100.0%
	Swasta	Count	10	19	29
		% within Pekerjaan	34.5%	65.5%	100.0%
	Wiraswasta	Count	3	5	8
		% within Pekerjaan	37.5%	62.5%	100.0%
	Tidak Bekerja	Count	14	16	30
		% within Pekerjaan	46.7%	53.3%	100.0%
	Petani	Count	5	2	7
		% within Pekerjaan	71.4%	28.6%	100.0%
Total		Count	33	48	81
		% within Pekerjaan	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.701 ^a	4	.223
Likelihood Ratio	5.975	4	.201
Linear-by-Linear Association	4.781	1	.029
N of Valid Cases	81		

a. 6 cells (60.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.85.

Status Pernikahan

Crosstab

			Kategori_pengetahuan		Total
			Pengetahuan rendah	pengetahuan tinggi	
Status_P ernikahan	Menikah	Count	25	41	66
		% within Status_Pernikahan	37.9%	62.1%	100.0%
	Belum Menikah	Count	2	3	5
		% within Status_Pernikahan	40.0%	60.0%	100.0%
	Janda/Duda	Count	6	4	10
		% within Status_Pernikahan	60.0%	40.0%	100.0%
Total		Count	33	48	81
		% within Status_Pernikahan	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.761 ^a	2	.414
Likelihood Ratio	1.728	2	.421
Linear-by-Linear Association	1.597	1	.206
N of Valid Cases	81		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.04.

Status Fungsional

Crosstab

			Kategori_pengetahuan		Total
			Pengetahuan rendah	pengetahuan tinggi	
NYHA	Kelas1	Count	1	2	3
		% within NYHA	33.3%	66.7%	100.0%
	Kelas 2	Count	12	21	33
		% within NYHA	36.4%	63.6%	100.0%
	Kelas 3	Count	20	25	45
		% within NYHA	44.4%	55.6%	100.0%
Total	Count	33	48	81	
	% within NYHA	40.7%	59.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.586 ^a	2	.746
Likelihood Ratio	.589	2	.745
Linear-by-Linear Association	.557	1	.456
N of Valid Cases	81		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.22.

Lama menderita

Crosstab

			Kategori_pengetahuan		Total
			Pengetahuan rendah	pengetahuan tinggi	
Lama_menderita	Kurang dari 1 tahun	Count	6	7	13
		% within Lama_menderita	46.2%	53.8%	100.0%
	1-5 tahun	Count	21	26	47
		% within Lama_menderita	44.7%	55.3%	100.0%

	Lebih dari 5 tahun	Count	6	15	21
		% within Lama_menderita	28.6%	71.4%	100.0%
Total		Count	33	48	81
		% within Lama_menderita	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.748 ^a	2	.417
Likelihood Ratio	1.801	2	.406
Linear-by-Linear Association	1.309	1	.253
N of Valid Cases	81		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.30.



Karakteristik Demografis dengan Rawat Inap Ulang

Usia

Crosstab

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Usia	17-25	Count	3	1	4
		% within Usia	75.0%	25.0%	100.0%
26-35	Count	Count	1	0	1
		% within Usia	100.0%	0.0%	100.0%
36-45	Count	Count	7	0	7
		% within Usia	100.0%	0.0%	100.0%
46-59	Count	Count	40	0	40
		% within Usia	100.0%	0.0%	100.0%
60-74	Count	Count	20	2	22
		% within Usia	90.9%	9.1%	100.0%
75-90	Count	Count	6	1	7
		% within Usia	85.7%	14.3%	100.0%
Total	Count	Count	77	4	81
		% within Usia	95.1%	4.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.034 ^a	5	.154
Likelihood Ratio	8.220	5	.145
Linear-by-Linear Association	.015	1	.902
N of Valid Cases	81		

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .05.

