

**PENGARUH PEMBERIAN BUKU PENGINGAT TERHADAP KEPATUHAN  
TERAPI PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT ISLAM UNISMA  
MALANG**

**TUGAS AKHIR**

**Untuk memenuhi persyaratan  
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan**



**Disusun oleh:**

**Rizqa Fadlilah**

**NIM: 175070209111060**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
2018**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>ABSTRAK</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>ABSTRACT</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>2</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	Error! Bookmark not defined.
1.1 Latar Belakang.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2 Rumusan Masalah .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3 Tujuan.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.3.2 Tujuan Khusus .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4 Manfaat.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.4.2 Manfaat Praktis.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	Error! Bookmark not defined.
2.1 Konsep Gagal Jantung.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.1.1 Pengertian Gagal Jantung .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.1.2 Klasifikasi Gagal Jantung .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.1.3 Etiologi Gagal Jantung.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.1.3 Patofisiologi Gagal Jantung .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.1.4 Manifestasi Klinis Gagal Jantung.	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.1.5 Penatalaksanaan Gagal Jantung.	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.1.6 Intervensi Keperawatan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.2 Konsep Kepatuhan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

2.2.1 Definisi Kepatuhan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.2.3 Kepatuhan Terapi Pengobatan ....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.2.4 Pengukuran Kepatuhan Terapi Pengobatan.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.3 Konsep <i>Self Managemen</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.3.1 Pengertian <i>Self Managemen</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.3.2 Tujuan Intervensi <i>Self Managemen</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.3.3 Prinsip Penatalaksanaan <i>Self Managemen</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.4 Konsep Buku pengingat .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.4.1 Pengertian Buku pengingat .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.4.2 Manfaat Buku Pengingat .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.2 Hipotesis Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.1 Rancangan Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2 Pupolasi dan Sampel .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2.1 Populasi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2.2 Sampel .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2.3 Teknik Sampling.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.2.4 Variabel Penelitian.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.3.1 Lokasi Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.3.2 Waktu Penelitian.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.4 Instrumen Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.4.1 Instrumen .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.4.2 Uji Validitas Kuisiонер .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.4.3 Uji Reliabilitas Kuisiонер .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.5 Definisi Operasional.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

4.6	Prosedur Penelitian.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.7	Analisa Data .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.7.1	Pra Analisa .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.7.2	Analisa .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.8	Prinsip Etik dalam Penelitian.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA</b> Error! Bookmark not defined.		
5.1	Karakteristik Responden .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.2	Kepatuhan Terapi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.3	Pengaruh Pemberian Buku Pengingat terhadap Kepatuhan Terapi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>BAB 6 PEMBAHASAN</b> .....		<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.1	Karakteristik Responden .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.2	Kepatuhan Terapi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.2.1	Kepatuhan Terapi Pre Test.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.2.2	Kepatuhan Terapi Post Test.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.3	Pengaruh Pemberian Buku Pengingat terhadap Kepatuhan Terapi .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.4	Implikasi dalam Keperawatan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.4.1	Ilmu Keperawatan.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.4.2	Praktik Keperawatan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
6.5	Keterbatasan Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>BAB 7 PENUTUP</b> .....		<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7.1	Kesimpulan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7.2	Saran.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....		<b>Error! Bookmark not defined.</b>

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH PEMBERIAN BUKU PENGINGAT TERHADAP KEPATUHAN TERAPI PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT ISLAM UNISMA MALANG

Oleh:

Rizqa Fadlilah

NIM 175070209111060

Telah diuji pada

Hari : Jumat

Tanggal : 21 Desember 2018

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I

Ns. Tony Suharsono, S. Kep., M. Kep.

NIP. 198009022006041003

Pembimbing-I/ Penguji-II

Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC)

NIP. 197804042002122001

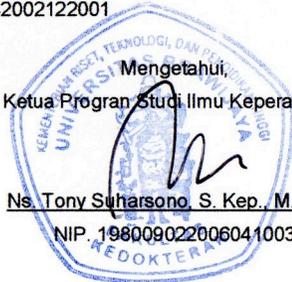
Pembimbing-II/ Penguji-II

Ns. Endah Panca Lydia Fatma, S.Kep., M.Kep

NIK. 2012088604012001

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



Ns. Tony Suharsono, S. Kep., M. Kep.

NIP. 198009022006041003



## ABSTRAK

Fadlilah, Rizqa. 2018. **Pengaruh Pemberian Buku Pengingat terhadap Kepatuhan Terapi pada Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit Islam UNISMA Malang.** Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC) (2) Ns. Endah Panca Lydia Fatma, S.Kep., M.Kep.

Pasien gagal jantung sering kembali ke rumah sakit akibat kekambuhan episode gagal jantung. Salah satu faktor yang menyebabkan sering terjadinya kekambuhan episode gagal jantung adalah ketidakpatuhan terapi pasien gagal jantung. Pemberian buku pengingat diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung di Rumah Sakit Islam UNISMA Malang. Rancangan penelitian menggunakan pra eksperimen *one group pre-post test*. Responden pada penelitian ini akan diberikan penyuluhan tentang terapi gagal jantung, dan diberikan buku pengingat. Alat pengumpul data untuk mengukur kepatuhan menggunakan skala MMAS-8 modifikasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden terbanyak pada usia > 65 tahun, dengan lama pengobatan 1-5 tahun, sebagian besar responden mengaku belum pernah mendapatkan informasi tentang terapi gagal jantung. Hasil pengukuran kepatuhan *pre dan post test* menggunakan uji analisis *Wilcoxon* didapatkan hasil *p-Value* 0,001, yang artinya terdapat perbedaan signifikan antara kepatuhan responden sebelum diberikan buku pengingat dan setelah diberikan buku pengingat. Kesimpulan dari penelitian ini terdapat pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung. Peneliti merekomendasikan penggunaan buku pengingat sebagai salah satu cara untuk meningkatkan *self managemen* pasien, sehingga kepatuhan terapi pasien meningkat.

