

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Gagal Jantung

2.1.1. Definisi

Gagal jantung bukan merupakan suatu diagnosis patologis tunggal. Berdasarkan *Universal Definition of Heart Failure*, gagal jantung merupakan sindroma klinis dengan tanda dan gejala yang disebabkan oleh abnormalitas struktur dan/atau fungsi kardiak dan diikuti dengan adanya peningkatan kadar peptida natriuretik dan/atau bukti objektif adanya kongesti paru maupun sistemik (Bozkurt et al., 2021).

Gagal jantung atau *Heart Failure* (HF) adalah suatu sindroma yang ditandai dengan keluhan yang khas (seperti, sesak nafas, tungkai bengkak dan lemas) dan dapat disertai dengan gejala (seperti peningkatan vena jugularis, ronki paru, dan edema perifer), yang disebabkan oleh kelainan jantung struktural dan/atau peningkatan tekanan intrakardiak pada saat istirahat maupun aktivitas (Pintaningrum et al., 2019).

Mencari penyebab utama gagal jantung sangat penting untuk menegakkan diagnosis gagal jantung. Umumnya ditemukan abnormalitas miokardium yang mengakibatkan disfungsi sistolik dan/atau diastolik. Meskipun demikian abnormalitas non-miokardium dapat juga menjadi penyebab seperti kelainan katup

jantung, perikardium, endokardium, dan irama jantung (Pintaningrum et al., 2019).

Gagal jantung menjadi masalah kesehatan yang progresif dengan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi di negara maju maupun negara berkembang termasuk di Indonesia. Semakin bertambahnya usia seseorang, maka risiko penyakit gagal jantung juga ikut meningkat. Pernyataan ini terbukti pada pasien berumur di atas 75 tahun (1,1%) adalah persentase tertinggi mengalami gagal jantung yang terdiagnosis dokter di Indonesia (Simanjuntak & Nasution, 2021).

Gagal jantung juga merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup. Hal ini dikarenakan gagal jantung dapat memberikan dampak yang negatif terhadap pemenuhan kebutuhan dasar, adanya perubahan citra tubuh, kurangnya perawatan tubuh, perilaku dan aktivitas sehari-hari, kelelahan kronis, disfungsi seksual, dan kekhawatiran tentang masa depan (Djamaludin et al., 2018).

2.1.2. Epidemiologi Gagal Jantung

Gagal jantung merupakan salah satu masalah utama kesehatan di dunia, dengan perkiraan sebanyak 26 juta penderita di seluruh dunia (Pratama et al., 2024). Prevalensi gagal jantung berkisar 1-2% pada populasi dewasa di negara berkembang, bahkan meningkat $\geq 10\%$ di antara populasi usia >70 tahun. Risiko gagal jantung pada usia 55 tahun adalah 33% pada laki-laki dan 28% pada perempuan. Berdasarkan *American Heart Association* (AHA), diperkirakan prevalensi gagal

jantung akan meningkat sekitar 50% di antara tahun 2012 sampai 2030, mengakibatkan jumlah penderita >8 juta untuk populasi ≥ 18 tahun (Pintaningrum et al., 2019).

Prevalensi gagal jantung menurut hasil Riset oleh Kesehatan Dasar (Riskesdas) di Indonesia, terjadi peningkatan angka prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia pada tahun 2013 dan 2018. Prevalensi penyakit jantung menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, berdasarkan wawancara pada penduduk di atas 15 tahun adalah sebesar 0,13% (Kemenkes RI, 2013), sedangkan di tahun 2018 angka prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur sebanyak 1,5% dengan peringkat prevalensi tertinggi. Sedangkan prevalensi di Provinsi Lampung mencapai 1,9%. Menurut data dari Riskesdas (2018), menyebutkan bahwa prevalensi penyakit jantung menurut karakteristik umur pada tahun 2018, angka tertinggi ada pada usia lansia yang umurnya > 75 tahun (4,7%) dan terendah ada pada usia < 1 tahun (0,01%). Kemudian prevalensi menurut jenis kelamin pada tahun 2018, menunjukkan angka tertinggi pada perempuan yaitu, perempuan ada 1,6% dan laki-laki ada 1,3 (Kemenkes RI, 2018).

2.1.3. Klasifikasi

a. Klasifikasi Gagal Jantung Berdasarkan Fraksi Ejeksi

(FEVKi)

Klasifikasi pasien gagal jantung berdasarkan FEVKi (Fraksi Ejeksi Ventrikel Kiri) dalam (Bozkurt et al., 2021), ada empat kategori:

- 1) HFrEF (Heart Failure With Reduced Ejection Fraction)
gagal jantung dengan fraksi ejeksi rendah dengan kriteria, tanda dan gejala, FEVFi $\leq 40\%$.
- 2) HFmrEF (Heart Failure With Mildly Reduced Ejection Fraction) gagal jantung dengan fraksi ejeksi terjal dengan kriteria, tanda dan gejala, FEVFi $\geq 41\% - 49\%$.
- 3) HFpEF (Heart Failure With Preserved Ejection Fraction) gagal jantung dengan fraksi ejeksi terjal dengan kriteria, tanda dan gejala, FEVFi $\leq 50\%$, bukti objektif dari abnormalitas struktural dan/atau fungsional jantung yang konsisten dengan adanya disfungsi diastolik ventrikel kiri/peningkatan tekanan pengisian ventrikel kiri, termasuk peningkatan peptide natriuretic.
- 4) HFimpEF (Heart Failure With Improved Ejection Fraction) gagal jantung dengan perbaikan ejeksi fraksi dengan kriteria, sebelumnya FEVFi $\leq 40\%$ dan terjadi peningkatan lebih dari 10% atau meningkat menjadi $>40\%$ pada pengukuran lanjutan.

b. Klasifikasi Gagal Jantung Berdasarkan Kapasitas Fungsional

Klasifikasi berdasarkan *New York Heart Association* (NYHA) dalam (McDonagh et al., 2021), sebagai berikut:

- 1) Kelas I, tidak ada batasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik sehari-hari tidak menyebabkan sesak nafas, kelelahan, atau berdebar.

- 2) Kelas II, terdapat sedikit batasan aktivitas fisik. Nyaman saat istirahat, namun aktivitas fisik sehari-hari menyebabkan sesak nafas, kelelahan, atau berdebar.
- 3) Kelas III, terdapat batasan fisik yang bermakna. Nyaman saat istirahat, namun aktivitas fisik ringan yang kurang dari aktivitas fisik sehari-hari menyebabkan sesak nafas, kelelahan, atau berdebar.
- 4) Kelas IV, tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istirahat, keluhan meningkat jika melakukan aktivitas fisik.

c. Klasifikasi Gagal Jantung Berdasarkan Kelainan Struktural

Menurut *American Heart Association* (AHA) dalam (Nurkhalis & Adista, 2020) klasifikasi berdasarkan kelainan struktural jantung, adalah sebagai berikut:

- 1) Stadium A, memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.
- 2) Stadium B, telah terbentuk penyakit struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.
- 3) Stadium C, gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.

- 4) Stadium D, penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi medis maksimal (refrakter).

