

BAB II

KONSEP TEORI

A. Gagal Jantung

1. Pengertian

Menurut Rampengan, (2014) gagal jantung adalah kondisi dimana jantung tidak dapat memompa darah keseluruh tubuh, sehingga mempengaruhi aliran balik vena dan erat kaitanya dengan kebutuhan metabolisme ke sel-sel tubuh. Semua bentuk penyakit jantung dapat menyebabkan dekompensasi dan kegagalan. Hal ini sesuai dengan (Klabunde, 2015) gagal jantung baik sistolik maupun diastolik menyebabkan penurunan isi sekuncup dan curah jantung sehingga, mengakibatkan jantung tidak mampu memasok aliran darah keseluruh tubuh, dan menyebabkan pengangkutan oksigen ke jaringan dan organ perifer terjadi secara tidak memadai, atau hanya

dapat memasoknya dengan tekanan pengisian yang tinggi. Menurut Yancy, et al (2013) gagal jantung adalah sindrom klinis yang kompleks yang dihasilkan dari penurunan nilai struktural atau fungsional dari pengisian ventrikel atau ejsi darah, dengan gejala utama adalah *dyspnea*, kelelahan, intoleran aktivitas dan retensi cairan.

Gagal jantung adalah sindrome klinis yang terjadi pada pasien-pasien yang mengalami sekumpulan tanda dan gejala klinis akibat kelainan struktur dan/atau fungsi jantung herediter atau didapat, yang menyebabkan perawatan di rumah sakit berulang, kualitas hidup yang buruk, serta memendekanya harapan hidup (Yaghoubi, et al 2012).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (2013) gejala gagal jantung ditandai dengan *dyspnea* saat beraktifitas atau saat istirahat, atau dengan gejala edema tungkai, yang disebabkan oleh kegagalan jantung dalam memompa darah keseluruh sel tubuh. Pasien dinyatakan memiliki penyakit gagal jantung, ketika pernah didiagnosis oleh

dokter dengan penyakit jantung atau belum pernah didiagnosis penyakit jantung tetapi memiliki riwayat dyspnea ketika istirahat (tidur terlentang) dan juga beraktifitas dan sering merasa mudah lelah, serta edema tungkai.

2. Etiologi

Gagal jantung dapat disebabkan oleh faktor yang berasal dari jantung (penyakit atau patologi instrinsik) atau dari faktor eksternal yang menempatkan beban berlebih pada jantung. Penyebab utamanya adalah penyakit jantung yang mengurangi aliran darah koroner dan penghantaran oksigen ke otot jantung, sehingga terjadi hipoksia dan gangguan fungsi miokardium (Klabunde, 2015). Aritmia adalah salah satu faktor terjadinya gagal jantung, yang paling umum adalah atrial fibrillation (AF). AF dapat menyebabkan memburuknya gejala dan bahkan gangguan hemodinamik, sebagian besar pasien gagal jantung di rumah sakit memiliki riwayat AF (Ural, et al 2015)

Faktor lainnya yang dapat menyebabkan gagal jantung yaitu adalah gangguan katup dan cacat bawaan yang dapat menambah beban jantung, infark miokard, aritmia kronik dan miokarditis (infeksi atau noninfeksi). Infark miokard dapat menyebabkan gangguan kontraktilitas karena jaringan yang mengalami miokard tidak dapat membangun aktivitas mekanik. Hal ini terus-terusan berlanjut sehingga beban yang ditanggung oleh jaringan yang tidak mengalami infark akan mengalami gangguan dan mengalami kegagalan fungsi.

Faktor resiko utama yang menyebabkan gagal jantung adalah hipertensi, diabetes mellitus, *metabolic syndrome*, dan aterosklerotik disease. Hipertensi merupakan faktor yang paling utama menyebabkan gagal jantung, baik itu peningkatan tekanan sistolik maupun diastolik. Manajemen pengobatan hipertensi dapat mengurangi 50% resiko gagal jantung. Obesitas dan resistensi insulin merupakan faktor risiko yang penting karena secara nyata dapat menyebabkan angka kejadian gagal jantung.

Sindrome metabolik disini mencakup hipertrigliseridemia, kepadatan rendah lipoprotein, hipertensi, dan hiperglikemia puasa. Penyakit aterosklerosis (koroner, serebral, atau pembuluh darah perifer) cenderung dapat menyebabkan gagal jantung (Yancy, et al 2013).

3. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala gagal jantung umumnya dikaitkan dengan penurunan *cardiac output* ditandai dengan kelelahan dan kelemahan, adanya retensi cairan. Kegagalan jantung kanan umumnya dapat menyebabkan kongesti hepar yang mengakibatkan edema perifer sampai pada asites. Kegagalan pada jantung kiri dapat mengakibatkan gejala *dyspnea on effort*. Kegagalan jantung yang akut ataupun subakut umumnya akan menyebabkan *pulmonary congestion* (dengan *crackles* dan *wheezing*) (Rachma. L, 2014).

Menurut Rachma, L (2014) gangguan yang ditimbulkan oleh penyakit jantung itu sendiri akan

mengganggu kemampuan jantung untuk memompa darah keseluruh tubuh sehingga mengakibatkan kegagalan otot jantung dan pada akhirnya menyebabkan hilangnya fungsi utama jantung untuk memompa setelah terjadi kerusakan jantung. Kegagalan jantung juga dapat terjadi karena beberapa faktor eksternal yang menyebabkan keterbatasan dalam pengisian ventrikel.

