

**EFEKTIFITAS PENERAPAN IDEAL (INCLUDE, DISCUSS, EDUCATE, ASSES, LISTEN)
DISCHARGE PLANNING TERHADAP AVERAGE LENGTH OF STAY (AvLOS),
HOSPITAL COSTS PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE (CHF)**

Weny Anggraini Adhistry¹, Saldy Yusuf², Cahyono Kaelan

^{1,2} Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin

³ Fakultas Kedokteran, Universitas Hasanuddin

email: wenyadhistry@yahoo.com

ABSTRACT

The aim of the research was to determine the effect of IDEAL Discharge Planning Implementation on Average Length of Stay (AvLOS) and Hospital Cost patients with Congestive Heart Failure (CHF). The research used quasy experiment post test only non equivalent control group design. The sample was 36 respondents consisting of 18 intervention groups and 18 control groups. Data were analyzed using two methods, Mann Withney statistical test for numerical data and Fisher's Exact Test for categorical data. The results showed that there was significant effect of discharge planning implementation on AvLOS and Hospital Cost patients with CHF with p Value < 0.05 where the mean value of AvLOS group of intervention group 4.83 days was much shorter than the mean AvLOS control group extending up to 8.28 days with significance level = 0.015. This also has implications for Hospital Cost where the mean control group is much larger that is Rp. 6,798,659.22 while in the intervention group of Rp. 3.291.54 with significance level p = 0.001.

Keywords: Average Length Of Stay (AvLOS), Discharge Planning, Hospital Cost, Congestive Heart Failure

ABSTRACT

Penelitian ini bertujuan mengetahui Efektifitas Penerapan IDEAL *Discharge Planning* terhadap *Average Length of Stay (AvLOS)* dan *Hospital Cost* pada pasien dengan *Congestive Heart Failure (CHF)*. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasy eksperimen post test only non equivalent control group*. Sampel penelitian sebanyak 36 responden yang terdiri dari 18 kelompok intervensi dan 18 kelompok kontrol. Data dianalisis dengan menggunakan 2 metode, yaitu uji statistik *Mann Withney* untuk data numerik dan uji *Fisher's Exact Test* untuk data kategorik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat efektifitas penerapan *discharge planning* secara signifikan terhadap *AvLOS* dan *Hospital Cost* pada pasien dengan CHF dengan nilai $p < 0.05$ dimana nilai *Mean AvLOS* kelompok intervensi yakni 4.83 hari jauh lebih singkat daripada *Mean AvLOS* kelompok kontrol memanjang hingga 8.28 hari dengan tingkat kemaknaan $p = 0.015$. Hal ini juga berimplikasi terhadap *Hospital Cost* dimana *mean* kelompok kontrol jauh lebih besar yakni Rp. 6.798.659.22 sedangkan pada kelompok intervensi sebesar Rp. 3.291.754 dengan tingkat kemaknaan $p = 0.001$.

Kata Kunci: Average Length Of Stay (AvLOS), Discharge Planning, Hospital Cost, Congestive Heart Failure

PENDAHULUAN

Salah Satu indikator mutu pelayanan kesehatan adalah pemberian asuhan keperawatan termasuk di rumah sakit. Proses asuhan keperawatan itu sendiri secara berkesinambungan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi perkembangan pasien mencapai hasil akhir yang sudah ditetapkan (Sitorus, 2011). Salah satu aplikasi manajemen keperawatan guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan melalui penerapan *discharge planning* secara berkesinambungan sejak pasien dirawat pertama kali di ruang rawat inap sampai pasien rencana pulang (Alves et al., 2012). Pemberian *discharge planning* yang dimaksud adalah sejak pasien baru masuk, menjalani perawatan dan persiapan kembali ke rumah, dimana kemampuan pasien dan keluarga dalam menanggulangi penyakitnya berpotensi mengurangi *length of stay*, resiko keparahan (*severity*) dan resiko dirawat kembali ke rumah sakit (*readmission*) dalam rentan waktu 30 hari setelah dirawat di Rumah Sakit (Ong et al., 2016).

