

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal jantung menjadi masalah kesehatan masyarakat yang utama pada beberapa negara industri, maju dan negara berkembang seperti Indonesia. CHF (*Congestive Heart Failure*) adalah penyakit kronis yang menimbulkan beban yang signifikan bagi klien dan keluarga maupun bila dirawat di rumah sakit karena kondisinya yang kompleks (Braunwald. *et.al.* , 2005).

Gagal jantung menjadi masalah utama dalam bidang kardiologi karena bertambahnya jumlah penderita dan kejadian rawat ulang serta kematian dan kecacatan. Penyebab meningkatnya masalah gagal jantung adalah: (1) Keberhasilan penanganan serangan akut miokard infark yang berhasil menyelamatkan nyawa namun kecacatannya menyebabkan gagal jantung. (2) Bertambahnya jumlah orang yang mencapai usia lanjut sedangkan pada usia lanjut akan terjadi gagal jantung karena perjalanan usia. (3) Masih tingginya kejadian infeksi di Indonesia yang dapat menyebabkan penyakit jantung reumatik pasca infeksi *Streptococcus beta hemolitikus*, infeksi virus yang menyebabkan miokarditis, infeksi yang menyebabkan endokarditis serta tuberkulosis yang menyebabkan pericarditis tuberkulosa. (4) Masih seringnya ditemukan faktor faktor risiko penyakit jantung koroner seperti banyaknya perokok, diabetes, hiperkolesterolemia, hipertensi dan obesitas. Indonesia ikut dalam pendataan international multi senter pada tahun 2006. Acute

Decompensated Heart failure Registry adalah suatu pendataan international menggunakan web yang mendata pasien dengan *acute decompensated heart failure* yang masuk dan dirawat di unit gawat darurat.

Dari data di 5 rumah sakit besar di pulau Jawa dan Bali yang ikut dalam pendataan ini didapatkan bahwa usia gagal jantung lebih muda, pasien datang lebih parah dan terlambat, lama rawat rata rata 7 hari, dan angka kematian di rumah sakit 6,7%. Makalah ini bertujuan memberikan ringkasan hal hal yang penting dalam diagnosis dan tata laksana gagal jantung. Tiga D (diagnosis cepat tepat, drugs yang berbasis bukti dan devices baru) adalah penting pada gagal jantung, selain itu apa yang harus dikerjakan dan jangan dikerjakan dalam menghadapi gagal jantung juga harus diperhatikan. (Med J Indones 2012)

Gagal jantung merupakan satu-satunya penyakit kardiovaskuler yang terus meningkat insiden dan prevalensinya. Risiko kematian akibat gagal jantung berkisar antara 5-10% pertahun pada gagal jantung ringan yang akan meningkat menjadi 30-40% pada gagal jantung berat. Selain itu, CHF merupakan penyakit yang paling sering memerlukan pengobatan ulang di rumah sakit, dan pentingnya pengobatan rawat jalan harus dilakukan secara optimal. (Miftah, 2004 dalam Scribd 2010). Dari hasil pencatatan dan pelaporan rumah sakit (SIRS, Sistem Informasi Rumah Sakit) menunjukkan *Case Fatality Rate* (CFR) tertinggi terjadi pada gagal jantung yaitu sebesar 13,42%. (Risesdas, 2007). Pada kondisi seperti ini sangat penting bahwa

pasien perlu adanya *self management* yang baik dalam menjalani pengobatan dan perawatan penyakit jantung.

Perawat ditantang untuk memberikan asuhan pada pasien dengan CHF yang sesuai dengan tuntutan masyarakat saat ini. Pendidikan pasien yang berfokus pada *self-management* diakui sebagai hal yang sangat penting. Perawat memegang peran kunci dalam penyelenggaraan pendidikan pasien. Pada pasien dengan *Congestive Hearth Failure* (CHF) yang memiliki berbagai permasalahan fisik maupun psikologis yang membutuhkan bantuan perawatan dalam mengatasinya khususnya dalam hal memberikan pendidikan kesehatan. Seorang perawat spesialis mempunyai tuntutan mampu menjadi konsultan keperawatan untuk mendampingi pasien dan keluarga dalam menyelesaikan permasalahan fisik maupun psikologis pasien dengan CHF (Paul & Sara, 2008).

Perilaku pasien yang setuju terhadap instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi yang ditentukan, baik diet, latihan fisik, pengobatan, atau menepati janji pertemuan dengan dokter sangat diperlukan (Stenley, 2006). Kondisi seperti ini perlu adanya pengetahuan tentang gagal jantung baik bagi keluarga maupun bagi pasien.

Pasien sering kembali ke klinik atau rumah sakit diakibatkan adanya kekambuhan episode gagal jantung yang diakibatkan berbagai faktor yang mempengaruhinya. Kebanyakan kekambuhan gagal jantung terjadi karena pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan, misalnya tidak mampu melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, melanggar pembatasan diet,

tidak mematuhi tindak lanjut medis, melakukan aktivitas fisik yang berlebihan, dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan (Smeltzer dan Bare,2002).

Dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien, keterlibatan pasien dan keluarga sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan keperawatan pada pasien tersebut. Interaksi yang efektif dan efisien harus selalu dilakukan, baik saat pasien berada di ruang perawatan dan bertemu secara langsung dengan perawat maupun saat pasien berada diluar rumah sakit, dimanapun ia berada. Interaksi di luar rumah sakit seringkali diperlukan terkait dengan kebutuhan pendidikan kesehatan tentang penyakit pasien yang akan berubah sesuai kondisi pasien (Paul & Sara., 2008).

Self management merupakan kemampuan pasien CHF dalam mengelola dirinya, ini dapat ditingkatkan dengan edukasi dari perawat, pasien CHF harus mempunyai pengetahuan tentang penyakit yang dialaminya, bagaimana cara pencegahan timbulnya gejala dan apa yang bisa dilakukan pasien CHF jika gejala muncul, dengan *Self management* yang baik maka pasien CHF akan mempunyai motivasi dalam penanganan penyakitnya. Elemen inti dari panduan manajemen CHF adalah monitoring secara teratur oleh klinisi, pengontrolan faktor pencetus, edukasi dan kerjasama antara klinisi dan pasien (Strayer & Caple, 2011)

Menurut penelitian Alexander (2009) bahwa pelaksanaan *Self Management* pasien CHF tidak cukup hanya mengandalkan pengetahuan melalui pemberian pendidikan kesehatan terhadap pasien. Pemberian perawatan informal tidak cukup untuk menjadikan pasien dapat melakukan

manajemen dalam melakukan perawatan pada dirinya sendiri. Kebutuhan adanya pendamping yang mendukung pasien CHF dalam melakukan *Self-care* dalam suatu program yang terdapat dalam *Self-management*. Keberhasilan *Self Management pasien CHF* tidak terlepas dari monitoring secara teratur dan berkelanjutan baik oleh petugas kesehatan maupun keluarga.

Faktor - faktor yang mempengaruhi rawat inap ulang atau ketidaktaatan dalam menjalani pengobatan pada klien gagal jantung kongestif menurut Rich, Beckham dan Wttenberg (1999) adalah faktor perilaku yang diantaranya adalah ketidaktaatan berobat dan diet serta faktor partisipasi keluarga atau sosial diantaranya adalah isolasi sosial. Sedangkan menurut Pauls (2000), mengatakan bahwa faktor yang dapat menyebabkan rawat inap ulang pada klien gagal jantung kongestif dikarenakan kurangnya partisipasi klien dalam perawatan.

Keluarga pasien perlu mempunyai sikap yang positif untuk mencegah kekambuhan pada pasien khususnya pada pasien dengan penyakit jantung yang memerlukan pengobatan dan perawatan dalam jangka panjang. Keluarga perlu memberikan dukungan (*support*) kepada pasien untuk meningkatkan motivasi dan tanggung jawab untuk melaksanakan perawatan secara mandiri. Keluarga perlu mempunyai sikap menerima pasien, memberikan respon positif kepada pasien, menghargai pasien sebagai anggota keluarga dan menumbuhkan sikap tanggung jawab pada pasien. Sikap permusuhan yang ditunjukkan oleh anggota keluarga terhadap pasien akan berpengaruh terhadap kekambuhan pasien. Dukungan keluarga sangat penting untuk membantu pasien bersosialisasi

kembali, menciptakan kondisi lingkungan *supportif*, menghargai pasien secara pribadi dan membantu pemecahan masalah pasien sehingga akan meningkatkan keberhasilan pasien dalam menjalani proses pengobatan (Teddy, *et.al.* 2013).

Proses penyembuhan pada pasien gangguan penyakit jantung harus dilakukan secara holistik dan melibatkan anggota keluarga. Keluarga mempengaruhi nilai, kepercayaan, sikap, dan perilaku klien. Keluarga mempunyai fungsi dasar seperti memberi kasih sayang, rasa aman, rasa dimiliki, dan menyiapkan peran dewasa individu di masyarakat. Hal ini dapat disimpulkan betapa pentingnya peran dukungan keluarga dalam proses penyesuaian kembali setelah selesai program perawatan. Oleh karena itu keterlibatan keluarga dalam perawatan sangat menguntungkan proses pemulihan klien (Yosep, 2009).

Nurdiana, Syafwani, Umbransyah,(2007) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa keluarga berperan penting dalam menentukan cara atau asuhan keperawatan yang diperlukan oleh pasien di rumah sehingga akan menurunkan angka kekambuhan. Hasil penelitian tersebut dipertegas oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Dinostetro (2008), menyatakan bahwa keluarga memiliki fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidupnya serta pasien dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya.

Konseling ditujukan untuk meningkatkan hasil terapi dengan memaksimalkan penggunaan obat-obatan yang tepat (Jepson, 1990, Rantucci,

2007). Salah satu manfaat dari konseling adalah meningkatkan kepatuhan pasien dalam penggunaan obat, sehingga angka kematian dan kerugian (baik biaya maupun hilangnya produktivitas) dapat ditekan (Schnipper, et al., 2006). Selain itu pasien memperoleh informasi tambahan mengenai penyakitnya yang tidak diperolehnya dari dokter karena tidak sempat bertanya, malu bertanya, atau tidak dapat mengungkapkan apa yang ingin ditanyakan (Zillich, Sutherland, Kumbera, Carter, 2005; Rantucci, 2007).

Pasien yang perlu untuk diberi konseling adalah pasien-pasien yang berkemungkinan untuk tidak patuh terhadap pengobatan, aktifitas fisik, program diet, keyakinan atau kepercayaan pada terapi yang telah diberikan seperti pasien yang ditunjuk dokter, pasien dengan penyakit tertentu seperti hipertensi, gagal jantung, pasien yang menerima golongan obat tertentu, pasien geriatrik, pediatrik, pasien yang keluar dari Rumah Sakit, dan lain-lain (Hussar, 1995).

