

**HUBUNGAN KEPATUHAN MINUM OBAT DENGAN KEJADIAN RAWAT INAP
ULANG PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RSUD DR. SAIFUL ANWAR
MALANG**

TUGAS AKHIR

Disusun Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan



Oleh :

Eritia Ekky Wahyuningtias

NIM. 155070201111001

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2019

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

HUBUNGAN KEPATUHAN MINUM OBAT DENGAN KEJADIAN RAWAT INAP ULANG
PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RSUD DR. SAIFUL ANWAR MALANG

Oleh:

Eritia Ekky Wahyuningtias

NIM 155070201111001

Telah diuji pada

Hari : Rabu

Tanggal : 22 Mei 2019

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I


Ns. Tony Suharsano, S.Kep., M.Kep
NIP.198009022006041003

Penguji II/ Pembimbing I

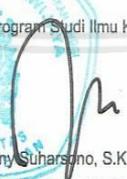

dr. Ardian Rizal, Sp.JP(K)
NIP. 198108232008121002

Penguji III/ Pembimbing II


Ns. Niko Dima K., S.kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom
NIP. 2013018712202001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan


Ns. Tony Suharsano, S.Kep., M.Kep
NIP.198009022006041003

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

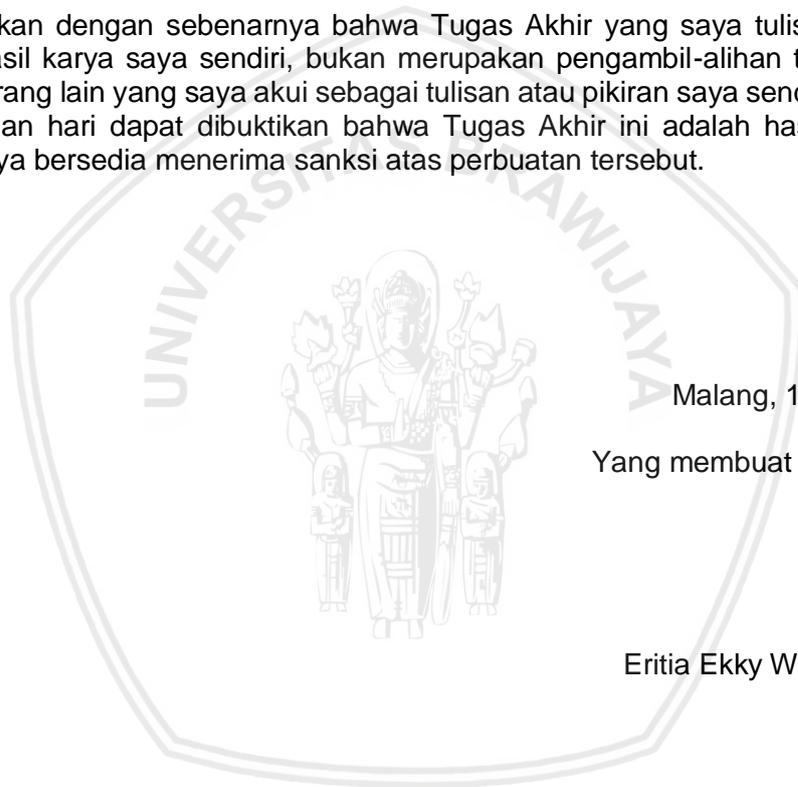
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Eritia Ekky Wahyuningtias

NIM : 155070201111001

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiblanan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



Malang, 17 Mei 2019

Yang membuat pernyataan

Eritia Ekky Wayuningtias

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberi petunjuk, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kejadian Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”. Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang.

Penulis menyadari bahwa tugas akhir ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med, Sp. A(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti studi Ilmu Keperawatan di Universitas Brawijaya.
2. Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
3. Ns Tony Suharsono, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi ilmu dan sebagai penguji I Ujian Tugas Akhir yang telah bersedia menyediakan waktu serta memberikan ilmu dan masukan untuk menyempurnakan naskah Tugas Akhir ini.
4. dr. Ardian Rizal, Sp.JP(K) sebagai pembimbing I yang telah sabar membimbing untuk bisa menulis dengan baik, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.

5. Ns. Niko Dima Kristianingrum, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom. sebagai pembimbing II yang dengan sabar telah membimbing penulisan, dan senantiasa memberi semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
6. dr. Moh. Saifur Rohman, Sp.JP(K), PhD dan Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Si atas ilmu dan kesempatan yang diberikan dalam penelitian gagal jantung.
7. Kedua orang tua, seluruh keluarga dan teman-teman tersayang yang selalu memberikan dukungan dan semangat tiada henti.
8. Seluruh tenaga kesehatan dan civitas RSUD Dr. Saiful Anwar yang telah memberikan kesempatan dan ilmu untuk melakukan penelitian di kedua tempat tersebut.
9. Teman-teman penelitian gagal jantung atas semangat dan kerjasamanya.
10. Keluarga besar Universitas Brawijaya Malang, khususnya teman-teman seperjuangan penulis di Jurusan Ilmu Keperawatan FKUB, atas semua dukungan, semangat, serta kerjasamanya.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan dan perbaikannya sehingga akhirnya laporan tugas akhir ini dapat memberikan manfaat bagi bidang pendidikan dan penerapan di lapangan serta bisa dikembangkan lagi lebih lanjut.

Malang, 17 Mei 2019

Penulis

ABSTRAK

Wahyuningtias, Eritia Ekky. 2019. *Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kejadian Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang*. Tugas Akhir, Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Ardian Rizal, Sp.JP(K) (2) Ns. Niko Dima Kristianingrum, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Gagal jantung merupakan salah satu masalah kesehatan utama di dunia yang sering dikaitkan dengan tingginya angka mortalitas, morbiditas, dan rawat inap ulang yang tinggi. Kepatuhan minum obat penting sebagai perawatan diri pada pasien gagal jantung untuk mengurangi kekambuhan yang menjadi penyebab utama rawat inap ulang. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan antara kepatuhan dalam kepatuhan minum obat gagal jantung dengan kejadian rawat inap di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Desain penelitian menggunakan metode pendekatan *cohort prospective* pada 72 responden gagal jantung. Setelah 30 hari sejak pasien keluar dari rumah sakit, peneliti menghubungi atau melakukan *follow up* kepada responden untuk menanyakan kuesioner kepatuhan minum obat MMAS-8, dan sekaligus menanyakan apakah pasien kembali mengalami rawat inap ulang dalam 30 hari ini. Hasil analisis statistik menggunakan uji korelasi *chi-square* didapatkan nilai *p value* sebesar 0,111 ($p > 0,05$), tidak ada hubungan yang signifikan secara statisik antara kepatuhan minum obat dengan rawat inap ulang. Namun jika dilihat kembali persentase kejadian rawat inap ulang lebih banyak pada kategori tidak patuh sebesar 11,1%, dibandingkan responden dengan kategori patuh yaitu hanya sebesar 2,2%. Diharapkan untuk penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan waktu yang lebih lama setidaknya 6 bulan.

Kata kunci: Kepatuhan minum obat, rawat inap ulang, gagal jantung

ABSTRACT

Wahyuningtias, Eritia Ekky. 2019. *Relationship Beetwen Medication Adherence And Readmission Of Heart Failure Patients In RSUD Dr. Saiful Anwar Malang*. Final Project, Nursing Science Study Program, Faculty of medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) dr. Ardian Rizal, Sp.JP(K) (2) Ns. Niko Dima Kristianingrum, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Heart failure is one of the main health problems that often occurs with high mortality, morbidity and readmission rates. Medication adherence is a vital part of the self-care management of heart failure to control heart failure symptoms and prevent exacerbations. The purpose: to analyzing the relationship between medication adherence and readmission in RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. The study design used a prospective cohort method in 72 respondents with heart failure. After 30 days from the patient's discharge from the hospital, respondents were contacted by telephone for asking questionnaire MMAS-8 and to ask wheter the respondents has experienced hospitalization or not in the last 30 days. The results based on statistical analysis chi square correlation test showed p value of 0.111 ($p > 0.111$), there was no statistically significant relationship between medication adherence and readmission. However, we analysis again the percentage of the incidence of readmission is more in non-adherent category of 11,1% compared to the respondents with the obedient category of 2,2%. It's expected to further research can do with a longer time at least 6 months.

Key word: Medication adherence, readmission, heart failure

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
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	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Akademis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Gagal Jantung	7
2.1.1 Definisi Gagal Jantung	7



2.1.2	Klasifikasi Gagal Jantung	8
2.1.3	Patofisiologi Gagal Jantung	10
2.1.4	Manifestasi Klinis Gagal Jantung.....	11
2.1.5	Etiologi Gagal Jantung	12
2.1.6	Pemeriksaan Diagnostik Gagal Jantung.....	12
2.1.7	Penatalaksanaan Gagal Jantung.....	13
2.2	Kepatuhan	18
2.2.1	Definisi Kepatuhan	18
2.2.2	Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan	19
2.3	Rawat Inap Ulang.....	21
2.3.1	Definisi rawat Inap Ulang	21
2.3.2	Faktor Resiko rawat Inap Ulang	21
2.3.3	Cara Mengukur Rawat Inap Ulang	23
2.3.4	Cara Mencegah Rawat Inap Ulang	23
BAB 3	KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1	Kerangka Konsep Penelitian	24
3.2	Hipotesis Penelitian	25
BAB 4	METODE PENELITIAN	
4.1	Rancangan Penelitian	26
4.2	Populasi dan Sampel	26
4.2.1	Populasi	26
4.2.2	Sampel	26
4.2.2.1	Besar Sampel	26
4.2.2.2	Teknik Sampling	27
4.3	Variabel Penelitian	28

4.3.1 Variabel Independen	28
4.3.2 Variabel Dependen	28
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	28
4.5 Instrumen Penelitian	28
4.5.1 Alat ukur Penelitian	28
4.5.2 Uji Validitas dan Reabilitas.....	30
4.6 Definisi Operasional.....	32
4.7 Prosedur Penelitian.....	33
4.8.1 Prosedur Administrasi	33
4.8.2 Prosedur Teknis	33
4.9 Analisa Data	36
4.10 Etika Penelitian	36

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Analisi Univariat	39
5.1.1 Data Umum Responden	39
5.1.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	39
5.1.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	40
5.1.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat	
Pendidikan	40
5.1.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan ..	41
5.1.1.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Status	
Pernikahan.....	41
5.1.1.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Kelas NYHA	42
5.1.1.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama	
Terdiagnosa Gagal Jantung	43



5.1.1.8 Jumlah Obat Gagal Jantung yang Dikonsumsi.....	43
5.1.2 Analisis Data Khusus	44
5.1.2.1 Data Kepatuhan Minum Obat Pasien Gagal Jantung di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.....	44
5.1.2.2 Data Kejadian rawat Inap Ulang Pasien gagal Jantung Gagal Jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.....	44
5.2 Analisa Bivariat	45
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Kepatuhan Minum Obat Pasien Gagal jantung di RS Dr. Saiful Anwar Malang	47
6.3 Kejadian rawat Inap Ulang Pasien Gagal jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang	50
6.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Gagal jantung di RS Dr. Saiful Anwar Malang ...	52
6.5 Implikasi Keperawatan	54
6.6 Keterbatasan Penelitian	55
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan	56
7.2 Saran	56
DAFTAR PUSTAKA	58

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Obat Gagal Jantung	16
Tabel 5.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	39
Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	40
Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	40
Tabel 5.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	41
Tabel 5.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan	42
Tabel 5.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Kelas NYHA.....	42
Tabel 5.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Terdiagnosa.....	43
Tabel 5.8 Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Obat yang Dikonsumsi Perhari	43
Tabel 5.10 Data Tingkat Kepatuhan Minum Obat	44
Tabel 5.11 Data Kejadian Rawat Inap Ulang	44
Tabel 5.12 Sebaran Data Kepatuhan Minum Obat dan Kejadian Rawat Inap Ulang	45
Tabel 5.13 Hasil Analisis Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kejadian Rawat Inap Ulang di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.....	46



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	24
Gambar 4.1 Alur Penelitian	35



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Keterangan Kelaiakan Etik	62
Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian	63
Lampiran 3. Lembar Informasi Untuk Mengikuti Penelitian.....	64
Lampiran 4. Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi (<i>Informed Consent</i>)	66
Lampiran 5 Kuesioner Data Demografi Responden	67
Lampiran 6 Kuesioner Kepatuhan Minum Obat.....	68
Lampiran 7. Pernyataan Telah Melaksanakan <i>Informed Consent</i>	69
Lampiran 8. Lembar Konsultasi	70
Lampiran 9. Data Karakteristik Sampel.....	74
Lampiran 10. Hasil Uji Korelasi Spearman.....	86
Lampiran 14. <i>Curriculum Vitae</i>	87
Lampiran 15. Dokumentasi Penelitian.....	89
Lampiran 16. Jadwal Kegiatan Penelitian	90



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal jantung merupakan masalah kesehatan utama di dunia. Prevalensi kejadian gagal jantung disertai gejala diperkirakan terjadi pada lebih dari 37,7 juta orang di dunia pada tahun 2010 (Al-Omary *et al*, 2018). Enam puluh lima juta penduduk Amerika mengalami gagal jantung kronik dan prevalensinya diperkirakan meningkat menjadi 8 juta orang pada tahun 2030 (Hood *et al*, 2018). Horikawa-Barth (2018) menjelaskan bahwa jumlah penduduk Amerika yang terkena gagal jantung pada tahun 2015 lebih dari 6 juta penduduk dengan lebih dari 650.000 kasus terdiagnosa setiap tahun. Di Eropa, kejadian gagal jantung sebesar 0,4%- 2% dan meningkat pada usia rata-rata 74 tahun. (Ufara, Purnamasari & Usniah, 2016). Kejadian gagal jantung di Indonesia sendiri berdasarkan diagnosis dokter terjadi pada 229.696 orang atau sebesar 0,13% pada tahun 2013. Kejadian paling besar diperkirakan terjadi di daerah Jawa Timur sebanyak 0,19% (Riskesdas, 2014). Pasien gagal jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang tahun 2017 terdapat 300 pasien dengan rata-rata umur 58 ± 12 tahun dan 61,4% adalah laki-laki (Sargowo *et al*, 2017).

Gagal jantung sering dikaitkan dengan tingginya angka mortalitas dan morbiditas, rawat inap, dan biaya sistem perawatan. Gagal jantung menyebabkan beban yang signifikan pada pasien maupun pelayanan kesehatan dengan biaya rawat inap dan angka kematian yang tinggi karena buruknya prognosis yang berdampak negatif pada fungsi fisik dan kualitas hidup pasien (Al-Omary *et al*,

2018; Ruppap *et al*, 2015; Krum & Driscoll, 2013). Gagal jantung dikaitkan dengan sekitar 300.000 kematian setiap tahun dan menyumbang hampir 80% dari biaya perawatan kesehatan di Amerika Serikat, yang pada tahun 2015 diperkirakan mencapai 14,3 miliar (Horikawa-Barth, 2018). Total biaya perawatan gagal jantung di Amerika Serikat pada tahun 2013 menghabiskan biaya lebih dari 30 miliar per tahun dengan lebih dari separuh biaya yang tersebut digunakan untuk rawat inap (Yancy *et al*, 2013) dan lebih dari 500.000 menangani pasien dengan gagal jantung tiap tahun dimana biaya perawatan diperkirakan meningkat mencapai 69,7 miliar pada tahun 2030 (Hood *et al*, 2018). Beban pembiayaan perawatan gagal jantung dapat dikurangi sebesar 12 miliar rupiah jika pencegahan rawat inap ulang dilakukan (Colavecchia *et al*, 2016).

Kejadian rawat inap ulang tetap menjadi tantangan lanjutan dalam perawatan pasien gagal jantung (O'Connor, 2017). Meskipun telah ada kemajuan dalam perawatan gagal jantung, belum ada perbaikan dalam tingkat kejadian rawat ulang rumah sakit di antara pasien ini. Kejadian rawat inap ulang pada pasien yang sebelumnya telah dirawat di rumah sakit karena gagal jantung menempati urutan pertama untuk kembali dirawat ulang dalam 30 hari dengan besar persentase mencapai 25% karena kekambuhan dari gagal jantung selanjutnya infark miokard akut (19,9%) dan pneumonia (18,3%) (Dharmarajan *et al*, 2013). Hal ini juga dinyatakan oleh Turrise bahwa secara signifikan gagal jantung berkaitan dengan rawat inap ulang dalam 30 hari.

Penyebab utama terjadinya rawat inap ulang dalam 30 hari pada 100 pasien gagal jantung adalah karena follow up (30%), ketidakpatuhan minum obat (25%), ketidakpatuhan pembatasan cairan (22%), dan ketidakpatuhan diet (21%) (Turrise, 2016). Menurut Majid (2010) beberapa faktor penyebab rawat inap ulang

yaitu kepatuhan dalam minum obat, riwayat hipertensi, usia, kepatuhan terhadap cairan dan diet pasien, dan tingkat kecemasan. Oleh karena itu diperlukan tindakan untuk dapat mengurangi kejadian rawat inap ulang yang tinggi pada pasien gagal jantung.

