

**LITERATUR REVIEW : PENERAPAN *MANAGEMENT SELF CARE* PADA  
PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG KONGESIF**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Amd. Keperawatan



NADIRA IRSALINA

4180170091

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS BHAKTI KECANA BANDUNG

2020

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Nadira Irsalina  
NPM : 4180170091  
Fakultas : Keperawatan  
Prodi : DIII Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul :  
“Penerapan *Management self care* Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongesif :  
*Literature Review*”

**Bebas dari Plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.**

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut dapat indikasi plagiarism, saya **bersedia menerima sanksi** sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 29 Agustus 2020

Yang membuat pernyataan,



**Pembimbing Pendamping**

Anri S.Kep.,Ners.,M.Kep

**Pembimbing Utama**

Ade Tika Herawati.S.Kep.,Ners.,M.Kep

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**JUDUL :**

**PENERAPAN *MANAGEMENT SELF CARE* PADA PASIEN DENGAN  
GAGAL JANTUNG KONGESIF**

**NAMA : NADIRA IRSALINA**

**NIM : 4180170091**

Telah Disetujui Untuk Diajukan Pada Sidang Proposal

Pada Program Studi Diploma III Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Menyetujui :

Pembimbing I



Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Pembimbing II



Anri S.Kep.,Ners., M.Kep

## LEMBAR PENGESAHAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dan telah  
Diperbaiki sesuai dengan masukan Para Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas keperawatan

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Pada Tanggal 08 September 2020

Mengesahkan

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Penguji I



**Dede NurAziz Muslim, S.Kep.,Ners., M.Kep**

Penguji II



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep**

Universitas Bhakti Kencana  
Dekan Fakultas Keperawatan,  
  
**Rd. Siti Jundiah, S.kp., M.Kep**

## PERNYATAAN

Saya yang menyatakan Literatur Review yang berjudul “PENERAPAN *MANAGEMENT SELF CARE* PADA PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG KONGESIF” ini sepenuhnya karya sendiri. Tidak ada bagian didalamnya yang merupakan plagiat dari karya orang lain dan saya tidak melakukan penjiplakan dan pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini saya siap menerima resiko atau sanksi yang dijatuhkan kepada saya bila kemudian hari ditemukan pelanggaran etika keilmuan dalam karya saya ini, atau klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Bandung, 24 Agustus 2020

Yang Membuat Pernyataan



Nadira Irsalina

## KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT bahwa hanya dengan ridho dan karunianya sehingga penulis dapat menyelesaikan *literature review* ini tepat pada waktunya. Shalawat serta salam semoa senantiasa tercurahkan kepada junjungan nabi kita yaitu habibana wanabiyana Muhammad SAW, tidak lupa kepada keluarganya, para tabi'in dan tabi'at serta kepada kita semua selaku umatnya yang senantiasa berada dalam lindungan Allah SWT.

Literatur review ini berjudul “Penerapan *Management Self-Care* Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongesif” dalam penyusunan ini penulis mendapatkan pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini perkenankanlah saya untuk menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. H. Mulyana SH., M.Pd., MH Kes sebagai ketua YAGK (Yayasan Adhi Guna Kencana).
2. Dr. Entis Sutrisno, S.Farm Apt., M.H.Kes selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz Muslim Muslim, S.Kep.,Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

5. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners., M.Kep sebagai pembimbing I dalam penyusunan *literature review* ini yang telah banyak memberikan motivasi dan arahnya kepada penulis.
6. Anri S.Kep.,Ners.,M.Kep sebagai pembimbing II dalam penyusunan *literature review* ini yang juga telah banyak memberikan arahan dan bimbinganya kepada penulis.
7. Seluruh Dosen Universitas Bhakti Kencana Bandung yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan dan bekal keterampilan selama masa pendidikan yang sangat bermanfaat bagi penulis.
8. Bapak Ucep Suryo dan Ibu Lies Kusmiati selaku orang tua yang telah memberikan kasih sayang, dukungan moril, materil, nasehat serta do'a yang selalu dipanjatkan untuk keberhasilan penulis.
9. Adik ku Nabila Revalina yang juga tidak lupa selalu memberikan dukungan dan do'a untuk keberhasilan penulis.
10. Sandi Setiadi Amd,Kep yang sudah membantu kepada penulis dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Tresna Gumelar yang sudah membantu serta memberikan semangat kepada penulis dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Rekan-rekan seperjuangan, teman teman angkatan XXIV di DIII Keperawatan yang telah memberikan dorongan, semangat serta Doanya.
13. Kepada semua pihak yang telah berkenan dalam membantu dan memperlancar Kegiatan Penyusunan Karya Tulis ini.