Kata kunci: Buku pengingat, kepatuhan terapi, gagal jantung.

## ABSTRACT

Fadlilah, Rizqa. 2018. **Reminder Book and Its Contribution for Maintaining the Patients' Adherence Toward Heart Failure Therapy in the Islamic Hospital of UNISMA Malang.** Undergraduate Thesis, The Program of Nursing Sciences, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC) (2) Ns. Endah Panca Lydia Fatma, S.Kep., M.Kep.

Heart failure patients often return to the hospital due to recurrence of the heart failure. Usually, frequent recurrence of heart failure episodes is caused by the noncompliance of the patients to follow the therapy. The giving of reminder book for the patients is expected to maintain the adherence to do the heart failure therapy regularly. The purpose of this study was to determine the effect of reminder book implementation to the patients' adherence to the heart failure therapy in the Islamic Hospital of UNISMA Malang. The research design was *One group pre-post test* pre-experiment. The respondents are given with the counseling about heart failure therapy as well as a reminder book for the therapy schedule. The instrument for data collection was using the modified MMAS-8 scale. The result showed that most of respondents were at the age of > 65 years, with the duration of treatment of 1-5 years. In addition, most of the respondents claimed to have never received information about the therapy of heart failure. Furthermore, the result of Wilcoxon analysis demonstrated the probability value of 0.001, which means that there was a significant difference between the respondents' adherence before and after being given with reminder book. Therefore, it can be concluded that the giving of reminder book is effective to maintain the patients' adherence to do the heart failure therapy. Researcher strongly recommend the use of reminder books to enhance the self management of the patient and to maintain the adherence of heart failure patients.

Keywords: Reminder book, Adherence for therapy, heart failure.

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Istilah gagal jantung menunjukkan penyakit miokard dimana ada masalah dengan kontraksi jantung (disfungsi sistolik) atau pengisian jantung (disfungsi diastolik) yang mungkin menyebabkan kongestif paru atau kongestif sistemik. Saat ini Gagal jantung dikenali sebagai sindrom klinis yang ditandai dengan tanda dan gejala kelebihan cairan dan perfusi jaringan tidak adekuat (Smeltzer and Bare, 2010).

Prevalensi gagal jantung berdasarkan *American Heart Association* (AHA) tahun 2017 meningkat dari 5,7 juta (pada tahun 2009-2012) menjadi 6,5 juta (pada tahun 2011-2014) pada usia  $\geq 20$  tahun (Benjamin dkk, 2017). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan di Indonesia penyakit jantung pada orang dewasa yang sering ditemui adalah penyakit jantung coroner dan gagal jantung. Jawa Timur merupakan propinsi dengan prevalensi gagal jantung terbesar kedua, yaitu sebesar 0,19%, setelah Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 0,25%. Angka kejadian gagal jantung di provinsi Jawa Timur berdasarkan usia  $\geq 15$  tahun terbesar adalah di Kabupaten Malang sebesar 0,5%, sedangkan di Kota Malang angka kejadian gagal jantung 0,1%. Prevalensi penyakit gagal jantung sesuai diagnosis dokter meningkat seiring dengan bertambahnya usia, tertinggi pada usia 65-74 tahun yaitu (0,5%), dan lebih banyak terjadi pada perempuan (0,2%) dibandingkan laki-laki (0,1%).

Pasien dengan Gagal jantung sering kembali ke klinik atau rumah sakit akibat kekambuhan episode gagal jantung. Berdasarkan penelitian Gheorghide

(2013) di Amerika, didapatkan hasil 27% dari pasien gagal jantung mengalami rehospitalisasi dalam 30 hari, dan 30% pasien mengalami rehospitalisasi dalam 60-90 hari, dari keseluruhan pasien gagal jantung 37% mengalami rehospitalisasi akibat kekambuhan gagal jantung. Faktor presipitasi dari rehospitalisasi terdiri dari faktor dari jantung (tidak dapat dimodifikasi) dan faktor yang berhubungan dengan pasien (dapat dimodifikasi). Faktor dari jantung antara lain iskemia miokard, fibrilasi atrium, dan hipertensi tidak terkontrol, sedangkan faktor yang berhubungan dengan pasien antara lain ketidakpatuhan terapi medis, ketidakpatuhan diet, penyalahgunaan obat dan alkohol, akses tidak memadai untuk perawatan lanjutan, dan transisi perawatan yang buruk (Gheorghiade, 2013). Smeltzer (2010) memaparkan faktor lain yang berhubungan dengan pasien yaitu melakukan aktivitas fisik berlebih, dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan. Data dari hasil penelitian Gheorghiade (2013) tersebut menjelaskan bahwa tingginya masalah rehospitalisasi salah satunya disebabkan karena ketidakpatuhan pasien terhadap terapi.