Jenis Kelamin

Crosstab

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Jenis_kelamin	laki-laki	Count	46	2	48
		% within Jenis_kelamin	95.8%	4.2%	100.0%
Perempuan	Count	Count	31	2	33
		% within Jenis_kelamin	93.9%	6.1%	100.0%
Total	Count	Count	77	4	81
		% within Jenis_kelamin	95.1%	4.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.149 ^a	1	.699		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.147	1	.701		
Fisher's Exact Test				1.000	.540
Linear-by-Linear Association	.148	1	.701		
N of Valid Cases	81				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.63.

b. Computed only for a 2x2 table

Pendidikan Terakhir

Crosstab

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Pendidikan_Terakhir	SD	Count	15	0	15
		% within Pendidikan_Terakhir	100.0%	0.0%	100.0%
	SMP	Count	15	1	16
		% within Pendidikan_Terakhir	93.8%	6.3%	100.0%
	SMA	Count	32	3	35
		% within Pendidikan_Terakhir	91.4%	8.6%	100.0%
	D3/S1/S2/S3	Count	15	0	15
		% within Pendidikan_Terakhir	100.0%	0.0%	100.0%
Total		Count	77	4	81
		% within Pendidikan_Terakhir	95.1%	4.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.601 ^a	3	.457
Likelihood Ratio	3.907	3	.272
Linear-by-Linear Association	.075	1	.784
N of Valid Cases	81		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .74.

Pekerjaan

Crosstab

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Pekerjaan	PNS	Count	7	0	7
		% within Pekerjaan	100.0%	0.0%	100.0%
	Swasta	Count	29	0	29
		% within Pekerjaan	100.0%	0.0%	100.0%
	Wiraswasta	Count	7	1	8
		% within Pekerjaan	87.5%	12.5%	100.0%
	Tidak Bekerja	Count	27	3	30
		% within Pekerjaan	90.0%	10.0%	100.0%
	Petani	Count	7	0	7
		% within Pekerjaan	100.0%	0.0%	100.0%
Total		Count	77	4	81
		% within Pekerjaan	95.1%	4.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.846 ^a	4	.304
Likelihood Ratio	6.331	4	.176
Linear-by-Linear Association	1.593	1	.207
N of Valid Cases	81		

a. 5 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .35.

Status Pernikahan

Crosstab

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Status_Pernikahan	Menikah	Count	65	1	66
		% within Status_Pernikahan	98.5%	1.5%	100.0%
	Belum Menikah	Count	3	2	5
		% within Status_Pernikahan	60.0%	40.0%	100.0%
	Janda/Duda	Count	9	1	10
		% within Status_Pernikahan	90.0%	10.0%	100.0%
Total		Count	77	4	81
		% within Status_Pernikahan	95.1%	4.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.287 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	8.269	2	.016
Linear-by-Linear Association	4.315	1	.038
N of Valid Cases	81		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .25.

Status Fungsional

Crosstab

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
NYHA	Kelas1	Count	2	1	3
		% within NYHA	66.7%	33.3%	100.0%
	Kelas 2	Count	33	0	33
		% within NYHA	100.0%	0.0%	100.0%
	Kelas 3	Count	42	3	45
		% within NYHA	93.3%	6.7%	100.0%
Total	Count	77	4	81	
	% within NYHA	95.1%	4.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.153 ^a	2	.028
Likelihood Ratio	6.002	2	.050
Linear-by-Linear Association	.004	1	.947
N of Valid Cases	81		

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .15.

Lama Menderita

Crosstab

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Lama_menderita	Kurang dari 1 tahun	Count	13	0	13
		% within Lama_menderita	100.0%	0.0%	100.0%
	1-5 tahun	Count	45	2	47
		% within Lama_menderita	95.7%	4.3%	100.0%
	Lebih dari 5 tahun	Count	19	2	21
		% within Lama_menderita	90.5%	9.5%	100.0%
Total	Count	77	4	81	
	% within Lama_menderita	95.1%	4.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.663 ^a	2	.435
Likelihood Ratio	2.114	2	.347
Linear-by-Linear Association	1.632	1	.201
N of Valid Cases	81		

a. 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .64.