Gagal jantung merupakan kumpulan gejala klinis yang terdiri dari: gejala utama berupa dyspne ketika istirahat dan juga beraktifitas, mudah lelah, edema ekstremitas bawah, serta tanda lain: takipnu, takikardi, efusi pleura, ronki paru, edema perifer, peningkatan tekanan vena jugularis, hepatomegali. Tanda objektif gagal jantung yaitu gangguan struktur atau fungsional jantung saat istirahat, adanya suara jantung ke tiga, murmur, kardiomegali, abnormalitas dalam gambaran ekokardiografi (PERKI, 2015).

4. Klasifikasi

Tabel 1
Klasifikasi Gagal Jantung

Klasifikasi berdasarkan kapasitas fungsional (NYHA)
<p>Kelas I</p> <p>Pasien yang memiliki penyakit jantung tetapi, tidak terdapat keterbatasan aktivitas fisik . Melakukan aktivitas fisik biasa tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi, <i>dispneu</i>, serta nyeri angina</p>
<p>Kelas II</p> <p>Pasien yang memiliki penyakit jantung tetapi, terdapat keterbatasan aktivitas fisik ringan. Pasien tersebut merasa lebih nyaman jika beristirahat. Melakukan aktivitas fisik biasa menimbulkan kelelahan, palpitasi, <i>dispneu</i>, serta nyeri angina</p>
<p>Kelas III</p> <p>Pasien yang memiliki penyakit jantung tetapi, terdapat keterbatasan aktivitas fisik sedang. Pasien tersebut merasa lebih nyaman jika beristirahat. Melakukan aktivitas fisik sedang (lebih dari biasanya) menimbulkan kelelahan, palpitasi, <i>dispneu</i>, serta nyeri angina</p>
<p>Kelas IV</p> <p>Pasien yang memiliki penyakit jantung menyebabkan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas fisik apa pun sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman. gejala-gejala gagal jantung atau sindrome angina dapat terjadi meskipun saat istirahat. Jika pasien melakukan suatu aktivitas fisik apa pun, rasa tidak nyaman meningkat.</p>

Diadaptasi dari *Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure* (2008) ; PERKI (2015)

Berdasarkan pedoman ESC gagal jantung diklasifikasikan menjadi 7 (Ural et al, 2015) :

1. Gagal jantung kongestif dekomposisi ditandai dengan edema perifer dan dyspnea.
2. Gagal jantung dengan hipertensi didefinisikan sebagai onset yang sangat cepat (sering).
3. Gagal jantung dengan edema paru ditandai dengan onset bertahap distrespernafasan berat, takipnea dan ortopnea dan $SaO_2 < 90\%$.
4. Syok kardiogenik adalah sindrom klinis yang sangat fatal dengan hipoperfusi organ.
5. Gagal jantung dengan penyulit sindrom koroner akut (CSA) dipengaruhi oleh peningkatan pengisian diastolik ventrikel kiri (LV) Tekanan dan / atau penurunan curah jantung akibat iskemik atau infark miokard.
6. Gagal jantung dengan terisolasi sisi kanan adalah gambaran klinis dengan cepat atau edema onset bertahap, distensi vena jugularis dan hepatomegali.

5. Patofisiologi

Gagal jantung baik sistolik maupun diastolik menyebabkan penurunan isi sekuncup dan curah jantung. Ketika mekanisme kompensasi tidak adekuat, penurunan curah jantung akan berakibat pada penurunan tekanan arteri dan peningkatan tekanan vena. Hal ini mengakibatkan pengaktifan mekanisme neurohormonal berupa pengaktifasi persarafan simpatis adrenergik jantung dan pembuluh darah, mengakibatkan hipotensi arteri, pelepasan vasopressin oleh hipofisis anterior, dan peningkatan sekresi katekolamin karena adanya peningkatan rangsangan simpatis ke kelenjar adrenal (Rilantono, 2012).

Perubahan neurohormonal ini menyebabkan meningkatnya tonus vena dan meningkatkan *preload* jantung, serta membantu mempertahankan isi sekuncup melalui mekanisme *frank-straling*. Respon ini berfungsi sebagai mekanisme kompensasi, tetapi juga memperberat

gagal jantung dengan menambah *afterload* ventrikel, tekanan vena dan *preload* jantung (Saputra, 2014).

6. Pemeriksaan Diagnostik

a. Elektrokardiogram

Tujuan utama adalah untuk menilai irama jantung, konduksi listrik jantung, gangguan sinoatrial, block atrioventrikular menentukan hipertrovi LV atau riwayat miokard infark, kelainan konduksi intraventrikular, ataupun temuan abnormal lain (Perki, 2015).

b. Foto Rontgen Dada

Roto rontgen dada dapat memberikan informasi yang berguna mengenai ukuran dan bentuk jantung, keadaan vaskularisasi jantung serta mengidentifikasi penyebab gejala-gejala nonkardiak pada pasien (Yancy et al, 2013).

c. Ekokardiografi

Pemeriksaan ini dapat memberikan pemeriksaan dini yang cepat terhadap volume ventrikel, fungsi sistolik

dan diastolik ventricular, penebalan dinding jantung (Perki, 2015).