Hal ini sesuai dengan yang tercantum dalam pedoman tatalaksana gagal jantung yang disusun oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia (PERKI) tahun 2015 bahwa hanya 20-60% pasien yang patuh pada terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Disebutkan bahwa ketidakpatuhan terapi pada pasien gagal jantung dapat meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan dapat menurunkan kualitas hidup pasien.

Oleh karena itu perlu adanya tindakan untuk meningkatkan kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan terapi adalah intervensi *self managemen*. Hal ini sesuai dengan penelitian Shao,dkk (2013) tentang pengaruh *self managemen* terhadap peningkatan *outcome* kesehatan pada lansia dengan gagal jantung, menunjukkan hasil bahwa *self efficacy* pada kelompok intervensi berbeda secara signifikan

dengan kelompok kontrol dalam melaksanakan kontrol garam dan cairan. Perilaku manajemen diri dan gejala terkait gagal jantung pada kelompok kontrol juga lebih rendah dibandingkan kelompok intervensi. Peningkatan kepatuhan terapi diharapkan dapat menurunkan angka rehospitalisasi. Sebagaimana penelitian Jonkman, dkk (2016) tentang pengaruh intervensi *self management* pada pasien gagal jantung, menunjukkan hasil pada responden kelompok intervensi lebih sedikit mengalami rawat inap, dan kualitas hidup responden pada kelompok intervensi juga meningkat selama 12 bulan.

Salah satu teknik *self management* yang dapat dilakukan pasien adalah dengan memonitor secara mandiri terapinya, misalnya dengan pemberian buku pengingat. Berdasarkan penelitian Dewi (2015) tentang pengaruh penggunaan *reminder checklist* terhadap kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi, didapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan tingkat kepatuhan antara kelompok yang mendapat *reminder checklist* dan kelompok yang tidak mendapatkan *reminder checklist*. Penelitian Basoor (2012) tentang penurunan readmisi dan peningkatan kualitas perawatan dengan menggunakan *checklist* pada pasien gagal jantung didapatkan hasil bahwa penggunaan *discharge checklist* pada pasien gagal jantung menyebabkan proporsi pasien yang lebih tinggi menggunakan obat yang direkomendasikan, proporsi titrasi obat yang lebih tinggi, dan penurunan readmisi dalam 30 hari dan 6 bulan. Hasil kedua penelitian di atas menunjukkan bahwa buku pengingat dapat meningkatkan kepatuhan pasien, serta dapat menurunkan readmisi dan meningkatkan kualitas perawatan.

Buku pengingat merupakan pesan yang bisa membantu setiap orang mengingat sesuatu, yang biasanya terdapat di media catatan penting. Sistem pengingat pengobatan merupakan layanan medis yang dapat membantu pasien untuk mengingat jadwal minum obat beserta dengan dosis obat tersebut. Sistem ini oleh pihak medis biasanya diberikan dengan menggunakan media checklist

jadwal minum obat (Wilieyam, 2013). Buku pengingat yang akan digunakan dalam penelitian ini, selain digunakan untuk memonitor kepatuhan terapi obat juga digunakan untuk memonitor kepatuhan diet, manajemen cairan, dan aktivitas pasien gagal jantung.

Buku pengingat ini belum diberlakukan di rumah sakit kota Malang. Data yang peneliti dapatkan dari Rumah Sakit Islam UNISMA Malang, jumlah pasien dengan kasus gagal jantung pada bulan Juni-Agustus tahun 2018 sebanyak 152 pasien rawat inap. Pasien yang mengalami rehospitalisasi sebanyak 20 pasien. Pasien rawat jalan bulan Juni-Agustus 2018 sejumlah 1871 pasien, dari jumlah tersebut sebanyak 155 pasien (8,2%) merupakan pasien yang datang ke poli jantung untuk kontrol. Berdasarkan hasil studi pendahuluan dari 17 pasien gagal jantung yang ditemui, 35% mengalami rehospitalisasi dan 52% pasien tidak mengalami rehospitalisasi. Hasil wawancara menunjukkan 100% pasien yang mengalami rehospitalisasi tersebut tidak patuh terhadap terapi obat, 33% diantaranya juga tidak patuh terhadap terapi diet dan aktivitas. Sebanyak 83% pasien yang mengalami rehospitalisasi, mengaku belum mendapatkan edukasi tentang gagal jantung dan terapinya, serta cara memonitor terapinya.

Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung di Rumah Sakit Islam UNISMA Malang”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “apakah ada pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung di Rumah Sakit Islam Unisma Malang?”

### **1.3 Tujuan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengukur kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung sebelum diberikan buku pengingat.
2. Mengukur kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung setelah diberikan buku pengingat.
3. Menganalisis pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pasien gagal jantung.

### **1.4 Manfaat**

#### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan referensi yang dapat digunakan sebagai acuan, perbandingan, atau dasar bagi penelitian selanjutnya.

#### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Apabila hasil penelitian ini bermakna, diharapkan dapat digunakan untuk mengembangkan pengetahuan perawat mengenai penatalaksanaan pada pasien gagal jantung, khususnya untuk meningkatkan kepatuhan terapi pengobatan, sehingga dapat menurunkan angka kekambuhan dan rehospitalisasi. Dan sebagai acuan untuk mengembangkan Standart Operasional Prosedur (SOP) tindakan monitoring pada pasien gagal jantung yang direncanakan pulang atau pasien gagal jantung rawat jalan.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Gagal Jantung

##### 2.1.1 Pengertian Gagal Jantung

Gagal jantung adalah kumpulan gejala kompleks dimana seseorang harus menunjukkan beberapa tanda berupa; gejala gagal jantung (nafas pendek tipikal saat istirahat atau saat beraktivitas disertai atau tidak disertai kelelahan, tanda retensi cairan (kongesti paru atau edema pada kaki), adanya bukti obyektif dari gangguan struktur jantung saat istirahat (Siswanto, dkk, 2015). Saat ini dikenal istilah gagal jantung kanan, gagal jantung kiri, dan kombinasi atau kongestif. Pada gagal jantung kiri terdapat bendungan di paru-paru, hipotensi, vasokonstriksi perifer, yang mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Gagal jantung kanan ditandai dengan adanya edema perifer, asites, dan peningkatan vena jugularis. Gagal jantung kongestif adalah gabungan dari kedua manifestasi tersebut. Namun, definisi tersebut tidak terlalu bermakna karena baik gagal jantung kiri maupun gagal jantung kanan sering terjadi secara bersamaan, walaupun kelainan pada satu sisi mungkin lebih dominan (Muttaqin: 2009).

Gagal jantung seringkali terjadi secara progresif dan seumur hidup, kondisi ini dapat dapat dikelola dengan perubahan gaya hidup dan pengobatan untuk mencegah episode gagal jantung. Episode gagal jantung ini dicirikan dengan beberapa gejala seperti penurunan *Cardiac Output* (CO), dan perfusi yang rendah (Varughese, 2007 dalam Smeltzer, 2010). Hal ini berhubungan dengan peningkatan hospitalisasi, peningkatan biaya perawatan, dan penurunan kualitas hidup (Smeltzer, 2010). Gagal jantung merupakan alasan paling umum

hospitalisasi pasien yang berusia lebih dari 65 tahun, dan alasan paling umum kedua kunjungan ke dokter (Benjamin dkk, 2017).

### 2.1.2 Klasifikasi Gagal Jantung

Klasifikasi gagal jantung menurut Smeltzer (2010) secara besar terbagi menjadi dua tipe yang diidentifikasi melalui pengkajian fungsi ventrikel kiri, biasanya menggunakan Echocardiogram. Tipe yang paling umum adalah gagal jantung sistolik, yaitu perubahan dalam kontraksi ventrikel, yang ditandai dengan otot jantung yang melemah. Tipe kedua yang kurang umum terjadi adalah gagal jantung diastolik, yang dicirikan dengan otot jantung kaku dan tidak sesuai, sehingga sulit bagi ventrikel untuk mengisi.

Rendahnya fraksi ejeksi (EF) menjadi ciri khas gagal jantung sistolik, namun keparahan gagal jantung diklasifikasikan berdasarkan gejala pasien bukan berdasarkan baik buruknya fraksi ejeksi (Smeltzer, 2010). Klasifikasi berdasarkan *The New York Heart Association* (NYHA) dijelaskan dalam tabel 2.1.

**Tabel 2.1 Klasifikasi Gagal Jantung Menurut NYHA**

Klasifikasi	Tanda dan Gejala	Prognosis
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan, dyspnea, palpitasi, atau nyeri dada.</li> <li>• Tidak ada kongesti paru atau hipotensi perifer.</li> <li>• Patient is considered asymptomatic.</li> <li>• Biasanya tidak pembatasan aktivitas sehari-hari.</li> </ul>	Bagus
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sedikit keterbatasan pada aktivitas sehari-hari.</li> <li>• Pasien tidak menunjukkan adanya gejala saat istirahat, tapi peningkatan aktivitas fisik menyebabkan munculnya gejala.</li> <li>• Terjadi crackles pada basilar dan S3, murmur dapat terdeteksi.</li> </ul>	Bagus
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterbatasan aktivitas sehari-hari.</li> <li>• Pasien merasa tidak nyaman saat istirahat, aktivitas kurang dari biasanya dapat menimbulkan gejala.</li> </ul>	Sedang
IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Timbul gejala insufisiensi jantung saat istirahat</li> </ul>	Buruk

(sumber: Smeltzer, 2010)

Tabel 2.1 menjelaskan klasifikasi gagal jantung menurut NYHA, yaitu pengklasifikasian gagal jantung berdasarkan tanda gejala yang dialami penderita.

NYHA mengklasifikasikan gagal jantung menjadi empat *stage*, dimana *stage* berbanding lurus dengan tanda gejala. Semakin buruk tanda gejala yang muncul pada penderita, semakin tinggi pula *stage* nya.

*The American College of Cardiology dan American Heart Assosiation* (ACC/ AHA) mengembangkan klasifikasi lain dari gagal jantung berdasarkan sifat alami dan progresif dari gagal jantung (Smeltzer and Bare, 2010).