Pada tahap perawatan pasien CHF setelah pulang dari rumah sakit perlu adanya modifikasi gaya hidup meliputi penurunan berat badan, pembatasan asupan garam, diet kolesterol dan lemak jenuh, olahraga, pembatasan konsumsi alkohol dan kopi, relaksasi untuk redakan stress dan menghentikan kebiasaan merokok. Selain itu penderita penyakit jantung juga harus mempunyai pengetahuan dan sikap dalam menstabilkan kondisi jantung sehingga dapat menyesuaikan penatalaksanaan penyakit jantung dalam kehidupan sehari-hari. Dalam beberapa jurnal juga menyebutkan bahwa konseling akan meningkatkan keberhasilan program terapi pasien dinilai dari pengetahuan pasien, sikap dan

praktek pasien (Mellen, Palla, Goff, Bonds, 2004; Zillich, *et al*, 2005; Sushmita, *et al*, 2010).

Pada kondisi gangguan irama jantung dapat menimbulkan kematian secara mendadak. Gejalanya berupa hilangnya kesadaran dengan cepat, yang sering kali didahului nyeri dada. Disamping itu secara umum penderita biasanya tampak cemas, gelisah, pucat dan berkeringat dingin. Denyut nadi umumnya cepat (takikardi), irama tidak teratur, tetapi dapat pula denyut nadi lambat (bradikardia). Hipertensi maupun hipotensi dapat terjadi pada penderita ini. Meskipun kadang-kadang kurang jelas pada pemeriksaan fisik pada jantung, tetapi pemeriksaan menggunakan EKG (elektrokardiografi) akan sangat membantu memberi informasi (Supriyono, 2008)

Hasil pengamatan studi pendahuluan yang dilakukan pada pasien CHF yang telah melakukan pengobatan rawat jalan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten pada 23 Oktober 2013 didapatkan informasi dari 10 orang responden pasien CHF ketika diberikan pertanyaan mengenai pemahaman tentang pengelolaan diri untuk melakukan pengobatan dan perawatan sesuai petunjuk dokter RS menyatakan bahwa 6 orang mengerti dengan baik, 3 orang mengaku agak bingung dan kadang terlambat kontrol, dan satu orang tidak mengerti. Sedangkan untuk pentingnya dukungan keluarga dalam menjalankan pengobatan dari 10 orang menyatakan perlu adanya dukungan dari keluarga, baik isteri, suami, anak, orang tua, atau kerabat terdekat.

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas peneliti tertarik terhadap penelitian mengenai “Pelaksanaan *Self Management* dalam menurunkan detak

jantung, berat badan Pasien *Heart Failure* di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten”

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan di atas dirumuskan permasalahan :

Apakah ada pengaruh pelaksanaan *Self Management* dalam menurunkan detak jantung dan berat badan pasien gagal jantung di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten”?

C. Tujuan

Berdasarkan permasalahan yang ada maka tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Tujuan Umum

Mengetahui Perbedaan sebelum dan sesudah pelaksanaan *Self Management* dalam menurunkan detak Jantung dan berat pasien gagal jantung di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten ”

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui Perbedaan sebelum dan sesudah pelaksanaan *Self Management* pasien gagal jantung.
- b. Mengetahui penurunan detak jantung sebelum dan sesudah pelaksanaan *Self Management* pasien gagal jantung.
- c. Mengetahui penurunan berat badan sebelum dan sesudah pelaksanaan *Self Management* pasien gagal jantung.

D. Manfaat

a. Manfaat teoritis

Hasil yang didapat dalam penelitian ini memberikan informasi tambahan bagi pendidikan keperawatan khususnya keperawatan keluarga dalam hal meningkatkan asuhan keperawatan keluarga terhadap pasien gagal jantung.

b. Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi dan data tambahan dalam penelitian keperawatan dan untuk dikembangkan bagi penelitian selanjutnya dalam ruang lingkup yang sama. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga pasien tentang pentingnya pemberian *self management* dalam meningkatkan keberhasilan program penyembuhan pada pasien gagal jantung.

E. Penelitian Terkait

Tabel. 1 Penelitian terkait

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil
1.	Martje H.L. van der Wal*, Tiny Jaarsma, Dirk J. van Veldhuisen(2004)	<i>Non-compliance in patients with heart failure; how can we management it?</i> Ketidakpatuhan pada pasien dengan gagal jantung, bagaimana mengelolanya?	Study literatur dari MEDLINE dan CINAHL dengan database dari tahun 1988 sampai Juni 2003 dilakukan. Dalam sebuah <i>studi kohort prospektif</i> (N = 431) diterima kembali yang lebih tinggi tarif, hari lagi rawat inap dan EF rendah setelah 6 tahun ditemukan pada pasien HF yang non-compliant dengan digoxin dibandingkan dengan pasien yang compliant dengan yang digoxin ditentukan. Sejak masa follow-up sangat panjang, faktor-faktor lain seperti perubahan pada penyakit keparahan mungkin telah mempengaruhi hasil	Ketidakpatuhan dengan pengobatan dan gaya hidup lainnya rekomendasi merupakan masalah utama pada pasien dengan HF. Intervensi berbasis bukti untuk meningkatkan kepatuhan pasien dengan HF langka. Intervensi yang dapat meningkatkan kepatuhan dan mencegah HF terkait readmissions untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan kebutuhan HF menjadi diuji
2	Martje H.L. van der Wal1*, Tiny Jaarsma1, Debra K. Moser2, Nic	<i>Compliance in heart failure patients: the importance</i>	Metode dan hasil Data dikumpulkan dalam kohort dari 501 pasien HF. Data	Kesimpulan Meskipun beberapa aspek kepatuhan memiliki tingkat yang dapat diterima, sesuai dengan berat

J.G.M. Veeger ³ , Wiek H. van Gilst ^{1,4} , and Dirk J. van Veldhuisen ¹ (2004)	<i>of knowledge and beliefs</i> (Kepatuhan pada pasien gagal jantung: pentingnya pengetahuan dan keyakinan)	klinis dan demografi dinilai dan pasien menyelesaikan kuesioner pada kepatuhan, kepercayaan, pengetahuan, dan perawatan diri perilaku. Secara umum ketaatan adalah 72% pada populasi HF tua ini. Kepatuhan dengan pengobatan dan janji menjaga tinggi (.90%). Sebaliknya, sesuai dengan diet (83%), pembatasan cairan (73%), olahraga (39%), dan berat (35%) itu jelas lebih rendah. Kepatuhan terkait dengan pengetahuan (OR $\frac{1}{4}$ 5,67, CI 2,87-11,19), keyakinan (OR $\frac{1}{4}$ 1,78; CI 1,18-2,69), dan gejala depresi (OR $\frac{1}{4}$ 0,53; CI 0,35-0,78).	dan olahraga yang rendah. Dalam rangka meningkatkan kepatuhan, peningkatan pengetahuan dan perubahan keyakinan pasien dengan pendidikan dan konseling yang direkomendasikan. Perhatian ekstra harus diberikan pasien dengan gejala depresi. Urungkan pengeditan
3 Kate R. Lorig, Rn, Drph (2001)	<i>Effect of a Self</i> <i>Management Program</i> <i>on Patients with</i> <i>Chronic Disease</i>	<i>Before-after cohort study</i> Dari 613 pasien dari berbagai rumah sakit Kaiser Permanente dan klinik	HASIL . Pada 1 tahun , peserta dalam program ini mengalami signifikan secara statistik perbaikan perilaku kesehatan (olahraga

			<p>direkrut untuk penelitian ini, 489 memiliki dasar lengkap dan tindak lanjut data. Intervensi. Penyakit Kronis Program Manajemen Mandiri adalah 7-minggu, smallgroup intervensi dihadiri oleh orang-orang dengan kondisi kronis yang berbeda. Hal ini diajarkan terutama oleh instruktur rekan dari manual yang sangat terstruktur. Program ini didasarkan pada teori <i>self-efficacy</i> dan menekankan pemecahan masalah, pengambilan keputusan, dan keyakinan bangunan.</p>	<p>, manajemen gejala kognitif , dan komunikasi dengan dokter) , <i>self-efficacy</i> , dan status kesehatan (kelelahan , sesak napas , nyeri , fungsi peran , depresi , dan gangguan kesehatan) dan memiliki sedikit kunjungan ke gawat darurat (ED) (0.4 kunjungan pada 6 bulan sebelum awal , dibandingkan dengan 0,3 dalam 6 bulan sebelum menindaklanjuti, $P = 0,05$) . Ada rawat jalan sedikit lebih sedikit kunjungan ke dokter dan lebih sedikit hari di rumah sakit , tetapi perbedaannya tidak signifikan secara statistik . Hasil itu sekitar besarnya sama dengan yang diamati di acak sebelumnya , terkontrol . Biaya program yang diperkirakan sekitar 200 per peserta .</p>
4	Esther S.T.F. Smeulders, 2010	<i>Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized</i>	Uji coba <i>randomized controlled</i> dengan 12 bulan masa tindak lanjut dari awal Program ini dilakukan dengan 317 pasien. Pasien kelompok	Hasil: Langsung setelah program, efek yang signifikan secara statistik ditemukan untuk manajemen gejala kognitif ($P = 0,001$), perilaku perawatan diri ($P = 0,008$) dan kualitas tertentu

		<i>controlled trial</i>	<p>kontrol (n = 131) menerima perawatan biasa, yang terdiri dari pemeriksaan rawat jalan rutin. Pasien kelompok perlakuan (n = 186) perawatan biasa diterima dan berpartisipasi dalam program manajemen diri enam minggu. itu Program mengajarkan pasien keterampilan manajemen diri medis, sosial dan emosional. Dua puluh satu kelas yang dilakukan di enam rumah sakit di Belanda, dan data yang dikumpulkan antara Agustus 2004 dan Januari 2007.</p>	<p>jantung kehidupan (P = 005). Tidak ada efek yang ditemukan pada 6 - dan 12-bulan.</p>
5	Alexander M. Clark1*, C. Nicole Freyberg1, Finlay A. McAlister2, Ross T. Tsuyuki2, Paul W. Armstrong2, and Laurel A. Strain (2009)	<i>Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care</i> (Pengetahuan pasien dan informal pemberi perawatan gagal jantung: diperlukan tapi tidak mencukupi	<p>Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan wawancara semi-terstruktur dengan 42 pasien dengan HF (NYHA kelas II dan III, berarti Usia: 76 tahun, 64% laki-laki) dan 30 pemberi perawatan dinominasikan (63% pasangan).</p>	<p>Gejala HF, sebagian besar pasien berlatih beberapa dari berbagai aktivitas perawatan diri dianjurkan. Namun, hubungan antara pengetahuan HF dan perawatan diri sendiri penundaan lemah dan panjang dalam mencari perawatan profesional yang sering. Faktor-faktor yang secara konsisten dilaporkan untuk mempengaruhi perawatan diri sendiri</p>

untuk perawatan diri
sendiri yang efektif)

adalah profesional kesehatan,
keyakinan tentang
sistem kesehatan setempat, dan nilai-
nilai terkait dengan pekerjaan yang
terkait dengan tempat, sejarah, dan
budaya.