2.1.4. Etiologi

Demonstrasi disfungsi jantung yang mendasari sangat penting untuk diagnosis gagal jantung. Hal ini biasanya merupakan kelainan gagal jantung (misalnya infark miokard) yang menyebabkan disfungsi ventrikel sistolik dan/atau diastolik. Kelainan katup (stenosis, regurgitasi), perikardium, endokardium, irama/konduksi jantung atau kombinasi dari perubahan ini juga dapat memicu gagal jantung. Identifikasi mekanisme patofisiologis yang menyebabkan gagal jantung sangat penting untuk memilih pilihan terapi yang memadai, yaitu perbaikan katup, pengobatan gangguan ritme, pengobatan farmakologis (Schwinger, 2021).

Tahapan gagal jantung menekankan pada perkembangan dan perjalanan penyakit, dan tahap lanjut dihubungkan dengan penurunan angka keselamatan. Intervensi terapi pada tiap tahapan bertujuan untuk memodifikasi faktor risiko (pada tahap A), untuk menangani risiko dan penyakit jantung struktural untuk mencegah gagal jantung (pada tahap B), untuk mengurangi gejala, morbiditas dan mortalitas (pada tahap C dan D) (Hasanah et al., 2023).



Gambar 2.1 Tahapan Perkembangan dan Progresi Gagal Jantung

2.1.5. Patofisiologi

Patofisiologi gagal jantung berkaitan dengan abnormalitas struktural atau fungsional jantung yang mengakibatkan peningkatan tekanan intrakardiak atau berkurangnya curah jantung selama istirahat dan aktivitas (Schwinger, 2021).

Gagal jantung memiliki patofisiologi yang kompleks di mana mekanisme kompensatoar dan adaptif berperan secara rumit. Sejauh ini hal yang mampu dijabarkan adalah mekanisme kardioresenal, hemodinamik dan neurohumoral. Mekanisme ini mempertahankan penderita tetap berada pada fungsi kardiovaskular yang adekuat dan tetap pada fase yang asimtomatik. Aktivitas mekanisme tersebut secara berkepanjangan suatu saat akan membawa penderita pada kerusakan organ target dengan perburukan *ventricular remodelling* yang pada akhirnya jatuh kepada fase dekompensasi. Mekanisme kompensator tersebut meliputi aktivasi *adrenergic nervous system*, *renin-angiotensin aldosteron system*, *cytokine system*, peningkatan kontraktilitas miokardium, dan peningkatan aktivasi molekul vasodilator (Pintaningrum et al., 2019).

2.1.6. Manifestasi Klinis

Tergantung pada jenis gagal jantung, pasien dengan gejala klinis dalam (Schwinger, 2021), meliputi :

- a. Gagal jantung kiri atau kanan

- 1) Gagal jantung kiri (kelebihan volume atau tekanan) yang terjadi berupa meningkatkan tekanan paru (kegagalan mundur; peningkatan PCWP (*Pulmonary Capillary Wedge Pressure*) dan akibatnya terjadi kongesti paru yang menyebabkan dispnea (sesak napas) dan takipnea (transudasi cairan, ronki paru), kelelahan, adanya retensi cairan, PND (*Paroxymal Nocturnal Dyspnea*), disfungsi ginjal, malperfusi perifer dan malabsorpsi nutrisi dengan tanda-tanda *cachexia* jantung berkembang.
- 2) Gagal jantung kanan gejala yang terjadi berupa sianosis, hepatomegali, perut tidak nyaman, anoreksia dan mual, edema perifer, asites, peningkatan berat badan, dan distensi vena jugularis.

b. Gagal jantung akut/kronis

Menurut (Hasanah et al., 2023), gejala gagal jantung kronis berlangsung dan 15 bulan hingga beberapa tahun dan menjelaskan pembatasan kehidupan sehari-hari, sedangkan gejala gagal jantung akut muncul dengan cepat, biasanya dalam beberapa hari atau jam.

c. Gagal jantung berdasarkan intensitas nyeri atau sakitnya

Gagal jantung menurut derajat sakitnya dalam (Nurkhalis & Adista, 2020), yaitu:

- 1) Derajat 1, mampu melakukan aktivitas fisik secara teratur tanpa menjadi lelah atau mengalami sesak napas.
- 2) Derajat 2, bahkan olahraga ringan membuat merasa lelah atau kehabisan napas.

- 3) Derajat 3, balhkaln alktivitals fisik sedalng membualt ALndal meralsal lelahh altalu kehalbisaln nalpals.
- 4) Deraljalt 4, tidalk dapat melakukan aktivitas fisik secara teratur bahkan saat istirahat.

2.1.7. Faktor Risiko Gagal Jantung

Menurut (Evelyn et al., 2021) sejumlah faktor risiko diketahui meningkatkan kejadian perubahan struktural dan remodelling ventrikel yang berlanjut pada gagal jantung dengan manifestasi kongesti, antara lain:

a. Faktor risiko utama

- 1) Riwayat kondisi kardiovaskuler (Hipertensi, penyakit jantung koroner, riwayat kardiomiopati familial, riwayat penyakit jantung rematik, penyakit vaskuler aterosklerotik)
- 2) Gangguan endokrin (Diabetes mellitus, gangguan tiroid)
- 3) Gangguan metabolik (Obesitas, sindrom metabolik, dislipidemia)
- 4) Paparan toksin jantung
- 5) Obstructive sleep apnea
- 6) Lama Menderita

b. Faktor risiko lainnya

Menurut (Pratama et al., 2024) faktor risiko diketahui meningkatkan kejadian gagal jantung berdasarkan karakteristik responden, meliputi:

1) Usia

Menurut Black & Hawks (2014) dalam (Evelyn et al., 2021) yang menyatakan penyakit gagal jantung merupakan penyakit primer yang ada pada orang berusia lanjut lebih dari 65 tahun dapat mengenai 6% sampai 10%. Hal ini karena usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya gagal jantung, semakin tua usia seseorang maka akan semakin besar risikonya untuk menderita gagal jantung.

2) Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian Pudiarifanti (2015) dalam (Evelyn et al., 2021), yang diperoleh hasil sebagian besar responden yang menderita penyakit gagal jantung berjenis kelamin laki-laki. Perbedaan kejadian kardiovaskular antara laki-laki dengan perempuan dapat dipengaruhi oleh hormon. Hormon estrogen pada perempuan yang diduga mempunyai efek dalam mencegah kejadian kardiovaskular dengan menurunkan *stress* oksidatif termasuk perbedaan dalam menangani penyakit.

3) Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian Akhmad (2016) dalam (Prihatiningsih & Sudyasih, 2018) yang menyatakan pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mudah untuk mendapatkan informasi terkait kondisi yang

sedang dialami, maupun mencegah masalah yang akan timbul, serta bagaimana merawat diri dengan kondisi tersebut.

4) Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian Arpes (2016) dalam (Evelyn et al., 2021) yang menyatakan bahwa pekerjaan terbanyak adalah tidak PNS / Swasta.

5) Derajat Fungsional Jantung

Menurut *New York Heart Assosiation* (AHA) (2009) dalam (Evelyn et al., 2021) karakteristik derajat fungsional jantung terbanyak pada derajat II. Gagal jantung kelas II adalah klien dengan kelainan jantung yang menyebabkan sedikit pembatasan, istilahnya adalah gangguan jantung ringan.

6) Status Perkawinan

Berdasarkan hasil penelitian Wikananda (2015) dalam (Evelyn et al., 2021) yang menyatakan lansia dengan status menikah kecenderungan memiliki kualitas hidup yang lebih baik sehingga tidak merasa kesepian.