7. Penanganan Gagal Jantung

a. Managemen Non farmakologi

Regimen perawatan untuk pasien dengan gagal jantung merupakan hal yang rumit dan berbagai tahap, seperti pasien perlu mengetahui mengontrol gejala, kontrol berat badan, teratur minum obat, membatasi asupan sodium dan rutin melakukan aktivitas fisik (Perki, 2015)

1) Managemen perawatan mandiri

Manajemen perawatan mandiri adalah berbagai tindakan yang berdampak dalam meningkatkan stabilitas fisik pada gagal jantung berperan penting dalam suatu keberhasilan penanganan gagal jantung, yaitu berdampak positif dalam mengurangi gejala gagal jantung, prognosis, morbilitas, fungsi fisik serta kualitas hidup pasien gagal jantung (Perki, 2015).

2) Kepatuhan berobat

Kepatuhan berobat dapat menurunkan kualitas hidup pasien gagal jantung, tindakan yang dapat dilakukan yaitu dengan memotivasi pasien untuk meminum obat secara teratur (Wakefield et al, 2013).

3) Mengontrol berat badan

Peningkatan berat badan berkaitan dengan akumulasi lemak adiposa yang berlebihan, sehingga meningkatkan volume darah, cardiac output dan tekanan darah sistemik. Dianjurkan pada pasien gagal jantung dengan obesitas ($IMT > 30 \text{ kg/m}^2$) untuk mengurangi berat badan, serta pasien dapat mengontrol berat badan secara rutin, terutama jika terdapat kenaikan berat badan $> 2 \text{ kg}$ dalam 3 hari (Perki, 2015).

4) Pembatasan cairan

Pembatasan asupan cairan maksimal 1,5 liter (ringan) sekitar enam gelas belimbing, maksimal 1

liter berat yang disertai hiponatremia (Yancy et al, 2013).

5) Latihan fisik

Latihan fisik jantung merupakan komponen penting, latihan fisik pada pasien jantung aman dilakukan dan memiliki banyak manfaat, diantaranya mengurangi angka kematian, meningkatkan kapasitas fungsional, meningkatkan kualitas hidup (Yancy et al, 2013).

b. Manajemen farmakologi

Terapi farmakologi secara umum terdiri dari penghambat enzim pengubah angiotensin (ACE) dan penghambat reseptor angiotensin (ARB) (Perki, 2015).

Tabel 2
Managemen Farmakologi

Jenis	Efek
Angiotensin- converting enzyme inhibitors (ACE-I)	ACEI memperbaiki fungsi ventrikel, mengurangi perburukan gagal jantung, dan meningkatkan harapan hidup
Angiotensin receptor blockers (ARB)	ARB berfungsi memperbaiki fungsi ventrikel serta mengurangi perburukan gagal jantung. ARB merupakan alternatif lain jika pasien intoleran ACEI.
Hydralazine dan isosorbide dinitrate (H- ISDN)	Kombinasi H-ISDN merupakan alternatif lain jika pasien intoleran terhadap ACEI dan ARB
Antagonis aldosterone	antagonis aldosterone dengan dosis kecil harus dipertimbangkan pada semua pasien dengan fraksi ejeksi $\leq 35\%$ dan gagal jantung simptomatik berat
Digoksin	Pemberian digoksin direkomendasikan untuk memperlambat laju ventrikel, walaupun obat penyekat beta bloker diutamakan
Diuretik	Pemberian diuretik dianjurkan dengan dosis yang sangat rendah, yaitu harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien, untuk mencegah dehidrasi atau reistensi

Diadaptasi dari *Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (2008)* ; PERKI (2015)

B. Konsep *Self Care Orem's*

1. *Self Care Orem's*

Dorothea Elizabeth Orem merupakan salah satu ahli teori keperawatan yang mengembangkan teori kurang perawatan diri. Teori SCDNT (*self-care, dependent care, & nursing system*) terdiri dari sejumlah element dan teori konseptual yang menentukan hubungan diantara konsep ini. SCDNT adalah teori umum yang menjelaskan keperawatan secara deskriptif di semua jenis situasi praktik (Orem, 2001)

a. Teori perawatan diri

Orem mengemukakan bahwa *self care* terdiri dari: 1) *self care*, yang merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu dan dilakukan oleh individu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan serta kesehatan, 2) *self care agency*, merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, sosikultural, kesehatan dan lain-lain, 3) adanya tuntutan atau

permintaan dalam dalam perawatan mandiri yang dilakukan pada waktu tertentu dengan menggunakan metode dan alat yang tepat, 4) *self care* yang bersifat *universal* dan berhubungan dengan proses manusia dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh, *self care* ini adalah aktivitas sehari-hari yang dikelompokkan pada kebutuhan dasar manusia (Orem, 2001 ; Tomey & Alligood, 2006)

b. Teori ketergantungan perawatan

Ketergantungan perawatan merujuk pada perawatan yang diberikan pada seseorang dikarena faktor usia, atau factor yang berhubungan dengan penyakitnya, dimana pasien tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri yang diperlukan untuk mempertahankan hidup, meningkatkan kesehatan, melanjutkan fungsi perkembangan, dan kesejahteraan.