Pengetahuan tentang HF dan
manajemen adalah diperlukan
meskipun tidak cukup penentu
perawatan diri sendiri HF. individu dan
faktor-faktor kontekstual
mempengaruhi kemauan dan
kemampuan untuk melakukan
perawatan diri-HF yang efektif

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Gagal Jantung

a. Pengertian

Gagal jantung adalah keadaan patofisiologik di mana jantung sebagai pompa tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk metabolisme jaringan. Ciri-ciri yang penting dari definisi ini adalah pertama definisi gagal adalah relatif terhadap kebutuhan metabolik tubuh, kedua penekanan arti gagal ditujukan pada fungsi pompa jantung secara keseluruhan. Istilah gagal miokardium ditujukan spesifik pada fungsi miokardium ; gagal miokardium umumnya mengakibatkan gagal jantung, tetapi mekanisme kompensatorik sirkulasi dapat menunda atau bahkan mencegah perkembangan menjadi gagal jantung dalam fungsi pompanya.

Gagal jantung kongestif adalah keadaan patofisiologis berupa kelainan fungsi jantung, sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian volume diastolik secara abnormal. Penamaan gagal jantung kongestif yang sering

digunakan kalau terjadi gagal jantung sisi kiri dan sisi kanan (Mansjoer, 2001).

Gagal jantung kongestif adalah keadaan patofisiologis berupa kelainan fungsi jantung, sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian volume diastolik secara abnormal. Penamaan gagal jantung kongestif yang sering digunakan kalau terjadi gagal jantung sisi kiri dan sisi kanan (Mansjoer, 2001).

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk mempertahankan curah jantung (*Cardiac Output* = CO) dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Apabila tekanan pengisian ini meningkat sehingga mengakibatkan edema paru dan bendungan di system vena, maka keadaan ini disebut gagal jantung kongestif (Kabo & Karim, 2002). Gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Smeltzer & Bare, 2010).

Istilah gagal sirkulasi lebih bersifat umum dari pada gagal jantung. Gagal sirkulasi menunjukkan ketidakmampuan dari sistem kardiovaskuler untuk melakukan perfusi jaringan dengan memadai. Definisi ini mencakup segala kelainan dari sirkulasi yang mengakibatkan perfusi jaringan yang tidak memadai, termasuk

perubahan dalam volume darah, tonus vaskuler dan jantung. Gagal jantung kongestif adalah keadaan di mana terjadi bendungan sirkulasi akibat gagal jantung dan mekanisme kompensatoriknya. Gagal jantung kongestif perlu dibedakan dengan istilah yang lebih umum yaitu gagal sirkulasi, yang hanya berarti kelebihan beban sirkulasi akibat bertambahnya volume darah pada gagal jantung atau sebab-sebab di luar jantung, seperti transfusi yang berlebihan atau anuria.

b. Etiologi

Penyebab gagal jantung kongestif yaitu: Kelainan otot jantung, Aterosklerosis koroner, Hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan dan penyakit miokardium, Penyakit jantung lain seperti stenosis katup semilunar, tamponade perikardium perikarditis konstruktif, stenosis katup AV, Faktor sistemik seperti demam, tirotoksikosis, hipoksia, anemia.

Faktor predisposisi gagal jantung adalah penyakit yang menimbulkan penurunan fungsi ventrikel (seperti penyakit arteri koroner, hipertensi, kardiomiopati, penyakit pembuluh darah atau penyakit jantung kongenital) dan keadaan yang membatasi pengisian ventrikel (stenosis mitral, kardiomiopati, atau penyakit perikardial). Faktor pencetus termasuk mieningkatnya asupan garam, ketidakpatuhan menjalani pengobatan anti gagal jantung, infark miokard akut (mungkin yang tersembunyi), serangan hipertensi,

aritmia akut, infeksi atau demam, emboli paru, anemia, tirotoksikosis, kehamilan, dan endokarditis infektif

Mekanisme yang mendasari terjadinya gagal jantung kongestif meliputi gangguan kemampuan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Tetapi pada gagal jantung dengan masalah yang utama terjadi adalah kerusakan serabut otot jantung, volume sekuncup berkurang dan curah jantung normal masih dapat dipertahankan. Volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap konteraksi tergantung pada tiga faktor: yaitu preload, kontraktilitas, afterload.

- a. *Preload* adalah jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut otot jantung.
- b. *Kontraktillitas* mengacu pada perubahan kekuatan konteraksi yang terjadi pada tingkat sel dan berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium
- c. *Afterload* mengacu pada besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriol. Pada gagal jantung, jika salah satu atau lebih faktor ini terganggu, maka curah jantung berkurang (Brunner and Suddarth 2002).

Gagal jantung adalah komplikasi yang paling sering dari segala jenis penyakit jantung kongestif maupun didapat. Mekanisme

fisiologis yang menyebabkan gagal jantung mencakup keadaan-keadaan yang meningkatkan beban awal, beban akhir atau menurunkan kontraktilitas miokardium. Keadaan-keadaan yang meningkatkan beban awal meliputi : regurgitasi aorta dan cacat septum ventrikel. Beban akhir meningkat pada keadaan di mana terjadi stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokardium dan kardiomiopati.

Faktor-faktor yang dapat memicu perkembangan gagal jantung melalui penekanan sirkulasi yang mendadak dapat berupa : aritmia, infeksi sistemik dan infeksi paru-paru dan emboli paru-paru. Penanganan yang efektif terhadap gagal jantung membutuhkan pengenalan dan penanganan tidak saja terhadap mekanisme fisiologis dan penyakit yang mendasarinya, tetapi juga terhadap faktor-faktor yang memicu terjadinya gagal jantung.

c. Patofisiologi

Penurunan kontraksi ventrikel akan diikuti penurunan curah jantung yang selanjutnya terjadi penurunan tekanan darah (TD), dan penurunan volume darah arteri yang efektif. Hal ini akan merangsang mekanisme kompensasi neurohormonal. Vasokonstriksi dan retensi air untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah, sedangkan peningkatan preload akan meningkatkan kontraksi jantung melalui

hukum Starling. Apabila keadaan ini tidak segera diatasi, peninggian afterload, dan hipertensi disertai dilatasi jantung akan lebih menambah beban jantung sehingga terjadi gagal jantung yang tidak terkompensasi. Dengan demikian terapi gagal jantung adalah dengan vasodilator untuk menurunkan afterload venodilator dan diuretik untuk menurunkan preload, sedangkan motorik untuk meningkatkan kontraktilitas miokard (Kabo & Karsim, 2002).

Kelainan intrinsik pada kontraktilitas miokardium yang khas pada gagal jantung akibat penyakit jantung iskemik, mengganggu kemampuan pengosongan ventrikel yang efektif. Kontraktilitas ventrikel kiri yang menurun mengurangi curah sekuncup dan meningkatkan volume residu ventrikel.

Tekanan arteri paru-paru dapat meningkat sebagai respon terhadap peningkatan kronis tekanan vena paru. Hipertensi pulmonary meningkatkan tahanan terhadap ejeksi ventrikel kanan. Serentetan kejadian seperti yang terjadi pada jantung kiri, juga akan terjadi pada jantung kanan, di mana akhirnya akan terjadi kongesti sistemik dan edema.

Perkembangan dari kongesti sistemik atau paru-paru dan edema dapat dieksaserbasi oleh regurgitasi fungsional dan katub-katub trikuspidalis atau mitralis bergantian. Regurgitasi fungsional dapat disebabkan oleh dilatasi dari annulus katub atrioventrikularis atau

perubahan-perubahan pada orientasi otot papilaris dan kordatendinae yang terjadi sekunder akibat dilatasi ruang.

Sebagai respon terhadap gagal jantung ada tiga mekanisme primer yang dapat dilihat; meningkatnya aktifitas adrenergik simpatik, meningkatnya beban awal akibat aktivasi sistem rennin-angiotensin-aldosteron dan hipertrofi ventrikel. Ketiga respon ini mencerminkan usaha untuk mempertahankan curah jantung. Mekanisme-mekanisme ini mungkin memadai untuk mempertahankan curah jantung pada tingkat normal atau hampir normal pada gagal jantung dini, pada keadaan istirahat. Tetapi kelainan pada kerja ventrikel dan menurunnya curah jantung biasanya tampak pada keadaan beraktivitas.

Edema merupakan terkumpulnya cairan di dalam jaringan interstisial lebih dari jumlah yang biasa atau di dalam berbagai rongga tubuh mengakibatkan gangguan sirkulasi pertukaran cairan elektrolit antara plasma dan jaringan interstisial. Jika edema mengumpul di dalam rongga maka dinamakan efusi, misalnya efusi pleura dan pericardium. Penimbunan cairan di dalam rongga peritoneal dinamakan asites. Pada jantung terjadinya edema yang disebabkan terjadinya dekompensasi jantung (pada kasus payah jantung), bendungan bersifat menyeluruh. Hal ini disebabkan oleh kegagalan ventrikel jantung untuk memompakan darah dengan baik sehingga

darah terkumpul di daerah vena atau kapiler, dan jaringan akan melepaskan cairan ke interstisial (Syarifuddin, 2001).

Edema pada tungkai kaki terjadi karena kegagalan jantung kanan dalam mengosongkan darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasi semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena. Edema ini dimulai pada kaki dan tumit (edema dependen) dan secara bertahap bertambah ke atas tungkai dan paha dan akhirnya ke genitalia eksterna dan tubuh bagian bawah. Edema sakral jarang terjadi pada pasien yang berbaring lama, karena daerah sakral menjadi daerah yang dependen.

Pada gagal jantung biasanya ditemui tanda- tanda sebagai berikut: edema pergelangan kaki, batuk malam hari, Dyspnea d'effort, hepatomegali, Efusi pleura, kapasitas vital berkurang menjadi 1/3 maksimum, Takikardi (>120x/menit). Bila terjadinya edema maka kita harus melihat kedalaman edema dengan pitting edema. Pitting edema adalah edema yang akan tetap cekung bahkan setelah penekanan ringan pada ujung jari , baru jelas terlihat setelah terjadinya retensi cairan paling tidak sebanyak 4,5 kg dari berat badan normal selama mengalami edema (Brunner and Suddarth, 2002). Grading edema dapat diukur dengan penilaian sebagai berikut:

1+: pitting sedikit/ 2mm, menghilang dengan cepat

2+: pitting lebih dalam/ 4mm, menghilang dalam waktu 10-15 dtk

3+: lubang yang dalam/6mm, menghilang dalam waktu 1 mnt

4+: lubang yang sangat mendalam/ 8mm berlangsung 2-5 mnt, ekstremitas dep terlalu terdistruksi.

d. Penanganan

Gagal jantung ditangani dengan tindakan umum untuk mengurangi beban kerja jantung dan manipulasi selektif terhadap ketiga penentu utama dari fungsi miokardium, baik secara sendiri-sendiri maupun gabungan dari : beban awal, kontraktilitas dan beban akhir. Penanganan biasanya dimulai ketika gejala-gejala timbul pada saat beraktivitas biasa. Rejimen penanganan secara progresif ditingkatkan sampai mencapai respon klinik yang diinginkan. Eksaserbasi akut dari gagal jantung atau perkembangan menuju gagal jantung yang berat dapat menjadi alasan untuk dirawat di rumah sakit atau mendapat penanganan yang lebih agresif .