2.1.8. Pemeriksaan Diagnostik Gagal Jantung

Pemeriksaan diagnostik dalam (Pintaningrum et al., 2019) untuk menegakkan sindroma gagal jantung, terdapat keluhan dan gejala yang umumnya ditemui. Diagnosis kemudian didukung dengan pemeriksaan penunjang, ada beberapa pemeriksaan penunjang gagal jantung sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan Laboratorium
- b. Electrocardiography (ECG)
- c. Chest X-Ray (CXR)
- d. Echocardiography
- e. Cardiac Magnetic Resonance Imaging (C-MRI)
- f. Coronary Angiography (CAG)
- g. Cardiac Computed Tomography Scan (CT-Scan)

2.1.9. Penatalaksanaan Gagal Jantung

Terapi yang dilakukan pada pasien gagal jantung berupa terapi farmakologis dan non-farmakologis. Tujuan dari adanya terapi yaitu untuk meredakan gejala, memperlambat perkembangan penyakit, dan memperbaiki harapan hidup (Nurkhalis & Adista, 2020).

a. Tata Laksana Farmakologi

Tujuan terapi gagal jantung menurut (Hasanah et al., 2023) untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas. Berikut rekomendasi tatalaksana farmakologis berdasarkan *Heart Failure With Reduced Ejection Fraction* (HFrEF):

1) Penyekat Sistem Renin-Angiotensin-Aldosterone (SRAA)

Secara umum, terdapat tiga golongan obat yang bekerja sebagai SRAA yang direkomendasikan untuk manajemen pasien HFrEF. Ketiga golongan obat tersebut adalah penghambat enzim perubahan angiotensin (*Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor*/ACE-I), penghambat neprilisin dan reseptor angiotensin (*Angiotensin Receptor Neprilysin*

Inhibitor/ARNI) dan penyekat reseptor angiotensin II (*Angiotensin Receptor Bloker*/ARB). Penyekat SRAA direkomendasikan pada pasien HFrEF guna menurunkan angka mortalitas dan morbiditas. Penghambat enzim pengubah angiotensin, atau ARNI mempunyai kelas rekomendasi I sedangkan ARB diberikan hanya jika pasien tidak dapat mentoleransi ACE-I atau ARNI. Salah satu dari ketiga golongan obat ini wajib diberikan pada pasien HFrEF sebagai bagian dari terapi yang diberikan sejak diagnosis ditegakkan. Obat golongan penyekat SRAA direkomendasikan sebagai obat utama HFrEF bersama dengan penyekat- β , antagonis aldosteron dalam obat golongan penghambat SGLT2.

2) Penghambat Enzim Pengubah Angiotensin (ACE-I)

Penghambat enzim pengubah angiotensin (*Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor*/ACE-I) merupakan golongan obat yang bekerja untuk menghambat perubahan angiotensin-I menjadi angiotensin-II dengan cara menghambat enzim pengubah angiotensin (*Angiotensin Converting Enzyme*). Cara pemberian penghambat enzim pengubah angiotensin (ACE-I) yaitu, captopril dengan dosis inisiasi 6,25 (3 kali sehari) dengan dosis target 50-100 mg (3 kali sehari), enalapril dengan dosis inisiasi 2,5 mg (2 kali sehari) dengan dosis target 10-20 mg (2 kali sehari), lisinopril dengan dosis inisiasi 2,5-5 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 20-40 mg (1 kali sehari), ramipril

dengan dosis inisiasi 2,5mg (1 kali sehari) dengan dosis target 5 mg (2 kali sehari), perindopril dengan dosis inisiasi 2 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 8 mg (1 kali sehari). Indikasi pemberian ACE-I pada HFrEF yaitu, semua pasien dengan/tanpa tanda dan gejala gagal jantung, sedangkan kontraindikasi pemberian ACE-I pada HFrEF yaitu, riwayat angioedema, stenosis srteri renalis bilateral, stenosis aorta berat, kadar kalium serum $>5,5$ mmol/L, kehamilan ,serum kreatinin $>2,5$ mg/dL (kontraindikasi relatif).

3) Penghambat Nefrilisin dan Reseptor Angitosin (ARNI)

Berdasarkan studi PARADIGM-HF, ARNI terbukti lebih superior dibandingkan enalapril dalam menueunkan angka perawatan berulang karena gagal jantung, dan mortalitas kardiovaskular pada pasien gagal jantung kronik fraksi ejeksi $\leq 40\%$. Cara pemberian penghambat nefrilisin dan reseptor angitosin (ARNI) yaitu, sacubitril-valsartan dengan dosis inisiasi 50 mg (2 kali sehari) dengan dosis target 200 mg (2 kali sehari). Indikasi pemberian ARNI pada HFrEF yaitu, semua pasien dengan/tanpa tanda dan gejala gagal jantung, sedangkan kontraindikasi pemberian ARNI pada HFrEF yaitu, riwayat angioedema, stenosis arteri renalis bilateral, stenosis aorta berat, kadar kalium serum $>5,5$ mmol/L, kehamilan, serum kreatinin $>2,5$ mg/dL.

4) Penyekat Reseptor Angiotensin II (ARB)

Penyekat reseptor angiotensin II (*Angiotensin Receptor Blocker/ARB*) merupakan golongan obat yang berfungsi untuk menghambat perlekatan angiotensin-II pada reseptor angiotensin II tipe 1 yang berada di sel endotel. Cara pemberian Penyekat Reseptor Angiotensin II/ARB yaitu, candesartan dengan dosis inisiasi 4-8 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 32 mg (1 kali sehari), valsartan dengan dosis inisiasi 40 mg (2 kali sehari) dengan dosis target 160 mg (1 kali sehari). Indikasi pemberian ARB pada HFrEF yaitu, Sebagai terapi substitusi atau alternatif pada pasien dengan/tanpa gejala gagal jantung yang intoleran terhadap ACE-I, sedangkan Kontraindikasi pemberian ARB yaitu, Stenosis arteri renalis bilateral, stenosis aorta berat, kadar kalium serum $>5,5\text{mmol/L}$, kehamilan, serum kreatinin $>2,5\text{ mg/dL}$ (kontraindikasi relatif), pasien yang diterapi ACE-I dan antagonis aldosteron bersamaan, monitor fungsi ginjal dan serum elektrolit serial bila ARB digunakan bersama ACE-I.

5) Penyekat Reseptor Beta Adrenagik

Obat golongan penyekat- β (Beta Blocker=BB) merupakan obat yang bekerja menghambat perlekatan neurotransmitter adrenagik yang meningkat pada kondisi gagal jantung. Cara pemberian BB pada gagal jantung yaitu, bisoprolol dengan dosis inisiasi 1,25 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 10 mg

(1 kali sehari), carvedilol dengan dosis inisiasi 3,125 mg (2 kali sehari) dengan dosis target 25 mg (2 kali sehari), metoprolol dengan dosis inisiasi 12,5-25 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 200 mg (1 kali sehari), nebivolol dengan dosis inisiasi 1,25 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 10 mg (1 kali sehari). Indikasi pemberian BB pada HErEF yaitu, semua pasien dengan/tanpa tanda dan gejala gagal jantung, pasien stabil secara klinis (tidak ada perubahan dosis diuretik, tidak ada kebutuhan inotropik i.v. dan tidak ada tanda retensi cairan berat), sedangkan kontraindikasi pemberian BB yaitu, syok kardiogenik maupun pasien dengan hemodinamik tidak stabil, bradiaritmia simptomatis seperti blok AV (atrioventrikular) derajat 2 dan 3, sick sinus syndrome (tanpa pacu jantung permanen, sinus bradikardia, kehamilan, asma bronkiale eksaserbasi akut (relatif pada BB selektif), penyakit arteri perifer berat (relatif pada BB non selektif).