c. Teori defisit perawatan diri

Merupakan bagian terpenting dalam kebutuhan perawatan secara umum dimana segala perencanaan

keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan dan dapat diterapkan pada kebutuhan yang melebihi kemampuan dalam perawatan dan tuntunan dalam meningkatkan *self-care* baik secara kualitas maupun kuantitas (Orem, 2001 ; Tomey & Alligood, 2006)

d. Teori sistem keperawatan

Menjelaskan kebutuhan perawatan diri pasien dapat terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri yang didasari pada teori Orem. Dimana perawat berinteraksi dengan pasien dalam tiga cara yang sesuai dengan kemampuan pasien untuk berpartisipasi dalam tindakan keperawatan, yaitu terdiri dari (Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2006):

1) *Wholly compensatory system*

Intervensi keperawatan yang diberikan di mana pasien tidak mampu secara fisik dalam melakukan aktifitas serta ketidakmampuan pasien dalam memenuhi kebutuhannya. Yang termasuk dalam kategori ini adalah pasien dengan penurunan

kesadaran sehingga tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan diri, tidak mampu dalam aktifitas atau bergerak, serta mampu dalam melakukan pengambilan keputusan (Orem, 2001; Alligood (2016)

2) *Partially Compensatory*

Tindakan keperawatan yang dilakukan dimana sebagian tindakan dilakukan oleh perawat dan sebagianya dilakukan oleh pasien sendiri. Perawat melakukan intervensi *self-care* karena keterbatasan gerak yang dialami pasien.

3) *Supportif_Educative System*

Merupakan system yang diberikan pada pasien yang membutuhkan edukasi dalam melakukan perawatan diri, sistem ini dilakukan supaya pasien dapat melakukan intervensi keperawatan setelah dilakukan edukasi. Sistem ini dapat dilakukan dengan *guidance (booklet)* dan *teaching* (Orem, 2001; Alligood, 2016)

SUPPORTIVE - EDUCATIVE SYSTEM



Gambar 1 Sistem Keperawatan Dasar (dari Orem, D.E. [2001]. *Nursing: Concepts of practice* [6th ed., p. 351]. St. Louis: Mosby)

2. *Supportive - Educative System* (Zamanzadeh, 2013).

Pada sistem ini perawat secara optimal diposisikan masalah kesehatan yang potensial dan memberikan intervensi *supportive-educative system* yang sesuai (Zamanzadeh, 2013). Tujuan utama dari edukasi pada pasien gagal jantung adalah meningkatkan management penyakit pasien, sehingga mengurangi munculnya komplikasi dan mordibilitas penyakit, dimana pendidikan intervensi berikan melalui program yang komperhensif dan mencangkup informasi tentang penyakit gagal jantung

Tabel 3
Supportive - Educative System (Zamanzadeh, 2013).

<i>Supportive - Educative System</i>
Keseimbangan cairan
Pembatasan natrium
Pengaturan pola makan
Olahraga (aktifitas fisik)
Kepatuhan terhadap pengobatan
Pemantauan gejala
Mencari fasilitas kesehatan jika gejalanya

3. Perawat sebagai *Educator*

Mengajar klien, keluarga dan pemberi pelayanan lain merupakan tanggung jawab yang penting bagi seluruh tim kesehatan. Perawat memiliki tanggung jawab utama untuk memberikan pengajaran pada klien tentang sifat masalah, hal-hal yang harus dihindari, penggunaan obat dirumah, jenis komplikasi dan sumber bantuan yang tersedia. Perawat harus waspada terhadap kemungkinan hambatan belajar yang berakibat pada klien, terutama klien lansia. Tujuan pengajaran adalah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan yang penting kepada klien

dan pemberi pelayanan untuk memenuhi kebutuhan perawatan berkelanjutan (Potter & Perry, 2010).

Perawat sebagai pendidik berperan untuk mendidik dan mengajarkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, serta tenaga kesehatan lain sesuai dengan tanggung jawabnya. Perawat sebagai pendidik berupaya untuk memberikan *education* melalui penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarga, harapannya dapat meningkatkan pengetahuan pasien (Wong, 2009). Perawat sebagai edukator berperan untuk memberikan pengajaran tidak hanya lingkungan klinik, tetapi juga lingkungan masyarakat, sekolah, dan juga di pusat pelayanan kesehatan masyarakat (Smeltzer, 2003). Tujuannya perawat dapat memberikan pendidikan kepada klien dan keluarga agar terjadi perubahan perilaku dalam meningkatkan status kesehatan.

4. *Supportif_Educative System* pada pasien gagal jantung

Berdasarkan teori perawatan diri orem, *supportive-educative system* adalah sistem yang dimana membantu

pasien dalam kaitannya dengan pengambilan keputusan, kontrol perilaku, dan pengetahuan serta memperoleh keterampilan. Namun, tingkat dan jenis bantuan atau perawatan yang diperlukan dapat bervariasi. Beberapa pasien mampu melaksanakan perilaku perawatan diri akan tetapi membutuhkan bimbingan dan dukungan, sementara yang lain hanya membutuhkan pendidikan (Zamanzadeh, 2013). Pasien gagal jantung mampu melakukan perawatan diri tetapi mereka membutuhkan pendidikan tentang aspek yang berbeda dari perilaku perawatan diri yang lebih terapeutik.

Pasien dengan kardiovaskular yang telah menerima pendidikan manajemen diri dan dukungan keluarga (*social support*) menjadi lebih patuh dalam melakukan diet rendah sodium, dibandingkan dengan mereka yang hanya menerima pendidikan manajemen diri (Chung et al, 2013). Hal ini selaras dengan Clark et al, (2015) bahwa intervensi kelompok *supportive-educative system* yang diberikan pada keluarga atau

pendamping pasien dengan gagal jantung efektif secara signifikan dalam mengurangi beban perawatan, serta dapat meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri bagi keluarga atau pendamping pasien dan pada akhirnya dapat mengurangi kekambuhan dan lamanya perawatan di rumah sakit.