**Tabel 2.2 Klasifikasi Gagal Jantung Menurut ACC dan AHA**

Klasifikasi	Kriteria
Tahap A	Pasien dengan resiko tinggi untuk perkembangan disfungsi ventrikel kiri, tanpa ada penyakit jantung struktural atau gejala dari gagal jantung.
Tahap B	Pasien dengan disfungsi ventrikel kiri atau penyakit jantung struktural, tapi tidak perkembangan gejala dari gagal jantung.
Tahap C	Pasien dengan disfungsi ventrikel kiri atau penyakit jantung struktural, dengan gejala gagal jantung saat ini atau sebelumnya.
Tahap D	Pasien dengan gagal jantung tahap akhir yang memerlukan intervensi khusus.

(sumber: Smeltzer, 2010)

### 2.1.3 Etiologi Gagal Jantung

Efektivitas jantung sebagai pompa dapat dipengaruhi oleh berbagai gangguan patofisiologis. Faktor- faktor yang dapat memicu perkembangan gagal jantung melalui penurunan sirkulasi mendadak dapat berupa; aritmia, infeksi sistemis dan infeksi paru-paru, dan emboli paru (Muttaqin, 2009).

**Tabel 2.4 Penyebab Gagal Jantung**

Kelainan Mekanis	Kelainan Miokardial	Gangguan Irama Jantung
1. Peningkatan beban tekanan	Primer <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardiomiopati</li> </ul>	1. Henti jantung

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dari sentral (stenosis aorta)</li> <li>• Dari perifer (hipertensi sistemis)</li> <li>2. Peningkatan beban volume                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regurgitasi katup paru</li> <li>• Meningkatnya beban awal</li> </ul> </li> <li>3. Obstruksi terhadap pengisian ventrikel</li> <li>• Stenosis katup mitral atau katup trikuspid</li> <li>4. Tamponade pericardium</li> <li>5. Restriksi endokardium dan miokardium</li> <li>6. Aneurisma ventrikuler</li> <li>7. Disinergi ventrikel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan neuromuscular miokarditis</li> <li>• Metabolik (diabetes mellitus)</li> <li>• Keracunan (alcohol, kobalt, dll)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Ventricular fibrilasi</li> <li>3. Takikardia atau bradikardia yang ekstrim</li> <li>4. Asinkroni listrik dan gangguan konduksi</li> </ul>
	<p>Sekunder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iskemia (penyakit jantung koroner)</li> <li>• Gangguan metabolic</li> <li>• Inflamasi</li> <li>• Penyakit infiltrat (<i>restrictive cardiomiopati</i>)</li> <li>• Penyakit sistemis</li> <li>• Penyakit paru obstruktif kronis</li> <li>• Obat-obatan yang mendeprasi miokardium</li> </ul>	

(sumber: Price dan Wilson, 1995 dalam Muttaqin, 2009)

**2.1.3 Patofisiologi Gagal Jantung**

Gagal jantung dapat disebabkan oleh berbagai macam kondisi kardiovaskuler, antara lain hipertensi kronik, penyakit jantung koroner, dan penyakit katup jantung. Kondisi ini dapat menyebabkan kegagalan sistolik, kegagalan diastolik, atau keduanya. Disfungsi miokard secara signifikan biasanya terjadi sebelum pasien mengalami tanda dan gejala gagal jantung seperti nafas pendek, edema, atau kelelahan (Smeltzer, 2010).

Berkembangnya gagal jantung, mengaktifkan sistem neurohormonal tubuh sebagai mekanisme kompensasi. Mekanisme ini merupakan upaya tubuh untuk mengatasi gagal jantung, dan merespon tanda dan gejala yang berkembang (Smeltzer, 2010).

Gagal jantung sistolik menyebabkan penurunan volume darah yang dipompa ventrikel. Penurunan peregangan ventrikel dialami oleh baroreseptor tubuh pada aorta dan karotis. Sistem saraf simpatis kemudian dirangsang untuk

melepaskan epineprin dan norepineprin. Tujuan dari respon awal ini adalah untuk meningkatkan denyut jantung dan kontraktilitas serta membantu kegagalan miokardium. Respon yang berkelanjutan dapat menyebabkan berbagai respon negatif seperti takikardi, keluhan palpitasi, dan denyut nadi lemah. Stimulasi simpatis menyebabkan vasokonstriksi pada kulit yang menyebabkan kulit tampak pucat terasa dingin dan basah, saluran pencernaan yang menyebabkan gangguan pencernaan, dan ginjal (Smeltzer, 2010).

Penurunan perfusi ginjal karena terlalu rendahnya *Cardiac Output* dan vasokonstriksi menyebabkan pelepasan renin oleh ginjal. Renin mengubah angiotensinogen (sebagian besar di hati) menjadi angiotensin I. *Angiotensin-converting enzyme* (ACE) dalam lumen pembuluh darah pulmonal mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II (vasokonstriktor kuat yang meningkatkan tekanan darah dan afterload). Angiotensin II menstimulasi pengeluaran aldosteron dari korteks adrenal, menghasilkan retensi natrium dan cairan oleh tubulus ginjal dan stimulasi hormon antideuretik. Mekanisme ini menyebabkan overload cairan yang biasa terlihat pada gagal jantung. Hal ini dapat ditandai dengan manifestasi berupa oliguria dan edema pada ekstremitas (Smeltzer, 2010).