6) Antagonis aldosteron

Obat golongan antagonis aldosteron atau yang bisa dikenal dengan antagonis reseptor mineralokortikoid (*Mineralocorticoid Receptor Antagonist/MRA*) berfungsi untuk menghambat sekresi aldosteron (suatu hormon mineralokortikoid yang diproduksi oleh zona glomerulosa korteks adrenal) dari reseptornya di tubulus ginjal. Cara pemberian antagonis aldosteron pada gagal jantung yaitu,

spironolakton dengan dosis inisiasi 25 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 50-100 mg (1 kali sehari), eplerenon dengan dosis inisiasi 25 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 50 mg (1 kali sehari). Indikasi pemberian antagonis aldosteron yaitu, semua pasien dengan/tanpa tanda dan gejala gagal jantung, sedangkan kontraindikasi pemberian antagonis aldosteron yaitu, konsentrasi serum kalium $>5,5$ mmol/L, sebaiknya hindari diberikan bersamaan dengan diuretik hemat kalium lain atau suplemen kalium, pasien dengan kombinasi ACE-I dan ARB, kehamilan, serum kreatinin $>2,5$ mg/dL (relatif), riwayat ginekomastia dengan spironolakton (relatif, membutuhkan penurunan dosis).

7) Sodium Glucose coTransporter-2 Inhibitor (Inhibitor SGLT-2)

Obat golongan penghambat sodium glucose co-transporter-2 (penghambat SGLT2), obat ini bekerja untuk menghambat reabsorpsi gula dan air di tubulus proksimal glomerulus ginjal. Cara pemberian Sodium Glucose coTransporter-2 Inhibitor (Inhibitor SGLT-2) yaitu, dapagliflozin dengan dosis inisiasi 10 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 10 mg (1 kali sehari), dan empagliflozin dengan dosis inisiasi 10 mg (1 kali sehari) dengan dosis target 10 mg (1 kali sehari). Indikasi pemberian SGLT2 pada HFrEF yaitu, semua pasien HFrEF, sedangkan kontraindikasi pemberian penghambat SGLT2 yaitu, laju filtrasi glomerulus <20 mL/min/1,73 m², diabetes tipe 1,

riwayat ketoasidosis diabetikum (hati-hati), kehamilan dan menyusui (belum terdapat bukti yang cukup).

8) Diuretik Loop

Diuretik loop merupakan obat golongan diuretik yang bekerja pada Loop Henle glomerulus ginjal. Cara pemberian diuretik loop yaitu, furosemide dengan dosis inisiasi sesuai klinis, tanda dan gejala kongesti dengan dosis target sesuai klinis, tanda dan gejala kongesti. Indikasi pemberian diuretik loop pada HFrEF yaitu, semua pasien dengan tanda dan gejala kongesti, sedangkan kontraindikasi relatif pemberian diuretik loop yaitu, tekanan darah <90/50 mmHg, gangguan elektrolit berat, pasien dengan tanda-tanda dehidrasi.

b. Tatalaksana Non-Farmakologi

Menurut (Hasanah et al., 2023) berikut tatalaksana gagal jantung secara non-farmakologi:

1) Manajemen Perawatan Diri (*Self Care*)

Manajemen perawatan diri (*selfcare*) bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung. Manajemen perawatan diri mempunyai peran penting dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan dapat memberi dampak positif untuk perbaikan gejala gagal jantung, kapasitas fungsional, kualitas hidup, morbiditas, dan prognosis.

2) Manajemen Gagal Jantung Berbasis Tim Multidisiplin (Klinik Gagal Jantung)

Manajemen gagal jantung berbasis tim multidisiplin merupakan suatu program yang bertujuan untuk menurunkan angka rawat ulang akibat gagal jantung dan kematian kardiovaskular yang tersusun dalam suatu klinik gagal jantung. Anggota klinik gagal jantung mencakup dokter spesialis gagal jantung dan pembuluh darah, dokter spesialis lain, perawat gagal jantung, farmasi klinis, ahli gizi, dan fisioterapi yang saling berhubungan dalam merawat pasien-pasien gagal jantung. Pendekatan personal oleh tim multidisiplin dalam penanganan pasien gagal jantung dapat menurunkan risiko kematian hingga 25%.

3) Rehabilitasi Jantung

Rehabilitasi gagal jantung secara umum merupakan suatu intervensi yang kompleks, multikomponen yang meliputi latihan fisik dan promosi aktivitas, edukasi kesehatan, manajemen risiko kardiovaskular dan dukungan psikologis, yang dilakukan secara personal sesuai kebutuhan individu pasien dengan penyakit jantung. Data dari banyak uji klinis terandomisasi telah membuktikan bahwa rehabilitasi jantung sangat efektif secara klinis dan merupakan intervensi yang murah untuk pasien gagal jantung. Rehabilitasi gagal jantung berhubungan dengan penurunan hospitalisasi akibat gagal

jantung dan seluruh penyebab, peningkatan kualitas hidup pasien dan penurunan mortalitas pada pasien HFrEF.

4) Kepatuhan Pasien

Kepatuhan pasien untuk berobat dapat mempengaruhi morbiditas, mortalitas dan kualitas hidup pasien. Berdasarkan literatur, hanya 20-60% pasien yang taat pada terapi farmakologis maupun non-farmakologis.

5) Pemantauan Berat Badan Mandiri

Pasien harus memantau berat badan rutin setiap hari, jika terdapat kenaikan berat badan >2 kg dalam 3 hari, pasien harus menaikkan dosis diuretik atas pertimbangan dokter.

6) Asupan Cairan

Restriksi cairan 900-1200cc/hari (sesuai berat badan) dipertimbangkan terutama pada pasien dengan gejala kongesti berat yang disertai hiponatremia. Restriksi cairan rutin pada semua pasien dengan gejala ringan sampai sedang tidak memberikan manfaat klinis.

7) Penurunan Berat Badan

Penurunan berat badan pasien obesitas dengan gagal jantung dipertimbangkan untuk mencegah perburukan gagal jantung, mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup.

2.2. *Self Care*

2.2.1 *Pengertian Self Care*

Menurut *World Health Organization* (WHO) *Self care* (perawatan diri) merupakan kemampuan individu, keluarga dan komunitas untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memelihara kesehatan, dan mengatasi penyakit dan kecacatan dengan atau tanpa dukungan tenaga kesehatan. *Self care* mengakui individu sebagai agen aktif dalam mengelola layanan kesehatan mereka sendiri, di berbagai bidang termasuk promosi kesehatan, pencegahan dan pengendalian penyakit, pengobatan sendiri, memberikan perawatan kepada orang-orang yang menjadi tanggungan, dan rehabilitasi, termasuk perawatan paliatif (World Health Organization, 2024).

Menurut Riegel, Lee, Dickson, & Carlson (2009) dalam (Simanjuntak & Nasution, 2021), *Self care* pada pasien gagal jantung didefinisikan sebagai suatu proses pengambilan keputusan secara aktif yang mempengaruhi tindakan dalam menjaga stabilitas fisiologis (*maintenance*), mengarahkan pengelolaan gejala (*management*), dan keyakinan terhadap *self care* yang dilakukan (*confidence*).