Namun dalam penyusunan *literature review* ini, masih jauh apabila dikatakan sempurna karena masih banyak kekurangan, maka dari itu, penyusun mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak demi perbaikan dimasa yang akan datang.

Atas segala dukungan, penulis mengucapkan terimakasih semoga dengan dukungan yang diberikan kepada penulis menjadi kunci kesuksesan dalam penyusunan penelitian ini dan semoga dukungan dari orang-orang yang luar biasa ini mendapatkan balasan dari Allah SWT. Semoga *Literatur review* ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca umumnya.

Bandung, 24 Agustus 2020

Penulis



## ABSTRAK

Gagal jantung adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel – sel tubuh akan nutrisi dan oksigen secara adekuat (Wajan, 2010). Data WHO tahun 2016 menunjukkan bahwa pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% dari total kematian disebabkan oleh penyakit Gagal Jantung Kongesif. Rehospitalisasi merupakan masalah umum yang sering terjadi pada pasien gagal jantung yang sebagian besar disebabkan oleh keterlambatan dalam pengenalan gejala, pengobatan dan ketidakpatuhan diet serta kurangnya penerapan dan keterampilan dalam melakukan perawatan diri (*Self-Care*). *Self care management* merupakan kemampuan pasien Gagal Jantung Kongesif dalam mengelola dirinya, pasien dengan Gagal Jantung Kongesif harus mempunyai pengetahuan tentang penyakit yang dialaminya, bagaimana cara pencegahan timbulnya gejala dan apa yang bisa dilakukan pasien Gagal Jantung jika gejala muncul, dengan *Self care management* yang baik maka pasien Gagal Jantung akan mempunyai motivasi dalam penanganan penyakitnya. . Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui bagaimana penerapan *Management Self-Care* pada pasien dengan gagal jantung kongesif. Desain penelitian menggunakan metode *Systematic Literature Review* (SLR). Teknik pengambilan sampel menggunakan *Purposive Sampling* dengan menggunakan populasi 3 jurnal nasional dalam bentuk *full text*, sampel yang diambil yaitu 3 jurnal nasional. Pengambilan data menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi. Hasil analisis dari 3 jurnal yang diteliti, didapatkan hasil penerapan manajemen masih kurang.

Kata kunci : Gagal Jantung Kongesif, Penerapan *Management Self-Care*

Daftar Pustaka : - 4 Jurnal (2010-2020)  
- 2 Website (2014-2020)

## **ABSTRACT**

*Heart failure is a condition in which the heart fails to pump blood to meet the body's cell needs for adequate nutrients and oxygen (Wajan, 2010). WHO data for 2016 shows that in 2015 there were 23 million or around 54% of the total deaths caused by Congestive Heart Failure. Rehospitalization is a common problem that often occurs in patients with heart failure which is largely caused by delays in symptom recognition, medication and dietary non-compliance as well as a lack of application and skills in self-care. Self care management is the ability of patients with congestive heart failure in managing themselves, patients with congestive heart failure must have knowledge about the disease they are experiencing, how to prevent symptoms and what heart failure patients can do if symptoms appear, with good self-care management. Heart Failure patients will have motivation in managing their disease. The purpose of this study was to determine how the application of Management Self-Care in patients with congestive heart failure. The research design used the Systematic Literature Review (SLR) method. The sampling technique used purposive sampling using a population of 3 national journals in full text, the samples taken were 3 national journals. Collecting data using inclusion and exclusion criteria. The results of the analysis of the 3 journals that were examined showed that the implementation of management was still lacking.*