Terapi atau perawatan diri untuk gagal jantung bertujuan untuk mengurangi atau meredakan kekambuhan gejala yang menjadi penyebab rawat inap ulang dan tingginya angka mortalitas gagal jantung. Terapi ini terdiri dari dua pendekatan yaitu terapi farmakologi dan nonfarmakologi. Terapi nonfarmakologi meliputi tindakan gaya hidup seperti melakukan aktivitas fisik atau olahraga (dibawah pengawasan fisioterapis atau perawat), pembatasan diet garam, pembatasan alkohol dan pemantauan berat badan. Selain itu edukasi atau informasi mengenai gagal jantung dapat diberikan pada pasien dan keluarga. Sedangkan terapi farmakologi meliputi obat-obat spesifik gagal jantung. Contoh golongan obat-obatan yang biasa diberikan adalah ACE inhibitors, Beta-blockers, aldosterone receptor antagonis, digoxin, diuretik, dll (Swedberg *et al*, 2005; Krum & Driscoll, 2013).

Kepatuhan terhadap obat merupakan salah satu bagian penting dari perawatan gagal jantung (Hood *et al*, 2018). Obat sangat penting untuk mengontrol gejala gagal jantung dan mencegah terjadinya kekambuhan (Ruppar *et al*, 2015). Pasien yang telah terdiagnosa gagal jantung biasanya sering diresepkan beberapa obat, namun kepatuhan yang dimiliki masih rendah sehingga berakibat pada kondisi kesehatan yang memburuk (Hood *et al*, 2018). Prevalensi kepatuhan minum obat menyatakan hanya 53 dari 183 pasien gagal jantung (29%) yang mematuhi untuk minum obat (Turrise, 2016). Satu dari empat pasien kardiovaskuler yang diberikan obat tidak menuntaskan obatnya dalam tujuh hari

sebelum masuk rumah sakit karena merasa telah sehat dan baik-baik saja (Prasetiadi, 2015). Hambatan yang sering dirasakan pasien karena pasien lupa waktu meminum obat, tidak membawa obat ketika sedang berada diluar, jumlah obat yang diminum dalam sehari. Hambatan yang dirasakan dalam minum obat menunjukkan korelasi dengan kepatuhan pasien terhadap obat yang buruk (Wu *et al*, 2008).

Ketidakpatuhan dianggap sebagai penyebab paling umum dari kekambuhan gejala dan dikaitkan dengan penyebab penerimaan kembali pasien gagal jantung (Wu *et al*, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Majid (2010) terdapat 96 responden yang tidak patuh dan 29 diantaranya mengalami rawat inap ulang, dimana responden yang tidak patuh terhadap terapi medis memiliki peluang 7,91 kali lebih besar mengalami rawat inap ulang. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa ketidakpatuhan terhadap obat gagal jantung ini sudah menjadi hal yang umum dan dikaitkan dengan mortalitas dan rawat inap. Berdasarkan permasalahan diatas, peneliti ingin melihat hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kepatuhan minum obat pada pasien gagal jantung
2. Mengidentifikasi kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung
3. Menganalisa hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat memperkaya konsep perkembangan ilmu pengetahuan terutama dibidang keperawatan khususnya dalam memahami hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat dijadikan sebagai dasar pengembangan asuhan keperawatan yang dapat diaplikasikan bagi pasien gagal jantung baik pada individu, keluarga, dan komunitas dengan menitikberatkan pada peningkatan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung

2. Bagi Peneliti

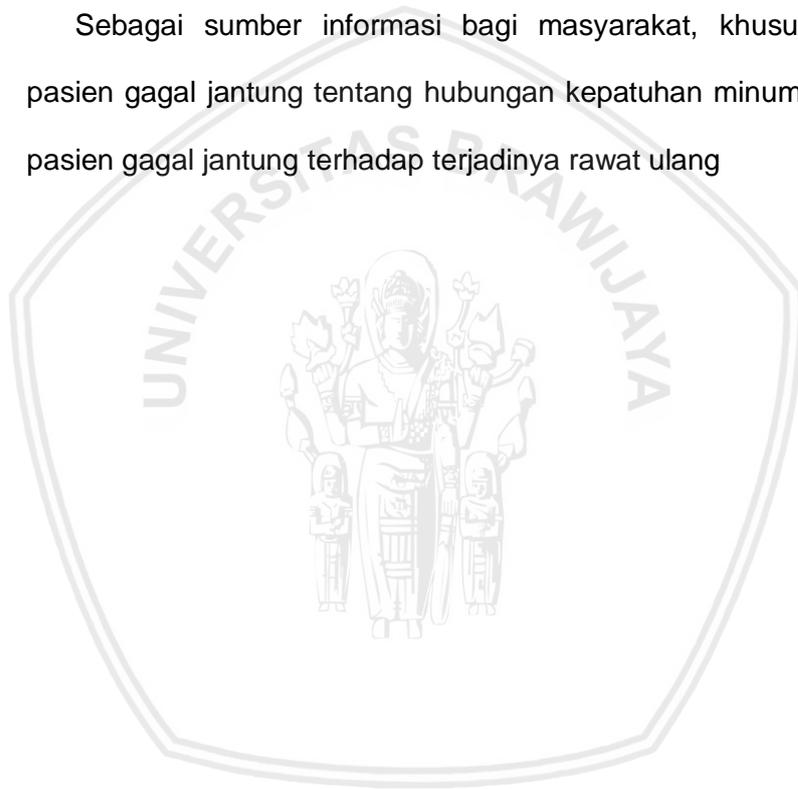
Menambah pengetahuan dapat dijadikan data dasar penelitian selanjutnya yang berfokus pada kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung

3. Bagi Institusi

Diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi pada pasien gagal jantung untuk merencanakan program untuk meningkatkan kepatuhan minum obat yang diharapkan dapat mengurangi kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung

4. Bagi Masyarakat

Sebagai sumber informasi bagi masyarakat, khususnya pada pasien gagal jantung tentang hubungan kepatuhan minum obat pada pasien gagal jantung terhadap terjadinya rawat ulang



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gagal Jantung

2.1.1 Definisi Gagal Jantung

Heart Failure atau yang sering disebut gagal jantung merupakan suatu sindrom klinis yang diakibatkan oleh kerusakan struktural maupun fungsional saat jantung melakukan pengisian ventrikel atau pemompaan darah (Yancy *et al*, 2013). Menurut Braunwald dalam (Coronel, 2001) gagal jantung adalah suatu sindrom klinis yang disebabkan oleh ketidakmampuan jantung untuk memompa darah ke jaringan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Gagal jantung adalah suatu sindrom klinis kompleks yang didiagnosis berdasarkan gejala khas yang muncul disertai dengan pemeriksaan yang mendukung (Krum & Driscoll, 2013).

Gagal jantung merupakan sindrom kompleks dengan menunjukkan gejala khas seperti sesak nafas saat istirahat atau beraktifitas, kelelahan dan tanda retensi cairan (kongesti paru dan edema pada pergelangan kaki) disertai dengan tanda khas seperti takikardi, takipnea, ronki, efusi pleura, peningkatan JVP, edema perifer, hepatomegaly. Secara objektif kelainan structural dan fungsional jantung saat istirahat dibuktikan dengan adanya kardiomegali, bunyi jantung 3, murmur, kelainan pada ekokardiografi. Gagal jantung dikaitkan dengan kondisi jantung yang tidak dapat menghantarkan curah jantung yang cukup untuk metabolisme tubuh (Imaligy, 2014).

2.1.2 Klasifikasi Gagal Jantung

Klasifikasi gagal jantung menurut (Yancy *et al*, 2013) dibagi berdasarkan pengklasifikasian menurut ACCF/AHA dan New York Heart Association (NYHA). Pengklasifikasian gagal jantung menurut ACCF/AHA menekankan pada perkembangan penyakit dengan melihat adanya faktor resiko dan kelainan struktural jantung. Berikut klasifikasi gagal jantung menurut ACCF/AHA yang pertama adalah stage A. Tahap ini dikatakan bahwa seseorang yang memiliki faktor resiko tinggi terjadinya gagal jantung tetapi tanpa memiliki penyakit jantung struktural atau tanpa gejala gagal jantung. Stage B adalah seseorang yang telah memiliki penyakit struktural jantung namun tanpa adanya tanda dan gejala dari gagal jantung. Stage C, tahap ini seseorang yang memiliki penyakit struktural jantung disertai dengan munculnya gejala gagal jantung sebelumnya atau saat ini. Pada Stage D adalah seseorang dengan gagal jantung refraktori yang membutuhkan intervensi khusus.

Klasifikasi menurut kelas fungsional NYHA adalah mengukur keparahan gejala seseorang dengan penyakit jantung struktural, terutama pada tahap C dan D. Penilaian menurut klasifikasi ini bersifat subyektif oleh seorang dokter dan dapat sering berubah dalam waktu yang singkat. Meskipun demikian klasifikasi fungsional NYHA adalah predictor independen dari mortalitas dan secara luas digunakan dalam praktik klinis dan penelitian untuk menentukan kelayakan pasien untuk layanan perawatan kesehatan tertentu. Menurut Klasifikasi Kelas Fungsional NYHA dibedakan menjadi empat kelas yaitu kelas I, tidak adanya pembatasan aktifitas fisik artinya aktifitas fisik yang biasa dilakukan tidak menimbulkan munculnya gejala gagal jantung. Kelas II menyebabkan adanya sedikit pembatasan fisik. Gejala gagal jantung biasanya timbul dengan aktifitas fisik

biasa namun akan membaik saat istirahat. Kelas III, dimana adanya pembatasan yang jelas dari aktivitas fisik. Gejala gagal jantung biasanya timbul dengan aktifitas fisik biasa namun akan membaik saat istirahat. Kelas IV, seseorang tidak dapat melakukan aktifitas apapun atau dapat dikatakan gejala gagal jantung akan timbul saat sedang tidak melakukan aktifitas atau istirahat (Yancy *et al*, 2013).

Dikutip dari Imaligy (2014) gagal jantung memiliki beberapa istilah yaitu;

a. Gagal Jantung Sistolik dan Diastolik

Gagal jantung sistolik terjadinya karena tidak mampunya jantung untuk memompa darah yang menyebabkan curah jantung turun. Hal ini menyebabkan seseorang mengalami kelemahan, kelelahan, kemampuan aktivitas fisik menurun dan gejala hipoperfusi. Sedangkan gagal jantung diastolik adalah adanya gangguan pengisian ventrikel atau gangguan relaksasi dengan fraksi ejeksi lebih dari 50%. Kedua gagal jantung ini terjadi secara tumpang tindih dan hanya dapat dibedakan dengan eko-Doppler dan tidak dapat dibedakan dengan pemeriksaan foto toraks, pemeriksaan jasmani atau EKG.

b. Low Output dan High Output Heart Failure

Low Output Heart Failure biasanya disebabkan karena adanya kardiomiopati dilatasi, kelainan katup dan hipertensi. Sedangkan High Output Heart failure dapat ditemukan pada kondisi dengan penurunan resistensi vascular sistemik seperti hipertiroidisme, anemia, fistula, kehamilan dan beriberi.

c. Gagal Jantung Akut dan Kronik

Contoh dari gagal jantung akut adalah terjadinya robekan daun katup secara tiba-tiba akibat endocarditis, trauma atau infark miokard luas. Sehingga

menyebabkan curah jantung turun dengan tiba-tiba dan terjadi penurunan tekanan darah tanpa disertai edema perifer. Contoh gagal jantung kronis adalah pada kardiomiopati dilatasi atau kelainan multivalvular yang terjadi perlahan-lahan. Kongesti perifer sangat menyolok, namun tekanan darah masih dalam batas normal.

d. Gagal Jantung Kanan dan Gagal Jantung Kiri

Gagal jantung kiri terjadi karena adanya kelemahan ventrikel lalu terjadi peningkatan tekanan vena pulmonalis sehingga pasien merasa sesak napas dan ortopnea. Gagal jantung karena adanya kelainan yang dapat melemahkan ventrikel kanan seperti pada hipertensi pulmonal primer/sekunder, tromboemboli paru konik sehingga terjadi kongesti vena sistemik yang menyebabkan edema perifer, hepatomegaly dan distensi vena jugularis.

2.1.3 Patofisiologi Gagal Jantung

a. Disfungsi Ventrikel Kiri

Disfungsi ventrikel kiri dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu disfungsi sistolik (gangguan ejeksi dan kontraksi ventrikel) dan disfungsi diastolik (gangguan relaksasi dan pengisian ventrikel). Mayoritas pasien dengan disfungsi sistolik juga mengalami disfungsi diastolic. Kondisi disfungsi sistolik atau diastolic dipengaruhi oleh jumlah darah yang dipompa dari ventrikel dalam satu detak jantung atau fraksi ejeksi. Jika fraksi ejeksi $<40\%$ maka terjadi disfungsi sistolik, sedangkan jika fraksi ejeksi $>40\%$ maka terjadi disfungsi diastolik. Penyebab utama disfungsi sistolik ventrikel kiri adalah hilangnya fungsi miokardium karena penyakit iskemik dan infark. Faktor lain karena hipertensi yang tidak terkontrol sehingga meningkatkan tekanan darah. Volume berlebihan dapat disebabkan oleh katup inkompeten dan gangguan

kontraktilitas dari kardiotoxin dan obat-obatan kardiotoxik. Dampak dari disfungsi ventrikel kiri adalah terjadinya hipoperfusi karena menurunnya curah jantung dan dapat meningkatkan jumlah darah pada ventrikel, oleh karena itu terjadi peningkatan volume akhir sistolik dan diastolik ventrikel kiri (LVEDP) yang menyebabkan peningkatan tekanan kapiler paru dan memicu terjadinya kongesti paru dan menimbulkan gejala klinis sesak nafas. Kondisi dimana pasien mengalami disfungsi sistolik atau diastolik dipengaruhi oleh fraksi ejsi. Tanda dan gejala gagal jantung ventrikel kiri terjadi akibat peningkatan tekanan atrium kiri dan kongesti paru (Kemp & John, 2012).

b. Disfungsi Ventrikel Kanan

Penyebab umum gagal jantung kanan adalah gagal jantung kiri. Gagal jantung kanan mengakibatkan terjadi peningkatan jumlah darah di ventrikel, sehingga menyebabkan peningkatan tekanan atrium kanan dan meningkatkan tekanan vena kava dan merusak drainase vena. Sehingga menyebabkan peningkatan tekanan pada hepar, saluran pencernaan, dan edema perifer. Penyebab lain karena aritmogenik ventrikel kanan kardiomiopati/ dysplasia (Kemp & John, 2012).

2.1.4 Manifestasi Klinis Gagal Jantung

Manifestasi klinis gagal jantung kiri dibagi menjadi manifestasi klinis awal dan lanjut. Manifestasi klinis awal diantaranya dyspnea, ortopnea, dyspnea nocturnal, keletihan, dan batuk non produktif. Manifestasi klinis lanjut pada gagal jantung kiri meliputi: bunyi ronki, iktus. Manifestasi klinis lanjut pada gagal jantung kanan meliputi distensi vena jugularis, nyeri abdomen kuadran kanan atas, anoreksia, nokturia, peningkatan berat badan, edema, dan asites atau edema anasarka (Kowalak, William & Brenna, 2012).

2.1.5 Etiologi Gagal Jantung

Pada dasarnya semua penyebab yang menyebabkan perubahan struktur maupun fungsional merupakan predisposisi terjadinya gagal jantung. Beberapa penyebab gagal jantung yaitu karena berkurangnya massa otot jantung karena iskemik akut atau kronis, adanya peningkatan resistensi vaskuler karena hipertensi atau takiaritmia karena atrial fibrilasi. Penyebab terbanyak adalah karena penyakit jantung koroner (60-75%), peyakit katup (10%) dan karidomiopati (10%). Studi epidemiologi menyebutkan bahwa baru-baru ini fraksi ejeksi ventrikel kiri dari setengah pasien yang menderita gagal jantung adalah baik . Sehingga tidak selalu bahwa gagal jantung primer terjadi karena adanya penurunan fraksi ejeksi ventrikel kiri (Imaligy, 2014).

Etiologi gagal jantung paling sering terjadi karena kejadian iskemik terutama yang yang mempengaruhi ventrikel kiri. Negara-negara dengan penduduk berpenghasilan tinggi penyebab gagal jantung tersering adalah karena penyakit jantung iskemik dan hipertensi. Begitu juga pada populasi di Afrika-Amerika Selatan hipertensi merupakan penyebab utama gagal jantung. Prevalensi gagal jantung yang disebabkan oleh penyakit katup degeneratif (biasanya aorta stenosis) kemungkinan akan meningkat seiring bertambahnya usia penduduk. Epidemiologi gagal jantung di Negara-negara maju maupun berkembang dalam dekade terakhir dimungkinkan karena diet dan lingkungan.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik Gagal Jantung

Pemeriksaan diagnostik gagal jantung biasanya menggunakan electrocardiogram (ECG) atau dalam bahasa indonesia dengan EKG, X-ray dada dan echocardiography. Pemeriksaan menggunakan EKG dengan 12 sadapan dianjurkan untuk mendiagnosis gagal jantung. Tujuan utama penggunaan EKG

adalah untuk menilai irama jantung, menentukan adanya hipertrofi ventrikel atau menilai adanya riwayat infark miokard. Pemeriksaan ini sensitif namun tidak spesifik. Selanjutnya dengan Echocardiography adalah tes definitive dalam diagnosis gagal jantung. Penggunaan echocardiography bertujuan untuk memberikan informasi tentang ukuran dan fungsi ventrikel, serta mengetahui adanya infark miokard sebelumnya. Informasi ini sangat berguna untuk menentukan etiologi yang mendasari terjadinya iskemik atau non-iskemik, Pemeriksaan foto toraks bertujuan untuk mengetahui ukuran dan bentuk jantung dengan atau tanpa redistribusi vena pulmonal dan memberikan informasi mengenai kondisi vaskularisasi paru (Krum & Driscoll, 2013); (Imaligy, 2014).