Perawatan diri (*self care*) menurut Orem (1980) dalam (Laksmi et al., 2020) adalah suatu pelaksanaan kegiatan yang diprakarsai dan dilakukan oleh individu itu sendiri untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan sesuai keadaan, baik sehat maupun sakit. Pada dasarnya diyakini bahwa semua manusia itu mempunyai kebutuhan-kebutuhan *self care* dan mereka

mempunyai hak untuk mendapatkan kebutuhan itu sendiri, kecuali bila tidak mampu.

Menurut (Laksmi et al., 2020) persyaratan perawatan diri, komponen teori perawatan diri Orem, dapat dicirikan sebagai pemahaman tentang tindakan yang diperlukan dalam mengendalikan sejumlah karakteristik fungsional dan pertumbuhan manusia secara terus-menerus dalam keadaan tertentu. Orem memisahkan kebutuhan perawatan diri menjadi tiga kategori, yaitu, kebutuhan perawatan diri *universal*, kebutuhan perawatan diri perkembangan, dan kebutuhan perawatan diri yang menyimpang. Kebutuhan perawatan diri *universal* mencakup berbagai aspek dan fase perkembangan manusia (kebutuhan yang terjadi sebagai akibat dari perkembangan pribadi), kondisi pasien. Dalam melakukan *self care* terdapat beberapa pengaruh yang berdampak bagaimana cara pasien melakukan hal tersebut yang disebut *basic conditioning factors*. Pengaruh yang dimaksud adalah umur, jenis kelamin, status tingkat perkembangan, status kesehatan, pola hidup, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, ketersediaan bahan, faktor sosiokultural, dan faktor lingkungan luar. *Basic conditioning factors* merupakan suatu nilai yang berdampak terhadap kebutuhan *self care* dan kemampuan dimilikinya.

2.2.2 Teori *Self Care* Menurut Orem

Menurut Orem (2001) dalam (Simanjuntak & Nasution, 2021) dalam konsep keperawatan orem (2001) mengembangkan tiga bentuk teori *self care* di antaranya:

a. *Self Care Theory*

Dalam teori *self care*, Orem mengemukakan bahwa *self care* meliputi:

1) *Self Care*

Self care merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan.

2) *Self Care Agency*

Self care agency merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri dapat dipengaruhi oleh *basic conditioning factors* seperti: usia, status perkembangan, perkembangan, sosiokultural, status kesehatan (diagnostik, pelaksanaan modalitas), lingkungan dan ketersediaan sumber.

3) *Basic Conditioning Faktors*

Basic conditioning faktor merupakan adanya tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat.

4) Kebutuhan *Self Care* Terapeutik

Kebutuhan *self care* terapeutik merupakan suatu tindakan yang ditunjukkan 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 Deficit*

Merupakan bagian penting dalam bagian perawatan secara umum di mana segala perencanaan perawatan 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. *Nursing System Theory*

Nursing system theory 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 diri.

2.2.3 Dimensi Self Care

Menurut Riegel et al (2009) dalam (Simanjuntak & Nasution, 2021) terdapat 3 dimensi *self care* yang mencakup:

a. *Self Care Maintenance*

Self care maintenane adalah upaya yang dilakukan oleh keluarga dalam mempertahankan kesehatan atau gaya hidup sehat. Aktivitas yang dinilai dalam *self care maintenance* pada pasien gagal jantung meliputi:

- 1) Terapi pengobatan apakah sesuai dengan indikasi
- 2) Melakukan kontrol terhadap diet rendah garam
- 3) Mempertahankan aktivitas fisik pasien secara teratur
- 4) Melakukan *monitoring* terhadap tanda vital dan berat badan setiap hari

b. *Self Care Management*

Self care management merupakan upaya yang dilakukan oleh pasien gagal jantung dalam mengenal adanya perubahan tanda dan gejala yang dialami oleh pasien dan mampu mengambil keputusan secara tepat.

Aktivitas yang dapat dilakukan oleh keluarga yaitu:

- a. Kemampuan pasien untuk mengenal perubahan yang terjadi (misalnya, pergelangan kaki terjadi edema)
- b. Mengevaluasi perubahan yang terjadi, mengambil keputusan yang tepat untuk penanganan (misalnya, minum obat secara

teratur, menurunkan konsumsi garam dalam diet, olahraga secara rutin, dan melakukan *monitoring* gejala secara rutin)

- c. Melaksanakan strategi pengobatan (misalnya ekstraseluler diuretik)
- d. Mengevaluasi respon terhadap pengobatan yang telah dilakukan

c. *Self Care Confidence*

Self care confidence menggunakan kepercayaan keluarga dalam berkontribusi untuk melakukan perawatan diri pada pasien gagal jantung, meliputi:

- 1) Kepercayaan pasien dalam mencegah terjadinya gagal jantung
- 2) Kepercayaan pasien mengenali secara dini perubahan kesehatan yang terjadi pada pasien
- 3) Kepercayaan pasien dalam melakukan sesuatu untuk mengurangi gejala dari gagal jantung.
- 4) Kepercayaan pasien mengevaluasi keberhasilan tindakan yang telah dilakukan. Kepercayaan diri perawatan merupakan faktor penting yang mempengaruhi *self care* dan intervensi mengatasi kepercayaan harus dianggap sebagai cara untuk meningkatkan perawatan diri pada gagal jantung.

2.2.4 Faktor Prediktor *Self Care*

Faktor-faktor yang mempengaruhi *self care* berdasarkan teori perawatan *self care* yang dikemukakan oleh Dorothea Orem (2001) adalah:

a. Faktor internal

Menurut Dorothea Orem dalam (Simanjutak, 2019), bahwa faktor prediksi perawatan diri untuk pasien gagal jantung mencakup sejumlah ciri kepribadian atau gangguan kognitif, termasuk:

1) Usia

Salah satu faktor yang mempengaruhi perawatan diri adalah usia. Karena berbagai keterbatasan, merawat diri sendiri menjadi lebih menantang seiring bertambahnya usia. Hubungan *self care* terhadap umur bahwa *self care* pada pasien lansia mengalami penurunan karena berkaitan dengan pendengaran, penglihatan, dan gangguan kognitif (Simanjutak & Nasution, 2021).

2) Jenis Kelamin

Self Care maintenance yang dilakukan pria lebih baik daripada wanita dan wanita yang belum menikah dan pria yang lebih tua akan melakukannya dengan cukup baik. Pemeliharaan *self care maintenance* yang baik dipengaruhi oleh pengetahuan akan penyakit gagal jantung pada pria, sedangkan pemeliharaan *self care confidence* yang baik dan status fungsional yang buruk terjadi pada wanita (Simanjutak & Nasution, 2021)

3) Tingkat pendidikan

Hubungan pada tingkat pendidikan seorang terhadap *self care* pada pasien gagal jantung memiliki hubungan erat dan bersifat linier. Pendidikan pasien lebih tinggi juga akan diterjemahkan

ke dalam tingkat *selfcare* pasien lebih tinggi untuk pasien gagal jantung, dalam jangka panjang, tingkat perawatan diri yang lebih tinggi juga akan berdampak pada kesehatannya, berdasarkan penelitian yang dilakukan (Simanjuntak & Nasution, 2021) bahwa tingkat kepatuhan menggunakan obat lebih tinggi pada pasien yang mengalami gagal jantung dengan tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan bulanan, dan fungsi jantung yang tinggi.