*Keyword : Application of Self-care Managent, Congestive Heart Failure*

*Bibliography : - 4 Journal (2010-2020)*

*- 2 Website (2014-2020)*

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan penelitian .....	5
1.4 Manfaat penelitian .....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Teori <i>Self-Care</i> Orem's.....	6
2.3 Gagal Jantung Kongesif / <i>Congestive Heart Failure</i> .....	16
BAB III METEDOLOGI PENELITIAN.....	33
3.1 Desain Penelitian .....	33
3.2 Variabel Penelitian .....	33
3.3 Populasi .....	34
3.4 Sampel .....	34
3.5 Tahapan Literatur Review .....	35
3.6 Pengumpulan Data.....	37
3.7 Analisa Data .....	37

3.8 Etika Penelitian.....	37
3.9 Lokasi Penelitian .....	37
3.10 Waktu Penelitian.....	37
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>38</b>
4.1 Tabel Hasil Penelusuran Jurnal .....	39
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>46</b>
<b>BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>49</b>
6.1 Kesimpulan.....	49
6.2 Saran .....	49
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>50</b>
<b>LEMBAR BIMBINGAN.....</b>	<b>52</b>
<b>RIWAYAT HIDUP.....</b>	<b>59</b>

## **DAFTAR TABEL**

- 4.1 Tabel Hasil Penelusuran Jurnal Yang Berkaitan Denga Judul Penelitian

## **DAFTAR BAGAN**

- 2.1 Bagan Patofisiologi Gagal Jantung Kongesif

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Gagal jantung adalah suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah guna mencukupi kebutuhan sel – sel tubuh akan nutrien dan oksigen secara adekuat. Hal ini mengakibatkan peregangan ruang jantung (*dilatasi*) guna menampung darah lebih banyak untuk dipompakan ke seluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung kaku dan menebal. Dinding otot jantung yang melemah tidak mampu memompa dengan kuat (Wajan, 2010).

Gagal jantung adalah kumpulan gejala yang kompleks dimana seorang penderita memiliki tampilan berupa: Gejala gagal jantung (nafas pendek yang tipikal saat istirahat atau saat melakukan aktifitas disertai tidak kelelahan), tanda retensi cairan (kongesti paru atau edema di pergelangan kaki) : adanya bukti objektif dari gangguan struktur atau fungsi jantung saat istirahat (Siswanto, 2015).

Data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 menunjukkan bahwa pada tahun 2015 terdapat 23 juta atau sekitar 54% dari total kematian disebabkan oleh penyakit Gagal Jantung Kongesif . Penelitian yang telah dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa resiko berkembangnya Penyakit Gagal Jantung Kongesif adalah 20% untuk usia  $\geq 40$  tahun dengan kejadian  $> 650.000$  kasus baru yang di diagnosis

Gagal Jantung Kongesif selama beberapa dekade terakhir. Kejadian Gagal Jantung Kongesif meningkat dengan bertambahnya umur. Tingkat kematian untuk Penyakit Gagal Jantung Kongesif sekitar 50% dalam kurun waktu lima tahun (Arini, 2015).

Menurut *American Heart Association* (AHA) penyakit kardiovaskular adalah penyebab utama kematian, terhitung 17,3 juta kematian per tahun, angka yang diperkirakan akan tumbuh lebih dari 23,6 juta pada tahun 2030. Penyakit jantung adalah nomor satu penyebab kematian di Amerika Serikat (AS), kematian lebih dari 375.000 orang per tahun. Sekitar 735.000 orang di AS mengalami serangan jantung setiap tahun dan sekitar 120.000 meninggal. Sekitar 635.000 orang di AS memiliki pertama kali serangan jantung setiap tahun, dan sekitar 300.000 mengalami serangan jantung berulang (Mozaffarian et al., 2015). Di Indonesia, usia pasien gagal jantung relatif lebih muda dibanding Eropa dan Amerika disertai dengan tampilan klinis yang lebih berat (PERKI, 2015).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kemenkes RI Tahun 2013, prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia mencapai 0,13% dan yang terdiagnosis dokter sebesar 0,3% dari total penduduk berusia 18 tahun ke atas. Prevalensi gagal jantung tertinggi berdasarkan diagnosis dokter berada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu sebesar 0,25% (Depkes, RI 2014).