2.1.7 Penatalaksanaan Gagal Jantung

Penatalaksanaan pada pasien gagal jantung dapat dilakukan melalui terapi farmakologi dan non-farmakologi. Penatalaksanaan yang dilakukan bertujuan untuk memperbaiki prognosis penyakit, meringankan gejala, kualitas hidup dan angka rawat inap.

a. Terapi Farmakologi

Terapi obat spesifik pada gagal jantung berfokus atau bertujuan untuk meningkatkan prognosis (seperti menghambat system renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) dan sistem saraf simpatik (SNS)) dan meningkatkan dan mempertahankan status gejala menggunakan diuretik. Aktivasi dari RAAS dan SNS telah ditemukan berhubungan dengan patogenesis dan prognosis dari proses penyakit gagal jantung dengan mengurangi kelangsungan hidup. Memblokade sistem ini telah digunakan dalam manajemen gagal jantung. Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor (atau angiotensin receptor blockers (ARBs) bagi pasien yang tidak dapat mentoleransi ACE inhibitor) dan B-blocker

merupakan landasan terapi obat pada pasien gagal jantung sistolik dengan penurunan fungsi sistolik ventrikel yang dinyatakan sebagai fraksi ejeksi subnormal atau rendah (Swedberg et al., 2005); (Krum & Driscoll, 2013); (Krum & Driscoll, 2013). Golongan obat ACE inhibitor dan ARBs sebagai salah satu jenis terapi utama gagal jantung berkaitan dalam mengurangi mortalitas dan rawat inap ulang. (Ziaeeian & Fonarow 2016). ACE inhibitor dan B-blocker digunakan untuk mengurangi perawatan rumah sakit karena perburukan gagal jantung, memperbaiki fungsi ventrikel dan kualitas hidup. Namun sampai saat ini belum ada terapi farmakologis yang terbukti secara khusus, dapat menurunkan mortalitas dan morbiditas pada pasien gagal jantung diastolik (PERKI, 2015).

Kecuali kontraindikasi, angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor harus diberikan kepada semua pasien gagal jantung simtomatik dan fraksi ejeksi ventrikel kiri $\leq 40\%$. (PERKI, 2015). Penggunaan ACE inhibitor bermanfaat pada pasien dengan gejala ringan, sedang atau berat dan pada pasien dengan atau tanpa penyakit arteri koroner. ACE inhibitor mengurangi morbiditas dan mortalitas gagal jantung dengan mengurangi gejala fraksi ejeksi (HFrEF). ACE inhibitor dapat menyebabkan angioedema dan harus diberikan hati-hati kepada pasien dengan tekanan darah rendah, insufisiensi ginjal, atau peningkatan serum kalium. ACE inhibitor juga dapat menghambat kininase dan meningkatkan kadar bradikinin yang dapat menyebabkan batuk tetapi juga dapat memiliki efek yang menguntungkan yaitu vasodilatasi (Yancy *et al*, 2016).

Angiotensin receptor blockers (ARBs) tidak menghambat kininase dan dihubungkan dengan kejadian batuk dan angioedema yang lebih rendah dibandingkan ACE inhibitor, namun seperti ACE inhibitor ARBs harus diberikan secara hati-hati kepada pasien dengan tekanan darah sistemik yang rendah,

insufisiensi ginjal atau peningkatan serum potassium. Terapi jangka panjang dengan ARBs dapat menghasilkan efek hemodinamik, neurohormonal, dan efek klinis yang konsisten untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas khususnya pada pasien yang intoleran pada ACE inhibitor (Yancy *et al*, 2016).

B-blocker harus diberikan kepada semua pasien gagal jantung kecuali kontraindikasi dan fraksi ejeksi ≤ 40 %. Golongan β -Blockers diberikan untuk gejala ringan sampai berat (kelas fungsional II - IV NYHA) yang sudah mendapat terapi ACEI/ ARBs. Golongan β -Blockers diberikan untuk gejala ringan sampai berat (kelas fungsional II - IV NYHA) yang sudah mendapat terapi ACEI/ARB B-Blocker memiliki efek samping tersendiri. Beberapa kelompok seperti carvedilol dan nebivolol juga memiliki sifat vasodilator yang secara teoritis sulit diberikan untuk pasien dengan tekanan darah rendah. Namun dalam studi pada pasien gagal jantung berat, carvedilol di toleransi sangat baik bahkan dengan penurunan tekanan darah sistolik sebesar 85 mmHg (Krum & Driscoll, 2013).

Aldosteron receptor antagonis (selain ACE inhibitor dan kelompok terapi blockers) telah dibuktikan bermanfaat untuk semua tingkat keparahan gagal jantung sistolik. Pedoman terbaru Australia merekomendasikan bahwa aldosteron receptor antagonis ditambahkan dalam ACE inhibitor dan kelompok terapi bloker pada pasien dengan gagal jantung sistolik kronis yang bergejala. Namun karena menggabungkan terapi aldosteron dengan penghambat RAAS membuat pasien harus dipantau secara hati-hati karena efek samping yang dapat meningkatkan resiko hiperkalemia, hipotensi dan gangguan ginjal terutama selama terapi penghambatan aldosteron pada pasien dengan hipotensi, kerusakan ginjal atau diabetes mellitus (Krum & Driscoll, 2013).

Digoxin adalah terapi yang biasa digunakan untuk mengontrol respon ventrikel pasien gagal jantung dan atrial fibrillation. Publikasi studi oleh Digitalis Investigation Group (DIG) menunjukkan manfaat penggunaan digoxin untuk irama sinus berkurang dan menunjukkan belum ada manfaat prognosis terhadap gagal jantung secara keseluruhan. Namun analisis lebih lanjut dari studi DIG menyarankan bahwa pasien yang menerima dosis yang relatif kecil dalam kisaran 0,5- 0,8 ng/mL menunjukkan peningkatan kelangsungan hidup. Penggunaan obat tertentu secara bersamaan perlu diperhatikan karena adanya potensi interaksi farmakodinamik misalnya dengan golongan β -blockers yang dapat mengarah ke blok atrioventrikular atau interaksi farmakokinetik (Krum & Driscoll, 2013).

Kombinasi dari nitrat dan hydralazine telah banyak digunakan sebagai alternative penggunaan ACE inhibitor. Namun ARBs lebih disarankan untuk pasien yang mengalami intoleran terhadap ACE inhibitor (Krum & Driscoll, 2013).

Tabel 2.2 Obat Gagal Jantung

	Terapi farmakologi
Stage A Resiko tinggi terjadi HF tetapi tanpa penyakit jantung struktural dan gejala dari HF	<ul style="list-style-type: none"> - ACE inhibitor atau ARB yang sesuai dengan pasien penyakit vascular
Stage B Memiliki penyakit jantung struktural tanpa tanda dan gejala dari HF	<ul style="list-style-type: none"> - ACE inhibitor dan ARB yang sesuai - Beta Blocker yang sesuai
Stage C	Obat yang rutin digunakan untuk HFrEF:

Memiliki penyakit jantung struktural disertai gejala HF sebelumnya atau saat ini	<ul style="list-style-type: none"> - Diuretik untuk retensi cairan - ACE inhibitor atau ARB - Beta Blocker - Aldosterone antagonis <p>Obat yang digunakan pada pasien tertentu untuk HFrEF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hydralazine/isosorbide dinitrate - ACEI and ARB - Digoxin
Stage D	Operasi atau dengan obat- obatan

Sumber: Yancy *et al* (2013)

b. Terapi Nonfarmakologi

Beberapa terapi nonfarmakologi yang dapat diberikan diantaranya adalah dengan memberikan edukasi pada pasien gagal jantung diberikan pada kelas I. Pasien gagal jantung menerima pendidikan khusus dengan tujuan untuk memfasilitasi perawatan diri. Pasien perlu memahami cara memantau gejala dan perubahan yang fluktuatif untuk berat badan, membatasi konsumsi natrium atau garam, minum obat sesuai yang telah diresepkan, dan tetap aktif dalam beraktivitas. Pendidikan mengenai rekomendasi ini diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan pasien. Sebuah penelitian meninjau dari 35 studi tentang intervensi pendidikan untuk pasien gagal jantung meningkatkan pengetahuan, self monitoring, kepatuhan minum obat, menurunnya waktu rawat inap, tingkat kematian yang lebih rendah (Yancy *et al.*, 2013).

Dukungan sosial menurunkan tingkat stress pada pasien dan meningkatkan kepatuhan terhadap perawatan dan gaya hidup yang sehat.

Sebagian besar penelitian menguji hubungan antara dukungan social dan rawat inap bahwa kurangnya dukungan social menunjukkan tingkat rawat inap yang tinggi dan resiko kematian (Yancy *et al*, 2013).

Pembatasan sodium dilakukan untuk mengurangi gejala: rekomendasi AHA untuk membatasi natrium hingga 1500 mg / hari sesuai untuk sebagian besar pasien dengan stadium A dan B. Namun, untuk pasien dengan stadium C dan D HF, saat ini belum ada data yang cukup untuk mendukung tingkat asupan natrium tertentu. Menurut Yancy dokter dapat mempertimbangkan konsumsi pembatasan natrium pada pasien dengan <3 g / hari untuk perbaikan gejala stadium C dan D (Yancy *et al*, 2013).

Latihan fisik dapat dilakukan pada pasien gagal jantung Kelas I. Latihan-latihan pada pasien gagal jantung aman dan memiliki banyak manfaat. Penelitian meta-analisis menunjukkan bahwa rehabilitasi jantung mengurangi angka kematian, meningkatkan kapasitas fungsional, durasi latihan dan kualitas hidup dan mengurangi rehospitalisasi (Yancy *et al*, 2013).

2.2 Kepatuhan

2.2.1 Definisi Kepatuhan

Salah satu definisi kepatuhan paling banyak dikutip menurut Haynes dalam Leventhal *et al*, (2005) menggambarkan kepatuhan sebagai sejauh mana perilaku seseorang (minum obat) sesuai dengan yang diresepkan atau direkomendasikan tenaga medis. Kepatuhan pengobatan adalah sebagai sejauh mana perilaku pengobatan pasien sesuai dengan rejimen pengobatan yang telah diresepkan (Wu *et al*, 2008).

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Beberapa faktor yang diprediksi dapat mempengaruhi kepatuhan pengobatan seseorang meliputi lima dimensi, yaitu:

A. Faktor Ekonomi dan Sosial

Beberapa faktor social dan ekonomi telah dibuktikan dapat mempengaruhi kepatuhan seperti status ekonomi, tingkat pendidikan, dukungan sosial yang diberikan kepada pasien, keterjangkauan dan ketersediaan terhadap fasilitas kesehatan, biaya pengobatan, dan kepercayaan terhadap budaya. Membangun dukungan sosial yang kuat mencakup menerima dukungan serta melakukan kegiatan yang dapat meningkatkan keterlibatan dalam lingkungan sosial. Hal ini telah diidentifikasi sebagai faktor utama yang kemampuan dalam mematuhi rejimen terapi gagal jantung. Dari segi faktor ekonomi, biaya pengobatan dan transportasi merupakan faktor hambatan yang memengaruhi kepatuhan (Leventhal *et al*, 2005).

B. Faktor yang Berhubungan dengan Sistem Pelayanan Kesehatan

Komunikasi dengan penyedia layanan kesehatan telah terbukti sebagai faktor penting dalam mempengaruhi kepatuhan pengobatan dalam populasi gagal jantung. Hubungan antara pasien dan penyedia sebagai salah satu faktor yang membangun tingkat kepercayaan dan menjadi faktor pendorong dalam mempertahankan kepatuhan yang tinggi. Faktor yang dimaksud dalam hal ini tidak hanya mengenai hubungan antara petugas kesehatan dan pasien namun juga meliputi ketersediaan obat, pengalaman penyedia dalam merawat pasien dengan penyakit kronis. Sehingga dapat disimpulkan bahwa hubungan antara penyedia dan pasien memang diperlukan dalam meningkatkan

kepatuhan, tetapi sistem perawatan kesehatan sendiri juga harus mendukung seperti yang telah dijelaskan di atas (Leventhal *et al*, 2005).

C. Faktor yang Berhubungan dengan Pasien

Faktor yang berhubungan dengan pasien didefinisikan sebagai pengetahuan, kepercayaan, sikap persepsi dan harapan pasien. Pengetahuan merupakan faktor pendorong yang signifikan dalam kepatuhan pengobatan. Agar pasien dengan gagal jantung mematuhi rejimen yang ditentukan, seseorang perlu memiliki pengetahuan tentang penyakit dan perilaku yang perlu dipatuhi (Leventhal *et al*, 2005).

Pasien yang telah menerima informasi tidak selalu memiliki pengetahuan. Selama rawat inap, pasien telah menerima informasi verbal dari ahli jantung mengenai obat-obatan yang diresepkan. Satu bulan setelah keluar dari rumah sakit ternyata 45% pasien tidak dapat menyebutkan obat yang diresepkan secara benar, 50% tidak mengetahui dosis yang dianjurkan, 64% tidak mengetahui kapan waktu untuk meminum obat, 82% meminum obat yang tidak diresepkan, dan hanya 73% yang dianggap mematuhi obat sesuai yang diresepkan. Namun memiliki pengetahuan juga tidak selalu dipastikan bahwa seseorang memiliki kepatuhan yang baik (Leventhal *et al*, 2005).

D. Faktor yang berhubungan dengan kondisi klinis pasien

Faktor ini didefinisikan sebagai hambatan yang ditimbulkan karena gejala spesifik dari penyakit, perkembangan dan keparahan penyakit, efektifitas dari perawatan. Kondisi tersebut disebabkan karena kekambuhan gejala gagal jantung yang sering membutuhkan rawat inap dan mereka membutuhkan pengobatan yang rutin dan pemantauan terhadap perubahan kondisinya. Hal ini yang sering membuat pasien mengalami kesulitan. Gejala dan emosi

(tertekan) yang dirasakan pasien dapat menjadi penghambat terhadap kepatuhan. Gagal jantung sering dikaitkan dengan adanya perubahan fisiologis pada sistem organ lain yang akan mempengaruhi kemampuan pasien dalam mematuhi rejimen pengobatan yang telah diresepkan. Selain itu disfungsi kognitif dan depresi juga merupakan faktor penting dalam mempengaruhi kepatuhan seseorang (Leventhal *et al*, 2005).

2.3 Rawat Inap Ulang

2.3.1 Definisi Rawat Inap Ulang

Rawat inap ulang didefinisikan sebagai kembalinya pasien gagal jantung yang tidak direncanakan dari gagal jantung atau karena kekambuhan gagal jantung dalam 30 hari setelah pulanginya pasien dari rumah sakit (Turrise, 2016).

2.3.2 Faktor Resiko Rawat Inap Ulang

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Retrum *et al*, (2015) diketahui terdapat beberapa alasan yang dilaporkan sebagai penyebab terjadinya rawat ulang yaitu gejala yang memburuk, konteks psikososial, kepatuhan terhadap rekomendasi *self-care*, dan faktor layanan kesehatan.

A. Gejala yang Memburuk

Memburuknya gejala yang dirasakan pasien merupakan salah satu alasan penyebab kembalinya pasien ke rumah sakit. Sebagian besar pasien melaporkan ketidaknyamanan akibat edema rekuren dan sesak nafas. Memburuknya kondisi gagal jantung merupakan penyebab utama kembalinya pasien masuk rumah sakit. Pasien gagal jantung dengan eksaserbasi paru obstruksi kronis, asma, diabetes mellitus, dan penyakit ginjal lebih beresiko mengalami rawat ulang.

B. Konteks Psikososial

Konteks psikososial berperan penting dalam kejadian rawat ulang yang dialami pasien. Beban psikologi yang dialami pasien sebagian besar pasien melaporkan mendapatkan dukungan adekuat dari keluarga, teman atau *caregiver*. Namun untuk beberapa pasien, dukungan yang adekuat tidak selalu tersedia ketika dibutuhkan, seperti transportasi untuk melakukan *follow-up* dan jenis makanan yang disediakan keluarga tidak memenuhi batasan diet. Beban finansial merupakan masalah umum pada konteks psikososial. Pasien dengan beban finansial cenderung menunda untuk mendapatkan perawatan kesehatan atau membeli obat yang dibutuhkan sehingga dapat menyebabkan prognosis gagal jantung yang buruk.