4) Penghasilan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Simanjuntak & Nasution, 2021) di Pakistan bahwa biaya kesehatan di negara tersebut sebagian besar dari biaya pribadi pasien. Oleh karena itu, sesuai dengan instruksi dan pemantauan berat badan yang konsisten, hal ini dapat menjadi penghalang yang signifikan untuk mencari perawatan medis, karena sebagian besar penduduk di Pakistan berada di bawah garis kemiskinan, dari penelitian tersebut, dapat terjadi peningkatan kembalinya rawat inap pasien dan efek keuangannya terhadap biaya selama di rumah sakit.

5) Status Perkawinan

Menurut (Simanjuntak & Nasution, 2021) status perkawinan mempunyai peran yang dapat mempengaruhi perawatan diri seseorang.

6) Lama Menderita

Menurut (Prihatiningsih & Sudyasih, 2018) lama menderita mempengaruhi kemampuan *self care* pada pasien gagal jantung, pasien gagal jantung dengan lama menderita kurang dari 1 tahun memiliki kemampuan *self care* yang buruk, hal tersebut dikarenakan kurangnya pengetahuan pasien terhadap kondisi penyakitnya.

7) Dukungan sosial

Menurut (Simanjuntak & Nasution, 2021) sebagian besar pasien gagal jantung membutuhkan dukungan dari pasangan, keluarga atau teman-teman dalam melakukan *self care*.

b. Faktor eksternal

Faktor-faktor yang mempengaruhi *self care* menurut Riegel et al (2009) dalam (Simanjuntak & Nasution, 2021) berdasarkan 3 dimensi yaitu:

1) Pemeliharaan diri (*self care maintenance*)

- a. Menimbang berat badan
- b. Memeriksa pembengkakan kaki apakah ada pembengkakan
- c. Usaha supaya tidak tertular penyakit
- d. Melakukan olahraga selama 30 menit
- e. Menepati perjanjian dengan dokter atau perawat ketika berobat ke rumah sakit
- f. Diet makanan rendah garam
- g. Terapi pengobatan sesuai indikasi

- h. Menggunakan suatu cara (kotak obat, pengingat) untuk membantu mengingat waktu minum obat
 - i. Pembatasan asupan cairan
 - j. Merencanakan diet oleh dokter atau ahli gizi
1. Pengelolaan diri (*self care management*)
- a. Kemampuan mengenal perubahan yang terjadi (misalnya terjadi edema, sesak nafas)
 - b. Mengevaluasi perubahan yang dialami, mengambil keputusan yang tepat untuk penanganan
 - c. Melaksanakan strategi pengobatan (misalnya ekstra terapi diuretik) Mengevaluasi respon terhadap tindakan yang telah dilakukan
 - d. Seberapa yakin pasien bahwa cara tersebut menolong atau tidak
 - e. Mengurangi pemasukan cairan
 - f. Menelepon dokter atau perawat untuk bantuan/bimbingan
2. Kepercayaan diri (*self care confidence*)
- a. Mengikuti petunjuk pengobatan yang telah diberikan
 - b. Menilai seberapa baiknya obat bekerja
 - c. Membuat diri Anda terhindar dari gejala-gejala gagal jantung
 - d. Mengevaluasi pentingnya gejala-gejala gagal jantung yang timbul
 - e. Mengenali perubahan-perubahan pada kesehatan Anda ketika perubahan tersebut terjadi

- f. Melakukan sesuatu yang mengurangi gejala-gejala gagal jantung tersebut

2.2.5 Self Care Terhadap Pasien Gagal Jantung

Menurut Lakdizaji et al (2013) dalam (Hidayat et al., 2021) cara untuk mencegah dan meningkatkan hasil kesehatan positif pada pasien dengan gagal jantung adalah dengan memastikan bahwa pasien tersebut memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai untuk *self care*. Edukasi *self care* secara signifikan meningkatkan pengetahuan dan menyebabkan peningkatan kontinuitas perawatan, kemandirian dalam kegiatan sehari-hari dan akhirnya mengurangi keparahan pada pasien dengan gagal jantung.

Menurut Britz & Dunn (2010); Driscoll et al (2009) dalam (Hidayat et al., 2021), pasien harus meningkatkan kemampuan *self care* dan sebagai upaya menekan timbulnya gejala penyakit yang buruk serta menghindari *rehospitalisasi*. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lee et al (2009) dalam (Hidayat et al., 2021) bahwa sangat penting bagi pasien untuk memberikan perhatian khusus dalam hal meningkatkan pengetahuan dan kemampuan *self care* (perawatan diri) karena kondisi gagal jantung yang makin memburuk sering dikaitkan dengan kurangnya pengetahuan pada *self care*.

Menurut hasil penelitian oleh Tung (2019) dalam (Simanjuntak & Nasution, 2021), peningkatan kematian gagal jantung ini juga diakibatkan dari kualitas hidup yang menurun karena *self care* yang dilakukan pasien gagal jantung tidak mengikuti aturan terapi yang telah

di tetapkan, sehingga rendahnya *self care* berhubungan erat dengan kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

Menurut Mubin (2012) dalam (Fitriyan et al., 2021), *self care* dapat meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung untuk secara efektif mengelola gejala dari gagal jantung. Dukungan sosial membantu seseorang menjalani hidup dan diperlukan untuk menjaga fisik serta kesejahteraan emosional. Hasil penelitian lainnya juga menunjukkan bahwa terdapatnya hubungan yang erat antara kualitas hidup dengan pasien penyakit jantung yang mendapatkan perawatan diri dan dukungan sosial. Hubungan tersebut menunjukkan bahwa pasien ini membutuhkan lebih banyak dukungan baik internal maupun eksternal, ketika kesehatan fisik mereka memburuk.

2.2.6 Instrumen Yang Digunakan Dalam Melakukan *Self Care*

Menurut Riegel et al (2009) dalam (Prihatiningsih & Sudyasih, 2018) instrumen yang digunakan untuk mengukur *self care* adalah menggunakan alat ukur kuesioner *Self Care Heart Failure Indeks* (SCHFI). Kuesioner SCHFI terdiri dari 3 dimensi penilaian terhadap perawatan diri pada pasien gagal jantung dengan jumlah sebanyak 22 item pertanyaan.

2.2.7 Kemampuan *Self Care* Pasien Gagal Jantung

Menurut Riegel et al (2009) dalam (Prihatiningsih & Sudyasih, 2018) yang menyatakan salah satu manajemen utama pasien gagal jantung adalah dengan melakukan perawatan secara mandiri.

Kemampuan pasien gagal jantung melakukan *self care* antara lain meliputi:

- a. Pemeliharaan diri (*self care maintenance*)
- b. Pengelolaan diri (*self care management*)
- c. Kepercayaan diri (*self care confidence*)

2.2.8 Kategori *Self Care*

Menurut (Syaftriani et al., 2021) yang menyatakan ada beberapa tingkatan/kategori *self care* dengan tiga dimensi *self care* terhadap pasien gagal jantung, yaitu:

a. *Self Care* Buruk

yaitu, ketidakpatuhan terhadap pengobatan meliputi, pasien sering melewatkan dosis obat, mengubah dosis tanpa konsultasi dokter, atau menghentikan pengobatan tanpa alasan medis yang jelas. Kurangnya pemantauan gejala yaitu, pasien tidak memantau berat badan, tekanan darah, atau gejala secara teratur, dan tidak melaporkan perubahan yang mengkhawatirkan. Gaya hidup tidak sehat yaitu, mengonsumsi makanan tinggi garam, tidak berolahraga, dan melanjutkan kebiasaan buruk seperti merokok atau minum alkohol. Kurang pengetahuan tentang penyakit yaitu, tidak memahami kondisi gagal jantung dengan baik, termasuk gejala dan cara mengelola penyakit. Manajemen stres yang buruk yaitu pasien mengabaikan kesehatan mental, tidak mencari dukungan emosional, dan tidak memiliki strategi untuk mengelola stres. Menghindari konsultasi medis yaitu, tidak mengikuti

jadwal kunjungan rutin ke dokter, atau menunda kunjungan medis meskipun mengalami gejala yang memburuk.