Gejala Gagal Jantung berupa sesak nafas, bengkak, dan kelelahan yang berlangsung lama mempengaruhi status fungsional dan kehidupan



yang dialami pasien setiap hari. Status fungsional yang rendah akan menyebabkan menurunnya kemampuan *self care* pasien (Mahanani, 2017). Beberapa penelitian seperti yang telah dilakukan oleh Britz dan Dunn (2010); Kaawooan (2012); serta Wahyuni dan Kurnia (2014) menunjukkan pasien gagal jantung mengalami masalah dalam melakukan *self care*.

Penelitian yang dilakukan Britz and Dunn (2010) dijelaskan bahwa sebagian klien melaporkan bahwa mereka belum melaksanakan *self care* secara tepat seperti yang telah diajarkan karena dirasakan semakin berat dan menjadi penyebab klien mengalami perawatan kembali. Karenanya, upaya yang dilakukan untuk menekan timbulnya gejala penyakit yang buruk serta menghindari komplikasi bagi klien yaitu dengan meningkatkan kemampuan *self care*.

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

Peneliti tertarik dengan Penerapan *Management Self-Care* karena dengan menerapkannya Management Self-Care yang baik pasien dengan gagal jantung kongesif bisa merubah pola hidup yang lebih baik dan benar serta dapat mengurangi angka kematian yang terjadi pada tahun-tahun sebelumnya. Berdasarkan latar belakang diatas diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Penerapan *Management Self Care* Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongesif.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang di uraikan diatas, maka permasalahan dalam penelitian ini “Bagaimana Penerapan *Management Self Care* Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongesif”

## 1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengidentifikasi Penerapan *Management Self Care* Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongesif

## 1.4 Manfaat Penelitian

### a) Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan guna mengurangi dan mencegah kejadian penyakit dan kematian akibat penyakit terhadap perkembangan ilmu kesehatan di Indonesia pada umumnya serta memberikan kontribusi berupa kajian akademik bagi peneliti tentang

Penerapan *Management Self Care* Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongesif

b) Manfaat praktis

1) Bagi bidang peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi sebagai bahan pertimbangan khususnya perawat untuk ikut berperan sebagai educator, motivator, konselor.

2) Bagi peneliti lain

Hasil penelitian dapat menjadi sumber informasi untuk peneliti selanjutnya terkait Penerapan *Management Self Care* Pada Pasien Dengan Gagal Jantung Kongesif

3) Bagi Universitas Bhakti Kencana

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan kajian untuk menjadi bahan ajar ilmu Keperawatan Medikal Bedah (KMB) di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep 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 :

##### 2.1.1 Perawatan Diri Sendiri

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 inidividu 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.

#### 2.1.2 *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.

#### 2.1.3 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 system 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 perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran. Pemberian system ini dapat dilakukan pada pasien yang memerlukan.

*Self care* pada pasien jantung digambarkan sebagai suatu proses di mana pasien berpartisipasi secara aktif manajemen 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, system 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*.

#### 2.1.4 *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 *selfmedication* 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, system 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 coping 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 alcohol

- 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.

## 2.2 Gagal Jantung Kongesif / *Congestive Heart Failure* (CHF)

### 2.2.1 Definisi Gagal Jantung Kongesif

Gagal Jantung Kongesif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrient dikarenakan adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan kemampuan hanya ada kalau disertai peninggian tekanan pengisian ventrikel kiri (Smeltzer dan bare, 2001 dalam Padila, 2012).