Pembatasan aktivitas fisik yang ketat merupakan tindakan awal yang sederhana namun sangat tepat dalam penanganan gagal jantung. Tetapi harus diperhatikan jangan sampai memaksakan larangan yang tak perlu untuk menghindari kelemahan otot-otot rangka. Kini telah diketahui bahwa kelemahan otot rangka dapat meningkatkan intoleransi terhadap latihan fisik. Tirah baring dan aktifitas yang terbatas juga dapat menyebabkan flebotrombosis.

Pemberian antikoagulasi mungkin diperlukan pada pembatasan aktifitas yang ketat untuk mengendalikan gejala.

Cameron, Carter, Riegel, dan Stewart (2009) mengemukakan bahwa *self care* menjadi komponen kunci dalam keberhasilan *management* pasien heart failure yang meliputi:

1) Pengaturan aktivitas fisik

Pengaturan aktifitas fisik merupakan bagian dari manajemen pasien gagal jantung. Modifikasi minimal secara konsisten terhadap gaya hidup dapat membantu mengurangi gejala yang dirasakan pasien dan dapat menurunkan kebutuhan yang lebih terhadap pengobatan (Crawford, 2009).

Aktivitas fisik harus disesuaikan dengan tingkat gejala yang dialami pasien. Aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi pasien akan membantu menurunkan tonus simpatik, mendorong penurunan berat badan dan dapat memperbaiki gejala serta berefek toleransi aktivitas pada gagal jantung terkompensasi dan stabil. Namun pada kondisi heart failure stage sedang sampai berat, pembatasan aktivitas fisik dan *bed rest* sangat penting dilakukan untuk memperbaiki kondisi klinis pasien. Pembatasan aktivitas fisik misalnya duduk dalam posisi tegak dapat menurunkan gejala kongesti vena pulmonal serta menurunkan kerja jantung. Tindakan istirahat di tempat tidur akan membantu meningkatkan aliran darah ke ginjal serta meningkatkan diuresis. Penting juga memberikan

kesempatan bagi pasien untuk terlibat dalam melakukan aktivitas sehari-hari walaupun dalam kondisi yang tidak mendukung (Crawford, 2009; Gray *et.al*, 2002)

2) Pengaturan diet

Pembatasan kalori sangat penting bagi pasien *overweight* karena penurunan berat badan menurunkan kebutuhan jantung dan dapat mengurangi gejala penyakit (Crawford, 2009). Namun berbeda halnya menurut pendapat Gray *et.al* (2002) dimana terdapat beberapa pasien *chronic heart failure* memiliki risiko malnutrisi karena nafsu makan yang jelek, malabsorpsi, dan peningkatan metabolik basal (sekitar 20%) sehingga memerlukan nutrisi yang cukup. Penelitian lain yang dilakukan oleh Cook *et al.* (2007) mengemukakan bahwa pembatasan konsumsi garam akan membantu mengurangi retensi air, di mana hal ini juga berefek menurunkan kerja jantung. Diet yang dianjurkan yaitu rendah garam 1,5-2 gram/hari, sangat penting untuk mendapatkan efek terapi yang optimal.

3) Monitor berat badan

Monitoring berat badan dianjurkan bagi pasien rutin dilakukan setiap hari, sebaiknya pagi hari sebelum sarapan. Penurunan berat badan 1.5 kg lebih dari 3 (tiga) hari harus menjadi perhatian dan perlu dilaporkan ke petugas kesehatan (Butler, 2010). Sebaliknya berat badan berlebih (obesitas) merupakan faktor risiko terhadap

perkembangan buruk *heart failure* khususnya terhadap perubahan hemodinamik seperti perubahan volume overload yaitu terjadi peningkatan afterload dan preload, hipertrofi ventrikel kiri dan remodeling. Sebab itu penting untuk memberikan pemahaman bagi pasien mengenai pentingnya mengontrol berat badan (Nicholson, 2007).

Postur tubuh ideal dinilai dari pengukuran antropometri untuk menilai apakah komponen tubuh tersebut sesuai dengan standar normal atau ideal. Pengukuran antropometri yang paling sering digunakan adalah rasio antara berat badan (kg) dan tinggi badan (m) kuadrat, yang disebut Indeks Massa Tubuh (IMT) sebagai berikut: (PUGS, 2003; Foster, 2003; dan Azwar, 2004)

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB x TB (m)}}$$

Index Massa Tubuh (IMT) atau *Body Mass Index* (BMI) adalah suatu alat bantu untuk mengetahui status gizi seseorang. Index Massa Tubuh tersedia dalam kriteria Asia Pasifik dan WHO. Terdapat perbedaan kategori dalam kriteria Asia Pasifik dan WHO. Kriteria Asia Pasifik diperuntukkan untuk orang-orang yang berdomisili di daerah Asia, karena Index Massa Tubuhnya lebih kecil sekitar 2-3 kg/m² dibanding orang Afrika, orang Eropa, orang Amerika, ataupun orang Australia. Adapun klasifikasi Indeks Massa Tubuh (IMT) berdasarkan kriteria Asia Pasific dapat dilihat

pada Tabel 2.

Tabel 2. Klasifikasi Berat Badan Berdasarkan BMI

Kategori	BMI (kg/m ²)
Kekurangan berat badan	< 18,5
Normal	18,5 - < 23
Kelebihan berat badan	23 - < 25
Obesitas Kelas I	25 - < 30
Obesitas Kelas II	30

Kelebihan berat badan merupakan faktor risiko untuk berbagai penyakit kronis, seperti Diabetes Melitus, hipertensi, hiperkolesterol, dan kelainan metabolisme lain yang memerlukan pemeriksaan lanjut baik klinis atau laboratorium (Foster, 2003 dan Azwar, 2004). Pengobatan akan berdampak penting pada pemanfaatan sumber daya medis, biaya perawatan kesehatan, dan kualitas hidup pasien karena kelebihan berat badan ini dapat meningkatkan kematian dini (Foster, 2003 dan Strychar, 2006).

e. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) EKG : Hipertrofi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia san kerusakan pola mungkin terlihat. Disritmia misal : takhikardi, fibrilasi atrial. Kenaikan segmen ST/T persisten 6 minggu atau lebih setelah infark miokard menunjukkan adanya aneurime ventricular.
- 2) Sonogram : Dapat menunjukkan dimensi pembesaran bilik, perubahan dalam fungsi/struktur katub atau are penurunan kontraktilitas ventricular.

- 3) Skan jantung : Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan pergerakan dinding.
- 4) Kateterisasi jantung : Tekanan abnormal merupakan indikasi dan membantu membedakan gagal jantung sisi kanan versus sisi kiri, dan stenosis katup atau insufisiensi, Juga mengkaji potensi arteri koroner. Zat kontras disuntikkan ke dalam ventrikel menunjukkan ukuran abnormal dan ejeksi fraksi/perubahan kontraktilitas.

2. *Teori Self Care Orem's*

Pelaksanaan teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu untuk melakukan intervensi keperawatan secara mandiri serta dapat mengatur dalam segala kebutuhannya. Dalam konsep keperawatan Orem (2001) mengembangkan tiga bentuk teori *self care* diantaranya :

a. Perawatan Diri Sendiri (*self care*)

Dalam teori *self care*, Orem mengemukakan bahwa *self care* meliputi : *pertama, self care* itu sendiri, yang merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan ; *kedua, self care agency*, merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan,

sosiokultural, kesehatan dan lain-lain. ; *ketiga*, adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat ; *keempat*, kebutuhan *self care* merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh, *self care* yang bersifat universal itu adalah aktivitas sehari-hari (ADL) dengan mengelompokkan ke dalam kebutuhan dasar manusianya.

b. Self Care Defisit

Merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan dan dapat diterapkan pada kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan *self care*, baik secara kualitas maupun kuantitas.

c. Teori Sistem Keperawatan

Merupakan teori yang menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri yang didasari pada Orem yang mengemukakan tentang pemenuhan kebutuhan diri sendiri, kebutuhan pasien dan

kemampuan pasien dalam melakukan perawatan mandiri. Dalam pandangan teori Orem memberikan identifikasi dalam sistem pelayanan keperawatan diantaranya :

a. Sistem bantuan secara penuh (*Wholly Compensatory System*)

Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mandiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan, pengontrolan dan ambulasi serta adanya manipulasi gerakan. Pemberian bantuan system ini dapat dilakukan pada orang yang tidak mampu melakukan aktivitas dengan sengaja seperti pada pasien koma pada pasien sadar dan mungkin masih dapat membuat suatu pengamatan dan penilaian tentang cedera atau masalah yang lain.

Ketidakmampuan dalam melakukan tindakan yang memerlukan ambulasi atau manipulasi gerakan, seperti pada pasien yang fraktur vertebra dan pada pasien yang tidak mampu mengurus sendiri, membuat penilaian serta keputusan dalam *self care*-nya dan pasien tersebut masih mampu melakukan ambulasi dan mungkin dapat melakukan beberapa tindakan *self care*-nya melalui bimbingan secara *continue* seperti pada pasien retardasi mental.

b. Sistem bantuan sebagian (*Partially Compensatory System*)

Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal seperti pada pasien yang post operasi abdomen di mana pasien ini memiliki kemampuan seperti cuci tangan, gosok gigi, cuci muka akan tetapi butuh pertolongan perawat dalam ambulasi dan perawatan luka.

c. Sistem suportif dan edukatif

Merupakan system bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatn secar mandiri. Sistem ini dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran. Pemberian system ini dapat dilakukan pada pasien yang memerlukan informasi dalam pengaturan kelahiran.

Self care pada pasien jantung digambarkan sebagai suatu proses di mana pasien berpartisipasi secara aktif managemen penderita jantung baik secara mandiri maupun dengan bantuan keluarga maupun petugas kesehatan. Aktifitas yang dilakukan dalam *self care* pasien penyakit jantung ini meliputi *self care maintenance*, *self care management* dan *self care confidence* (Riegel *et al*, 2004).