LAMPIRAN 11

Hasil Uji Korelasi *Chi-Square*

Pengetahuan dengan Readmisi

Crosstab

			Kategori_pengetahuan		Total
			Pengetahuan rendah	pengetahuan tinggi	
READMISI	Tidak	Count	30	47	77
		% within READMISI	39.0%	61.0%	100.0%
	Ya di RSSA	Count	3	1	4
		% within READMISI	75.0%	25.0%	100.0%
Total		Count	33	48	81
		% within READMISI	40.7%	59.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.046 ^a	1	.153		
Continuity Correction ^b	.825	1	.364		
Likelihood Ratio	2.037	1	.154		
Fisher's Exact Test				.299	.182
Linear-by-Linear Association	2.020	1	.155		
N of Valid Cases	81				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.63.

b. Computed only for a 2x2 table

LAMPIRAN 12

Hasil Domain Pengetahuan

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Domain_HF_umum	Mean	2.69	.087	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.52	
		Upper Bound	2.86	
	5% Trimmed Mean	2.73		
	Median	3.00		
	Variance	.616		
	Std. Deviation	.785		
	Minimum	0		
	Maximum	4		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	-.662	.267	
	Kurtosis	1.047	.529	
	Domain_Pengobatan	Mean	4.36	.178
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	4.00	
		Upper Bound	4.71	
5% Trimmed Mean		4.34		
Median		4.00		
Variance		2.558		
Std. Deviation		1.599		
Minimum		1		
Maximum		8		
Range		7		
Interquartile Range		3		
Skewness		.237	.267	
Kurtosis		-.430	.529	
Domain_Gejala		Mean	2.86	.114
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.64	
		Upper Bound	3.09	
	5% Trimmed Mean	2.85		
	Median	3.00		
	Variance	1.044		
	Std. Deviation	1.022		
	Minimum	1		
	Maximum	5		
	Range	4		
	Interquartile Range	2		
	Skewness	.135	.267	
	Kurtosis	-.620	.529	

Hasil Frekuensi Domain Pegetahuan

Domain Gagal Jantung umum

Pengetahuan_6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	46	56.8	56.8	56.8
	Benar	35	43.2	43.2	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	24	29.6	30.0	30.0
	Benar	56	69.1	70.0	100.0
	Total	80	98.8	100.0	
Missing	System	1	1.2		
Total		81	100.0		

Pengetahuan_9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	13	16.0	16.0	16.0
	Benar	68	84.0	84.0	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	21	25.9	25.9	25.9
	Benar	60	74.1	74.1	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Domain Pengobatan

Pengetahuan_3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	43	53.1	53.1	53.1
	Benar	38	46.9	46.9	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	19	23.5	23.5	23.5
	Benar	62	76.5	76.5	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	45	55.6	55.6	55.6
	Benar	36	44.4	44.4	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	21	25.9	25.9	25.9
	Benar	60	74.1	74.1	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	29	35.8	35.8	35.8
	Benar	52	64.2	64.2	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	50	61.7	61.7	61.7
	Benar	31	38.3	38.3	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	47	58.0	58.0	58.0
	Benar	34	42.0	42.0	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	37	45.7	45.7	45.7
	Benar	44	54.3	54.3	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Domain Gejala**Pengetahuan_1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	39	48.1	48.1	48.1
	Benar	42	51.9	51.9	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	44	54.3	54.3	54.3
	Benar	37	45.7	45.7	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	19	23.5	23.5	23.5
	Benar	62	76.5	76.5	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	36	44.4	44.4	44.4
	Benar	45	55.6	55.6	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

Pengetahuan_14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Salah atau tidak menjawab	32	39.5	39.5	39.5
	Benar	49	60.5	60.5	100.0
	Total	81	100.0	100.0	

LAMPIRAN 13

Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisiner Dutch Heart Failure Knowledge Scale

NO	r hitung	r tabel	Keterangan
1	0,865	0,514	valid
2	0,678	0,514	valid
3	0,612	0,514	valid
4	0,808	0,514	valid
5	0,823	0,514	valid
6	0,965	0,514	valid
7	0,678	0,514	valid
8	0,865	0,514	valid
9	0,965	0,514	valid
10	0,570	0,514	valid
11	0,844	0,514	valid
12	0,678	0,514	valid
13	0,787	0,514	valid
14	0,702	0,514	valid
15	0,965	0,514	valid
16	0,841	0,514	valid
17	0,965	0,514	valid