Menurut ilmu penyakit dalam, gagal jantung adalah suatu keadaan patofisiologi kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme atau peningkatan tekanan distolik dan ventrikel kiri atau keduanya, sehingga tekanan kapiler paru meningkat (Asikin Dkk, 2016).

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk mempertahankan curah jantung (*cardiac output*) dalam memenuhi metabolisme tubuh. Penurunan CO mengakibatkan volume darah yang adekuat, maka didalam tubuh menjadi suatu refleksi homeostatis atau mekanisme, kompensasi melalui perubahan-perubahan *neurohumoral*, dilatasi ventrikel dan mekanisme Frank-Straling. Dengan demikian, manifestasi klinis gagal jantung terdiri dari berbagai respon hemodinamika, renal, naural dan hormonal yang tidak normal (Kabo, 2012).

Penyakit Gagal Jantung Kongesif adalah keadaan dimana jantung sebagai pompa tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk metabolisme tubuh,agalnya aktivitas jantung terhadap pemenuhan kebutuhan metabolisme gagal. Fungsi pompa jantung terhadap pemenuhan kebutuhan metabolisme tubuh gagal. Fungsi pompa jantung secara keseluruhan tidak berjalan normal. Gagal jantung merupakan kondisi yang sangat berbahaya meski demikian. Bukan berarti jantung tidak bisa bekerja sama sekali, hanya saja jantung tidak berdetak sebagaimana.

Berdasarkan beberapa pendapat definisi diatas, maka dapat disimpulkan Gagal Jantung Kongesif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah keseluruhan tubuh, sehingga tidak memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh atau terjadi defisit penyaluran oksigen ke organ tubuh.

### 2.2.2 Etiologi

Penyebab gagal jantung mencakup yang menyebabkan volume plasma sampai derajat tertentu sehingga volume distolik akhir meregangkan serat-serat ventrikel melebihi panjang optimumnya. Penyebab tersering adalah cedera pada jantung itu sendiri yang memulai siklus kegagalan dengan mengurangi kekuatan kontraksi jantung. Akibat buruk dari menurunnya kontraktilitas, mulai terjadi akumulasi volume darah di ventrikel. Penyebab gagal jantung yang terdapat di jantung antara lain :

- 1) Dofungsi Miokard (Kegagalan Miokard)
- 2) Beban tekanan berlebihan : pembebanan sistolik (*systolic overload*) yang berlebihan diluar kemampuan ventrikel menyebabkan hambatan pada pengosongan ventrikel sehingga menurunkan curah ventrikel atau isi sekuncup.
- 3) Beban volume berlebihan : pembebanan diastolik (*diastolic overload*) yang menyebabkan volume dan tekanan pada akhir *diastolic* dalam ventrikel meninggi. Prinsip *Frank starling* :



curah jantung mula-mula akan meningkat sesuai dengan besarnya regangan otot jantung, tetapi bila beban terus bertambah sampai melampaui batas tertentu, maka curah jantung akan menurun kembali.

4) Peningkatan kebutuhan metabolik : peningkatan yang berlebihan (*demand overload*).

5) Gangguan pengisian (hambatan input)

Hambatan pada pengisian ventrikel karena gangguan aliran masuk kedalam ventrikel atau pada aliran balik vena atau *venous return* akan menyebabkan pengeluaran ventrikel berkurang dan curah jantung menurun.

6) Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup *aterosklerosis coroner*, hipertensi atrial dan penyakit otot degenerative atau inflamasi.

7) Aterosklerosis coroner

Mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung, terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat), infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung.

8) Hipertensi sistemik / pulmonal

Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung.

9) Peradangan dan penyakit miokardium

10) Berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

11) Penyakit jantung

Penyakit jantung lain selain stenosis katup *semilunar*, *tamponade*, *pericardium*, *pericarditis*, *konstruktif*, stenosis katup AV.

12) Faktor sistemik

Faktor sistemik seperti hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia atau anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Semua situasi di atas dapat menyebabkan gagal jantung kiri atau kanan.