Kemampuan *self care* pasien heart failure dalam penelitian ini mengacu pada teori *self care* Orem. Pemahaman tentang konsep *self care* menurut Dorothea Orem adalah tindakan yang mengupayakan

orang lain memiliki kemampuan untuk dikembangkan ataupun mengembangkan kemampuan yang dimiliki agar dapat digunakan secara tepat untuk mempertahankan fungsi optimal (Orem, dalam Tomey & Alligood, 2006).

Kemampuan *self care* pasien dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal dari individu itu sendiri yang dikenal dengan *basic conditioning factors*, yang meliputi: usia, jenis kelamin, tingkat perkembangan, status kesehatan, orientasi sosio kultural, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, pola hidup, faktor lingkungan seperti faktor fisik atau biologis, dan ketersediaan serta adekuatnya sumber daya. *Basic conditioning factors* ini menggambarkan pengaruh nilai yang dimiliki pasien tentang kebutuhan perawatan diri terhadap kemampuan yang dimilikinya (Orem, dalam Tomey & Alligood, 2006).

Teori *self-care deficit* merupakan inti dari teori umum keperawatan Orem. Keperawatan dibutuhkan untuk orang dewasa atau orang-orang yang ada di bawah tanggungannya dalam keadaan tidak mampu atau keterbatasan dalam memberikan *self-care* yang efektif secara terus menerus. Keperawatan diberikan jika kemampuan merawat berkurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan *self-care* yang sebenarnya sudah diketahui atau kemampuan *self-care* atau kemandirian berlebihan atau sama dengan kebutuhan untuk memenuhi kebutuhan *self-care* tetapi di masa yang akan datang dapat

diperkirakan kemampuan merawat akan berkurang baik kualitatif maupun kuantitatif dalam kebutuhan perawatan atau kedua-duanya. Orem mengidentifikasi lima metode bantuan: (1) Tindakan untuk berbuat untuk orang lain, (2) Membimbing dan mengarahkan, (3) Memberikan dukungan fisik dan psikologis, (4) Memberikan dan mempertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan individu, (5) Pendidikan. Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan semua metode ini untuk memberikan bantuan *self-care*.

3. *Self management* Pada Pasien Gagal Jantung

Self-management ini dapat meningkatkan status kesehatan dan mencegah komplikasi yang dapat ditimbulkan dari penyakit kronis. Salah satu bagian yang penting dari *self-management* adalah *self-medication* yaitu pasien melakukan pengobatan mandiri, maksudnya adalah pasien yang melakukan rawat jalan atau pasien yang pulang setelah dirawat di rumah sakit tentunya mendapatkan obat-obat yang diresepkan untuk dikonsumsi di rumah, sehingga obat-obatan tersebut dikonsumsi secara mandiri di rumah. Untuk menjamin bahwa pasien minum obat dengan benar biasanya keluarga pasien terdekat yang menjadi pemantau pasien dalam minum obat (Adeleida, 2012).

Self-management terutama dalam pengobatan mandiri sudah banyak dilakukan studi penelitian yaitu diantaranya studi mengenai *self-management and chronic low back pain* (Crowe, Whitehead,

Gagan, Baxter, & Panckhurst, 2010) dengan hasil studi menunjukkan bahwa dengan menggunakan strategi *self-management* dapat mengurangi rasa nyeri dan mencegah eksaserbasi penyakit.

Berbagai studi menyatakan bahwa *self-management* sangat efektif dalam meningkatkan kesehatan tetapi masih banyak pasien-pasien yang belum dapat mengikuti program *self-management* dengan patuh (Wood, 2010). Keberhasilan *self-management* ini memang sangat membutuhkan tingkat kepatuhan yang tinggi dari pasien. Ketidakpatuhan terhadap pengobatan dapat menyebabkan meningkatnya kekambuhan penyakit, penyakit menjadi resisten sehingga tidak efektif lagi dengan pemberian dosis obat yang biasa sehingga pada akhirnya pasien dapat mengalami rehospitalisasi.

Beberapa alasan ketidakpatuhan terhadap pengobatan diantaranya adalah faktor lupa, sengaja untuk mengurangi dosis, kurangnya informasi, faktor emosional, dan lain-lain. Untuk mengatasi hal tersebut maka perlu dibuat suatu sistem yang berfungsi untuk memantau kepatuhan pasien dalam minum obat. Sistem sebelumnya yang telah dibuat untuk memantau kepatuhan pasien dalam minum obat yaitu mengenai *patient self-medication* (Grantham *et al.*, 2006) tetapi belum menggunakan teknologi komputerisasi ataupun web melainkan dengan menggunakan beberapa tahapan supervisi perawat mulai dari dilakukan supervisi oleh perawat sampai pada tahapan tanpa supervisi dalam arti pasien minum obat secara

mandiri. Hasil dari studi ini menunjukkan adanya peningkatan kepatuhan pasien dalam minum obat yang dilakukan melalui supervisi perawat.

Mengingat penelitian tersebut di atas masih bersifat manual, masih terdapat hambatan yang terjadi jika melakukan pemantauan yang hanya menggunakan supervisi perawat karena pasien patuh minum obat selama di rumah sakit tetapi jika sudah pulang ke rumah mungkin motivasi pasien untuk patuh minum obat menjadi menurun karena sudah tidak ada lagi supervisi yang dilakukan oleh perawat. Sehingga masih perlu dikembangkan lagi strategi dalam pemantauan pasien minum obat saat di rumah.

Seiring dengan adanya kemajuan teknologi informasi di Amerika Serikat telah dikembangkan suatu sistem network dengan menggunakan prototipe sebagai penanda yang dimasukkan atau ditempelkan pada obat dan dilengkapi dengan monitor, wireless dan telepon seluler. Sistem jaringan ini telah dilakukan studi penelitian dengan sampel penderita TB, Hipertensi dan Gagal Jantung. Hasil studi penelitian ini menunjukkan adanya keberhasilan terhadap kepatuhan minum obat sebanyak 85%. (Kit Yee *et al.*, 2011).

Kebutuhan adanya peran keluarga pasien CHF dalam melakukan *Self-care* dalam suatu program yang terdapat dalam *Self management* sehingga keberhasilan *Self Management pasien* gagal jantung tidak terlepas dari peran keluarga. Pada teori keperawatan

yang diungkapkan oleh Dhoronthea Orem dalam Tomey & Alligood, 2006 tindakan yang mengupayakan orang lain memiliki kemampuan untuk dikembangkan ataupun mengembangkan kemampuan yang dimiliki agar dapat digunakan secara tepat untuk mempertahankan fungsi yang optimal.

Kemampuan *self care* pasien menurut Orem dalam buku Tomey dan Alligod (2006) dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal dari individu itu sendiri yang dikenal dengan *basic conditioning factors*, yang meliputi: usia, jenis kelamin, tingkat perkembangan, status kesehatan, orientasi sosio kultural, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, pola hidup, faktor lingkungan seperti faktor fisik atau biologis, dan ketersediaan serta adekuatnya sumber daya. *Basic conditioning factors* ini menggambarkan pengaruh nilai yang dimiliki pasien tentang kebutuhan perawatan diri terhadap kemampuan yang dimilikinya.

Penelitian yang dilakukan pada tuna wisma di Kanada, menghasilkan perubahan gaya hidup perawatan diri yang positif dalam promosi kesehatan dan dalam bertahan hidup (McCormack dan MacIntosh, 2001). Perilaku yang dimunculkan dapat digunakan sebagai mekanisme koping dan merupakan strategi keseharian dan situasi tertentu.

Dimensi *self care* menurut Riegel *et al* (2004) dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

- a. *Self care maintenance* meliputi pengobatan terapi, diet rendah garam, aktifitas fisik yang teratur, memonitoring berat badan setiap hari, berhenti merokok, dan menghindari alkohol
- b. *Self care management* meliputi upaya untuk mempertahankan kesehatan dengan mengatur aktifitas yaitu dapat mengenal perubahan yang terjadi misalnya edema, dapat mengambil keputusan yang tepat untuk penanganan, melaksanakan pengobatan, dan mengevaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.
- c. *Self care confidence* yaitu bagaimana kepercayaan diri klien dalam mengikuti semua petunjuk tentang kepercayaan perasaan bebas dari gejala penyakit, petunjuk pengobatan, mengenal secara dini perubahan yang terjadi, melakukan sesuatu untuk mengatasi gejala penyakit, mampu mengevaluasi keberhasilan dalam menjalani tindakan yang telah dilakukan.

4. Kestabilan detak jantung dan berat badan pada pasien gagal jantung

Denyut nadi atau dikenal sebagai detak jantung adalah denyutan arteri dari gelombang darah yang mengalir melalui pembuluh darah sebagai akibat dari denyutan jantung. Denyut nadi sering diambil di pergelangan tangan untuk memperkirakan denyut jantung. Jantung adalah organ vital dan merupakan pertahanan

terakhir untuk hidup selain otak. Denyut yang ada di jantung ini tidak bisa dikendalikan oleh manusia. Berapa sebenarnya jumlah rata-rata denyut jantung yang normal. Denyut jantung biasanya mengacu pada jumlah waktu yang dibutuhkan oleh detak jantung per satuan waktu, secara umum direpresentasikan sebagai bpm (*beats per minute*). Variasi dalam detak jantung sesuai dengan jumlah oksigen yang diperlukan oleh tubuh saat itu. Detak jantung atau juga dikenal dengan denyut nadi adalah tanda penting dalam bidang medis yang bermanfaat untuk mengevaluasi dengan cepat kesehatan atau mengetahui kebugaran seseorang secara umum (Ganong, 2003).

Gangguan irama jantung dapat menimbulkan kematian secara mendadak. Gejalanya berupa hilangnya kesadaran dengan cepat, yang sering kali didahului nyeri dada. Disamping itu secara umum penderita biasanya tampak cemas, gelisah, pucat dan berkeringat dingin. Denyut nadi umumnya cepat (takhikardi), irama tidak teratur, tetapi dapat pula denyut nadi lambat (bradikardia). Hipertensi maupun hipotensi dapat terjadi pada penderita ini.

Penyakit jantung yang sering menyebabkan kematian adalah serangan jantung. Kondisi ini dapat disebabkan karena adanya sumbatan otot jantung yang tidak mendapat pasokan darah akan mati atau terjadi infark. Pemeriksaan EKG ini tidak selalu mempengaruhi sinyal listrik yang mengendalikan denyut jantung, sehingga orang

yang sedang mengalami serangan jantung mendadak masih mungkin memperhatikan pemeriksaan EKG (Cameron, 2006).

Pada penderita penyakit jantung, pemeriksaan EKG bisa membantu memperlihatkan abnormalitas gerakan dinding jantung yang dihubungkan dengan iskemia akut. Namun, apabila iskemia miokard hanya sedikit mungkin tidak cukup untuk menunjukkan adanya abnormalitas gerakan dinding jantung. Selain itu, abnormalitas gerakan dinding jantung bisa bersifat sementara dan hanya bisa dideteksi pada waktu iskemia akut. Pada keadaan di mana sudah ada PJK dan disfungsi ventrikel kiri sebelumnya maka kesanggupan ekokardiografi untuk mendeteksi iskemia iskemia akut sangat terbatas. Selain itu, fungsi elektrokardiografi (EKG) untuk melihat penyakit yang mendasari seperti infark miokard dan aritmia.