Angiotensin, aldosteron, dan hormon lain (seperti endothelin dan prostacylin) mengarahkan pada peningkatan preload dan afterload, yang meningkatkan stress pada dinding ventrikel, yang menyebabkan peningkatan beban kerja hati. Beban kerja hati yang meningkat menyebabkan terjadinya pembengkakan vena hati yang pada akhirnya menimbulkan hepatomegali. Disfungsi hati yang progresif juga akan menyebabkan peningkatan tekanan vena portal yang memaksa cairan masuk ke dalam cavum abdomen yang menyebabkan terjadinya asites. Mekanisme counter regulatory melalui pelepasan natriuretic peptides, *Atrial Neuretc Peptide* (ANP) dan *B type Natriuretic Peptide* (BNP) dikeluarkan dari ruang jantung yang *overdistended*. Zat-zat ini

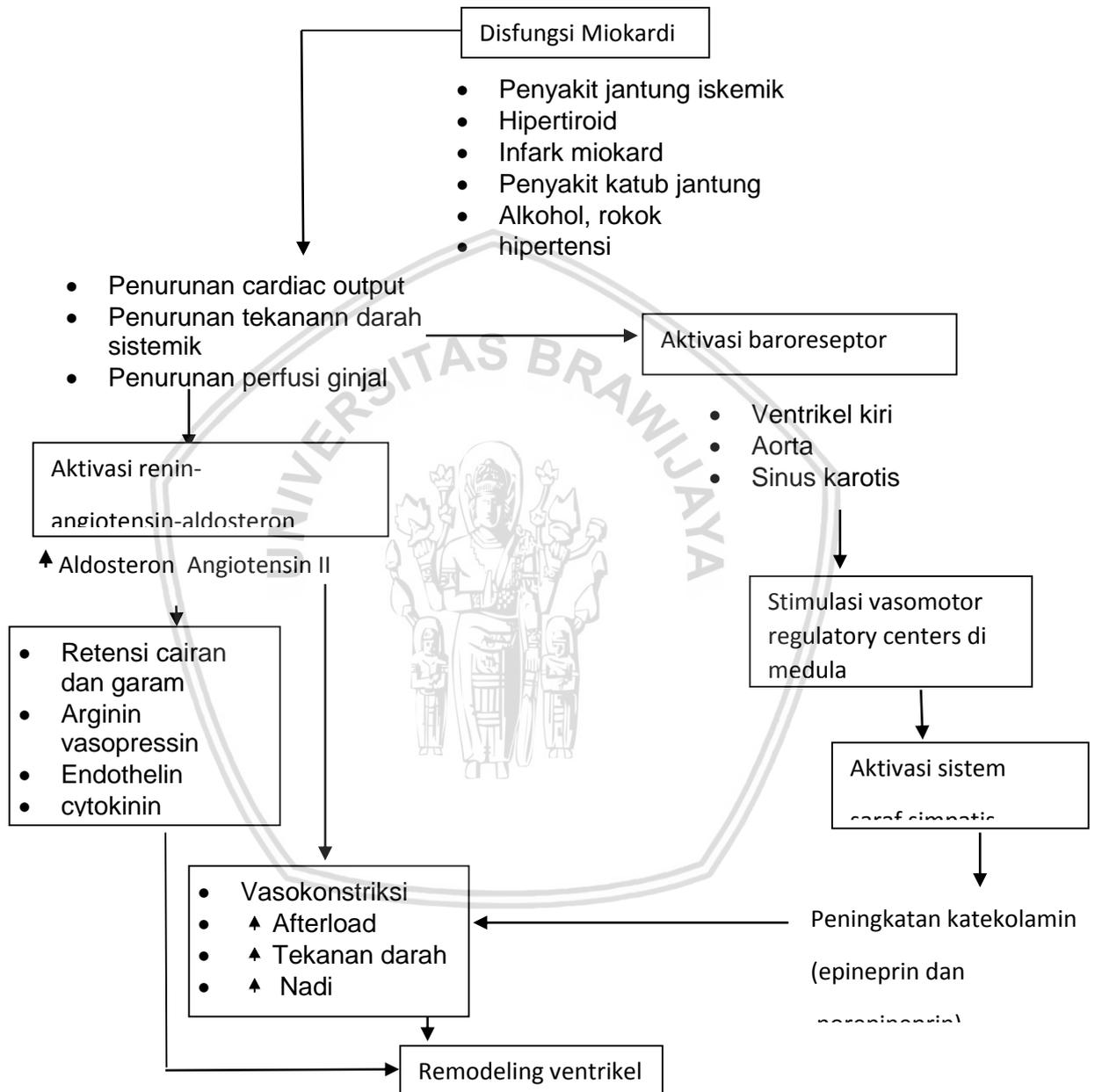
menyebabkan vasodilatasi dan deuresis. Namun efeknya biasanya tidak cukup kuat untuk mengatasi efek negatif dari mekanisme lain (Smeltzer, 2010).

Beban kerja jantung yang meningkat, menyebabkan kontraktilitas otot miokardium menurun. Penurunan kontraktilitas menyebabkan peningkatan volume darah akhir diastolik di ventrikel, peregangan otot miokard, dan meningkatkan ukuran ventrikel (dilatasi ventrikel). Dilatasi ventrikel semakin meningkatkan tekanan pada dinding ventrikel, menambah beban kerja jantung. Salah satu cara jantung untuk mengimbangi peningkatan beban kerja adalah meningkatkan ketebalan otot jantung (hipertrofi ventrikel). Namun, hipertrofi menimbulkan proliferasi sel-sel miokard yang abnormal, atau biasa disebut remodelling ventrikel (Smeltzer, 2010).