C. Kepatuhan Terhadap Rekomendasi *Self-care*

Ketidakpatuhan pasien gagal jantung terkait *self-care* yang paling sering dijumpai adalah diet, pembatasan cairan, pengontrolan berat badan, kepatuhan minum obat, dan latihan fisik. Terkait kepatuhan minum obat, hal yang paling sering dilaporkan sebagai masalah pada pasien gagal jantung adalah golongan obat loop diuretik karena pasien sering merasa bingung terkait dosis yang sering berubah, penyebab pasien sering buang air kecil, dan keyakinan tentang dampak negatif pada fungsi ginjal dan hati.

D. Faktor Layanan Kesehatan

Faktor lain yang dapat berkontribusi dalam rawat inap kembali adalah faktor layanan kesehatan. Hal ini berkaitan dengan ambulatory follow up dan discharge planning. Masalah pada sistem kesehatan seperti perlunya koordinasi komunikasi tentang perawatan yang baik antara dokter

dan pasien. Beberapa pasien juga emnyerankan agar penyedia layanan kesehatan lebih efisien dan memiliki pengetahuan dalam mengelola masalah-masalah terutama terkait dengan gagal jantung

2.3.3 Cara Mengukur Rawat Inap Ulang

Pengukuran rawat ulang kembali diukur dengan mem- *follow-up* responden dalam 30 hari setelah pulang dari rumah sakit dan menanyakan apakah mereka kembali masuk rumah sakit yang tidak direncanakan (ya/tidak). Bagi responden yang kembali ke rumah sakit menunjukkan bahwa terjadi rawat inap ulang. Setelah itu menggunakan rekam medis untuk mengidentifikasi penyebab utama dari rawat inap ulang tersebut. Hanya responden yang mengalami rawat inap ulang karena gagal jantung yang dianggap positif untuk dapat dimasukkan dalam variable ini (Turrise, 2016).

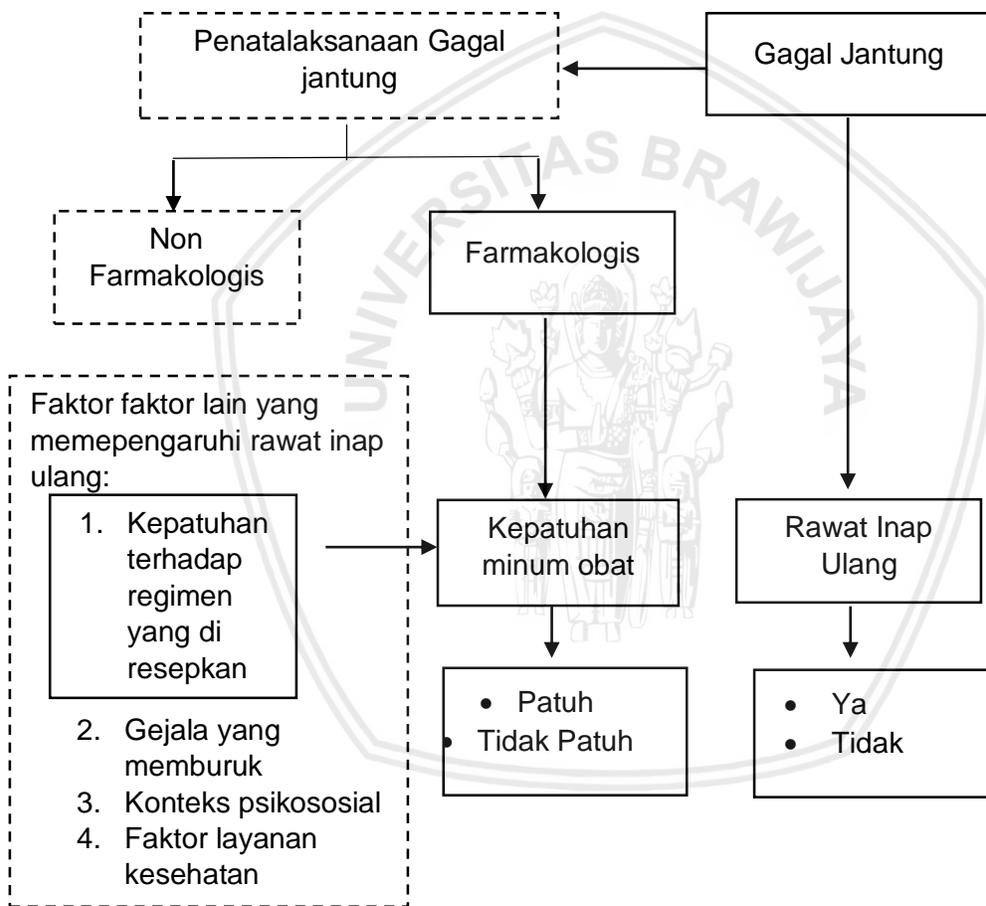
2.3.4 Cara untuk Mencegah Rawat Inap Ulang

Untuk meminimalisir kejadian rawat ulang, salah satu cara yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan adalah memprediksi rawat ulang sebagai langkah awal mengidentifikasi pasien yang beresiko. Selain itu, pedoman terapi medis berbasis bukti juga dapat diterapkan untuk meningkatkan hasil dan mengurangi beban rawat inap untuk pasien gagal jantung. Intervensi yang dapat diberikan untuk mengurangi rawat ulang contohnya dengan memberikan edukasi kepada pasien mengenai gagal jantung, perencanaan pemulangan (*discharge planning*), rekonsiliasi obat, penjadwalan *follow-up* sebelum pemulangan, komunikasi dengan *outpatient providers*, dan *follow-up* melalui panggilan telepon. Dalam masyarakat, rumah sakit dapat bermitra dengan dokter atau tenaga kesehatan komunitas untuk mengurangi tingkat rawat ulang (Ziaeian & Fonarow, 2016).

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan:

= diteliti

= tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kejadian rawat Inap Ulang pada pasien gagal jantung di RSUD Dr SAiful Anwar Malang

Gagal jantung merupakan suatu sindrom yang kompleks dimana jantung tidak mampu memompa darah keseluruh tubuh sehingga sering menimbulkan kekambuhan yang menyebabkan tingginya angka rawat inap ulang. Oleh karena itu tindakan manajemen perawatan diri dilakukan untuk mengurangi kejadian rawat inap ulang akibat gagal jantung. Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap kejadian rawat inap ulang adalah kepatuhan terhadap regimen yang telah diresepkan. Dimana pada penelitian ini berfokus pada kepatuhan farmakologi atau obat-obat terkait gagal jantung. Rendahnya ketidakpatuhan terhadap obat gagal jantung berhubungan dengan tingginya angka rawat inap ulang. Sehingga penelitian ini bermaksud menganalisis adanya hubungan dukungan keluarga yang merupakan variable independen dengan kepatuhan diet rendah garam sebagai variable dependen.

3.2 Hipotesis

Ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian observasional (non eksperimen) analitik korelasional yang bertujuan untuk mengetahui hubungan korelatif antara variable independen (kepatuhan minum obat) dengan variable dependen (rawat inap ulang) dimana untuk pengambilan datanya menggunakan metode pendekatan *cohort prospective* yaitu dengan mengikuti atau melakukan follow up menggunakan telepon selama 30 hari depan untuk mengetahui dampak dari variable independen terhadap variable dependen penelitian ini.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini sejumlah 114 pasien gagal jantung diruang instalasi perawatan jantung terpadu (IPJT) ruang 5A dan 5B RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dalam tiga bulan terakhir.

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian ini adalah pasien gagal jantung yang ada di instalasi perawatan jantung terpadu ruang 5A dan 5B di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

4.2.2.1 Besar Sampel

Dalam penelitian ini ditentukan menggunakan rumus Lameshow:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2}$$

Keterangan:

n = Jumlah Sampel

$Z_{1-\alpha/2}^2$ = Z score pada $1-\alpha/2$ tingkat kepercayaan (1,96)

p = estimasi proporsi (apabila tidak ditemukan proporsi dari suatu jurnal dapat digunakan nilai p maksimal yaitu 0,5)

d = alpha (0,05)

Perhitungannya sebagai berikut:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2}$$

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,25 \cdot 0,75}{0,1^2}$$

$$n = 72,03$$

$$n = 72 \text{ Sampel}$$

Jadi jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 72 orang sampel

4.2.2.2 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian adalah *non-probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* dimana penelitian ini dilakukan dalam kurun waktu tertentu sampai memenuhi jumlah sampel yang dibutuhkan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah dibuat. Sampel yang diambil harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

A. Kriteria inklusi:

1. Laki-laki atau perempuan dengan diagnosis gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang
2. Klasifikasi fungsional NYHA kelas 1-3

3. Pasien yang sebelumnya telah menerima pengobatan
4. Bersedia menjadi responden

B. Kriteria eksklusi:

1. Pasien gagal jantung yang memiliki masalah pada komunikasi

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen pada penelitian ini adalah kepatuhan minum obat pasien gagal jantung

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen pada penelitian ini adalah rawat inap ulang pasien gagal jantung

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi pengambilan data dilakukan di Kota Malang. Penelitian dilaksanakan pada bulan Januari 2019 sampai April 2019.

4.5 Instrumen Penelitian

4.5.1 Alat Ukur Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam bentuk kuesioner yang terdiri dari:

A. Karakteristik Demografi

Kuisisioner pertama tentang karakteristik demografi seperti inisial nama, usia, jenis kelamin, status pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, jumlah obat yang diminum dalam sehari, klasifikasi NYHA, dan lama terdiagnosa gagal jantung.

B. Kepatuhan Minum Obat

Kuisisioner kepatuhan minum obat pada penelitian ini menggunakan *Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire (MMAS-8)*. Kuisisioner ini ditanyakan setelah 30 hari pasien keluar dari rumah sakit karena rawat inap untuk mengukur kepatuhan minum obat responden dengan menggunakan *telephone*. Perkembangan kuisisioner untuk mengukur kepatuhan minum obat dengan (*MMAS-8*) dimulai dengan empat item pertanyaan oleh Morisky, Green, & Levine (1986) yang disebut *Self-Reported Medication Taking Scale* kemudian direvisi sebagai *Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4)*. Kuisisioner kepatuhan terhadap obat dengan *Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire (MMAS-8)* merupakan skala laporan diri untuk mengukur perilaku dalam pengambilan obat yang dikembangkan dari 4 item skala (*MMAS-4*) yang sebelumnya (Morisky *et al*, 2008) yang telah dilengkapi dengan item tambahan untuk mengetahui hambatan seputar perilaku kepatuhan dan untuk mengukur perilaku kepatuhan minum obat. Pada penelitian sebelumnya skala terbaru ini telah ditentukan memiliki reliabilitas lebih tinggi dibandingkan dengan skala 4 item ($\alpha = 0,83$ vs $0,61$) (Krousel-Wood *et al*, 2010). *Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire* dengan 8 pertanyaan dimana 7 pertanyaan menggunakan skala *Guttman*. Pada penilaian dengan skala *Guttman*, pilihan jawaban yang diberikan pada setiap pertanyaan adalah “ya” atau “tidak”, setiap jawaban “ya” bernilai 1 dan “tidak” bernilai 0 untuk pertanyaan positif. Jika pertanyaan negatif dijawab “iya” maka skor 0 dan jika

dijawab “tidak” maka diberi skor 1. Satu pertanyaan terakhir menggunakan poin skala *Likert*. Nilai skala dari pertanyaan dibagi dalam lima kategori yaitu: “tidak pernah/jarang” dengan skor 0, “sesekali”, “kadang-kadang”, “biasanya”, dan “selalu” dengan skor penilaian 1. Dari hasil penilaian diatas nilai kepatuhan dapat dikategorikan sebagai berikut:

- 6-8= patuh
- < 6= tidak patuh

C. Mengukur Rawat Inap Ulang

Pengukuran rawat inap ulang dilakukan dengan peneliti melakukan *follow-up* atau menghubungi pasien menggunakan *telephone* setelah 30 hari sejak pasien pulang dari rumah sakit untuk menanyakan apakah mereka kembali masuk rumah sakit yang tidak direncanakan karena gagal jantung. Bagi responden yang kembali ke rumah sakit untuk rawat inap dalam 30 hari terakhir menunjukkan bahwa terjadi rawat inap ulang (Turrise, 2016).

4.5.2 Uji Validitas dan Reabilitas

A. Uji Validitas

Pada penelitian sebelumnya telah dibuktikan bahwa kuisisioner ini telah menunjukkan dapat mengukur perilaku kepatuhan minum obat (Krousel-Wood et al., 2010). Uji validitas yang telah dilakukan oleh Lee *et al* (2010), indikator pertanyaan nomor satu dengan $r = 0,858$, nomor dua $r = 0,581$, nomor tiga $r = 0,808$, nomor empat $0,657$, nomor lima $r = 0,335$, nomor enam $r = 0,760$, nomor tujuh $r = 0,740$, nomor delapan $r = 0,835$.

B. Uji Reliabilitas

Instrument yang digunakan dikatakan reliable apabila nilainya lebih dari atau sama dengan 0,6. Pada penelitian sebelumnya kuisisioner ini telah

menunjukkan memiliki nilai reabilitas yang sangat baik dengan $\alpha = 0,83$ (Krousel-Wood et al., 2010).



4.6 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
Independen: Kepatuhan minum obat	Ketaatan pasien dalam mematuhi kegiatan minum obat sesuai dengan yang diresepkan dokter	Patuh apabila teratur minum obat dan tidak patuh apabila tidak teratur minum obat sesuai yang diresepkan dokter	<i>Morisky 8-item Medication Adherence</i>	Ordinal	Hasil Skoring digolongkan dengan nilai patokan: 6-8: Patuh <6: Tidak Patuh
Dependen: Rawat inap ulang	Kembalinya pasien gagal jantung yang tidak direncanakan dari gagal jantung dalam 30 hari sejak pulanginya pasien dari rumah sakit	Ya: Jika kembali rawat inap dalam 30 hari minimal satu kali Tidak: Tidak kembali ke rumah sakit untuk rawat inap ulang dalam 30 hari		Nominal	Hasil dinilai dengan: Ya/Tidak

4.7 Prosedur Penelitian

4.7.1 Prosedur Administrasi

- a. Menyerahkan proposal yang telah disetujui oleh pembimbing untuk dapat memperoleh surat keterangan lolos uji etik dari RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
- b. Mendapatkan surat izin penelitian dari RSUD Dr. Saiful Anwar Malang untuk melaksanakan penelitian di IPJT RSSA ruang 5A dan 5B untuk mengumpulkan data karakteristik demografi pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.

4.7.2 Prosedur Teknis

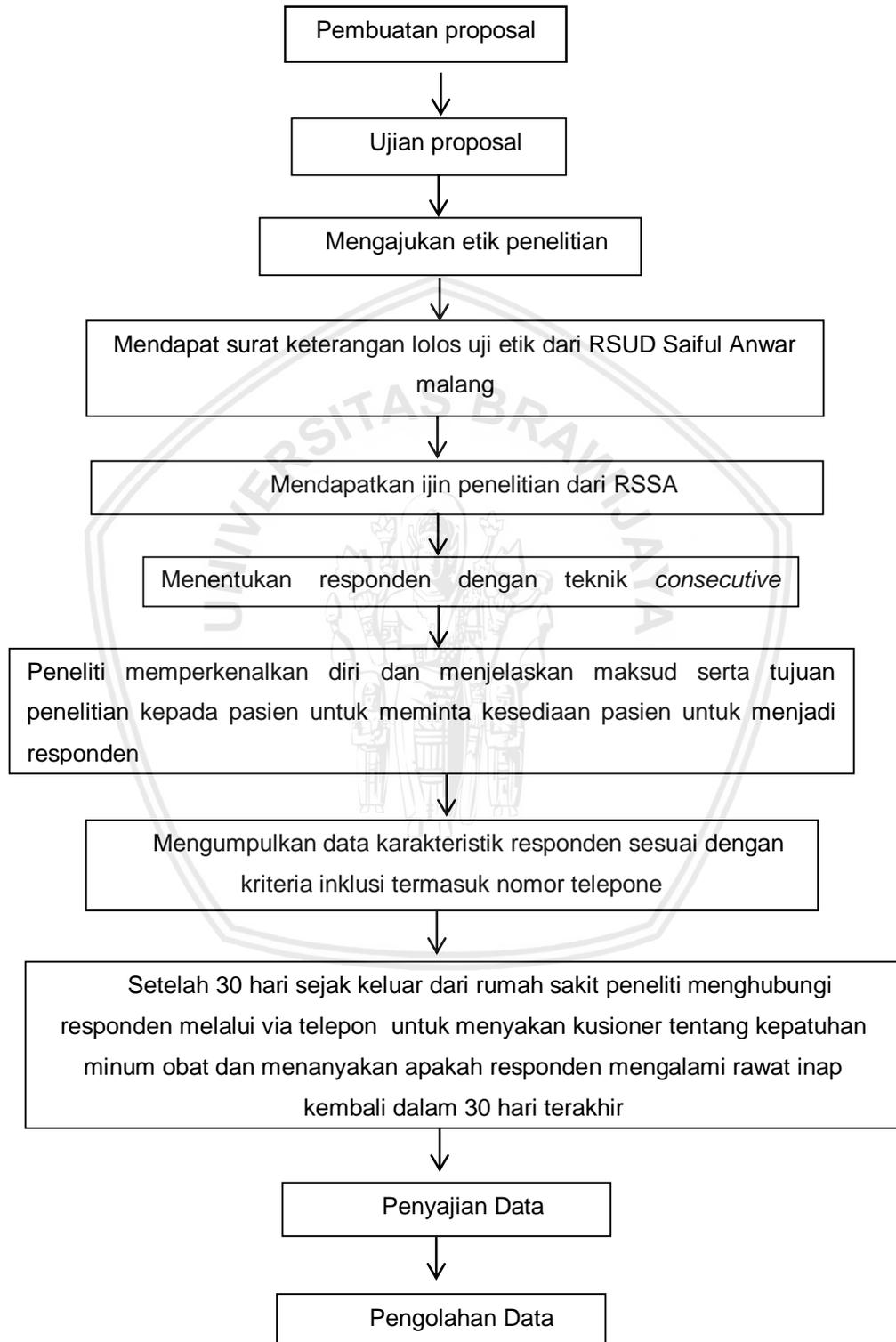
- a. Pengumpulan data dilakukan di instalasi rawat inap penyakit jantung ruang 5A dan 5B setelah mendapatkan ijin dari pihak RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dan di luar rumah sakit saat responden telah keluar dari rumah sakit.
- b. Peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan penelitian kepada pasien untuk meminta kesediaan pasien untuk menjadi responden dan meminta nomor telepon responden jika bersedia.
- c. Peneliti hanya mengumpulkan data karakteristik demografi pasien gagal jantung sesuai dengan kriteria inklusi selama dirawat di instalasi rawat inap penyakit jantung ruang 5A dan 5B pada Januari sampai April 2019 sesuai dengan kriteria inklusi
- d. Peneliti menghubungi responden atau melakukan *follow up* setelah 30 hari sejak keluar dari rumah sakit karena rawat inap melalui *telephone* untuk menanyakan kepatuhan minum obat dan menanyakan

apakah responden mengalami rawat inap kembali dalam 30 hari sejak masuk rumah sakit terakhir.