b. *Self Care* Baik

Self care baik yaitu, Pemantauan gejala meliputi, pasien secara rutin memantau tanda-tanda vital seperti berat badan, tekanan darah, dan gejala seperti sesak napas atau pembengkakan, serta melaporkan perubahan kepada tenaga medis. Gaya hidup sehat yaitu, pasien dapat menjaga pola makan sehat rendah garam, berolahraga secara teratur sesuai rekomendasi dokter, dan menghindari alkohol dan rokok. Pengetahuan tentang penyakit yaitu, pasien dapat memahami kondisi gagal jantung, gejala yang harus diwaspadai, dan bagaimana mengelola penyakit dengan baik. Manajemen stres yaitu, pasien dapat menggunakan teknik relaksasi dan mencari dukungan emosional dari keluarga, teman, atau kelompok pendukung. Dan konsultasi rutin dengan dokter yaitu, mengikuti jadwal kunjungan rutin ke dokter dan pemeriksaan medis yang diperlukan.

2.3. Kualitas Hidup

2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup

Menurut *World Health Organization* (WHO), kualitas hidup sebagai persepsi individu sebagai laki-laki ataupun perempuan dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup, hubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan serta perhatian mereka. Kualitas hidup adalah konsep luas yang dipengaruhi dalam cara kompleks yaitu dengan kesehatan fisik seseorang, keadaan

psikologis, level kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi dan hubungan mereka dengan fitur yang menonjol dari lingkungan hidup mereka (World Health Organization, 2020).

Kualitas hidup menurut Nicholson (1989) adalah suatu konsep yang menilai bagaimana penyakit memengaruhi seseorang pasien. Bukan hanya penyakit yang akan memengaruhi pasien tetapi juga kepribadian, kemampuan beradaptasi, dan harapan untuk hidup sehat mereka. Sebagian pasien mengetahui pasti gejala penyakitnya saat kondisi sudah sangat berat, sedangkan sisanya mengenal penyakitnya sejak dini (Simanjuntak & Nasution, 2021).

Berdasarkan definisi di atas, disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu atas peran dan posisi mereka dalam kehidupan masyarakat mereka tinggal, tujuan, harapan, nilai normal, kepuasan dan kekhawatiran untuk menilai kemampuan mereka untuk berfungsi peran yang diinginkan dalam masyarakat mereka tinggal.

2.3.2 Kualitas Hidup Terhadap Pasien Gagal Jantung

Gagal jantung juga merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup. Hal ini dikarenakan gagal jantung dapat memberikan dampak yang negatif terhadap pemenuhan kebutuhan dasar, adanya perubahan citra tubuh, kurangnya perawatan diri, perilaku dan aktivitas sehari-hari, kelelahan kronis, disfungsi seksual, dan kekhawatiran tentang masa depan. Ketidakmampuan pada pasien gagal jantung untuk beradaptasi terhadap penyakitnya yang akan

mempengaruhi kehidupan yang dijalannya setiap hari (Fitriyan et al., 2021).

Gagal jantung merupakan gangguan kardiovaskular yang paling umum dengan gejala progresif dan menurunkan kemampuan dalam aktivitas sehari-hari. Gagal jantung menyebabkan intoleransi aktivitas pada pasien dan perubahan hidup yang mempengaruhi kualitas hidup mereka, pasien dengan gagal jantung memiliki kualitas hidup relatif buruk dan gagal jantung memiliki efek negatif pada kualitas hidup. Menurut *New York heart Association* (NYHA), pasien gagal jantung tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya (Hidayat et al., 2021).

Health-Related Quality of Life (HRQoL) merupakan target kunci manajemen terapi pasien dengan gagal jantung untuk memperpanjang umur mereka. Dari hal ini, HRQoL adalah salah satu unsur terpenting untuk dinilai berhubungan langsung dengan pasien gagal jantung selain unsur morbiditas dan mortalitas. HRQoL didefinisikan sebagai suatu persepsi subjektif pada pasien mengenai dampak dari kondisi klinis dan terapi dalam kehidupan sehari-hari yang berdampak pada status fisik pasien, fungsional pasien, dan emosi pasien (Pratama et al., 2024).

Pasien gagal jantung memiliki HRQoL jauh lebih buruk dibandingkan pada pasien penyakit kronis lainnya. HRQoL pada pasien gagal jantung merupakan suatu ukuran multimedia yang berhubungan erat dengan tingkat keparahan penyakit, memberikan informasi tentang prognosis, dan membantu penilaian efektifnya biaya opsi terapi yang

baru. Terjadinya perburukan HRQoL pada mereka dengan gagal jantung yang juga memiliki keterbatasan fungsional dan berdampak pada mobilitas dalam melakukan kegiatan setiap hari. Kualitas hidup seseorang dapat digunakan untuk memprediksi hasil klinis negatif seperti kematian jangka pendek, kemungkinan rawat inap berulang, dan lama rawat inap (Pratama et al., 2024).

2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Djamaludin et al (2018) dalam (Fitriyan et al., 2021) kualitas hidup mencakup sekumpulan penuh faktor-faktor yang mempengaruhi apa yang kita hargai dalam hidup ini, melampaui sisi meterialnya setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda tergantung dari masing-masing individu. Kualitas penderita gagal jantung dipengaruhi oleh *self care* yang baik akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Berikut faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi kualitas hidup:

a. Faktor Sosiodemografi

Menurut Akhmad et al (2016) dalam (Izzuddin et al., 2020) karakter sosiodemografi diteliti dalam 5 literatur, yaitu:

1) Usia

Penelitian yang dilakukan oleh (Reddy et al., 2020) yang menyatakan adanya hubungan signifikan antara usia dan kualitas hidup pasien gagal jantung. Selain itu, usia lebih muda dikatakan terkait dengan kualitas hidup yang lebih buruk. Selain itu, (Tromp et al., 2019) meneliti mengenai hubungan usia dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang mengikuti uji

acak terkontrol TOPCAT. Kualitas ditemukan lebih buruk pada pasien gagal jantung dengan usia lebih muda. Sebuah tinjauan sistematis dan meta-analisis 70 studi mencakup 25.180 pasien dengan gagal jantung pada 23 negara menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien gagal jantung pada grup lanjut usia lebih buruk dibandingkan pada dewasa.

Penelitian lainnya oleh baert *et al* (2018) dalam (Pratama et al., 2024) usia muda dikatakan berhubungan dengan luaran psikologis yang lebih buruk pada pasien gagal jantung. Pasien yang berusia lebih muda cenderung kesulitan dalam menyesuaikan diri terhadap kondisi penyakit, serta pasien usia muda lebih rentan untuk memiliki depresi, ansietas, gangguan stres pasca trauma dan penurunan kualitas hidup.