Di bawah pengaruh neurohormonal (misal angiotensin II), sel-sel miokard besar diproduksi, namun tidak berfungsi dan cepat mati, meninggalkan sel-sel miokard normal lainnya untuk mempertahankan CO. Mekanisme kompensasi gagal jantung ini disebut "*vicious cycle of Heart Failure*" karena jantung tidak dapat memompa cukup darah ke seluruh tubuh, yang menyebabkan tubuh menstimulasi jantung untuk bekerja lebih keras, jantung tidak dapat merespon kegagalan menjadi lebih buruk. Dengan demikian, pasien gagal jantung akan merasa cepat lelah dan kelemahan karena sirkulasi yang terganggu dan ketidakadekuatan pembuangan sisa katabolisme dari jaringan (Smeltzer, 2010).

Gagal jantung diastolik terjadi karena beban kerja jantung terus meningkat, yang merespon dengan meningkatkan jumlah dan ukuran sel-sel miokard (hipertrofi ventrikel). Respon ini menyebabkan resistensi pengisian ventrikel, yang meningkatkan tekanan pengisian ventrikel meskipun volume darah normal atau berkurang. Sedikitnya darah di ventrikel menyebabkan penurunan CO. Cardiac output yang rendah dan tekanan pengisian ventrikel yang tinggi menyebabkan respon neurohormonal yang sama seperti pada gagal jantung diastolik. Penurunan

perfusi jaringan pada semua organ akhirnya akan terlihat karena penurunan *cardiac output* ini, salah satu gejala yang dominan adalah penurunan oksigenasi, sehingga pasien akan mengalami dyspneu (Smeltzer, 2010).



Gambar 2.1 menjelaskan secara singkat patofisiologi terjadinya gagal

#### Gambar 2.1 Patofisiologi gagal jantung

jantung mulai dari adanya disfungsi miokard, mekanisme kompensasi tubuh, hingga terjadinya remodeling jantung.

## 2.1.4 Manifestasi Klinis Gagal Jantung

Manifestasi klinis yang dihasilkan oleh tipe-tipe gagal jantung yang berbeda (sistolik, diastolik, atau keduanya) hampir sama, oleh karena itu tidak dapat digunakan untuk membedakan atau menentukan jenis gagal jantung. Tanda dan gejala gagal jantung berhubungan dengan bagian ventrikel yang terkena. Gagal jantung kanan (kegagalan ventrikel kanan) menyebabkan manifestasi yang berbeda dengan gagal jantung kiri (kegagalan ventrikel kiri). Pada gagal jantung kronis, pasien mungkin menunjukkan tanda dan gejala dari keduanya; gagal jantung kanan dan kiri (Smeltzer, 2010).

### 2.1.4.1 Gagal Jantung Kiri

Kongesti pulmonal terjadi ketika ventrikel kiri tidak dapat memompa darah ke aorta dan peredaran darah sistemik secara efektif. Manifestasi klinis dari kongesti pulmonal antara lain sesak nafas (dyspnea), batuk, ronki paru, saturasi oksigen rendah. Suara jantung tambahan S3, atau "ventrikular gallop" mungkin terdeteksi saat dilakukan auskultasi (Smeltzer, 2010).

1. Dyspnea atau nafas pendek mungkin disebabkan aktivitas minimal atau sedang (*dyspnea on exertion* [DOE]), dyspnea juga dapat terjadi ketika beristirahat. Pasien mungkin juga mengalami orthopnea, yaitu kesulitan bernafas saat tidur terlentang. Beberapa pasien mengalami sesak secara tiba-tiba pada malam hari, kondisi ini dikenal dengan *paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND). Kondisi tersebut dapat terjadi karena cairan yang terakumulasi dalam ekstremitas yang tergantung pada siang hari diserap kembali ke dalam pembuluh darah yang bersirkulasi ketika pasien berbaring. Karena ventrikel kiri terganggu, maka tidak dapat mengeluarkan volume sirkulasi darah yang meningkat, sehingga tekanan dalam sirkulasi pulmonal meningkat, menyebabkan pergeseran cairan ke alveoli. Alveoli yang berisi cairan tidak

dapat menukar oksigen dan karbon dioksida. Tanpa oksigen yang cukup, pasien mengalami dyspnea dan sulit tidur.