Hal senada ditunjukkan pada hasil penelitian (Bowers & Cheyne, 2016) bahwa pemberian *discharge planning* mampu memperpendek lama hari rawat/ *length of stay* (LOS) dari 36 jam menjadi 30 jam dan mampu menghemat biaya sebesar £117. Penelitian lain oleh Baghae, et.al (2016) menunjukkan bahwa melalui penerapan *discharge planning* berkesinambungan sejak pasien masuk di ruang rawat inap hingga persiapan pulang secara signifikan mampu mengurangi kecemasan pasien dan meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga terkait kondisi kesehatan pasien dengan masalah jantung sehingga mampu mempercepat proses perawatan di

rumah sakit. Hasil penelitian (Clifford, 2014) juga menunjukkan bahwa pemberian *discharge planning* mampu memendekkan rata-rata lama hari rawat pasien (*AvLOS*).

Dengan demikian, secara umum *discharge planning* mampu menurunkan *AvLOS* dan *hospital cost*, disisi lain pelayanan keperawatan di rumah sakit telah melakukan pemberian *discharge planning*, namun dalam penerapannya hanya bersifat seperti pendokumentasian keperawatan, dimana tidak dilakukan pengkajian awal sejak pasien baru masuk di ruang rawat inap sampai persiapan pulang hanya berupa pemberian lembar resume keperawatan yang berisi tentang jadwal kontrol selanjutnya (bila ada), intervensi medis dan non medis, serta gizi yang harus dipenuhi sejak pasien kembali ke rumah.

Hasil perolehan data awal dari pihak rekam medis RS DR. Wahidin Sudirohusodo bahwa peyakit CHF merupakan 10 penyakit terbanyak di RS tersebut dengan jumlah penderita yang semakin bertambah setiap tahunnya. Data awal rekam medis menunjukkan pada tahun 2014 (337 kasus), tahun 2015 (437 kasus) dan data triwulan pertama tahun 2016 (141 kasus) dengan *AvLOS* untuk NYHA I-II (5-6 hari), dan NYHA III-IV (23-24 hari) rawat inap berarti lebih lama dari masa *clinical pathway* 9-12 hari (NYHA III-IV).

Sebagai salah satu sampel pasien dengan diagnosa CHF NYHA III telah dirawat selama 34 hari di kelas 2, klaim asuransi kesehatan pasien CHF NYHA III Rp. 9.790.300 namun *Hospital Cost* pasien selama 1 episode perawatan mencapai Rp. 49. 044.736 sehingga pihak RS harus menanggung selisih biaya sebesar Rp. 39.254.436 (Rekam Medis RS. DR. Wahidin Sudirohusodo). Adapun biaya rawat inap

untuk pasien CHF beragam berdasarkan derajat NYHA dan tarif INA-CBGs (2014) dimana RS DR. Wahidin Sudirohusodo merupakan RS tipe A pada regional 3 maka besar tarif klaim asuransi terhadap kasus CHF NYHA I-II kelas 1 (Rp. 7.058.000), kelas 2 (Rp. 6.049.200), dan kelas 3 (Rp. 5.041.500). NYHA III, kelas 1 (Rp. 11.422.100), kelas 2 (Rp. 9.790.300), kelas 3 (Rp. 8.157.800), sedangkan NYHA IV kelas 1 (Rp. 14.108.600), kelas 2 (Rp. 12.094.300), dan kelas 3 (Rp. 10.007.600) (Rekam Medis RS DR. Wahidin Sudirohusodo).

Berdasarkan uraian diatas maka dapat dirumuskan masalah bahwa pelaksanaan *discharge planning* berupa pendokumentasian, tingginya angka prevalensi *AvLOS* serta tingginya biaya selisih yang harus dibayar pihak RS maka sangat perlu dilakukan peningkatan penanganan perawatan pasien termasuk perbaikan dalam pemberian *discharge planning* sehingga dapat menekan angka *AvLOS* dan *hospital costs* pada pasien CHF.

METODE

Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2017 sampai bulan Juli 2017 di ruangan rawat inap RS Wahidin Sudirohusodo. Dimana dilakukan pengambilan sampel setiap hari pada pasien rawat inap sesuai dengan kriteria inklusi. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah *Quasi Eksperimen* (eksperimen semu) *post test only non equivalent control group*, dalam desain ini tidak terdapat pembatasan randomisasi jika memasukkan subjek ke dalam kelompok perlakuan ataupun kelompok kontrol (Dharma. K,2011). Setelah itu, peneliti mengidentifikasi *AvLOS* pasien dengan harapan setelah pemberian IDEAL *discharge planning*, *AvLOS* pasien dapat

menurun dan berimplikasi terhadap *hospital costs*.