- e. Peneliti mengumpulkan hasil pengambilan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisa



Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis Univariat

Analisa univariat dilakukan pada masing-masing variable untuk memberikan gambaran umum terhadap hasil penelitian. Analisa ini digunakan untuk mengetahui karakteristik variable yang berupa data demografi, kepatuhan minum obat, dan rawat inap ulang dengan menggunakan distribusi frekuensi dan prosentase masing-masing variable yang selanjutnya data akan ditampilkan dalam bentuk table dan narasi.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan dan seberapa kuat kepatuhan minum obat dan rawat inap ulang pada pasien gagal jantung. Penelitian ini menggunakan uji statistik bivariate non-parametrik, yaitu uji hipotesis *Chi-square* menggunakan bantuan aplikasi SPSS (Statistical product and Service Solution) untuk melihat hubungan antara kepatuhan minum obat dan rawat inap ulang. Uji korelasi *Chi-square* dipilih dengan pertimbangan bahwa kedua variabel tingkat pengukurannya adalah ordinal dan nominal. Taraf signifikansi yang digunakan adalah $p < 0,05$.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian ini telah dinyatakan lolos uji etik dengan nomor surat 400/194/K.3/302/2018 oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

4.9.1 Respect for Person

Menurut Kemenkes (2005) *respect for person* merupakan bentuk penghormatan terhadap martabat manusia sebagai pribadi (personal) yang

memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus bertanggung jawab secara pribadi atas keputusan yang diambilnya. Peneliti dalam menghormati atau menghargai seseorang ada dua hal yang perlu diperhatikan yaitu:

- a. Peneliti harus mempertimbangkan secara mendalam terhadap kemungkinan bahaya dan penyalahgunaan penelitian
- b. Subyek penelitian yang rentan terhadap bahaya penelitian perlu perlindungan

Pada penelitian ini, peneliti tidak mencantumkan nama responden hanya mencantumkan inisial klien untuk melindungi informasi pribadi klien. Lembar persetujuan diberikan dengan tujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian dan dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Responden dapat menandatangani lembar persetujuan jika bersedia mengikuti penelitian.

4.9.2 Beneficial

Menurut Kemenkes (2005) menyangkut kewajiban membantu orang lain dilakukan dengan kerugian minimal. Diikutsertakannya subyek manusia dalam penelitian kesehatan dimaksudkan untuk membantu tercapainya tujuan penelitian yang dilakukan. Prinsip ini mempersyaratkan berbagai hal yaitu:

- a. Risiko penelitian harus wajar (*reasonable*) dibanding manfaat yang diharapkan
- b. Desain penelitian harus memenuhi persyaratan ilmiah (*scientifically sound*)
- c. Para peneliti mampu melaksanakan penelitian sekaligus mampu menjaga kesejahteraan subjek penelitian
- d. Tidak merugikan subjek penelitian

Pada penelitian ini responden dapat menambah informasi tentang hubungan kepatuhan minum obat dengan rawat inap ulang pada pasien gagal jantung.

4.9.3 Non Maleficence

Prinsip etik ini bertujuan untuk melindungi seseorang yang tidak mampu (cacat) atau orang yang non-otonom. Seperti yang telah dijelaskan bahwa subyek penelitian dilindungi oleh prinsip berbuat baik (*beneficience*). Prinsip ini mengemukakan bahwa keharusan untuk tidak melukai orang lain (Afandi, 2017).

Pada penelitian ini dilakukan tanpa melukai atau menyakiti perasaan atau fisik responden.

4.9.4 Justice (Keadilan)

Prinsip etik keadilan (*justice*) mengacu pada kewajiban peneliti untuk memperlakukan subyek penelitian dengan layak berdasarkan moral dalam memperoleh haknya. Prinsip etik keadilan mempersyaratkan pembagian seimbang dalam hal beban dan manfaat yang diperoleh subyek dari keikutsertaan dalam penelitian (Kemenkes, 2005).

Pada penelitian ini responden dilakukan secara adil dan seimbang tanpa diskriminasi baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaan dalam penelitian.

BAB 5**HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA****5.1 Analisis Univariat****5.1.1 Data Umum Responden****5.1.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia**

Berikut hasil pengambilan data karakteristik pada 72 responden yang disajikan pada table 5.1

Tabel 5.1 Karakteristik responden berdasarkan usia

Usia	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
< 45	8	11,1
45-59	36	50,0
60-74	21	29,2
75-90	7	9,7
Total	72	100

Berdasarkan Tabel 5.1 menunjukkan bahwa usia responden mayoritas berada pada rentang usia 45-59 tahun, yaitu sebanyak 36 orang dari total 72 responden (50,0%).

5.1.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian pada 72 responden, karakteristik responden berdasarkan usia disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 5.2 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.

Jenis Kelamin	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
Laki-laki	41	56,9
Perempuan	31	43,1
Total	72	100

Berdasarkan Tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 41 orang (56,9%). Sedangkan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 31 orang (43,1%).

5.1.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian pada 72 responden, karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 5.3 Karakteristik responden berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
SD	15	20,8
SMP	18	25,0
SMA	28	38,9
D3/S1/S2/S3	11	15,3
Total	72	100

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa mayoritas responden menempuh jenjang pendidikan terakhir pada SMA yaitu sebanyak 28 orang dari total 72 responden (38,9%).

5.1.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian dari 72 responden, karakteristik responden berdasarkan pekerjaan disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 5.4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
PNS	4	5,6
Swasta	26	36,1
Wiraswasta	7	9,7
Tidak bekerja	28	38,9
Petani	7	9,7
Total	72	100

Berdasarkan Tabel 5.4 dapat diketahui bahwa responden yang tidak bekerja sebanyak 28 orang (38,9%) dan sisanya bekerja dengan berbagai bidang pekerjaan.

5.1.1.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Berdasarkan hasil penelitian dari 72 responden, karakteristik responden berdasarkan status pernikahan disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 5.5 Karakteristik responden berdasarkan status pernikahan

Status Pernikahan	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
Menikah	61	84,7
Belum Menikah	4	5,6
Janda atau duda	7	9,7
Total	72	100

Berdasarkan Tabel 5.5, dilihat dari status pernikahan menunjukkan bahwa sebagian besar responden berstatus menikah dengan persentase 84,7% atau sejumlah 61 orang.

5.1.1.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Kelas NYHA

Berdasarkan hasil penelitian dari 72 responden, karakteristik responden berdasarkan kelas NYHA disajikan dalam bentuk tabel berikut:

Tabel 5.6 Karakteristik responden berdasarkan kelas NYHA

Kelas NYHA	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
Kelas 1	1	1,4
Kelas 2	24	33,3
Kelas 3	47	65,3
Total	72	100

Berdasarkan Tabel 5.6 dapat diketahui jumlah responden pada kelas fungsional NYHA 3 memiliki persentase paling besar sebesar 65,3% dengan jumlah 47 responden. Selanjutnya kelas fungsional NYHA kelas 2 dengan persentase sebesar 33,3% dan terakhir adalah kelas fungsional NYHA kelas 1 sebesar 1,4% dengan masing-masing berjumlah 24 responden dan 1 responden.

5.1.1.7 Lama Terdiagnosa Gagal Jantung

Tabel 5.7 Karakteristik responden berdasarkan lama terdiagnosa

Lama Terdiagnosa	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
< 1 tahun	12	16,7
1-5 tahun	43	59,7
5 tahun	17	23,6
Total	72	100

Berdasarkan Tabel 5.7 menunjukkan responden yang terdiagnosa gagal jantung kurang dari 1 tahun sebanyak 12 orang, 1-5 tahun sebanyak 43 responden, dan lebih dari 5 tahun 17 responden.

5.1.1.8 Jumlah Obat yang Dikonsumsi Perhari

Tabel 5.8 Jumlah obat

Jumlah Obat	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
3	10	13,9
4	24	33,3
5	23	31,9
6	12	16,7
7	3	4,2
Total	72	100

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat mayoritas responden mengkonsumsi obat 4 obat perhari. Dengan persentase jumlah responden sebesar 33,1%.

5.1.2 Analisis Data Khusus

5.1.2.1 Data Kepatuhan Minum Obat Pasien Gagal Jantung di RSUD dr. Saifur Anwar Malang

Berdasarkan tabel 5.10 data tingkat kepatuhan minum obat pada 72 responden disajikan sebagai berikut:

Tabel 5.10 Data Tingkat Kepatuhan Minum Obat

Kepatuhan	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
Tidak Patuh	27	37,5
Patuh	45	62,5
Total	72	100

Tabel 5.10 menunjukkan data hasil kepatuhan pasien gagal jantung dalam meminum obat. Sebanyak 45 orang dari 72 responden diketahui patuh dalam minum obat atau dengan persentase sebesar 62,5%. Sedangkan pasien yang tidak patuh minum obat sebanyak 27 orang atau sebesar 37,5%.

5.1.2.2 Data Kejadian Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr. Saifur Anwar Malang

Tabel 5.11 Data Kejadian Rawat Inap Ulang

Rawat Inap Ulang	Jumlah (n=72)	Persentase (%)
Tidak	68	94,4
Ya	4	5,6
Total	72	100

Berdasarkan Tabel 5.11 diketahui bahwa sebagian besar responden tidak mengalami rawat inap ulang dengan frekuensi sebesar 68 orang dari 72 responden

(94,4%). Jumlah responden yang rawat inap ulang sebanyak 4 orang (5,6%). Semua responden mengalami rawat inap ulang di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang.

5.2 Analisis Bivariat

Tabel 5.12 Sebaran Data Kepatuhan Minum Obat dan Kejadian Rawat Inap Ulang

Kepatuhan	Rawat Inap Ulang		Total
	Tidak	Ya	
Tidak Patuh	24	3	27
(%)	88,9	11,1	100
Patuh	44	1	45
(%)	97,8	2,2	100
Total	68	4	72
(%)	94,4	5,6	100

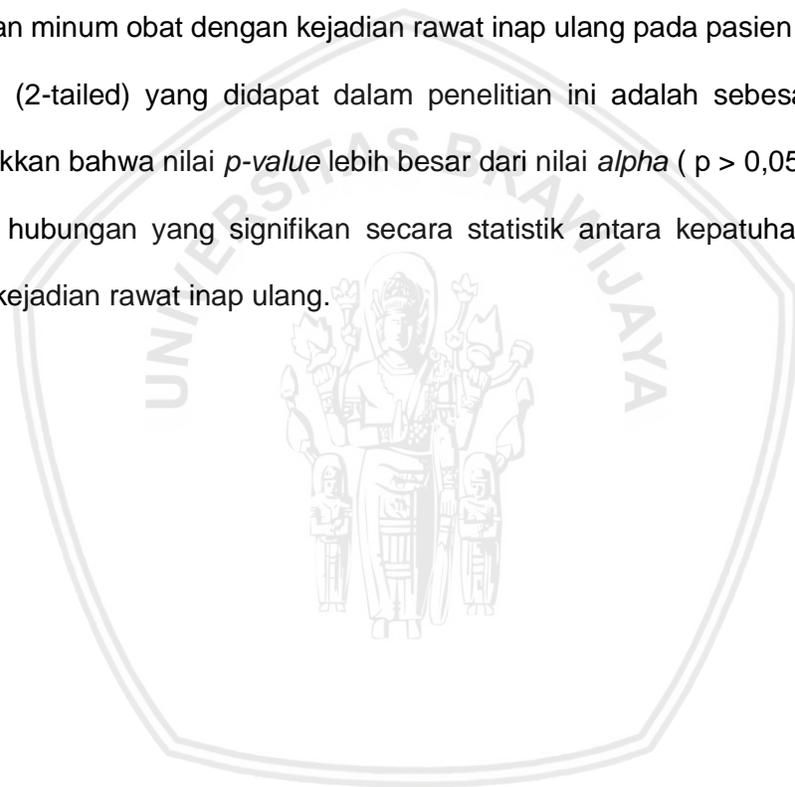
Berdasarkan Tabel 5.12 diatas dapat diketahui bahwa responden yang tidak patuh dalam minum obat yang mengalami rawat inap ulang sebanyak 3 responden. Sedangkan responden yang tidak patuh minum obat yang tidak mengalami rawat inap ulang sebanyak 24 orang. Responden yang patuh minum obat yang mengalami rawat inap ulang berjumlah 1 orang dan 44 responden lainnya tidak mengalami rawat inap ulang.

Penelitian ini untuk melihat adanya hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang dengan menggunakan bantuan SPSS 22.00. dan menggunakan uji korelasi Uji *Chi-Square* seperti tabel berikut.

Tabel 5.13 Hasil Analisis Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kejadian Rawat Inap Ulang di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dengan Menggunakan Uji *Chi-Square*

Variabel	p-value
Kepatuhan Rawat Inap Ulang	0,111

Tabel 5.13 merupakan hasil uji statistik yang menunjukkan hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung. Nilai Sig (2-tailed) yang didapat dalam penelitian ini adalah sebesar 0,111 yang menunjukkan bahwa nilai *p-value* lebih besar dari nilai *alpha* ($p > 0,05$), artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang.



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Kepatuhan Minum Obat Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang

Kepatuhan minum obat pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dari 72 responden, didapatkan data sebanyak 45 responden (62,5%) patuh dalam minum obat dan 27 responden tidak patuh atau 37,5%. Sehingga dapat dikatakan bahwa responden memiliki kepatuhan minum obat yang baik. Hal ini sesuai dengan penelitian Majid (2010) yang menunjukkan bahwa 58,33% atau sebanyak 56 dari 96 responden patuh minum obat. Kepatuhan minum obat dalam penelitian ini dikur dengan menggunakan kuesioner MMAS-8 yang terdiri dari 8 pertanyaan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang pada 72 responden hambatan paling banyak dirasakan responden dalam meminum obat jika dilihat dari indikator pertanyaan kuesioner MMAS-8 adalah lupa minum obat, tidak membawa obat saat bepergian, baik-baik saja melewatkan minum obat. Hambatan disini merupakan prediktor penting untuk indikator penentu kepatuhan seseorang. Hambatan yang dirasakan pasien berkorelasi dengan kepatuhan minum obat pasien yang buruk. Menurut Wu *et al* (2008) hambatan lain yang banyak dirasakan pasien adalah terlalu banyak obat yang diminum perharinya dan jadwal pengobatan yang terlalu sering. Mayoritas responden mengkonsumsi 4 obat perharinya. Jika dikaitkan dengan jumlah obat, pasien yang

merasa bahwa obat yang diminum tiap perhari terlalu banyak memiliki kemungkinan yang kecil untuk patuh terhadap pengobatan.

Persentase responden yang berada pada kategori patuh lebih banyak berada pada rentang usia lebih muda yaitu dibawah 45 tahun sebesar 75%. Hal ini mungkin dikaitkan dengan pengetahuan, dimana pada kisaran usia lansia mungkin belum memiliki pemahaman tentang keseriusan penyakit dan perlunya perawatan yang berhubungan penyakitnya (Rodgers and Ruffin, 1998).

Sebagian besar responden pada penelitian ini berjenis kelamin laki-laki yaitu 41 orang (65,1%) sedangkan 31 orang (43,1%) lainnya berjenis kelamin perempuan. Namun jika dilihat dari persentase kepatuhan laki-laki memiliki kepatuhan yang lebih kecil dibanding perempuan. Sebanyak 39,9% responden yang berjenis kelamin laki-laki tidak patuh minum obat, sedangkan untuk perempuan ada 35,5% responden yang tidak patuh. Meskipun tidak terdapat perbedaan yang signifikan, laki-laki cenderung memiliki kepatuhan yang lebih rendah karena laki-laki memiliki strategi pengaturan terhadap diri sendiri untuk tidak mematuhi pengobatan jika mereka percaya dan merasa lebih buruk akibat dari pebobatan (Cholowski & Cantwell, 2007).