Terapi lain yang kadang-kadang diberikan juga pada pasien gagal jantung dan reduksi fraksi ejeksi antara lain (1) antikoagulan warfarin yang diberikan jangka panjang untuk mencegah pembentukan thrombus intrakardiak jika fungsi LV sistolik sangat terganggu (merupakan teraipi kontroversi jika tidak ada indikasi lain untuk pemberian antikoagulasi karena pendekatan ini belum diuji klinis) dan (2) terapi aritmia atrial dan ventrikel yang seringkali menyertai gagal jantung kronik. Sebagai contoh, fibrilasi atrial sering dijumpai pada gagal jantung, dan pengembaliannya menjadi irama sinus (sinus rhythm) akan dapat memperbaiki cardiac output secara

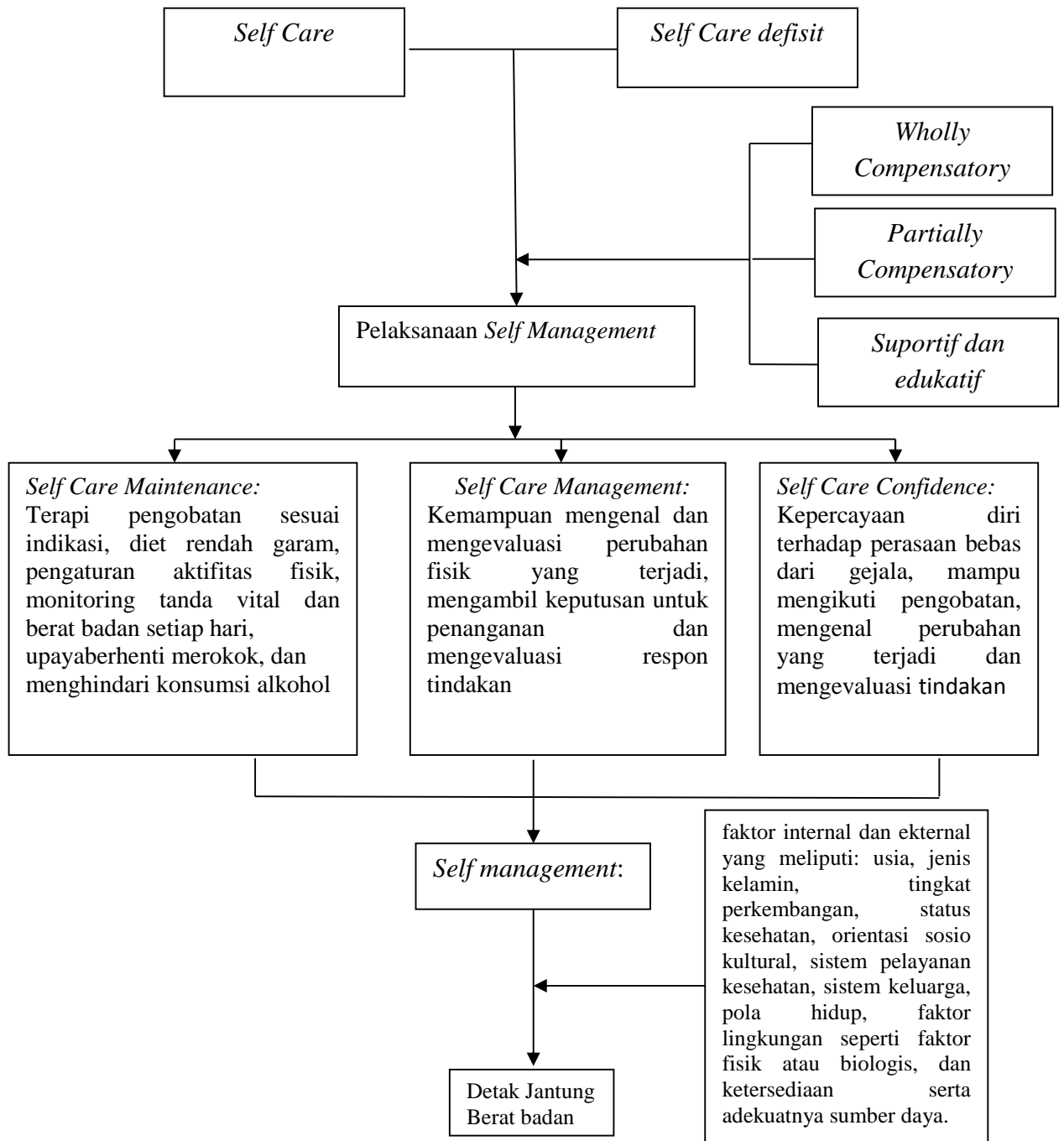
bermakna. Aritmia ventrikular juga sering dijumpai pada populasi ini dan dapat mengakibatkan kematian mendadak.

Obat antiaritmia yang paling efektif menekan aritmia dan paling sedikit memprovokasi kelainan irama berbahaya lainnya pada pasien gagal jantung adalah amiodaron. Namun, studi-studi penggunaan amiodaron sebagai terapi aritmia ventricular asimtomatis pada gagal jantung tidak menunjukkan manfaat survival yang konsisten. Selain itu, pasien gagal jantung dengan aritmia ventrikuler imtomatis atau jangka panjang, atau pasien dengan takikardia ventricular yang dapat terinduksi selama uji elektrofisiologis, lebih mendapat manfaat dengan tindakan insersi implant. Berdasarkan hasil uji klinis acak skala besar, implantasi ICD diindikasikan untuk pasien iskemik kronis atau kardiomiopati dilatasi noniskemik dan yang mengalami penurunan fungsi sistolik sedang (misalnya, fraksi ejeksi $LV < 35\%$), dengan atau tanpa aritmia ventrikuler, karena pendekatan ini mengurangi kemungkinan kematian jantung mendadak pada populasi ini (Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, *et al* 2008).

Berat badan berlebih (obesitas) merupakan faktor risiko terhadap perkembangan buruk *heart failure* khususnya terhadap perubahan hemodinamik seperti perubahan volume overload yaitu terjadi peningkatan afterload dan preload, hipertrofi ventrikel kiri dan remodeling. Sebab itu penting untuk memberikan pemahaman bagi

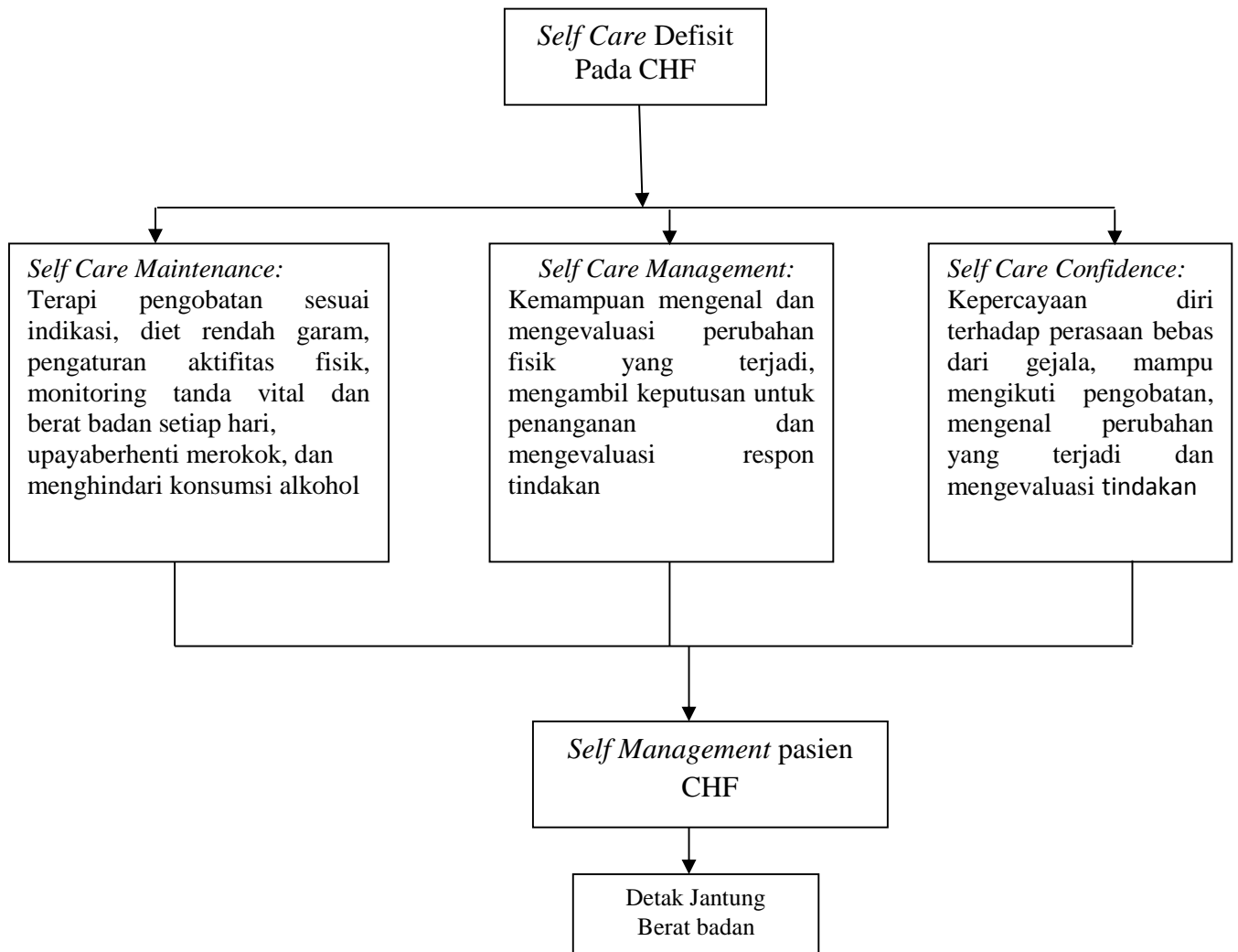
pasien mengenai pentingnya mengontrol berat badan (Nicholson, 2007).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori menurut Arlija (2006), Allender & Spradley (2001), Rockwell & Riegel, (2004)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

D. Hipotesis

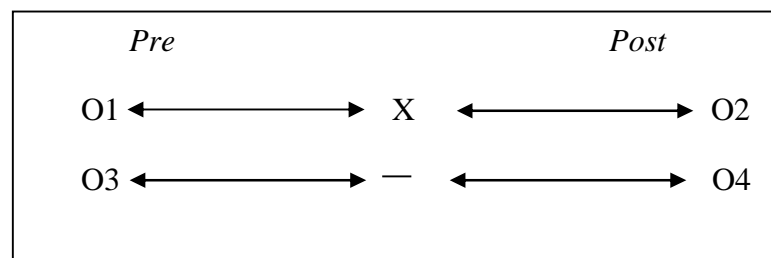
Self Management dapat menstabilkan detak jantung dan berat badan pasien gagal jantung di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten”