Populasi pada penelitian ini adalah pasien yang masuk ruang rawat inap dengan diagnosa medis CHF di rumah sakit DR. Wahidin Sudirohusodo sebesar 141 pasien. Menurut Dharma (2011) sampel merupakan sekelompok unit yang lebih kecil dari populasi dimana peneliti langsung mengumpulkan data, melakukan pengukuran/pengamatan pada unit tersebut. Adapun teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dengan teknik *nonprobability* dengan pendekatan *consecutive sampling*. Besar sampel pada penelitian ini adalah 36 pasien dengan menggunakan rumus dari Slovin dalam (Sugiyono, 2013).

Pengumpulan data yang dilakukan menggunakan metode pendekatan partisipatif dengan teknik pengumpulan data melalui studi pustaka yang dimaksudkan untuk mendapatkan kajian dasar teoritik yang relevan dengan masalah yang diteliti, wawancara, yaitu pengumpulan data dengan melakukan tanya jawab terhadap responden untuk pengambilan data awal, observasi (survey), yaitu pengumpulan data primer yang dilakukan dengan cara pengamatan langsung pada lokasi penelitian, dan studi dokumen, yaitu pengumpulan data melalui penelusuran data-data sekunder dari instansi terkait seperti literatur dan data-data yang terkait sesuai tujuan penelitian (peraturan-peraturan yang terkait dengan *discharge planning* dan *AvLOS*).

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini kemudian dianalisis dengan menggunakan 2 metode analisis yaitu analisis *univariat* dan analisis *bivariat*. Adapun analisis *univariat* adalah analisis antara variabel independen dan dependen dimana data yang diperoleh didistribusikan dalam bentuk tabel

distribusi frekuensi, ukuran tendensi sentral (mean, median, modus) atau grafik. Pada penelitian ini variabel independen terdiri dari penerapan *discharge planning*, variabel dependen terdiri dari *AvLOS* dan *hospital costs*. Sedangkan analisis *bivariat* dilakukan untuk menguji hipotesis atau untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang bersangkutan. Sebelum menentukan jenis analisis bivariat yang akan digunakan, dilakukan uji normalitas untuk jenis data numerik. Dimana data numerik hasil penilaian umumnya mengikuti distribusi normal namun beberapa distribusi data numerik tidak mengikuti asumsi distribusi normal sehingga perlu dilakukan uji normalitas data dengan uji *Shapiro-wilk* untuk besar sampel kurang dari 50 responden.

HASIL PENELITIAN

Analisis Univariat

Penelitian ini dilaksanakan di RS Wahidin Sudirohusodo di Ruang Penyakit Jantung Terpadu (PJT) pada tanggal 24 april 2017 sampai 9 Juli 2017. Sebelum melakukan pengumpulan data, dilakukan *miniworkshop* terkait *IDEAL discharge planning* kepada 6 orang *discharge planner* yang telah memenuhi kriteria sebagai *discharge planner*.

Sebelum dilakukan penerapan *IDEAL Discharge Planning*, terlebih dahulu dilakukan *miniworkshop IDEAL Discharge Planning AHRQ Tools* terhadap 12 orang perawat yang telah memenuhi syarat sebagai pemberi *discharge planning*. Selama kurang lebih satu minggu pelaksanaan, sebanyak 1 orang perawat mengundurkan diri dengan alasan tidak mampu menerapkan *IDEAL Discharge Planning* di ruangan karena penerapan yang sangat menyita waktu, selain itu, beban

kerja di ruangan dirasa sudah sangat berat.

Penerapan *IDEAL discharge planning* dilakukan sebanyak 4 kali tatap muka dengan pasien dan keluarga dimana pada pertemuan pertama, perawat melakukan asesmen terkait siapa yang akan merawat pasien setelah berada di rumah, kemudian pertemuan berikutnya menetapkan tujuan dan target perawatan pasien secara bersama dengan keluarga, lalu pertemuan ke tiga memberikan *deep learning* kepada pasien dan keluarga terkait kondisi kesehatan pasien dan pertemuan terakhir sehari sebelum pasien pulang, perawat memberikan resume pulang kepada pasien serta menjelaskan secara rinci setiap *item* terkait.