Berdasarkan tingkat pendidikan sebanyak 28 orang (38,9%) menempuh pendidikan terakhir SMA, 18 orang (25%) SMP, 15 orang (20,8%), dan D3/S1/S2/S3 11 orang (15,3%). Dimana persentase ketidakpatuhan paling tinggi berada pada tingkat pendidikan D3/S1/S2/S3 dari 11 responden sebanyak 5 orang yang tidak patuh atau sebesar 45,5%. Sedangkan responden pada tingkat pendidikan lebih rendah SMA, SMP, dan SD memiliki persentase ketidakpatuhan lebih kecil. Meskipun mayoritas responden berada pada tingkat pendidikan rendah

namun mereka memiliki kepatuhan yang baik. Sesuai dengan penelitian Oosterom-Calo (2013) bahwa tingkat pendidikan tinggi tidak terkait dengan kepatuhan yang dimiliki. Hal ini juga diungkapkan Evangelista *et al* (2001) bahwa tingkat pendidikan berkontribusi minimal terhadap kepatuhan.

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang berstatus menikah sebanyak 61 orang (84,7%), dimana 40 orang (65,6%) diantaranya patuh dan 21 orang (36,1%) tidak patuh. Sedangkan yang tidak memiliki pasangan baik itu belum menikah maupun berstatus duda atau janda sejumlah 11 orang dimana 6 orang (45,5%) diantaranya patuh dan 6 orang (54,5%) tidak patuh. Responden yang memiliki pasangan cenderung memiliki kepatuhan yang lebih tinggi. Pasien yang memiliki pasangan dapat menjadi sumber dukungan bagi responden. Dukungan yang diberikan baik dukungan instrumen maupun emosional yang akan membantu mereka dalam minum obat yang nantinya akan mengarah pada peningkatan kepatuhan (Wu *et al*, 2008).

Berhubungan dengan faktor klinis responden dimana dalam penelitian ini berhubungan dengan tingkat keparahan penyakit yang tercermin oleh kelas fungsional NYHA yang buruk (Wu *et al*, 2008). Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden yang berada pada kelas NYHA 3 sejumlah 47 responden (65,3%), kemudian NYHA 2 sejumlah 24 orang (33%), NYHA 1 hanya ada 1 responden. Dimana persentase kepatuhan paling tinggi berada pada kelas NYHA 2, dengan jumlah responden yang patuh sebesar 16 orang dari 47 responden atau sebesar 66,7%. Tidak ada sumber yang mengatakan bahwa responden dengan kelas fungsional buruk maupun lebih rendah memiliki kepatuhan yang lebih tinggi, seperti penelitian dari Oosterom-Calo *et al* (2013) menyebutkan bahwa tidak ditemukannya hubungan antara kedua variabel ini.

6.2 Kejadian Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang

Jumlah responden yang mengalami rawat inap ulang di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang sebanyak 4 orang (5,6%) dari 72 responden setelah dilakukan *follow up* selama 30 hari. Menurut Retrum *et al* (2013) gejala yang paling banyak dilaporkan menjadi penyebab rawat inap ulang karena edema yang berulang dan sesak nafas. Sesuai dengan penelitian ini bahwa semua responden mengalami rawat inap ulang karena eksaserbasi gejala sesak nafas.

Pengukuran rawat inap ulang dilakukan 30 hari setelah pasien yang terdiagnosa gagal jantung mengalami rawat inap ulang atau tidak. Analisis rawat inap ulang berdasarkan karakteristik pasien dapat membantu mengetahui tingkat resiko dan meningkatkan efisiensi dan meningkatkan kualitas perawatan (Tung *et al*, 2016). Karakteristik responden yang berkaitan dengan rawat inap ulang antara lain usia, status pernikahan, status pendidikan, kelas fungsional NYHA, lama terdiagnosa gagal jantung.

Menurut penelitian Tsuchihashi (2001) ditemukan bahwa usia diatas 70 tahun memiliki resiko terjadinya rawat inap ulang, cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Sesuai dengan hasil penelitian ini, rawat inap ulang paling banyak pada rentang usia diatas 65 tahun sebanyak 2 orang (25%) dari 8 responden. Hal ini karena usia seseorang mempengaruhi fungsi anatomis, fisiologis dan patologi tubuh. Pada usia lansia terjadi perubahan anatomis yang menyebabkan dinding ventrikel menebal dan juga terjadi pengurangan sel pada SA node yang menyebabkan hantaran listrik jantung mengalami gangguan. Sehingga kemampuan jantung juga menurun (Damiani *et al*, 2015).

Rawat inap ulang mayoritas terjadi pada 3 responden yang tidak memiliki pasangan baik itu belum menikah ataupun berstatus janda/duda. Menurut Lu, *et al* (2016) faktor ini menunjukkan adanya hubungan positif terhadap resiko rawat inap ulang pada gagal jantung. Dari hasil penelitiannya, sebanyak 16% responden yang tidak menikah mengalami rawat inap ulang 30 hari dan hanya 6% responden berstatus menikah mengalami rawat inap ulang 30 hari. Orang yang menikah atau telah memiliki pasangan cenderung menggunakan layanan kesehatan preventif atau primer. Sehingga mereka dapat mengelola kondisi gagal jantung dengan baik dan hal ini dapat mengurangi resiko untuk terjadinya rawat inap ulang (Damiani *et al*, 2015).

Mayoritas responden yang mengalami rawat inap ulang berada pada tingkat pendidikan terakhir SMA dan dibawahnya yaitu sebanyak 3 responden . Menurut penelitian Damiani *et al* (2015), status pendidikan biasanya menggambarkan pengetahuan seseorang. Jika dihubungkan dengan kejadian rawat inap ulang, responden dengan tingkat pendidikan yang cenderung rendah kemungkinan tidak mampu mengenali kekambuhan gejala yang terjadi.

Berdasarkan kelas fungsional NYHA, mayoritas responden yang mengalami rawat inap ulang berada pada kelas NYHA 3 sebanyak 3 orang (6,4%). Menurut penelitian hampir setengah dari responden fungsional kelas 3/4 memiliki komorbiditas yang tinggi (Wu *et al*, 2008) yang nantinya akan meningkatkan komplikasi gagal jantung dan terjadilah rawat inap ulang (Tung *et al*, 2016).

6.3 Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kejadian Rawat Inap ulang di RSUD Dr Saiful Anwar Malang

Hasil penelitian, pada tabel 5.12 yang dilakukan pada 72 responden menunjukkan nilai *p-value* 0,111 ($p > 0,05$), artinya tidak terdapat hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Hal ini sesuai dengan penelitian Ufara, Purnamasari & Usniah (2016), bahwa tidak ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang di RSUD Kabupaten Tangerang yang dilakukan pada 28 responden.

Berbeda dengan Majid (2010) dan Prasetiadi (2015), yang mengungkapkan bahwa terdapat hubungan kepatuhan minum obat dan kejadian rawat inap ulang di Rumah Sakit Yogyakarta. Meskipun terdapat perbedaan hasil dengan penelitian yang dilakukan Majid, perbedaan ini kemungkinan terjadi karena perbedaan segi waktu penelitian, dimana dalam penelitiannya frekuensi rawat inap ulang diukur dalam 1 tahun terakhir. Dari segi waktu, penelitian lain melakukan perbandingan persentase tingkat rawat inap ulang pasien gagal jantung selama 30 hari dengan 6 bulan masing-masing adalah 10,9% dan 27%. Sehingga dari segi waktu juga dapat mempengaruhi perbedaan hasil penelitian.

Namun, walau tidak ditemukannya hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang, jika dilihat kembali pada tabel 5.12 jumlah responden dengan kategori tidak patuh yang mengalami rawat inap ulang lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang patuh. Dengan persentase masing-masing kategori tidak patuh dan patuh minum obat yang mengalami rawat inap ulang sebesar 11,1% dan 2,2%, meskipun hasil analisis menunjukkan tidak signifikan. Hal ini diperkuat dalam penelitian Majid (2010), mengungkapkan bahwa

responden yang tidak patuh minum obat memiliki resiko 7,91 kali untuk terjadi rawat inap ulang dibandingkan pasien yang patuh minum obat. Dalam hal ini, kepatuhan terhadap obat merupakan bagian yang penting dari perawatan gagal jantung. Obat berfungsi sebagai pengontrol dan mencegah kekambuhan gejala gagal jantung. Sehingga ketidakpatuhan terhadap obat akan meningkatkan resiko kekambuhan yang menjadi penyebab rawat inap ulang, morbiditas dan mortalitas (Ruppar *et al*, 2015)

Menurut Majid (2010) terdapat beberapa faktor lain yang berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang yaitu riwayat hipertensi, usia, kepatuhan terhadap cairan, dan tingkat kecemasan. Dimana faktor yang paling dominan menurut penelitian Majid adalah karena faktor riwayat hipertensi, dengan frekuensi rawat inap yang tinggi sebesar 77,78% dan nilai ($p=0,000$). Responden yang mempunyai riwayat hipertensi memiliki resiko 18,81 lebih besar untuk mengalami rawat inap ulang dibanding responden yang tidak memiliki riwayat hipertensi.

Gagal jantung biasanya disertai dengan prognosis lain yang terjadi bersamaan atau disebut komorbid/ penyakit penyerta. Dalam hal ini, komorbiditas merupakan keadaan atau penyakit selain gagal jantung, atau berupa faktor pencetus, faktor pemberat dan komplikasi yang harus dimanajemen dengan baik agar gagal jantung tidak memburuk. Komorbiditas lebih banyak ditemukan pada lansia karena adanya kegagalan fungsi organ (Dewi & Dwitaryo, 2006). Komorbiditas kardiovaskuler (CV) pada pasien gagal jantung yang paling banyak diderita yaitu hipertensi (64,4%), CAD (52,2%) komorbiditas sedangkan komorbiditas non kardiovaskuler (*non-CV*) diabetes mellitus (41,3%). Komorbiditas *non-CV* lainnya seperti disfungsi ginjal, anemia dan penyakit paru juga akan meningkatkan komplikasi gagal jantung yang berhubungan dengan

kejadian rawat inap ulang. Sehingga, kedua komorbiditas ini dikaitkan dengan penyebab pada sebagian besar kunjungan rawat inap ulang (Tung *et al*, 2016). Sehingga ada faktor lain yang memungkinkan untuk terjadinya rawat inap ulang yang tidak diperhatikan dalam penelitian ini. Dalam penelitian ini, responden mungkin ada yang memiliki atau tidak memiliki komorbiditas penyakit kardiovaskuler dan nonkardiovaskuler lainnya. Sehingga walaupun pasien patuh minum obat beberapa pasien tetap mengalami rawat inap ulang karena memiliki komorbiditas, dimana sebelumnya telah dijelaskan bahwa komorbiditas pada pasien dapat meningkatkan resiko terjadinya komplikasi gagal jantung yang berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang. Disamping itu telah dijelaskan bahwa komorbiditas sering ditemukan lebih banyak pada lansia, dimana jika dihubungkan dengan hasil penelitian ini rawat inap ulang lebih banyak pada lansia. Sehingga hal ini yang memungkinkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang dalam penelitian ini.

6.4 Implikasi Keperawatan

6.4.1 Implikasi Terhadap Bidang Keperawatan

Diharapkan dapat dijadikan dasar informasi hambatan-hambatan apa saja yang dirasakan responden dalam meminum obat yang diresepkan, sehingga dapat dijadikan dasar untuk melakukan rencana intervensi yang sesuai.

6.4.2 Implikasi Terhadap Peneliti Selanjutnya

Dapat dijadikan sebagai dasar penelitian lanjut mengenai faktor-faktor lain yang berhubungan dengan rawat inap ulang seperti yang telah dijelaskan sebelumnya dan pengambilan data dilakukan dengan waktu yang lebih lama.

6.4.3 Implikasi Terhadap Pendidikan

Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi rumah sakit dan bidang akademik sebagai sarana informasi tentang kepatuhan minum obat dan kejadian rawat inap pada pasien gagal jantung. Terutama mengenai faktor-faktor yang kemungkinan berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang.

6.5 Keterbatasan Penelitian

- a. Waktu follow up data penelitian hanya dilakukan 30 hari
- b. Terdapat faktor lain yang belum terkaji pada penelitian ini seperti faktor komorbid pada pasien

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- a. Sebagian besar responden memiliki kategori patuh dalam minum obat dengan jumlah 45 responden atau sebesar 62,5% dari 72 responden.
- b. Responden yang mengalami rawat inap ulang hanya sebanyak 4 responden atau 5,6% dari 72 responden.
- c. Hasil didapatkan *p-value* sebesar 0,111 ($p > 0,05$), artinya tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara kepatuhan dalam minum obat dengan rawat inap ulang di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Namun jika dilihat kembali, tabel 5.12 menunjukkan bahwa perbandingan persentase rawat inap ulang lebih banyak terjadi pada responden dengan kategori tidak patuh sebesar 11,1% dan kategori patuh hanya 2,2%.

7.2 Saran

- a. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat melakukan penelitian mengenai faktor-faktor lain terhadap kejadian rawat inap ulang. Disarankan untuk peneliti selanjutnya melakukan penelitian setidaknya dalam waktu 6 bulan.

b. Bagi Bidang Keperawatan

Disarankan dapat melakukan intervensi keperawatan yang sesuai untuk meningkatkan kepatuhan minum obat pasien misalnya bisa dengan diberikan jadwal minum obat dan diisi sesuai dengan yang diresepkan yang bisa ditempel dirumah masing-masing sebagai pengingat.



DAFTAR PUSTAKA

- Afandi, D. 2017. Kaidah dasar bioetika dalam pengambilan keputusan klinis yang etis, 40(2),111-121
- Al-Omary, M.S., Davies, A.J., Evans, T.-J., Bastian, B., Fletcher, P.J., Attia, J., Boyle, A.J. 2018. Mortality and readmission following hospitalisation for heart failure in australia: a systematic review and meta-analysis. *Heart Lung Circulation*, 27(8), 917–927.
- Cholowski, K. and Cantwell, R., 2007. Predictors of medication compliance among older heart failure patients. *International Journal of Older People Nursing* 2, 250–262
- Colavecchia, A.C., Putney, D.R., Johnson, M.L., Aparasu, R.R. 2016. Discharge medication complexity and 30-day heart failure readmissions. *Research in Social & Administrative Pharmacy*
- Coronel, R. 2001. Defining heart failure. *Cardiovascular Research*. 50, 419–422.
- Damiani, G., Salvatori, E., Silvestrini, G., Ivanova, I., Bojovic, L., Iodice, L., Ricciardi, W. 2015. Influence of socioeconomic factors on hospital readmissions for heart failure and acute myocardial infarction in patients 65 years and older: evidence from a systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 237-245
- Dewi, P. K. and Dwitaryo, A. B. 2006. Perbedaan komorbid gagal jantung kongestif pada usia lanjut dengan usia dewasa di RS. Dr. Kariadi periode januari-desember 2006.
- Dharmarajan, K., Hsieh, A., Lin, Z., *et al.* 2013. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia. *JAMA*.
- Evangelista, L.S., Berg, J. and Dracup, K. 2001. Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart Lung* ,30, 294–301.
- Hood, S.R., Giazson, A.J., Seamon, G., Lane, K.A., Wang, J., Eckert, G.J., Tu, W., Murray, M.D. 2018. Association between medication adherence and the outcomes of heart failure, 38, 539–545.

- Horikawa-Barth. 2018. Improving heart failure self-care through an interactive workbook. Grand Canyon University.
- Imaligy, E.U. 2014. Gagal jantung pada geriatrik. *Dokter Umum Rumah Sakit Gigi dan Mulut Maranatha*, 41(1), 212.
- Kemp, C.D., Conte, J.V. 2012. The pathophysiology of heart failure. *Cardiovascular Pathology*, 21, 365–371.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). 2005. Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan. Nomor 1031/Menkes/SK/VII/2005.
- Krousel-Wood, M., Islam, T., Webber, L.S., Re, R., Morisky, D.E., Muntner, P. 2010. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. *Am J manag Care*, 15(1), 59-66.
- Krueger, K., Botermann, L., Schorr, S.G., Griese-Mammen, N., Laufs, U., Schulz, M. 2015. Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: A systematic literature review. *International Journal Cardiology*, 184, 728–735.
- Krum, H. and Driscoll, A. 2013. Management of heart failure. *Med. J. Aust.* 199(5), 334–339.
- Lee P., Andrade, D., Mastey, A., & Hicks, J.S.R. (2014). Institution specific risk factors for 30 dayreadmission at a community hospital: aretrospective observational study. *BMC Health Services Research*.
- Leventhal, M.J.E., Riegel, B., Carlson, B., De Geest, S. 2005. Negotiating compliance in heart failure: remaining issues and questions. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 4, 298–307.
- Lu, M.L.R., Davila, C.D., Shah, M., Wheeler, D.S., Ziccardi, M.R., Banerji, S., Figueredo, V.M. 2016. Marital status and living condition as predictors of mortality and readmissions among African Americans with heart failure. *International Journal of Cardiology*, 222, 313–318.
- Majid, A. 2010. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang pasien gagal jantung kongestif di rumah sakit yogyakarta tahun 2010.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., Ward, H.J. 2008. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal Clinical Hypertens*, 10(5), 348–354.