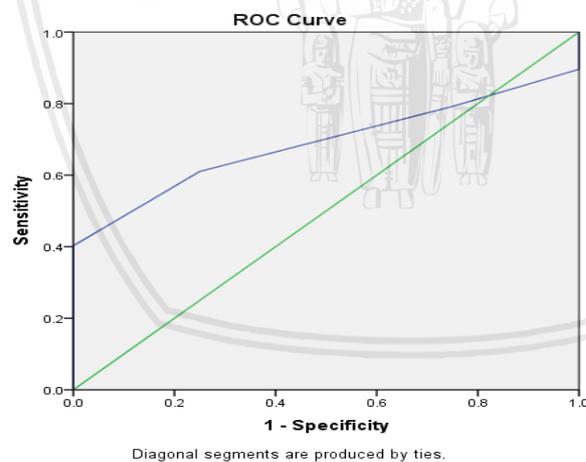
Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,965	17

LAMPIRAN 14

Hasil Nilai *cut off* Pengetahuan tentang Gagal Jantung

Positive if Greater Than or Equal To ^a	Sensitivity	1 - Specificity
4.00	1.000	1.000
5.50	.974	1.000
6.50	.948	1.000
7.50	.896	1.000
8.50	.792	.750
9.50	.610	.250
10.50	.403	.000
11.50	.182	.000
12.50	.117	.000
13.50	.039	.000
14.50	.013	.000
16.00	.000	.000



Nilai *Area Under Curva* Pengetahuan tentang Gagal Jantung

Area Under the Curve

Test Result Variable(s): TOTAL_PENGETAHUAN

Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
.688	.079	.206	.533	.843

LAMPIRAN 15

CURRICULUM VITAE



Nama : Shabhira Mayang Sukmadewi
 Tempat Tanggal Lahir : Denpasar, 11 Mei 1997
 Alamat : Jl. Patih Nambi No. 32 Ubung Denpasar Utara
 Email : shabhiramayang@gmail.com
 No HP/WA : 08970845149
 Motto : You can do it!

Riwayat Pendidikan

	SD	SMP	SMA	Perguruan Tinggi
Nama Institusi	SDN 4 Ubung	SMP N 5 Denpasar	SMA N 8 Denpasar	Universitas Brawijaya
Jurusan			IPA	S1 Program Studi Ilmu Keperawatan
Tahun Masuk-Lulus	2003-2009	2009-2012	2012-2015	2015-sekarang

Pengalaman Organisasi

ORGANISASI	JABATAN	TAHUN
LAKESMA	Anggota	2016
Upgrading Lakesma 2016	Staff Humas	2016
HUT Lakesma 2016	Staff Humas	2016
Himkajaya Mengabdi 2016	Staff Humas	2016
NSF 2016	Staff Humas	2016
PSIK CUP 2016	Staff Humas	2016
PK2Maba IK 2016	Staff Humas	2016
Staff Magang Himkajaya	Staff Humas	2016
BKM OSPRO IK	Staff Humas	2016
NUNO 2016	Koordinator Humas	2017

HUT dan Temu Akrab LAKESMA 2017	Koordinator Humas	2017
Follow UP Lakesma	Koordinator Humas	2017

Prestasi

Prestasi	Lembaga/pemberi event	Tahun



LAMPIRAN 16

DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1. Proses pengambilan data di RSUD. Dr Saiful Anwar



Gambar 2. Proses pengambilan data di RSUD. Dr Saiful Anwar



Gambar 3. Bingkisan yang diberikan kepada setiap responden

LAMPIRAN 17

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No	Jenis Kegiatan	September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan proposal penelitian	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																								
2	Ujian proposal													■																							
3	Pengurusan <i>ethical clearance</i>									■	■	■	■	■	■	■	■																				
4	Perizinan penelitian																	■	■																		
		Tahap penelitian																																			
5	Pengambilan data penelitian																	■	■	■	■	■	■	■	■												