C. *Activity Daily Living* (ADL)

1. Pengertian

Activity Daily Living (ADL) umumnya digunakan sebagai tolak ukur untuk mengukur kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, agar dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien. Menurut Dunlay et al, (2016) ADL merupakan aktivitas perawatan diri sehari-hari yang dilakukan seseorang secara rutin, mulai dari tempat tinggal mereka atau saat berinteraksi dengan lingkungan sekitar mereka. ADL dapat dibagi meliputi tugas-tugas perawatan diri seperti makan, berpakaian, dan mandi, dan

instrumental, yang memungkinkan seseorang untuk hidup mandiri, seperti rumah tangga, pengelolaan obat, dan menggunakan transportasi.

2. Pengukuran *Activity of Daily Living* (ADL)

a. Katz index

Indeks kemandirian *Katz* untuk ADL adalah instrumen yang paling tepat untuk menilai status fungsional sebagai tolak ukur untuk menilai kemampuan aktifitas sehari-hari dan untuk merencanakan perawatan yang sesuai. Indeks Katz berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau bergantung dari klien dalam hal makan, mandi, *toileting*, kontinen (buang air kecil dan buang air besar), berpindah ke kamar mandi dan berpakaian. (Mary & Wallace, 2012).

Tabel 4
Instrumen ADL *Katz* (Mary & Wallace, 2012).

Kegiatan	Tingkat Kemandirian
Mandi	<p>Mandiri : bantuan diberikan hanya pada satu bagian tubuh (seperti menggosok punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.</p> <p>Bergantung: bantuan diiberikan lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.</p>
Berpakaian	<p>Mandiri :dapat mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing / mengikat pakaian.</p> <p>Bergantung : tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.</p>
<i>Toileting</i>	<p>Mandiri :dapat masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri.</p> <p>Bergantung : menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>
Berpindah	<p>Mandiri :dapat berpindah dari tempat tidur, bangkit dari kursi sendiri.</p> <p>Bergantung : bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan sesuatu atau berpindah.</p>
Eliminasi	<p>Mandiri : BAB dan BAK seluruhnya dikontrol sendiri.</p> <p>Bergantung: inkontinesia persial atau total yaitu menggunakan kateter dan pispot, dan pembalut/<i>pampers</i>.</p>
Makanan	<p>Mandiri : dapat mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri.</p> <p>Bergantung :memerlukan bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, dan makan melalui <i>Naso Gastrointestinal Tube</i> (NGT).</p>

b. Barthel Indeks

Barthel Indeks digunakan untuk mengukur kemandirian fungsional dalam melakukan perawatan diri dan mobilitas sehari-hari. Instrumen ini terdiri dari 10 item untuk menilai kemampuan perawatan diri seperti makan, berpakaian, mandi, bowel, perawatan blader, penggunaan toilet dan kemampuan mobilitas seperti berpindah, naik turun tangga, dan berjalan. (Hartigan, 2007).

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi ADL pada Gagal Jantung

a. Usia

Lansia (≥ 65 tahun) lebih sering mengalami hambatan dalam ADL (Sekarsari, & Suryani, 2017).

b. Jenis Kelamin

Laki-laki lebih besar mengalami hambatan ADL adalah laki-laki daripada perempuan (Dunlay et al, 2016)

c. Komplikasi Penyakit

Diabetes mellitus, anemia, penyakit cerebrovascular, dementia, serta obesitas yang tidak terkontrol umumnya berpengaruh terhadap ADL. Demensia yang paling sering mengalami hambatan ADL, hingga dua kali lebih besar dari komplikasi yang lain (Alosco, 2016)

d. Status perkawinan

Pasien yang belum menikah atau janda lebih berpengaruh mengalami hambatan ADL (Dunlay et al, 2016).

4. *Activity of Daily Living* (ADL) pada Gagal Jantung

Hambatan dalam memenuhi kebutuhan ADL adalah hal yang umum dialami oleh pasien gagal jantung, dimana mengalami kesulitan satu atau lebih dalam memenuhi kebutuhan ADL. Individu yang mengalami hambatan ADL terus-menerus akan mengakibatkan prognosis yang semakin buruk yang dialami pasien gagal jantung. Rentang kebutuhan

ADL pada pasien gagal jantung dibagi menjadi minimal, sedang dan berat. Pasien gagal jantung yang dirawat di rumah sakit memiliki resiko yang lebih besar dalam hambatan memenuhi kebutuhan ADL (Dunlay et al, 2016).

Batasan dalam kegiatan hidup sehari-hari pada pasien gagal jantung disebabkan oleh sesak napas merupakan temuan umum pada pasien dengan gagal jantung kelas fungsional II dan III. Penilaian spesifik keterbatasan kegiatan hidup sehari-hari dapat digunakan sebagai parameter dari perkembangan penyakit dan respon terapi (Sekarsari & Suryani, 2017). Menurut Alosco et al, (2016) pasien gagal jantung memerlukan bantuan dalam memenuhi kebutuhan ADL karena tingginya kerusakan kognitif yang dialami. Dimana pasien gagal jantung menunjukkan volume otak (materi abu-abu) yang lebih kecil, hal ini menyebabkan disfungsi kognitif pada

pasien gagal jantung dan akhirnya menjadi penyebab utama penurunan ADL.