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah *quasi eksperiment* dengan desain penelitian adalah *pre dan post tes with control group*, dengan desain sebagai berikut:



Gambar 5. Desain Penelitian

Keterangan:

O₁ : pretes kelompok perlakuan

O₂ : postest kelompok perlakuan

O₃ : pretest kelompok kontrol

O₄ : postest kelompok control

X : Perlakuan

— : Kontrol

Pada desain ini terdapat kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, kelompok perlakuan diberikan pertanyaan tentang *self managemant*, sedang kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan

sebagai pembanding dari kelompok perlakuan. Sebelum perlakuan diberikan *self management* dalam meningkatkan hidup sehat pasien gagal jantung, kemudian diberikan intervensi pemeriksaan berat badan dan denyut nadi, serta dilakukan kembali pengukuran pada waktu periksa berikutnya pada pengukuran denyut nadi dan berat badan.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *quasi eksperiment* dengan objek Pasien. Populasi penelitian ini adalah semua pasien gagal jantung yang datang ke Poliklinik Jantung di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro. Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap dapat mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2010). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien gagal jantung yang sedang menjalani rawat jalan dengan menggunakan kriteria *inklusi* dan *eksklusi* pada pertengahan bulan Juni – Agustus 2014.

Kriterian *inklusi* dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pasien gagal jantung menjalani rawat jalan di Poliklinik Jantung di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten
2. Pasien didampingi oleh keluarganya
3. Pernah dirawat di rumah sakit dengan gagal jantung kongestive.
4. Bisa membaca dan menulis

5. Bersedia menjadi responden dibuktikan dengan *inform consent* yang telah disediakan peneliti.

Kriteria *eksklusi* dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pasien gagal jantung dengan komplikasi misalnya dengan stroke, gagal ginjal, gangguan persyarafan
2. Pasien baru datang didiagnosa gagal jantung
3. Pasien gagal jantung dengan penyakit gangguan jiwa.

Penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *consecutive sampling*, yaitu penentuan sampel sesuai pertimbangan tertentu yang dikehendaki peneliti. Cara pengambilan sampel dengan mengambil seluruh responden dengan riwayat penyakit gagal jantung kongestif di Poliklinik Jantung, selanjutnya menentukan kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pengelompokan sampel dimulai pada kelompok kontrol yaitu mendata responden pada pagi hari dimulai sebelum periksa kemudian dihitung denyut nadi dan berat badan, dan apabila sudah selesai mengelompokkan ada responden lagi kemudian dimasukkan dalam kelompok intervensi. Pengambilan sampel pada kelompok intervensi hari berikutnya setelah kelompok kontrol mencapai target sampel, kemudian mengambil kelompok intervensi pada pagi hari sampai terpenuhi.

a. Besar Sampel

Jumlah sampel pada masing – masing kelompok dalam penelitian ini dihitung berdasarkan rumus Hidayat (2007), didapatkan hasil :

$$(n - 1) \times (t - 1) = 15$$

Keterangan :

n = besar sampel tiap kelompok

t = banyaknya kelompok

$$(n-1) \times (2 - 1) = 15$$

$$(n - 1) \times 1 = 15$$

$$n - 1 = 15$$

$$n = 15 + 1$$

$$n = 16$$

Dengan demikian jumlah sampel yang diperlukan untuk masing-masing kelompok yaitu kontrol dan intervensi adalah 16 responden.

Untuk menghindari adanya sampel yang *drop out* maka dilakukan koreksi sebesar 10% (sastroasmoro & Ismael, 2010), maka besar sampel yang dibutuhkan akan ditambah 10% untuk mengantisipasi kemungkinan drop out, sehingga besarnya keseluruhan sampel adalah:

$$n' = \frac{n}{(1 - f)}$$

$$n' = \frac{16}{(1 - 0,1)}$$

$$n' = 17,77 \approx 18$$

Keterangan

n = perkiraan jumlah sampel yang dihitung

f = Perkiraan proporsi drop out (10%).

Hasil perhitungan di atas menunjukkan bahwa sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 18 orang untuk masing-masing kelompok. Pada penelitian di poliklinik untuk menghindari *droup out* yang belum bisa diketahui, maka peneliti mengambil sampel pada kedua kelompok dan mendapatkan responden pada kelompok kontrol 23 responden dan kelompok intervensi 24 responden. Pada saat kontrol berikutnya (*post*) ada responden yang tidak periksa kembali ke poliklinik dan tidak mengumpulkan ceklis pelaksanaan *self managent* pada kelompok kontrol 3 responden dan kelompok intervensi 4 responden, sehingga jumlah sampel pada kedua kelompok sebesar 40 responden.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam waktu 6 minggu pada 25 Juni – 6 Agustus 2014 di Poliklinik Jantung RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.

D. Variabel Penelitian

Variabel bebas : Pelaksanaan *self management* pasien gagal jantung

Variabel terikat : Penurunan detak jantung dan berat badan

E. Definisi Operasional

1. Pelaksanaan *self managemant* adalah kegiatan peneliti pada saat pasien kontrol dengan didampingi keluarganya di poliklinik jantung dengan memberikan penkes, panduan dan jadwal pelaksanaan *self management* tentang kemampuan perawatan diri meliputi aktivitas dalam hal mengenal gejala dan tanda penyakit gagal jantung, menentukan rencana tindakan untuk mengatasinya, melaksanakan dan mengevaluasi keberhasilan tindakan serta bagaimana keyakinan responden akan kemampuan melaksanakan perawatan diri. Setelah diberikan *self management* pasien pulang dan kontrol kembali ke poliklinik jantung RSUP dr. Soeradji Klaten antara 4 minggu sampai 6 minggu kemudian hasil catatan pasien dievaluasi kembali.
2. Detak jantung atau dikenal denyut nadi adalah denyutan arteri dari gelombang darah yang mengalir melalui pembuluh darah sebagai akibat dari denyutan jantung, untuk pemeriksaan denyut nadi yang diukur dalam per menit, dengan skala data rasio.
3. Berat badan adalah ukuran tubuh dalam sisi beratnya yang ditimbang dalam keadaan berpakaian minimal tanpa perlengkapan apapun, dengan alat ukur timbangan dengan satuan kilogram, untuk mengukur penurunan, kenaikan atau stabil berat badan bagi pasien pada saat pertama datang ke poliklinik jantung dan dilakukan pengukuran kembali pada saat periksa kembali ke

poliklinik jantung. Hasil pengukuran yang dicatat yaitu terjadi penurunan atau tidak, dinyatakan dalam data rasio.

F. Instrumen Penelitian

Pengukuran pengumpulan data penelitian menggunakan strategi pemberian pendidikan kesehatan, memberikan cara melakukan aktifitas atau olah raga secara teratur dan memberikan ceklis / catatan *self management*. Pada saat pasien kontrol kembali ke poliklinik jantung pasien dilakukan pengukuran denyut nadi dan berat badan pada kelompok *pre* dan *post* pasien gagal jantung. Alat ukur yang digunakan yaitu alroji dan timbangan yang sudah dilakukan kalibrasi dahulu sebelum digunakan. Data responden yang digunakan adalah:

1. Data demografi responden

Instrumen penelitian pada faktor demografi responden meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, penghasilan, dan rata – rata denyut nadi dan berat badan, serta gambaran pelaksanaan *self management*.

2. Pelaksanaan *self management*

Pemberian penkes tentang kemampuan perawatan diri meliputi aktivitas dalam hal mengenal gejala dan tanda penyakit gagal jantung, menentukan rencana tindakan untuk mengatasinya, melaksanakan dan mengevaluasi keberhasilan tindakan serta bagaimanan keyakinan responden akan

kemampuan melaksanakan perawatan diri. Setelah diberikan berbagai contoh kegiatan self management, responden diberikan ceklis kegiatan yang harus dilakukan di rumah.

3. Detak jantung

Intervensi pemeriksaan detak jantung dilakukan pada *pre* dan *post* kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol. Hasil yang diharapkan detak jantung akan stabil dan membandingkan kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol apakah hasilnya stabil atau tidak stabil.

4. Berat badan

Alat ukur penimbangan berat badan sebelum digunakan dilakukan kalibrasi dahulu untuk menjaga kevalidan hasil pengukuran. Pengukuran berat badan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, dilakukan pada saat pasien pertama datang ke poliklinik dan dilakukan pengukuran kembali pada periksa berikutnya. Hasil yang diharapkan berat badan pasien apakah ada perbedaan antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan mendapatkan hasil yang sama yaitu stabil atau tidak stabil.

G. Cara Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data Primer merupakan data yang didapat secara langsung dari sumber yang diamati dan dicatat untuk pertama kalinya. Data ini yang pengumpulannya dimulai saat pasien kontrol di poliklinik jantung dengan memberikan *self management* dalam bentuk pendidikan kesehatan, monitoring kegiatan *self management* kemudian pasien dilakukan pengukuran berat badan, dan dilakukan tindakan pemeriksaan denyut nadi. Setelah pasien kembali kontrol ke poliklinik jantung kemudian dilakukan pemeriksaan yaitu dilakukan pemeriksaan denyut nadi dan pengukuran berat badan.

2. Data Sekunder

Data sekunder meliputi data yang diperoleh dari rekam medis berupa jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pernah menderita gagal jantung kongestife.

H. Analisis Data

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data editing, koding, dan tabulasi, dalam bentuk tabel sesuai dengan variabel yang diukur untuk mengetahui keberhasilan *self management* pada pasien gagal jantung dengan indikator keberhasilan pada hasil

pemeriksaan denyut jantung dan pengukuran berat badan dalam kondisi stabil atau tidak stabil.

Metode analisis data pada penelitian ini, seperti yang telah dipaparkan sebelumnya bahwa tipe skala pengukuran yang digunakan adalah *rating scale* yang mana penyajian datanya berbentuk skala rasio, dengan demikian dapat diketahui bahwa analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis statistik parametrik. Dalam analisis statistik parametrik terdapat persyaratan yang harus dipenuhi yaitu uji normalitas (Sugiyono, 2005). Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui apakah distribusi sebuah data yang di dapatkan mengikuti atau mendekati hukum sebaran normal baku dari Gauss. Peneliti menggunakan *uji Shapiro-Wilk* dengan kriteria sampel kurang dari 50 menggunakan komputersasi.