2) Jenis Kelamin

Penelitian yang dilakukan Jaarsman *et al* (2010) dalam (Izzuddin et al., 2020) yang menyatakan jenis kelamin dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung, di mana kualitas hidup pada wanita lebih buruk dibandingkan pada pria. Pria lebih memprioritaskan kemampuan fisik, penyakit dan gaya hidup, sementara wanita cenderung menganggap pentingnya faktor emosional. Kualitas hidup pasien gagal jantung wanita rendah juga dapat disebabkan karena secara fisik dan mental wanita lebih lemah daripada pria. Selain itu, tingkat depresi cenderung lebih rendah pada pria.

3) Pendidikan

Berdasarkan penelitian Rangel *et al* (2013) dalam (Izzuddin et al., 2020) yang menyatakan kualitas hidup yang lebih baik pada pasien dengan tingkat pendidikan yang tinggi dapat disebabkan oleh kepatuhan berobat, kesadaran terhadap kesehatan, dan pola hidup yang sehat. Faktor risiko dapat dikendalikan lebih baik pada pasien dengan pendidikan tinggi dibandingkan dengan pendidikan rendah.

4) Pekerjaan

Berdasarkan penelitian Sawafta & Chen (2013) dalam (Izzuddin et al., 2020) yang mengatakan nilai kualitas hidup yang lebih baik pada pasien gagal jantung yang bekerja dikaitkan dengan hasil penelitian yang ditunjukkan bahwa kecemasan, tekanan dan stres dapat berkurang pada pasien yang bekerja. Pekerjaan juga memiliki pengaruh yang positif terhadap finansial, aktivitas fisik, dan hubungan sosial pasien.

5) Status Perkawinan

Menurut (Evelyn et al., 2021) yang menyatakan pasien gagal jantung yang sudah menikah memiliki kualitas hidup sedang hingga baik. Menurut hasil penelitian Wikanda dalam (Evelyn et al., 2021) lansia yang mengalami gagal jantung dengan status menikah kecenderungan memiliki kualitas hidup yang lebih baik sehingga tidak merasa kesepian.

6) Lama Menderita

Menurut (Putra & Darliana, 2021) yang menyatakan pasien gagal jantung dengan lama menderita lebih dari 1 tahun memiliki kualitas hidup yang relatif baik, dikarenakan pasien dengan lama menderita lebih dari 1 tahun memiliki pengetahuan yang baik mengenai kondisi penyakitnya, dapat mengendalikan gejala dari penyakitnya, dan memiliki kemampuan perawatan diri yang baik sehingga hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas yang lebih baik.

b. Faktor Lainnya

1) Tingkat kepatuhan

Menurut Rosa, tingkat kepatuhan pasien penderita gagal jantung berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pasien. Kualitas hidup yang lebih baik pada pasien gagal jantung dengan tingkat kepatuhan yang baik dikaitkan dengan hasil terapi, pasien dengan tingkat kepatuhan yang baik memiliki risiko hospitalisasi yang lebih rendah.

2) *Self Care*

Menurut (Fitriyan et al., 2021) *self care* berpengaruh berat dalam kualitas hidup seseorang, jika seseorang memiliki *self care* yang baik maka sudah pasti kualitas hidupnya akan baik juga, kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi individu sebagai laki-laki ataupun perempuan dalam hidup, ditinjau dari konteks dan sistem nilai di mana mereka tinggal, dan hubungan

dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka.

3) *Klasifikasi* Derajat NYHA

Berdasarkan hasil penelitian Akhmad *et al* (2002) dalam (Izzuddin et al., 2020) yang menyatakan hubungan klasifikasi derajat NYHA 2. Pasien gagal jantung memiliki gejala sesak napas, cepat lelah, nadi dan napas cepat. Kemampuan pasien sangat dipengaruhi oleh keadaan fisik tersebut, sehingga berpengaruh terhadap kualitas hidup.

4) *Tingkat* Depresi

Berdasarkan penelitian Jiang *et al* (2007) dalam (Izzuddin et al., 2020) yang menyatakan hubungan tingkat depresi pasien gagal jantung akan mengakibatkan peningkatan gejala gagal jantung yang selanjutnya akan menurunkan kualitas hidup pasien.

5) *Fungsi* Sistolik dan Diastolik

Hubungan fungsi sistolik dan diastolik dengan kualitas hidup pada pasien gagal jantung fraksi ejeksi normal dengan gangguan fungsi sistolik dan diastolik , terjadi penebalan dinding ventrikel, walaupun secara umum ventrikel kiri bersifat normal(Izzuddin et al., 2020).

6) *Diabetes* Melitus

Hubungan diabetes melitus dengan kualitas hidup pada pasien gagal jantung, adanya diabetes melitus terhadap pasien gagal jantung berhubungan dengan penurunan kualitas hidup dan

kelangsungan hidup jangka panjang yang buruk. Terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan pada pasien gagal jantung dengan diabetes melitus dibandingkan dengan pasien gagal jantung tanpa diabetes melitus (Izzuddin et al., 2020).

7) *Kecerdasan Emosional*

Hubungan kecerdasan emosional dengan kualitas hidup pada pasien gagal jantung. Seseorang dengan kecerdasan emosional yang baik bila mampu memantau, mengenali, mengendalikan emosi diri sendiri dan orang lain serta mampu menggunakan perasaan yang dimilikinya untuk mengarahkan pikiran dan tindakan orang lain.

8) *Dukungan Keluarga*

Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien gagal jantung, dukungan keluarga sangat memberikan arti penting bagi seseorang terkait dengan kesehatannya khususnya bagi peningkatan kualitas hidup.

2.3.4 Instrumen Yang Digunakan Dalam Mengukur Kualitas Hidup

Menurut Hofer *et al* (2021) dalam (Izzuddin et al., 2020) instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas adalah menggunakan alat ukur kuesioner MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life. Kuesioner ini terdiri dari 27 item yang terdiri dari tiga domain (fisik, emosional, dan sosial) dengan skor global, berdurasi 2 minggu, dan diberi skor 1 (health-related quality of life rendah) hingga 7 (health-related quality of life tinggi) skala domain keterbatasan fisik 11 item,

skala domain fungsi emosional 7 item, dan skala domain fungsi sosial 9 item.

2.3.5 Kategori Kualitas Hidup

Menurut (Simanjuntak & Nasution, 2021) yang menyatakan ada beberapa tingkatan/kategori kualitas hidup terhadap pasien gagal jantung berdasarkan 3 domain, yaitu:

a. Kualitas Hidup Buruk

Kualitas hidup buruk yaitu, domain fisik meliputi pasien mengalami kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala seperti, sesak napas, kelelahan parah, dan bengkak yang signifikan pada kaki sering terjadi dan mengganggu kehidupan sehari-hari. Domain emosional meliputi, pasien mungkin menarik diri dari kegiatan sosial dan merasa terisolasi, kesulitan mempertahankan hubungan dengan orang lain. Pengelolaan penyakit yaitu, ketidakpatuhan terhadap pengobatan atau rutinitas medis, kurangnya dukungan dari keluarga dan tenaga medis, atau tidak memiliki akses perawatan yang memadai.

b. Kualitas Hidup Baik

Kualitas Hidup Baik yaitu, domain fisik meliputi pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan, menaiki tangga, dan berolahraga dengan sedikit atau tanpa kesulitan. Ada sedikit atau tidak ada gejala seperti sesak napas, kelelahan berlebihan, atau bengkak pada kaki. domain emosi yaitu pasien merasa optimis, memiliki pandangan positif, dan mampu mengatasi stres, tingkat kecemasan dan depresi rendah. Domain sosial yaitu, interaksi sosial meliputi