Pasien gagal jantung memerlukan bantuan aktivitas sehari-hari, karena kesehatan fisik yang buruk. Kondisi fisik yang menurun ini sebagai penyumbang tingkat kecacatan gagal jantung yang tinggi. Bantuan aktivitas sehari-hari yang diperlukan pasien gagal jantung yaitu kemampuan perawatan mandiri pada hubungan antara kebugaran fisik dan total ADL (Alosco et al, 2015).

D. Kualitas Hidup

1. Definisi

Menurut Brooker (2008) untuk menilai suatu dampak terapi pada pasien salah satunya menggunakan kualitas hidup karena kualitas hidup merupakan ukuran konseptual yang digunakan pada saat sakit kronis. Pengukuran konseptual mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup kemampuan seseorang untuk secara mandiri

melakukan kegiatan sehari-hari. Adam dalam Nursalam (2016), menyatakan kualitas hidup dapat diartikan sebagai suatu persepsi personal terhadap posisi individu dalam kehidupannya dikaitkan dengan nilai budaya dan sistem nilai, yang dikaitkan dengan tujuan hidup, harapan, dan perhatian mereka.

Pegakuan sifat multidimensi kualitas hidup dalam struktur WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*). WHOQOL mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada yang terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Kualitas hidup dijabarkan sebagai suatu konsep yang luas dikaitkan oleh faktor psikologis, kemadirian individu dan hubungan individu dengan lingkungan, serta umumnya dipengaruhi oleh depresi, gejala yang muncul, tekanan darah sistolik yang rendah, dan

ketidak pastian tentang kondisi sakitnya (Yancy et al, 2013).

2. Faktor-faktor Kualitas Hidup pada Pasien Kardiovaskular

a. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan variable yang menunjukkan hubungan yang signifikan pada kualitas hidup, dimana laki-laki umumnya lebih banyak dari perempuan hal ini disebabkan oleh hormon (Yaghoobi et al, 2012).

b. Usia

Usia merupakan salah satu variabel yang menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pada sebagian besar penelitian (Demir & Unsar, 2011). Karena gagal jantung merupakan proses berkelanjutan terhadap penurunan fungsi jantung baik secara struktur atau fungsional terutama pada ventrikel.

c. Pendidikan, pekerjaan, Status Perkawinan

Status pendidikan tinggi, memiliki pekerjaan, serta sudah menikah memiliki hubungan yang signifikan dalam memperbaiki kualitas hidup pasien jantung (Naderi et al, 2012).

d. Riwayat Penyakit dan riwayat penyakit keluarga

Penderita dengan riwayat penyakit (hipertensi, diabetes mellitus, hyperlipidemia) dan riwayat keluarga dengan penyakit jantung menunjukkan memiliki hubungan yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien, hal ini menyebabkan terjadi penurunan kualitas hidup pasien (Yaghobi et al, 2012).

e. Lamanya sakit, frekuensi dirawat di RS

Penderita dengan tingkat kekambuhan dan frekuensi dirawat kembali merupakan faktor penting yang memiliki hubungan secara signifikan dengan penurunan kualitas hidup pasien (Demir & Unsar, 2011).

f. Faktor Lain

Faktor-faktor lain yang memiliki hubungan pada kualitas hidup pasien adalah merokok, kualitas tidur, metode pengobatan, tingkat dukungan sosial, dan edukasi terhadap pasien mengenai penyakitnya (Yaghobi et al, 2012).

3. Pengukuran Kualitas Hidup

a. Instrumen *Short Form Health Survey (SF -36)*

merupakan salah satu instrumen penilaian yang dapat digunakan untuk menilai kualitas hidup. Instrumen ini mengenai kualitas hidup yang terdiri dari 8 aspek yaitu, fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan secara umum, fungsi vitalitas energi, emosi, dan kesehatan mental, yang kemudian dikelompokkan menjadi dua komponen yaitu komponen fisik dan mental (Ware, 2005)

b. (*WHOQOL-BREF*), *World Health Organization*

(WHO) telah mengembangkan sebuah instrumen untuk mengukur kualitas hidup seseorang yaitu

WHO *Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF).

WHOQOL-BREF terdiri dari empat domain yaitu fisik, psikologik, sosial dan lingkungan yang terdiri dari 26 pertanyaan yang menyangkut perasaan pasien terhadap kualitas hidup. serta instrument ini mengukur kualitas hidup yang valid dan realibel. (WHO, 1996)

- c. *Minosta Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)*, dirancang pada tahun 1984 untuk mengukur efek dari gagal jantung dan efek perawatan gagal jantung terhadap kualitas hidup beserta penanganannya terhadap kualitas hidup. Terdapat empat dimensi: fisik, mental, emosional, dan social (Rector, 2005). Pada penelitian Kaawon (2012) dalam Wahyuni & Kurnia, (2014) kuesioner ini telah diuji validitasnya dan reabilitas sebelumnya dengan item pertanyaan sebanyak 20 dengan rentang skala 20-80. Menurut Behlouli (2009), interpretasi

kualitas hidup berdasarkan MLHFQ dibagi menjadi skor < 20 kualitas hidup baik, 20-40 kualitas hidup sedang dan > 40 kualitas hidup buruk.