Penyebab yang spesifik untuk gagal jantung kanan antara lain : gagal jantung kiri, hipertensi, PPOM (Nugroho dkk, 2016).

### 2.2.3 Patofisiologi Gagal Jantung Kongesif

Gagal jantung bukanlah suatu keadaan klinis yang hanya melibatkan satu sistem tubuh melainkan suatu sindroma klinik akibat kelainan jantung sehingga jantung tidak mampu memompa memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Gagal jantung ditandai dengan satu respon hemodinamik, ginjal, syaraf dan hormonal yang nyata serta suatu keadaan patologik berupa penurunan fungsi jantung. Salah satu respon hemodinamik yang tidak normal adalah peningkatan tekanan pengisian (filling pressure) dari jantung atau preload. Respon terhadap jantung menimbulkan beberapa mekanisme kompensasi yang bertujuan untuk meningkatkan volume darah, volume ruang jantung, tahanan pembuluh darah perifer dan hipertropi otot jantung. Kondisi ini juga menyebabkan aktivasi dari mekanisme kompensasi tubuh yang akut berupa penimbunan air dan garam oleh ginjal dan aktivasi system saraf adrenergik.

Penting dibedakan antara kemampuan jantung untuk memompa (pump function) dengan kontraktibilitas otot jantung (myocardial function). Pada beberapa keadaan ditemukan beban berlebihan sehingga timbul gagal jantung sebagai pompa tanpa terdapat depresi pada otot jantung intrinsik. Sebaliknya dapat pula terjadi depresi otot jantung intrinsik tetapi secara klinis tidak tampak tanda-tanda gagal jantung karena beban jantung yang ringan. Pada awal gagal jantung akibat CO yang rendah, di dalam tubuh terjadi

peningkatan aktivitas saraf simpatis dan sistem renin angiotensin aldosteron, serta pelepasan arginin vasopressin yang kesemuanya merupakan mekanisme kompensasi untuk mempertahankan tekanan darah yang adekuat. Penurunan kontraktilitas ventrikel akan diikuti penurunan curah jantung yang selanjutnya terjadi penurunan tekanan darah dan penurunan volume darah arteri yang efektif. Hal ini akan merangsang mekanisme kompensasi neurohumoral. Vasokonstriksi dan retensi air untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah sedangkan peningkatan preload akan meningkatkan kontraktilitas jantung melalui hukum Starling. Apabila keadaan ini tidak segera teratasi, peninggian afterload, peninggian preload dan hipertrofi dilatasi jantung akan lebih menambah beban jantung sehingga terjadi gagal jantung yang tidak terkompensasi. Dilatasi ventrikel menyebabkan disfungsi sistolik (penurunan fraksi ejeksi) dan retensi cairan meningkatkan volume ventrikel (dilatasi). Jantung yang berdilatasi tidak efisien secara mekanis (hukum Laplace). Jika persediaan energi terbatas (misal pada penyakit koroner) selanjutnya bisa menyebabkan gangguan kontraktilitas. Selain itu kekakuan ventrikel akan menyebabkan terjadinya disfungsi ventrikel. Pada gagal jantung kongestif terjadi stagnasi aliran darah, embolisasi sistemik dari trombus mural, dan disritmia ventrikel refrakter. Disamping itu keadaan penyakit jantung koroner sebagai salah satu etiologi Gagal Jantung kongesif

akan menurunkan aliran darah ke miokard yang akan menyebabkan iskemik miokard dengan komplikasi gangguan irama dan sistem konduksi kelistrikan jantung. Beberapa data menyebutkan bradiaritmia dan penurunan aktivitas listrik menunjukkan peningkatan presentase kematian jantung mendadak, karena frekuensi takikardi ventrikel dan fibrilasi ventrikel menurun.

Curah jantung yang berkurang mengakibatkan sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung, bila mekanisme kompensasi untuk mempertahankan perfusi jaringan yang memadai, maka volume sekuncup jantunglah yang harus menyesuaikan diri untuk mempertahankan curah jantung. Tapi pada gagal jantung dengan masalah utama kerusakan dan kekakuan serabut otot jantung, volume sekuncup berkurang dan curah jantung normal masih dapat dipertahankan.