- Morisky, D.E, Green L.W., & Levine, D.M. 1986. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- O'Connor, C.M. 2017. High heart failure readmission rates. *JACC: Heart Failure*, 5(5), 393.
- Oosterom-Calo, R., Van B.A.J., Terwee, C.B., Te Velde, S.J., Brouwer, I.A., Jaarsma, T., Brug, J. 2013. Determinants of adherence to heart failure medication: a systematic literature review. *Heart Failure Rev.* 18, 409–427.
- PERKI (Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia). 2015. *Pedoman tatalaksana gagal jantung: Edisi pertama*.
- Prasetiadi, M.W.D.N., 2015. Hubungan tingkat kepatuhan minum obat Dengan kejadian rawat inap ulang pasien dengan gagal jantung kongestif di RSUD Dr. Moewardi.
- Retrum, J.H., Boggs, J., Hersh, A., Wright, L., Main, D.S., Magid, D.J., Allen, L.A. 2013. Patient-identified factors related to heart failure readmissions. *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes*, 6, 171–177.
- Riskesmas (Riset Kesehatan Dasar). 2013. Laporan hasil riset kesehatan dasar (riskesmas) 2013. Jakarta: Badan Litbangkes.
- Rodgers, P.T. & Ruffin, D.M. 1998. Medication nonadherence: part II – a pilot study in patients with congestive heart failure.
- Ruppar, T.M., Delgado, J.M., Temple, J. 2015. Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14, 395–404.
- Swedberg, K., Cleland, J., Dargie, H., Drexler, H., Follath, F., Komajda, M., Tavazzi, L., Smiseth, O.A., Gavazzi, A., Haverich, A., Hoes, A., Jaarsma, T., Korewicki, J., Lévy, S., Linde, C., Lopez-Sendon, J.-L., Niemenen, M.S., Piérard, L., Remme, W.J. 2005. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). *European Heart Journal*, 26, 1115–1140.
- Tung, Y.-C., Chou, S.-H., Liu, K.-L., Hsieh, I.-C., Wu, L.-S., Lin, C.-P., Wen, M.-S., Chu, P.-H. 2016. Worse prognosis in heart failure patients with 30-day readmission. *Acta Cardiol Sin* 10.

- Tsuchihashi, M., Tsutsui, H., Kodama, Kasagi F., Setoguchi, S., Mohr, M., Kubota, T., Takeshita, A. 2001. Medical and socioenvironmental predictors of hospital readmission in patients with congestive heart failure
- Turrise, S., 2016. Illness representations, treatment beliefs, medication adherence, and 30-day hospital readmission in adults with chronic heart failure: a prospective correlational study. *Journal Cardiovascular Nursing*, 31, 245–254.
- Ufara, A. and Purnamasari, E. 2016. Hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung kongestif di RSU Kabupaten Tangerang
- Wu, J.-R., Moser, D.K., Chung, M.L., Lennie, T.A. 2008. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure. *Journal Cardiac Failure*, 14(7), 603–614.
- Yancy, C.W. *et al.* 2016. 2016 ACC/AHA/HFSA focused update on new pharmacological therapy for heart failure: an update of the 2013 accf/aha guideline for the management of heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 68, 1476–1488.
- Yancy, C.W. *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. *American Collage of Cardiology Fondation anda AHA*, 128, e240–e327.
- Ziaieian, B., Fonarow, G.C., 2016. The prevention of hospital readmissions in heart failure. *Prog. Cardiovasc. Dis.*, 58, 379–385.

Lampiran 1. Keterangan Kelaiakan Etik

		RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr SAIFUL ANWAR MALANG Jl. Jaksa agung Suprpto No.2 Malang KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN TERAKREDITASI KARS 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
KETERANGAN KELAIKAN ETIK PELAKSANAAN PENELITIAN ("ETHICAL CLEARANCE") No: 400/194/K.3/302 /2018		
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN		
JUDUL : PENGEMBANGAN MODEL PERAWATAN MANDIRI DAN DETEKSI DINI KEKAMBUIHAN SEBAGAI UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI MASYARAKAT		
PENELITI UTAMA PENELITI ANGGOTA	: Ns. Mifotika Lukitasari., S.Kep., M.Sc : dr. Mohammad Saifur Rohman., Sp.JP(K),PhD dr. Ardian Rizal., Sp.JP dr. Budi Satrijo., 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 Sukmadewi Made Arny Fariyanti Arifah Nur Wulandari Rara Prastika Wibawa Asmoro Putu Arik Pebritantini Kismatul Hasanah Yullatin Eritia Ekky Wahyuningtyas Condra Kenny Amartasari Fitria Isma Wati	
UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN RSUD Dr Saiful Anwar Malang DINYATAKAN LAIK ETIK		
MALANG, 01 NOVEMBER 2018 a.n KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN WAKIL KETUA KOMISI ETIK PENELITIAN  dr. SUSANTO NUGROHO, SP.A (K)		

Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian



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 Suprapto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website : www.rsaifulanwar.jatimprov.go.id



Nomor : 070 / 0572 / 302 / 2019
Sifat : Blasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian
a.n Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep, M.Sc

Malang, 11 JAN 2019
Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
Jl. Veteran
di- 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.BACHMUR BUDIANTO, Sp.B (K) Onk, FINACS

Peringkat I
NIP. 19670725 199603 1 003

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



Lampiran 3. Lembar Informasi Untuk Mengikuti Penelitian

LEMBAR INFORMASI UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah Eritia Ekky Wahyuningtias mahasiswa jurusan ilmu keperawatan fakultas kedokteran universitas brawijaya, dengan ini meminta Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”.
2. Tujuan dari penelitian adalah untuk mengetahui hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang dapat memberi manfaat pengetahuan dan wawasan tentang hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada gagal jantung. Penelitian ini dilakukan dengan sampel berupa manusia yaitu pasien gagal jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang akan diambil dengan cara menggunakan lembar kuisioner.
3. Prosedur pengambilan sampel adalah peneliti menawarkan kepada Bapak/Ibu untuk menjadi sampel dalam penelitian, Bapak/Ibu yang menyetujui akan mengisikan *informed concent* sebagai bentuk perlindungan terhadap responden. Kemudian setelah ibu telah keluar dari rumah sakit, peneliti akan menghubungi Bapak/Ibu selama 30 hari kedepan melalui via telepon untuk menanyakan apakah pasien mengalami rawat inap ulang. Lalu peneliti meminta bertemu dalam rangka pengambilan data. Ketika peneliti bertemu dengan Bapak/Ibu, peneliti akan mewawancarai Bapak/ibu dengan memberikan pertanyaan mengenai kepatuhan minum obat yang terdiri 8 pertanyaan.

4. Keuntungan yang bapak/Ibu peroleh dengan keikutsertaan Bapak/Ibu adalah mengetahui kepatuhan minum obat pada pasien gagal jantung dalam menjalani pengobatan gagal jantung. Ketidaknyamanan/resiko yang mungkin muncul yaitu tidak ada karena penelitian ini tidak memberikan perlakuan atau terapi pada Bapak/Ibu.
5. Seandainya Bapak/Ibu tidak menyetujui cara ini maka Bapak/Ibu dapat memilih cara lain atau Bapak/Ibu tidak mengikuti penelitian ini sama sekali.
6. Nama dan jati diri Bapak/Ibu tetap dirahasiakan.



Peneliti

Eritia Ekky Wahyuningtias

15070201111001

Lampiran 4. Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi (*Informed Consent*)PERNYATAAN PERSETUJUAN BERPARTISIPASI (*Informed consent*)

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam informasi yang telah dijelaskan oleh peneliti.
2. Dengan ini menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu responden pada penelitian yang berjudul “Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kejadian Rawat Inap Ulang Pada Pasien Gagal Jantung Di RSUD Saiful Anwar Malang””

Peneliti

Responden

Malang,.....2018

Eritia Ekky Wahyuningtias

(.....)

155070201111001

Inisial

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

Inisial

Inisial

Lampiran 5. Kuesioner Data Demografi

KUESIONER DATA DEMOGRAFI RESPONDEN**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 :
 Tidak sekolah SD SMP
 SMA Akademi/PT
5. Pekerjaan :
6. Status Pernikahan :
 Sudah menikah Belum menikah
7. Jumlah obat yang diminum dalam sehari :Obat
8. Klasifikasi NYHA :
 I II III IV
9. Lama mengalami gagal jantung

Lampiran 6. Kuesioner Kepatuhan Minum Obat

KUESIONER KEPATUHAN MINUM OBAT***Morisky 8-item Medication Adherence Questionnaire***

Pilihlah jawaban yang paling tepat dan berilah tanda (√) pada kotak jawaban yang paling cocok dengan jawaban Bapak/ Ibu:

No	Pertanyaan	Ya	Tidak		
1	Apakah Bapak/ibu kadang-kadang lupa minum obat?				
2	Seseorang kadang-kadang tidak minum obat karena beberapa alasan selain lupa. Selama 2 minggu terakhir, apakah bapak/ibu pernah tidak minum obat?				
3	Apakah bapak/ibu pernah mengurangi/ berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter, karena merasa lebih buruk ketika meminumnya?				
4	Ketika bapak/ibu bepergian jauh apakah pernah lupa tidak membawa obatnya?				
5	Apakah kemarin bapak/ibu minum obat sesuai resep dokter?				
6	Ketika bapak/ibu merasa bahwa gejala gagal jantung sedikit membaik apakah bapak/ibu berhenti minum obat?				
7	Apakah bapak/ibu merasa bahwa terapi obat gagal jantung yang di dapat ini rumit/kompleks?				
8	Apakah bapak/ibu sering mengalami kesulitan mengingat seluruh obat gagal jantung yang harus dikonsumsi?				
	A. Tidak pernah/jarang	B. Sesekali	C. Kadang-kadang	D. Biasanya	E. Selalu

Lampiran 7. Pernyataan Telah Melaksanakan *Informed Consent***PERNYATAAN TELAH MELAKSANAKAN INFORMED CONSENT**

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Eritia Ekky Wahyuningtias

NIM : 155070201111001

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:

Pembimbing I

Malang, April 2019

Yang membuat pernyataan

dr. Ardian Rizal, SpJP(K)

NIP. 197201052001121007

Eritia Ekky Wahyuningtias

NIM. 155070201111001

Lampiran 8. Lembar Konsultasi



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

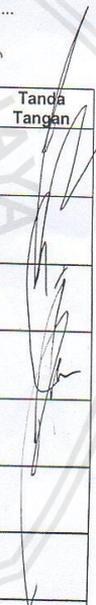
Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
 http://k.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : ERITIA EKKY WAHYUNINGTIAS
 NIM : 155070201111001
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : Hubungan Kepatuhan Minum obat dengan Keptadian Rawat Inap Ulang pada pasien gagal jantung di RSUD Saiful Anwar Malang

Pembimbing I : dr. Ardian Rizal, SP.JP (K)
 Pembimbing II : Ns. Nixie Dima Kristianingrum, S.Kep.N, KeP., Sp.Kep.Kom

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
6/11	dr. Ardian Rizal SP.JPCK)	BABI	Revisi bagian yang sudah ditandai	
7/11	dr. Ardian Rizal SP.JPCK)	BAB I - BAB IV	Diperkuat dikriteria inklusi	
14/11	dr. Ardian Rizal SP.JPCK)	BABI - BAB IV	Revisi bagian yg ditandai	
15/11	dr. Ardian Rizal SP.JPCK)	BABI - BAB IV	ACC sempro	

*) coret yang tidak perlu



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 : Eritia Ekky Wahyuningfiyas
NIM : 15507020111001
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Keopadian Pawat Inap Ulang pada pasien gagal jantung di PSSA Malang
Pembimbing I : dr. Ardian Rizal, Sp.TP(K)
Pembimbing II : Ns. Niko Dima K., S.Kep.M.Kep., Sp.Kep.Kom

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
30/19 /4	I	Konsul bab 5, 6 & 7	Revisi yang ditandai	
17/19 /5	I	Konsul bab 5, 6, & 7	ACC semhas	





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 : ERITIA BKKY WAHYUNINGTIAS
NIM : 1507020411001
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Keperawatan Rawat Inap Bilang pada Pasien Gagal Jantung di RSUD Saiful Anwar Malang
Pembimbing I : dr. Ardian Rizal, SP.FP CK
Pembimbing II : Ns. Niko Dima Kristi Aringtun, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. Kom

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
8/10	Ns. Niko Dima K. S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. Kom	BAB I - BAB II	Revisi bagian yang sudah ditandai	
18/10	Ns. Niko Dima K. S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. Kom	BAB I - BAB IV	Revisi dan tambahkan di Bab I dan Bab IV	
25/10	Ns. Niko Dima K. S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. Kom	BAB IV	Revisi bagian Bab IV (Rancangan penelitian, & jumlah sample)	
31/10	Ns. Niko Dima K. S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. Kom	BAB IV	Revisi bagian Bab IV (Rancangan penelitian, alur & jumlah sample)	
7/11	Ns. Niko Dima K. S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. Kom	BAB IV	Buat Quisioner untuk Penelitian	
12/11	Ns. Niko Dima K. S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. Kom	BAB IV	Tambahkan informed consent	
14/11	Ns. Niko Dima K. S.Kep., M.Kep., Sp. Kep. Kom	BAB IV	Rumus sampel disesuaikan lagi & ACC sempro	





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 : Eritia Ekky Wahyuningtias
NIM : 15507020111001
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Keputusan Minum Obat dengan Kejadian Rawat Inap Ulang di BSSA Malang
Pembimbing I : dr. Ardian Rizal, Sp.JPCK
Pembimbing II : Ns. Niko Dima Kristianingrum, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
30/4/19	I	Konsul bab 5, 6 & 7	- Penulisan tabel bab 5 - Perbaiki impukan bidang keperawatan - Perbaiki keterbatasan penelitian	
30/4/19	II	Konsul bab 5, 6 & 7	ACC Semhas	



Lampiran 9. Data Karakteristik Responden

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 45	8	11.1	11.1	11.1
	45-59	36	50.0	50.0	61.1
	60-74	21	29.2	29.2	90.3
	75-90	7	9.7	9.7	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	41	56.9	56.9	56.9
	Perempuan	31	43.1	43.1	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Pendidikan_Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	15	20.8	20.8	20.8
	SMP	18	25.0	25.0	45.8
	SMA	28	38.9	38.9	84.7
	D3/S1/S2/S3	11	15.3	15.3	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Status_Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	61	84.7	84.7	84.7
	Belum Menikah	4	5.6	5.6	90.3
	Janda/Duda	7	9.7	9.7	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

NYHA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kelas I	1	1.4	1.4	1.4
	Kelas 2	24	33.3	33.3	34.7
	Kelas 3	47	65.3	65.3	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	4	5.6	5.6	5.6
	Swasta	26	36.1	36.1	41.7
	Wiraswasta	7	9.7	9.7	51.4
	Tidak Bekerja	28	38.9	38.9	90.3
	Petani	7	9.7	9.7	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Lama menderita

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang dari 1 tahun	12	16.7	16.7	16.7
	1-5 tahun	43	59.7	59.7	76.4
	lebih dari 5 tahun	17	23.6	23.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Jumlah_obat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	10	13.9	13.9	13.9
	4	24	33.3	33.3	47.2
	5	23	31.9	31.9	79.2
	6	13	18.1	18.1	97.2
	7	2	2.8	2.8	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Kategori_kepatuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Patuh	27	37.5	37.5	37.5
	Patuh	45	62.5	62.5	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

READMISI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	68	94.4	94.4	94.4
	Ya di RSSA	4	5.6	5.6	100.0
	Total	72	100.0	100.0	

Usia * Kategori_kepatuhan Crosstabulation

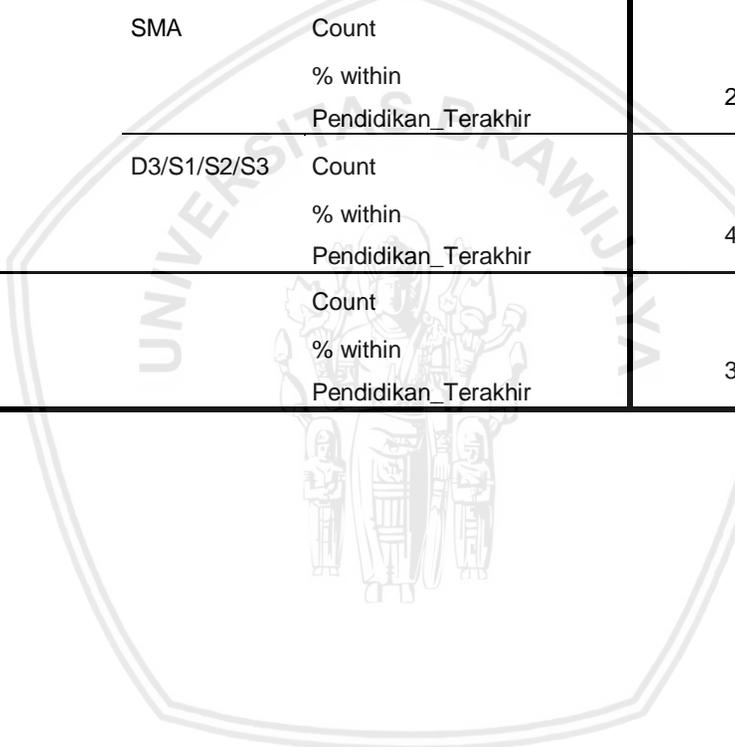
			Kategori_kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Usia < 45	Count	2	6	8	
	% within Usia	25.0%	75.0%	100.0%	
45-59	Count	12	24	36	
	% within Usia	33.3%	66.7%	100.0%	
60-74	Count	9	12	21	
	% within Usia	42.9%	57.1%	100.0%	
75-90	Count	4	3	7	
	% within Usia	57.1%	42.9%	100.0%	
Total	Count	27	45	72	
	% within Usia	37.5%	62.5%	100.0%	