4. Domain Kualitas Hidup

Menurut *MLHFQ* (*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*) kualitas hidup terdiri dari tiga bidang), yaitu:

a. Dimensi Fisik

Dimensi fisik dihubungkan dengan rasa sakit dan perasaan tidak nyaman, kelemahan, kegelisahan, tergantung pada obat-obatan dan perawatan medis, kelelahan, kegiatan sehari-hari, istirahat dan tidur dan istirahat, dan kemampuan dalam bekerja (Munyombwe et al, 2014)

b. Dimensi Emosi

Dimensi psikologis dihubungkan dengan pengaruh positif dan negatif, spiritualitas, berfikir, belajar,

memori dan konsentrasi, bentuk dan tampilan tubuh, serta harga diri (Munyombwe et al, 2014).

c. Dimensi Umum

Dimensi umum berupa hubungan personal, hubungan personal dengan lingkungan, kenyamanan fisik dan lingkungan fisik, memiliki kesempatan memperoleh informasi, memiliki keterampilan, kesehatan dan kepedulian sosial (Bilbao et al, 2016) .

5. Kualitas Hidup pada Gagal Jantung

Menurut Rampengan, (2014) gagal jantung adalah suatu keadaan dimana jantung tidak mampu untuk memompa darah ke seluruh tubuh, sehingga mempengaruhi aliran balik vena dan erat kaitanya dengan kebutuhan metabolisme ke sel-sel tubuh. Semua bentuk penyakit jantung dapat menyebabkan dekomposisi dan kegagalan. Sedangkan menurut Vellone et al, (2013) perawatan diri yang lebih baik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien gagal

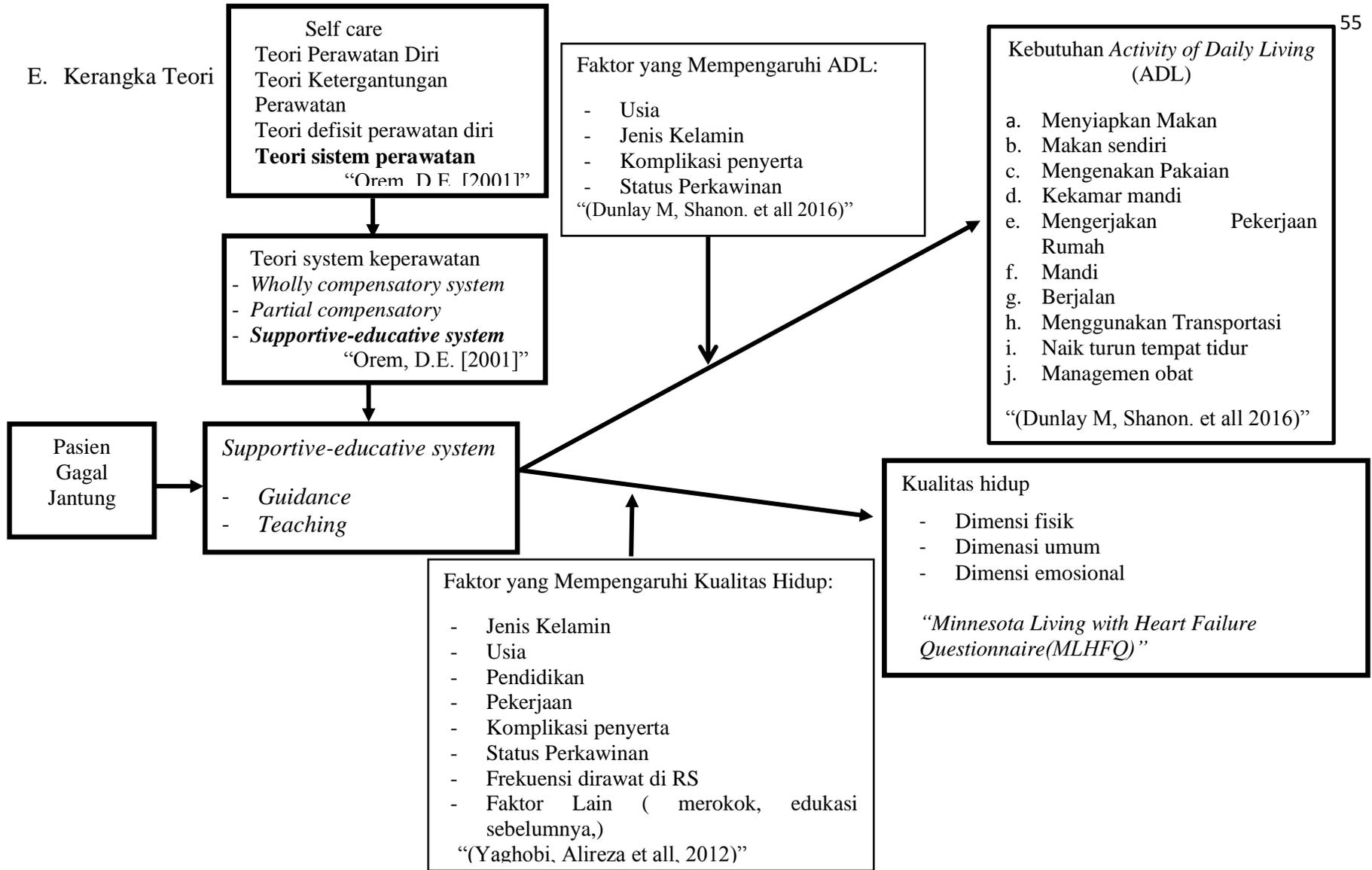
jantung. Efek yang lain dapat meningkatkan kualitas hidup keluarga yang merawat pasien dengan gagal jantung, karena menurunkan tingkat stres. Hal ini memberikan efek yang lebih positif pada pasien dan juga keluarga.