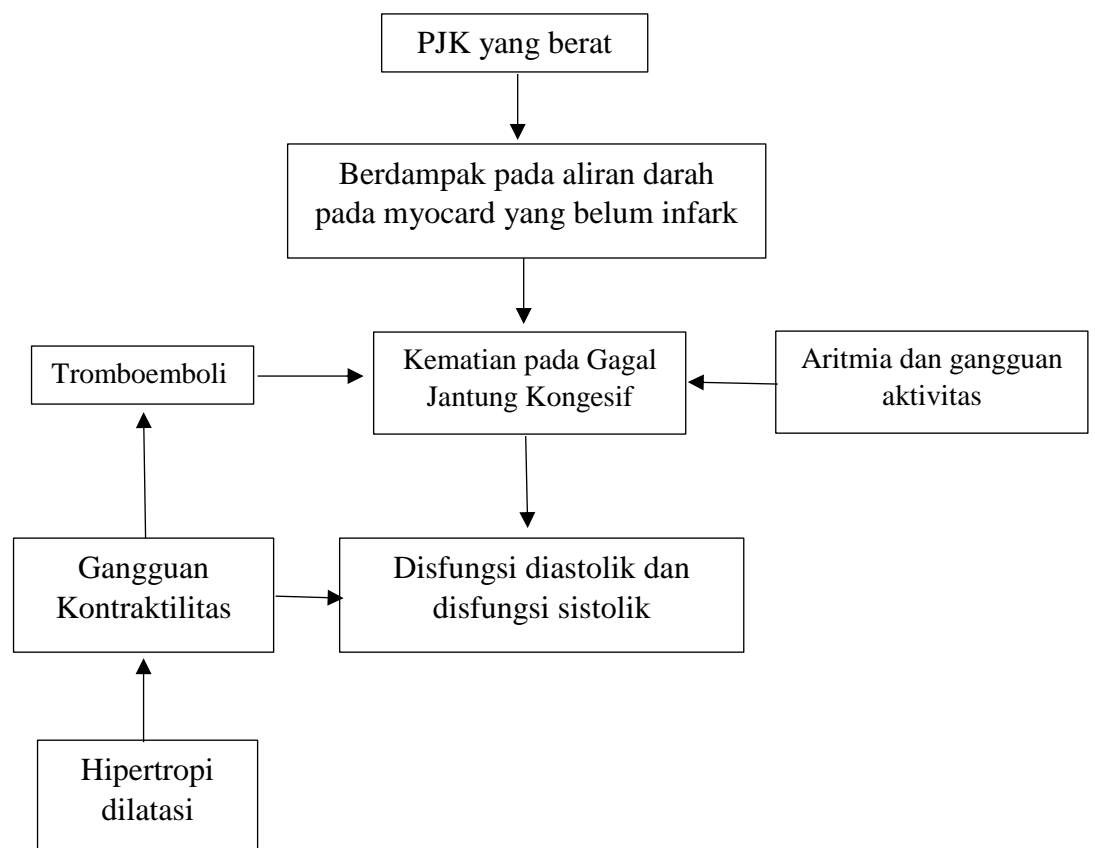
Volume sekuncup, jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi tergantung pada tiga faktor yaitu:

- 1) Preload: setara dengan isi diastolik akhir yaitu jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung.

- 2) Kontraktilitas: mengacu pada perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel dan berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium.
- 3) Afterload: mengacu pada besarnya ventrikel yang harus di hasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang di timbulkan oleh tekanan arteriole.

### Bagan 2.1

#### Patofisiologi Gagal Jantung Kongesif



#### 2.2.4 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis gagal jantung bervariasi, tergantung dari umur pasien, beratnya gagal jantung, etiologi penyakit jantung, ruang-ruang jantung yang terlibat apakah kedua ventrikel mengalami kegagalan serta derajat gangguan penampilan jantung.