Proses Pengumpulan data dilakukan di Ruang Perawatan PJT dan Ruang HCU/CVCU PJT, dimana sampel terdiri dari 2 kelompok yakni 18 responden kelompok kontrol dan 18 responden kelompok intervensi. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel frekuensi (%) untuk data kategorik dan data numerik disajikan dalam bentuk mean, median, standar deviasi dan nilai IQR kemudian dilanjutkan dengan penjelasan tabel.

Tabel 1 menunjukkan distribusi karakteristik dari dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kontrol dimana total responden sebanyak 36 dan disebar kedalam 2 kelompok yang terdiri dari 18 kelompok kontrol dan 18 kelompok intervensi. Data terkait median usia pada kelompok kontrol berada pada 58.50 (IQR 20) sedangkan pada kelompok intervensi, median usia berada pada 59.50 (19). Menurut tingkat pendidikan pada kelompok kontrol, responden rata-rata berlatar belakang SLTP dan Perguruan Tinggi masing-masing sebesar 27.8%, dan pada

kelompok intervensi didominasi oleh responden dengan latar belakang Perguruan Tinggi sebesar 44.4%. Dari segi status pekerjaan, pada kelompok

kontrol mayoritas responden bekerja 61.1%. dan pada kelompok intervensi, responden bekerja sebesar 72.2%.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Diagnosa utama, Comorbid Di Ruang Rawat Inap RS Wahidin Sudirohusodo

Variabel	Total				p
	Kelompok Kontrol		Kelompok intervensi		
	n:18	%	n:18	%	
Usia, Median (IQR)	58.50	(20)	59.50	(19)	0.308
Jenis Kelamin, n (%)					0.381
Laki-laki	13	72.2	12	66.7	
Perempuan	5	27.8	6	33.3	
Tingkat Pendidikan, n (%)					0.023
SD	4	22.2	5	27.8	
SLTP	5	27.8	2	11.1	
SLTA	4	22.2	3	16.7	
PT	5	27.8	8	44.4	
Pekerjaan, n (%)					0.001
Tidak Bekerja	7	38.9	5	27.8	
Bekerja	11	61.1	13	72.2	
Diagnosa, n (%)					0.348
CHF NYHA III	15	83.3	11	61.1	
CHF NYHA IV	3	16.7	7	38.9	
Diagnosa Penyerta, n (%)					0.001
1 Comorbid	-	-	1	5.6	
2 Comorbid	18	100	17	94.4	

Data numerik diuji menggunakan *mann withney* sedangkan Data kategorik diuji menggunakan uji *Fisher's Exact*

Tabel 2. Breakdown Hospital Cost Pasien CHF Di Ruang Rawat Inap RS Wahidin

Unit Layanan	Item Tindakan	Jumlah	Tagihan	Harus Bayar
Administrasi	-	1	7.500	7.500
PJT IGD (IRNA)	Akomodasi	0	0	0
PJT CVCU (NON VIP)	Akomodasi	6	3.240.000	3.240.000
PJT CVCU	Tindakan O2	1	717.000	717.000
Lab PCC	Tindakan Lab	8	383.000	383.000
Farmasi	Pengambilan Obat	140	3.263.316	3.263.316
Farmasi (Retur)	Pengembalian Obat	11	-92.930	-92.930
PJT CVCU	Visite dokter & perawat	6	2.160.000	2.160.000
PJT CVCU	Tindakan IRNA	52	3.062.230	3.062.230
PJT Perawatan (Lt.3)	Akomodasi	6	741.600	741.600
Poli Jantung	Tindakan IRNA	1	300.000	300.000
Cath Lab	Tindakan IRNA	1	7.200.000	7.200.000
PJT Perawatan (Lt.3)	Tindakan IRNA	14	897.000	897.000
PJT Perawatan (Lt.3)	Visite dokter & perawat		494.400	494.400
Total Tagihan			22.373.116	22.373.116
Total Jaminan			8.657.900	
Total Subsidi: Total Tagihan - Total Jaminan				
Rp. 22.373.116 - Rp 8.657.900 =			13.715.216	

Tabel 3. Perbedaan AvLOS dan Hospital Cost kelompok kontrol dan kelompok intervensi pasien CHF di Ruang Rawat Inap RS Wahidin Sudirohusodo