Menurut Arestedt et al, (2013) bahwa dukungan sosial memberikan efek yang signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Dukungan sosial yang diberikan berupa dukungan dari keluarga dan teman-teman selama perawatan di rumah. Karena dukungan dari keluarga dan teman-teman selama perawatan di rumah memberikan efek yang positif dalam meningkatkan perawatan diri pasien.

Pasien dengan gagal jantung yang dengan gejala simtomatik yang tetap, pengobatan teratur, pengobatan intravena dengan dosis rendah menunjukkan peningkatan kualitas hidup. Sehingga pasien yang disiplin dalam minum obat, teratur dalam kontrol rawat jalan berpengaruh dalam peningkatan

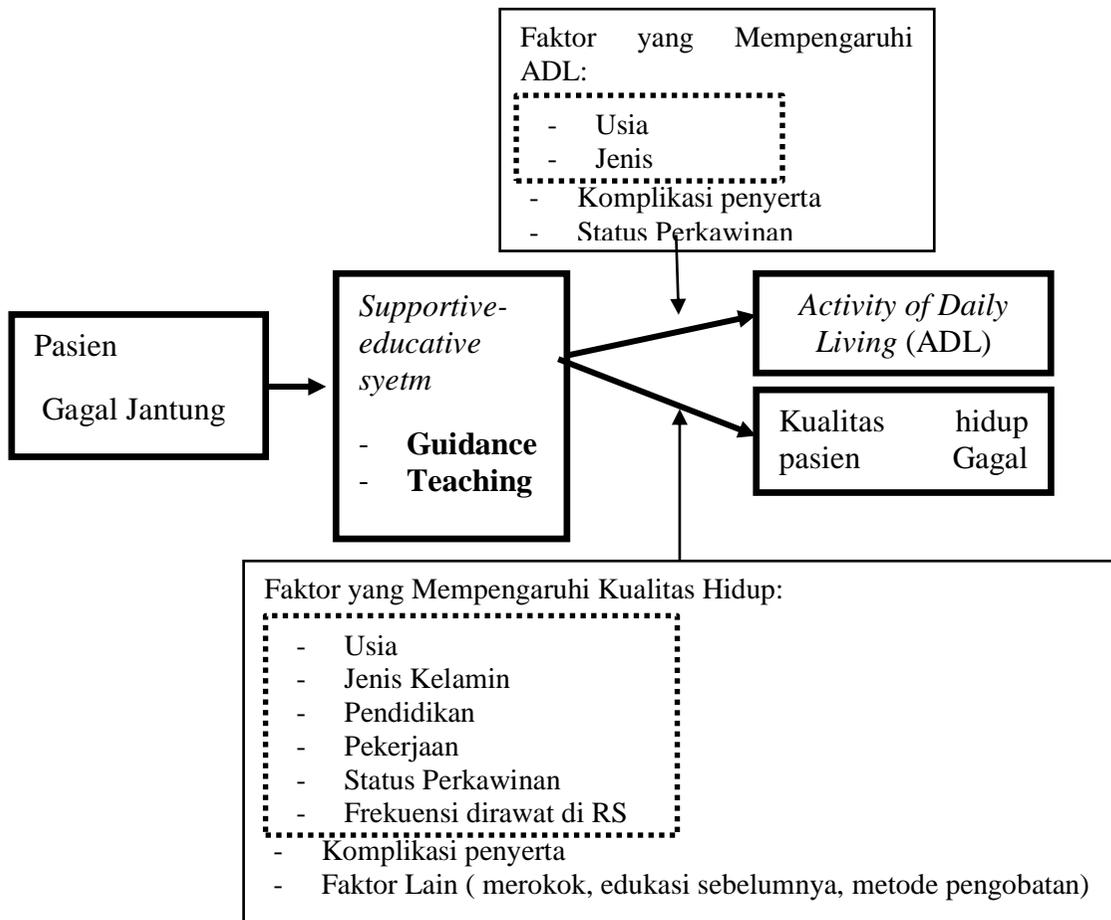
kualitas hidup secara bertahap, tetapi tidak berpengaruh kelangsungan hidup jangka panjang (Chernomordik et al, 2017). Meningkatnya angka penyakit kardiovaskular juga dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien, gagal jantung berkaitan erat dengan kemunduran ADL meningkat, dan penurunan kualitas hidup, selain menyebabkan penurunan mobilitas dan mortalitas pada penderita (Demir & Unsar, 2011).

E. Kerangka Teori



Kerangka Teori penerapan model *supportive-educative system* (diadaptasi dari Orem 2001; Tomey&Alligood 2002, 2006; PERKI 2015; Lyndon Saputra 2014, Dunlav M. Shanon. et all 2016. Yaghobi. Alireza et all 2012. *MLHFQ*)

F. Kerangka Konsep



G. Hipotesis

Ha : *Supportive-educative system* berpengaruh terhadap peningkatan *Activity of Daily Living (ADL)* dan kualitas hidup pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.