Pada penderita gagal jantung kongestif, hampir selalu ditemukan :

- 1) Gejala paru berupa dyspnea, orthopnea dan paroxysmal nocturnal dyspnea.
- 2) Gejala sistemik berupa lemah, cepat lelah, oliguri, nokturi, mual, muntah, asites, hepatomegali, dan edema perifer.
- 3) Gejala susunan saraf pusat berupa insomnia, sakit kepala, mimpi buruk sampai delirium.

#### 2.2.5 Komplikasi Gagal Jantung Kongesif

- 1) Tromboemboli adalah risiko terjadinya bekuan vena (thrombosis vena dalam atau deep venous thrombosis dan emboli paru atau EP) dan emboli sistemik tinggi, terutama pada CHF berat. Bisa diturunkan dengan pemberian warfarin.
- 2) Komplikasi fibrilasi atrium sering terjadi pada CHF yang bisa menyebabkan perburukan dramatis. Hal tersebut indikasi pemantauan denyut jantung (dengan digoxin atau  $\beta$  blocker dan pemberian warfarin).
- 3) Kegagalan pompa progresif bisa terjadi karena penggunaan diuretik dengan dosis ditinggikan.

- 4) Aritmia ventrikel sering dijumpai, bisa menyebabkan sinkop atau sudden cardiac death (25-50% kematian CHF). Pada pasien yang berhasil diresusitasi, amiodaron,  $\beta$  blocker, dan vebrilator yang ditanam mungkin turut mempunyai peranan.<sup>20</sup>

#### 2.2.6 Penatalaksanaan Gagal Jantung Kongesif

Dasar penatalaksanaan pasien gagal jantung adalah :

- 1) Dukung istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung.
- 2) Meningkatkan kekuatan dan efisiensi kontraksi jantung dengan bahan-bahan farmakologis.
- 3) Menghilangkan penimbunan cairan tubuh berlebihan dengan terapi diuretik diet dan istirahat.

##### 2.2.6.1 Terapi Farmakologis

- 1) Diuretik (Diuretik tiazid dan loop diuretik)

Mengurangi kongesif pulmonal dan edema perifer, mengurangi gejala volume berlebihan seperti ortopnea dan dispnea nokturnal peroksimal, menurunkan volume plasma selanjutnya menurunkan preload untuk mengurangi beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen dan juga menurunkan afterload agar tekanan darah menurun.

- 2) Antagonis aldosteron

Menurunkan mortalitas pasien dengan gagal jantung sedang sampai berat.



a) Obat inotropik

Meningkatkan kontraksi otot jantung dan curah jantung

b) Glikosida digitalis

Meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung menyebabkan penurunan volume distribusi.

c) Vasodilator (Captopril, isosorbit dinitrat)

Mengurangi preload dan afterload yang berlebihan, dilatasi pembuluh darah vena menyebabkan berkurangnya preload jantung

d) Inhibitor ACE

Mengurangi kadar angiotensin II dalam sirkulasi dan mengurangi sekresi aldosteron sehingga menyebabkan penurunan sekresi natrium dan air. Inhibitor ini juga menurunkan retensi vaskuler vena dan tekanan darah yg menyebabkan peningkatan curah jantung.

#### 2.2.6.2 Terapi Nonfarmakologis

Penderita dianjurkan untuk membatasi aktivitas sesuai beratnya keluhan seperti: diet rendah garam, mengurangi berat badan, mengurangi lemak,

mengurangi stress psikis, menghindari rokok, olahraga teratur.

#### 2.2.7 Penanganan

Gagal jantung ditangani dengan tindakan umum untuk mengurangi beban kerja jantung dan manipulasi selektif terhadap ketiga penentu utama dari fungsi miokardium, baik secara sendirisendiri 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  $\geq 1.5$  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) .

#### 2.2.8 Pemeriksaan Diagnostik

##### 1) EKG

Hipertrofi atrial atau ventrikuler, penyimpangan aksis, iskemia dan 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.