Variabel	Total		Total	
	Kelompok Kontrol n:18	Kelompok intervensi n: 18	Kelompok kontrol n:18	Kelompok intervensi n: 18
AvLOS, Median (IQR)	6.50	9	4.00	8
Mean (\pm SD)	8.28	(SD \pm 4.95)	4.83	(\pm 4.95)
Hospital Cost, Median (IQR)	5.286.233	6.249.831	2.626.544,50	3.387.318
Mean (\pm SD)	6.798.659,22	5.580.903,72	3.291.754	2.081.229,98

Data numerik diuji menggunakan *mann withney*

Tabel 4. Analisis Perbedaan tarif Hospital Dan Tarif INA CBGs

Variabel	Mean	Maksimum	Minimum
Hospital Cost			
Intervensi	3.291.754	7.743.893	1.173.500
Kontrol	6.798.659,22	20.200.866	1.515.175
INACBGs			
Intervensi	6.236.083,33	7.902.500	4.869.600
Kontrol	5.585.488,89	6.773.600	4.869.600

Data numerik diuji menggunakan *mann withney* sedangkan Data kategorik diuji menggunakan *Fisher Exact*

Besaran selisih *Hospital Cost* dengan tarif INA CBGs karena beberapa hal seperti tarif akomodasi rawat inap pasien di Rumah Sakit dihitung per hari sedangkan pada tarif INA CBGs dihitung berdasarkan *grouping diagnosa*. Selain itu ada beberapa tindakan yang diluar dari tanggungan klaim INA CBGs misalnya tindakan *Cath Lab* (Tabel 2).

Tabel 3 menunjukkan hasil *Median AvLOS* kelompok kontrol 6.50 (IQR 9) sedangkan pada kelompok intervensi sebesar 4.00 (IQR 8) dimana hal ini menunjukkan bahwa median *AvLOS* kelompok kontrol jauh lebih besar dibandingkan *AvLOS* kelompok intervensi. Berdasarkan variabel *Hospital Cost*, *median* pada kelompok kontrol, jauh lebih tinggi dibandingkan pada kelompok intervensi. Berdasarkan *Hospital Cost* dan tarif INACBG's terdapat perbedaan rata-rata (mean)

Tabel 5. Hubungan Pelaksanaan Discharge Planning dengan AvLOS dan Hospital Cost pada pasien dengan CHF di RS Wahidin Sudirohusodo

Variabel	Median Rank	P Value
AvLOS		
Kontrol	22.69	0.015
Intervensi	14.31	
Hospital Cost		
Kontrol	23.00	0.001
Intervensi	14.00	

Data numerik dianalisis menggunakan uji *Mann Withney*

Hospital Cost dan INA CBGs pada pasien kelompok intervensi dan pasien kelompok kontrol. Dimana *mean Hospital Cost* kelompok intervensi Rp. 3.291.754 dan kelompok kontrol sebesar Rp. 6.798.659 sedangkan *mean* tarif INA CBGs pada kelompok intervensi sebesar Rp. 6.236.083 dan kelompok kontrol sebesar Rp. 5.585.488 (Tabel 4).

Analisis Bivariat

Pada tabel 5 akan dianalisis variabel yang berhubungan dengan pelaksanaan *discharge planning*. Dimana variabel *discharge planning* akan dihubungkan dengan 2 variabel dependen yakni *AvLOS* dan *Hospital Cost*. Uji Korelasi variabel *Discharge Planning* dengan variabel *AvLOS*. Berdasarkan tabel 3 terlihat bahwa nilai

Median Rank AvLOS kelompok kontrol memiliki nilai 22.69 dan kelompok intervensi sebesar 14.31 dengan taraf signifikansi *sig(2-tiled)* atau probabilitas (p)= 0.015 dengan taraf kepercayaan 0.05 atau 95%. Oleh karena itu nilai $p < \alpha < 0.05$ artinya terdapat hubungan antara pelaksanaan *discharge planning* dengan jumlah AvLOS. Uji Korelasi variabel *Discharge Planning* dengan variabel *Hospital Cost*. Pada bagian ini dianalisis variabel yang berhubungan dengan pelaksanaan *discharge planning*. Pada tabel 3 terlihat bahwa nilai Median Rank *Hospital Cost* kelompok kontrol memiliki nilai 23.00 dan kelompok intervensi sebesar 14.00 dengan taraf signifikansi *sig(2-tiled)* atau probabilitas (p)= 0.001 dengan taraf kepercayaan 0.05 atau 95%.