Jenis_kelamin * Kategori_kepatuhan Crosstabulation

			Kategori_kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Jenis_kelamin Laki-laki	Count	16	25	41	
	% within Jenis_kelamin	39.0%	61.0%	100.0%	
Perempuan	Count	11	20	31	
	% within Jenis_kelamin	35.5%	64.5%	100.0%	
Total	Count	27	45	72	
	% within Jenis_kelamin	37.5%	62.5%	100.0%	

Pendidikan_Terakhir * Kategori_kepatuhan Crosstabulation

			Kategori_kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Pendidikan_Terakhir	SD	Count	6	9	15
		% within Pendidikan_Terakhir	40.0%	60.0%	100.0%
	SMP	Count	8	10	18
		% within Pendidikan_Terakhir	44.4%	55.6%	100.0%
SMA	Count	8	20	28	
	% within Pendidikan_Terakhir	28.6%	71.4%	100.0%	
D3/S1/S2/S3	Count	5	6	11	
	% within Pendidikan_Terakhir	45.5%	54.5%	100.0%	
Total	Count	27	45	72	
	% within Pendidikan_Terakhir	37.5%	62.5%	100.0%	



Status_Pernikahan * Kategori_kepatuhan Crosstabulation

			Kategori_kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Status_Pernikahan	Menikah	Count	21	40	61
		% within Status_Pernikahan	34.4%	65.6%	100.0%
	Belum Menikah	Count	3	1	4
		% within Status_Pernikahan	75.0%	25.0%	100.0%
	Janda/Duda	Count	3	4	7
		% within Status_Pernikahan	42.9%	57.1%	100.0%
Total		Count	27	45	72
		% within Status_Pernikahan	37.5%	62.5%	100.0%



NYHA * Kategori_kepatuhan Crosstabulation

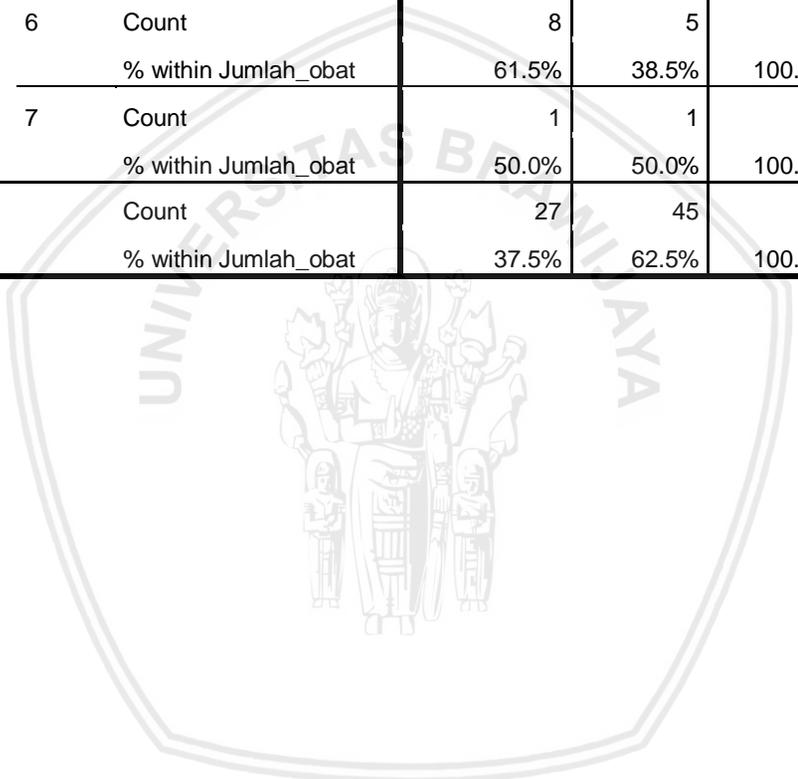
			Kategori_kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
NYHA	Kelas 1	Count	1	0	1
		% within NYHA	100.0%	0.0%	100.0%
	Kelas 2	Count	8	16	24
		% within NYHA	33.3%	66.7%	100.0%
	Kelas 3	Count	18	29	47
		% within NYHA	38.3%	61.7%	100.0%
Total		Count	27	45	72
		% within NYHA	37.5%	62.5%	100.0%

Lama_menderita * Kategori_kepatuhan Crosstabulation

			Kategori_kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Lama_menderita	Kurang dari 1 tahun	Count	4	8	12
		% within Lama_menderita	33.3%	66.7%	100.0%
	1-5 tahun	Count	16	27	43
		% within Lama_menderita	37.2%	62.8%	100.0%
	lebih dari 5 tahun	Count	7	10	17
		% within Lama_menderita	41.2%	58.8%	100.0%
Total		Count	27	45	72
		% within Lama_menderita	37.5%	62.5%	100.0%

Jumlah_obat * Kategori_kepatuhan Crosstabulation

			Kategori_kepatuhan		Total
			Tidak Patuh	Patuh	
Jumlah_obat 3	Count	4	6	10	
	% within Jumlah_obat	40.0%	60.0%	100.0%	
4	Count	8	16	24	
	% within Jumlah_obat	33.3%	66.7%	100.0%	
5	Count	6	17	23	
	% within Jumlah_obat	26.1%	73.9%	100.0%	
6	Count	8	5	13	
	% within Jumlah_obat	61.5%	38.5%	100.0%	
7	Count	1	1	2	
	% within Jumlah_obat	50.0%	50.0%	100.0%	
Total	Count	27	45	72	
	% within Jumlah_obat	37.5%	62.5%	100.0%	



Usia * READMISI Crosstabulation

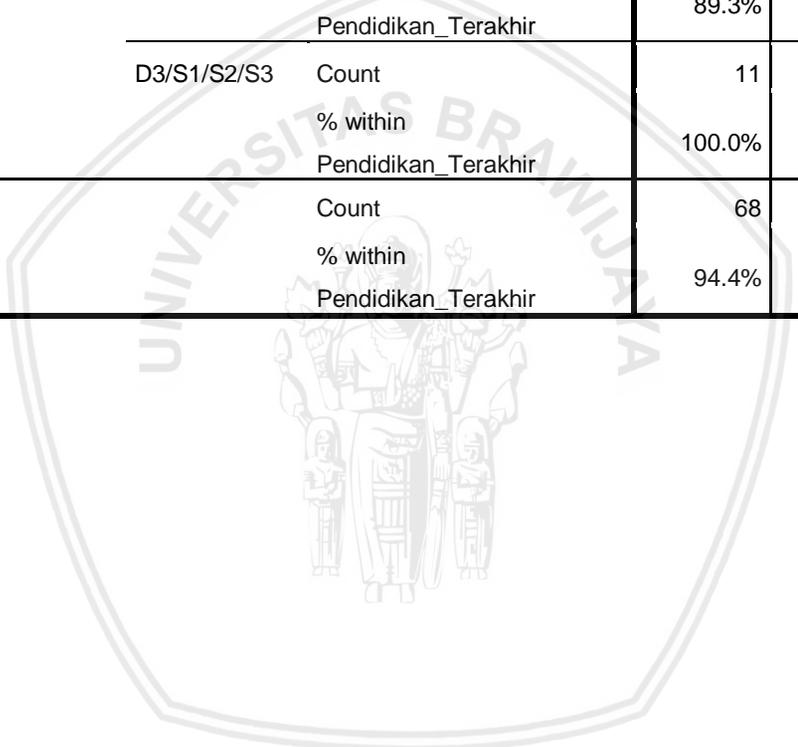
			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Usia < 45	Count	7	1	8	
	% within Usia	87.5%	12.5%	100.0%	
45-59	Count	36	0	36	
	% within Usia	100.0%	0.0%	100.0%	
60-74	Count	19	2	21	
	% within Usia	90.5%	9.5%	100.0%	
75-90	Count	6	1	7	
	% within Usia	85.7%	14.3%	100.0%	
Total	Count	68	4	72	
	% within Usia	94.4%	5.6%	100.0%	

Jenis_kelamin * READMISI Crosstabulation

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Jenis_kelamin Laki-laki	Count	39	2	41	
	% within Jenis_kelamin	95.1%	4.9%	100.0%	
Perempuan	Count	29	2	31	
	% within Jenis_kelamin	93.5%	6.5%	100.0%	
Total	Count	68	4	72	
	% within Jenis_kelamin	94.4%	5.6%	100.0%	

Pendidikan_Terakhir * READMISI Crosstabulation

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Pendidikan_Terakhir	SD	Count	15	0	15
		% within Pendidikan_Terakhir	100.0%	0.0%	100.0%
	SMP	Count	17	1	18
		% within Pendidikan_Terakhir	94.4%	5.6%	100.0%
SMA	Count	25	3	28	
	% within Pendidikan_Terakhir	89.3%	10.7%	100.0%	
D3/S1/S2/S3	Count	11	0	11	
	% within Pendidikan_Terakhir	100.0%	0.0%	100.0%	
Total	Count	68	4	72	
	% within Pendidikan_Terakhir	94.4%	5.6%	100.0%	



Crosstab

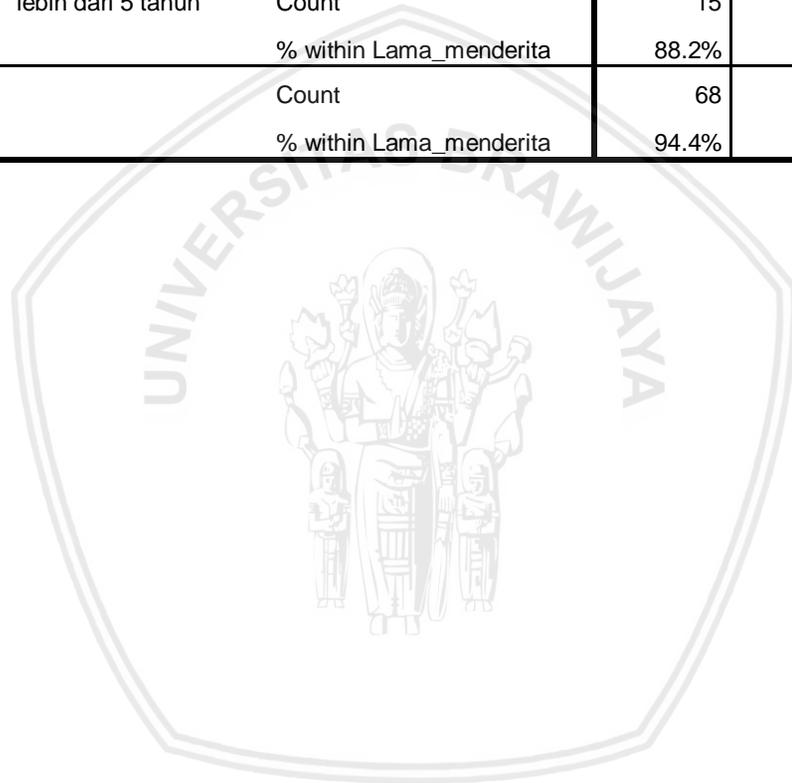
			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Status_Pernikahan	Menikah	Count	60	1	61
		% within Status_Pernikahan	98.4%	1.6%	100.0%
	Belum Menikah	Count	2	2	4
		% within Status_Pernikahan	50.0%	50.0%	100.0%
	Janda/Duda	Count	6	1	7
		% within Status_Pernikahan	85.7%	14.3%	100.0%
Total		Count	68	4	72
		% within Status_Pernikahan	94.4%	5.6%	100.0%

Crosstab

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
NYHA	Kelas I	Count	0	1	1
		% within NYHA	0.0%	100.0%	100.0%
	Kelas 2	Count	24	0	24
		% within NYHA	100.0%	0.0%	100.0%
	Kelas 3	Count	44	3	47
		% within NYHA	93.6%	6.4%	100.0%
Total		Count	68	4	72
		% within NYHA	94.4%	5.6%	100.0%

Crosstab

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Lama_menderita	Kurang dari 1 tahun	Count	12	0	12
		% within Lama_menderita	100.0%	0.0%	100.0%
	1-5 tahun	Count	41	2	43
		% within Lama_menderita	95.3%	4.7%	100.0%
	lebih dari 5 tahun	Count	15	2	17
		% within Lama_menderita	88.2%	11.8%	100.0%
Total		Count	68	4	72
		% within Lama_menderita	94.4%	5.6%	100.0%



Lampiran 13. Hasil Uji Korelasi *Chi-Square*

Kategori_kepatuhan * READMISI Crosstabulation

			READMISI		Total
			Tidak	Ya di RSSA	
Kategori_kepatuhan	Tidak Patuh	Count	24	3	27
		% within Kategori_kepatuhan	88.9%	11.1%	100.0%
	Patuh	Count	44	1	45
		% within Kategori_kepatuhan	97.8%	2.2%	100.0%
Total		Count	68	4	72
		% within Kategori_kepatuhan	94.4%	5.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.541 ^a	1	.111		
Continuity Correction ^b	1.129	1	.288		
Likelihood Ratio	2.469	1	.116		
Fisher's Exact Test				.145	.145
Linear-by-Linear Association	2.506	1	.113		
N of Valid Cases	72				

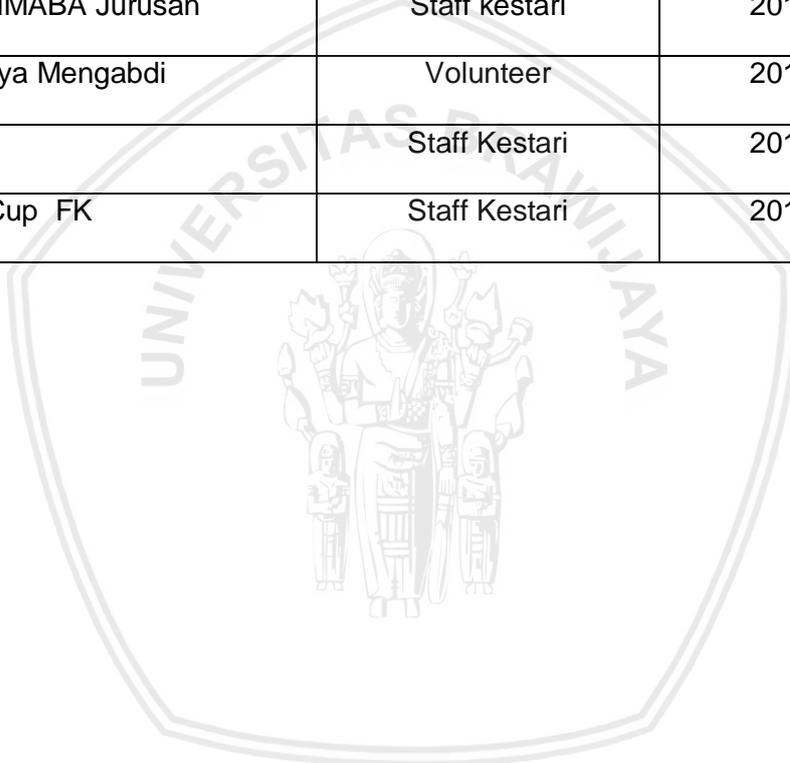
Lampiran 10. *Curriculum Vitae***CURRICULUM VITAE**

Nama : Eritia Ekky Wahyuningtias
 Tempat Tanggal Lahir : Probolinggo, 24 Desember 1996
 Alamat : Desa Ngepoh no.56 Dringu-Probolinggo
 Email : eritiaekky@gmail.com
 No HP/WA : 082228145564
 Motto :
 Riwayat Pendidikan

	SD	SMP	SMA	Perguruan Tinggi
Nama Institusi	SD Taruna Dra Zulaeha	SMP Taruna Dra Zulaeha	SMA Taruna Dra Zulaeha	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
HIMKAJAYA	Anggota	2016
Up Grading Himkajaya	Staff Kestari	2016
Spectanica	Staff Kestari	2016
Sarkeplik	Staff Perkap	2016
Staff Magang Himkajaya	Kordi Kestari	2016
PROBINMABA Jurusan	Staff kestari	2016
Himkajaya Mengabdi	Volunteer	2016
NSF	Staff Kestari	2017
Dekan Cup FK	Staff Kestari	2017



Lampiran 11. Dokumentasi Penelitian

DOKUMENTASI PENELITIAN

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



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