Setelah dilakukan uji normalitas langkah selanjutnya adalah melakukan uji *paired samples t-test* dengan *confidence interval* 95% untuk membandingkan keberhasilan pada dua kelompok kontrol dan perlakuan sebelum perlakuan dan membandingkan hasil pengukuran denyut nadi dan berat badan pada dua kelompok kontrol dan setelah perlakuan. Sedangkan tehnik analisis untuk mengetahui perbedaan keberhasilan *self management* pasien gagal jantung sebelum dan sesudah perlakuan menggunakan uji *paired samples t-test* dengan *confidence interval* 95% (Hidayat, 2003).

I. Etika Penelitian

Peneliti dalam menjalankan proses kegiatan penelitian ini, akan melibatkan keluarga dan pasien sebagai responden. Kegiatan ini peneliti memperhatikan etika penelitian, dengan mengikuti uji etik oleh komisi etik penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dengan Nomor: 770/EP-FKIK-UMY/V/2014. Kegiatan pelaksanaan penelitian setelah memperoleh ijin dari komisi etik penelitian, kemudian melakukan pengurusan ijin penelitian, serta penelitian ini sebelum dilakukan, proposal penelitian diseminarkan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten .

Pelaksanaan penelitian dimulai pada tanggal 25 Juni sampai dengan 6 Agustus 2014 di mana pengukuran detak jantung dan berat badan dilakukan di hari pertama pada responden baik pada kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan dan kemudian pada kelompok eksperimen pertanyaan tentang *self management* secara kelompok. Setelah diberikan *self management* pasien pulang dan kontrol kembali ke poliklinik jantung antara 3 minggu sampai 4 minggu dilakukan pengukuran ulang terhadap detak jantung dan berat badan.

Peneliti dalam melakukan penelitian ini, akan memperhatikan hak asasi manusia yang berpedoman pada 5 aspek sesuai pedoman *American Nurse Association* (Wood dan Haber, 2010) diantaranya:

1. *Right to self-determination*

Responden sebagai memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak terlibat dalam penelitian tidak boleh ada pemaksaan atau tekanan bagi responden untuk bersedia ikut dalam penelitian. Selain itu responden berhak mendapatkan informasi yang lengkap tentang tujuan dan manfaat penelitian serta prosedur yang lengkap tentang tujuan dan manfaat penelitian serta prosedur kegiatan pelaksanaan penelitian.

2. *Right to privacy and dignity*

Responden dalam penelitian ini memiliki hak untuk mendapatkan privasi dalam hal menentukan waktu, tempat dan kondisi lingkungan yang menjamin privasi responden. Peneliti tetap menjamin privasi responden pada saat responden memberikan informasi yang bersifat pribadi dan menjaga kerahasiaan informasi pribadi dari responden terkait sikap, tingkah laku, dan pendapat responden.

Peneliti memberikan informasi yang jelas dan lengkap kepada responden tentang tujuan, manfaat, prosedur, resiko serta keuntungan dari penelitian yang akan dilakukan. Responden setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, kemudian responden yang bersedia diberikan *informed consent* yaitu persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

3. *Right to anonymity and confidentiality*

Responden perlu mendapatkan hak untuk tidak diketahui identitasnya pribadinya, serta dijaga kerahasiaan pribadinya dari data yang telah diberikan oleh responden. Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek, peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh subyek, lembar tersebut hanya diberi kode tertentu.

4. *Right to fair treatment*

Peneliti dalam melaksanakan kegiatannya tidak membedakan – bedakan responden dengan memperhatikan prinsip keadilan. Semua responden yang telah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi diperlakukan sama dengan responden lainnya.

5. *Right to protection from discomfort and harm*

Penelitian yang dilakukan harus memperhatikan prinsip kenyamanan pasien dan tidak merugikan bagi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Adeleida, (2012) *Hubungan Self Care Dan Depresi Dengan Kualitas Hidup Pasien Heart Failure Di Rsup Prof Dr R.D Kandou Manado*. FIK Universitas Indonesia
- Alberto, N.M, *et.al.* (2008). CS133 Evidence-Based Strategies to Improve Education for Heart Failure Patients. *Journal of Critical Care Nurse* Vol 28, No.2.P.e7-8
- Barbara C Long, (2001) *Perawatan Medikal Bedah (Terjemahan)*, Yayasan IAPK Padjajaran Bandung.
- Black & Hawk (2009). *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcome*. (7th ed.). St. Louis: Elsevier-Saunders.
- Braunwald *et.al.* (2005) editors. *Harrison's manual of medicine*. 16th ed. USA : McGraw – Hill.
- Brommeyer, Mark. e-nursing and e-patients. *Journal of nursing manajemen* vol 11 Februari 2005. P.12-13
- Bruner, LS and Suddarth, DS. (2005). *Textbook of Medical Surgical Nursing*. 10th Ed. E-Book.
- Cameron, J., Carter, L.W., Riegel, B., Lo, S.K., & Stewart, S. (2009). *Testing a model of patient characteristics, psychologic status, and cognitive function as predictors of self care in person with chronic heart failure*. Heart & Lung
- Cameron, J., Skofronick., Grant. (2006). *Fisika Tubuh Manusia*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Crawford, M.H. (2009). *Current diagnosis & treatment cardiologi* (3rd ed.). McGraw- Hill Companies, Inc.
- De Groot, Holly A.(2009). Overview and Summary Nursing Technologies: Innovation and Implementation. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 14, No. 2, Overview. P 1-3
- Dianne, McCormack. (2003). *An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform*. Nursing Leadership (CJNL)

- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. (2008) *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure* : the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology.
- Dinosetro. (2008) *Hubungan antara peran keluarga dengan tingkat kemandirian kehidupan sosial bermasyarakat pada klien Skizofrenia post perawatan di rumah Sakit Jiwa* Menur. <http://dinosetro.multiply.com/guestbook?&=&page=3>.
- Doenges Marilyn E, (2002) *Rencana Asuhan Keperawatan (Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien)*, Edisi 3, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Dolan, P., Canavan, J., Pinkerton, J. (2006) *Family Support as Reflective Practice*. London : Jessica Kingsley Publishers.
- Ganong WF.(2003) *Review of medical physiology*. Ed 21. United States : The McGraw-Hill Companies Inc.
- Greenberg, M. Elizabeth, (2000). *The Domain of Telenursing: Issues and Prospects Nursing Economics*. <http://ccn.aacnjournals.org>
- Hidayat, Aziz Allimul. (2007) *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*, Salemba Medika, Jakarta.
- Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (2010). *Keperawatan kritis pendekatan holistik (critical care nursing: a holistic approach)* Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Hussar, DA., 1995. Patient Compliance, in Remington: *The Science and Practice of Pharmacy (1796-1807)*, Volume II, USA: The Philadelphia Collage of Pharmacy and Science.
- Irianto, Djoko Pekik, *Pedoman Praktis Berolahraga Untuk Kebugaran dan Kesehatan*. Penerbit Andi Yogyakarta ,Yogyakarta, 2004.
- Junadi P, Atiek S, Husna A, (2004) *Kapita selekta Kedokteran (Efusi Pleura)*, Media Aesculapius, Fakultas Kedokteran Universita Indonesia.
- Mansjoer, dkk., (2001), *Kapita Selektta Kedokteran, Edisi 3*, Medica Aesculpalus, FKUI, Jakarta.
- Mellen, P. B., Palla, S. L., Goff, D. C., Bonds, D. E. (2004). *Prevalence of Nutrition and Exercise Counseling for Patients With Hypertension*. J. Gen Intern Med, 19, 917-924.

- Mikelson, Melissa. (2010). Telephone conversations provide education Follow-up important to ensure understanding, *Journal of Patient Education Management*.
- Muttaqin, Arif. 2001. *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskuler*. Jakarta. Penerbit: Salemba Medika.
- Ningsih, Retno, 2001. *Hubungan Perilaku Meokok dan Komplikasi Kronis Pada Penderita Diabetes Tipe 2 di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik*.
- Nurdiana, Syafwani, Umbransyah. (2007). Peran Serta Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan Klien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, vol.3no.1.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan (Edisi revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Patti Staples, Wendy Earle. (2007). The nature of Telephone nursing Interventions in a Heart Failure Clinic Setting. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* , Volume 18 • No. 4 27-33
- Paul, Sara. (2008). Clinical Article Hospital Discharge Education for Patients With Heart Failure: What Really Works and What Is the Evidence?. *Journal of Critical Care Nurse* Vol 28, No. 2.
- Rantucci, MJ., 2007. *Komunikasi Apoteker-Pasien (Edisi 2)*. Penerjemah : A. N. Sani. Jakarta : Penerbit Kedokteran EGC
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D.K., Sebern, M., Hicks, F.D., & Roland, V. (2004). sychometric testing of the self care of heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 350-359.
- Saranto, K *et al.*(2009). *Severity of Illness – Implications for Information Management by Patients Connecting Health and Humans*. IOS Press. p. 373-377
- Sastroasmoro, S., & Ismail, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (Edisi ketiga.)*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Slater M. Renee; Phillips Denise M; Elizabeth K. (2008). *Cost Effective Care a Phone Call, Nurse-Management Telephonic Program for patient Chronic Heart Failure journal of Nursing Economics* 01. 26/No, 1 hal 41-44

- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2010). *Brunner and Suddarth's text book of medical surgical nursing*. (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Smelthzer, Suzanne C Brenda G Bare, (2001), *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddart*, Edisi 8, Jakarta : EGC
- Schnipper, JL, Jennifer, LK, Michael, CC, Stephanie, AW, Brandon, AB, Emily, T, Allen, K, Mark, H, Christoper, LR, Sylvia, CM, David, WB. 2006. *Role of Pharmacist Counseling in Preventing Adverse Drug Events After Hospitalization*. USA : Archives of Internal Medicine. Vol 166.565-571.
- Supriyono M., 2008. *Faktor-Faktor Risiko Yang Berpengaruh Terhadap Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Kelompok Usia < 45 Tahun* (Studi Kasus Di Rsup Dr. Kariadi Dan Rs Telogorejo Semarang. Program pasca Sarjana Undip.
- Teddy,et.al (2013). faktor-faktor yang memengaruhi penerimaan keluarga merawat pasien skizofrenia selepas perawatan dari RSUD Banyumas. *Lecturer of Nursing Department of Jenderal Soedirman University*.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their works* (6th Ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Taylor, S.E. 1995. *Health Psychology 3rd Edition*. Singapore : Mc.Graw Hill.
- Washburn, S. C., Hornberger, C. A.(2008). Heart Failure Management Nurse Educator Guidelines for the Management of Heart Failure. *The Journal of Continuing Education in Nursing*.
- Orem, D. E., (2001). *Nursing : Concept of practice*. (6th Ed.). St. Louis : Mosby Inc.
- Wilson Lorraine M, (1995) *Patofisiologi (Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit)*, Buku 2, Edisi 4.
- Yosep , I. (2009), *Keperawatan Jiwa Edisi Refisi*, Bandung: PT. Refika Aditama