PEMBAHASAN

Efektivitas Penerapan *discharge planning* terhadap AvLOS kelompok yang diberi IDEAL *discharge planning* dengan kelompok yang tidak diberi *discharge planning*. Dari hasil analisis test *Mann Withney* diperoleh perbedaan yang signifikan antara *Average Length Of Stay (AvLOS)* pada kelompok yang diberikan *discharge planning* dengan kelompok yang tidak diberikan *discharge planning* namun hanya berupa resume pulang saja dengan nilai pada AvLOS sebesar $p = 0.015$ dan nilai p pada *Hospital Cost* sebesar 0.001. Hasil penelitian ini didukung oleh beberapa penelitian terdahulu salah satunya oleh Hastono, Pemila dan Sitorus (2010) bahwa melalui penerapan *discharge planning* mampu memendekkan lama hari rawat pasien. Hal tersebut juga didukung oleh hasil penelitian Bowers & Cheyne (2016) bahwa *discharge planning* secara signifikan mampu memendekkan lama hari rawat sebesar

sepertiga dari total responden pasien post partum.

Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa salah satu penyebab AvLOS memanjang adalah pemulangan pasien bertepatan dengan hari libur kerja, namun pada penelitian ini hal tersebut tidak terjadi sebab di RS Wahidin Sudirohusodo khususnya di Ruang Rawat Inap dan HCU PJT, sudah terbentuk tim khusus yang menangani pasien yang rencana pulang pada hari libur kerja (Wang, Zhang, Ayala, Wall, & Fang, 2010)

Analisis *Hospital Cost* pada pasien dengan CHF. Pada Tabel 3 menunjukkan bahwa terdapat selisih biaya pada tarif *Hospital Cost* dan tarif INA CBGs. Dimana pada kelompok kontrol tarif maksimum *Hospital Cost* sebesar Rp. 20.200.866 sedangkan tarif maksimum INA CBGs hanya berkisar Rp. 6.773.600, berbeda dengan kelompok intervensi dimana tarif *Hospital Cost* maksimum sebesar Rp. 7.743.893 dengan tarif INA CBGs maksimum Rp. 7.902.500. Hal ini menunjukkan terjadi Selisih biaya *Hospital Cost* dengan tarif INA CBG's pada pasien kelompok kontrol (tanpa *discharge planning*). Pada penelitian ini, perbedaan *Hospital Cost* pada kelompok kontrol dan intervensi terjadi secara signifikan karena melalui penerapan IDEAL *discharge planning* mampu memandirikan pasien dan keluarga dalam merawat pasien selama proses penyembuhan dan pemulihan di Rumah sakit serta meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga terkait perawatan pasien di rumah.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan implementasi IDEAL *Discharge Planning* dapat menurunkan AvLOS dan *Hospital Cost* pasien. Implementasi IDEAL

Discharge Planning juga dapat menekan Hospital Cost terhadap tarif INA CBGs sehingga tidak ada beban tambahan biaya bagi pasien dengan CHF.

DAFTAR PUSTAKA

- Alves, F. D., Souza, G. C., Brunetto, S., Perry, I. D. S., Biolo, A., & Aleatorizado, E. (2012). Nutritional orientation, knowledge and quality of diet in heart failure; randomized clinical trial, *27(2)*, 441–448. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5503>
- Bowers, J., & Cheyne, H. (2016). Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Services Research*, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1214-4>
- Clifford, T. (2014). Length of Stay — Discharge Criteria. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *29(2)*, 159–160. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.12.005>
- Dharma, K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Infomedia.
- Ong, M. K., Romano, P. S., Edgington, S., Aronow, H. U., Auerbach, A. D., Black, J. T., ... Fonarow, G. C. (2016). Effectiveness of Remote Patient Monitoring After Discharge of Hospitalized Patients With Heart Failure. *JAMA Internal Medicine*, *176(3)*, 310. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7712>
- Sitorus, R. (2011). *Manajemen Keperawatan: Manajemen Keperawatan Di Ruang Rawat Inap*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono. (2013). *Metodologi Penelitian Kuantitatif-Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Wang, G., Zhang, Z., Ayala, C., Wall, H. K., & Fang, J. (2010). Costs of heart failure-related hospitalizations in patients aged 18 to 64 years. *American Journal of Managed Care*, *16(10)*, 769–776. [https://doi.org/12728 \[pii\]](https://doi.org/12728)