2. Batuk yang terjadi berhubungan dengan kegagalan ventrikel kiri awalnya kering dan tidak produktif. Namun lama kelamaan akan berubah menjadi lembab. Menghasilkan banyak sputum, yang terkadang berwarna merah muda, biasanya menunjukkan keparahan kongesti pulmonal (edema pulmonal).
3. Suara nafas tambahan mungkin terdengar di beberapa area paru. Biasanya ronki bibasilar yang tidak jelas dengan batuk terdeteksi pada fase awal kegagalan ventrikel kiri.
4. Selain peningkatan tekanan paru yang menyebabkan penurunan oksigenasi, jumlah darah yang dikeluarkan dari ventrikel kiri menurun. Gejala dominan dari gagal jantung adalah perfusi jaringan tidak adekuat, karena penurunan cardiac output sehingga tidak mampu menyediakan oksigen yang diperlukan semua jaringan dan organ.
5. Oliguria terjadi karena penurunan cardiac output, sehingga menurunkan aliran darah ke ginjal, yang menyebabkan penurunan output urin. Tekanan perfusi ginjal yang menurun menghasilkan pelepasan renin dari ginjal, dan menyebabkan sekresi aldosteron, sehingga volume intravaskular meningkat. Namun, pada saat tidur beban kerja jantung menurun, meningkatkan perfusi ginjal, pada beberapa pasien menyebabkan sering buang air kecil pada malam hari (nokturia).
6. Gagal jantung yang progresif dapat menyebabkan gejala-gejala lain. Penurunan perfusi gastrointestinal menyebabkan gangguan pencernaan. Penurunan perfusi pada otak menyebabkan pusing, pening, konfusi, gelisah, dan cemas. Peningkatan ansietas dapat menyebabkan dyspnea dan menstimulasi *vicious cycle of heart failure*. Stimulasi sistem saraf simpatis

menyebabkan konstiksi pembuluh darah perifer, sehingga kulit tampak pucat dan terasa dingin dan basah. Penurunan *stroke volume* (SV) menyebabkan sistem saraf simpatis meningkatkan *heart rate* (takikardia), sering menimbulkan keluhan palpitasi, nadi menjadi lemah. *Cardiac output* yang tidak adekuat, tidak mampu memenuhi peningkatan kebutuhan energi, sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengalami penurunan toleransi aktivitas (Smeltzer, 2010).

#### 2.1.4.2 Gagal Jantung Kanan

Kegagalan jantung kanan menyebabkan kongesti jaringan perifer dan jaringan viscera predominan. Manifestasi klinis sistemiknya meliputi edema ekstremitas bawah (dependen edema), hepatomegali, asites (akumulasi cairan di cavum peritonium), anoreksia dan nausea, kelemahan, dan berat badan bertambah karena retensi cairan (Smeltzer and Bare, 2010)

1. Edema biasanya terjadi pada kaki dan tungkai, dan memburuk ketika pasien berdiri atau duduk lama. Edema dapat meningkat bertahap mengenai kaki, paha, dan akhirnya ke genitalia eksternal dan perut. Edema pada sakrum biasa terjadi pada pasien yang bedrest. Pitting edema juga terjadi, dimana lekukan kulit terlihat jelas ketika setelah dilakukan penekanan meskipun sedikit dengan ujung jari. Edema ini terjadi karena sisi kanan jantung tidak dapat memompa darah keluar dan tidak mampu menampung semua darah yang masuk dari aliran balik vena. Tekanan vena yang meningkat menyebabkan pembengkakan vena jugularis dan peningkatan hidrostatik kapiler melalui sistem vena, sehingga menyebabkan terjadinya edema.
2. Hepatomegali dan kekakuan perut kuadran kanan atas dihasilkan dari pembengkakan vena hati. Hepatomegali mungkin juga meningkatkan tekanan pada diafragma, menyebabkan distress pernafasan.

3. Disfungsi hati yang progresif menyebabkan peningkatan tekanan vena portal yang memaksa cairan masuk ke dalam cavum abdomen, menyebabkan terjadinya asites. Asites meningkatkan tekanan pada lambung dan usus menyebabkan distress gastrointestinal.
4. Anoreksia (kehilangan nafsu makan) dan mual atau nyeri abdomen dihasilkan dari pembengkakan vena dan vena statis pada organ abdomen.
5. Kelemahan disebabkan oleh penurunan cardiac output, sirkulasi yang terganggu, dan ketidakadekuatan pembuangan sisa katabolisme dari jaringan (Smeltzer, 2010).

### **2.1.5 Penatalaksanaan Gagal Jantung**

Muttaqin (2009) mengemukakan bahwa sasaran penatalaksanaan gagal jantung kongestif adalah:

1. menurunkan kerja jantung
2. meningkatkan curah jantung dan kontraktilitas miokardium
3. menurunkan retensi garam dan cairan.

Sasaran penatalaksanaan gagal jantung diatas dapat diupayakan dengan berbagai terapi, seperti terapi farmakologi, terapi oksigen, terapi nutrisi, terapi cairan, terapi aktivitas, dan lain-lain.

#### **2.1.5.1 Terapi Farmakologi**

1. Terapi Nitrat dan Vasodilator Koroner

Penggunaan nitrat baik secara akut maupun kronis sangat dianjurkan untuk penatalaksanaan gagal jantung. Jantung mengalami penurunan *afterload* (beban akhir) dengan adanya vasodilatasi perifer. Peningkatan curah jantung lanjut akan menurunkan *pulmonary artery wedge pressure* (pengukuran yang menunjukkan derajat kongesti vaskular pulmonal dan

beratnya gagal ventrikel kiri) dan penurunan pada konsumsi oksigen miokardium (Muttaqin, 2009).

## 2. Terapi Digitalis

Digitalis adalah obat utama untuk meningkatkan kontraktilitas. Obat ini bila diberikan dalam dosis yang sangat besar dan diberikan secara berulang-ulang, kadang-kadang menyebabkan klien mengalami mabuk, muntah, pandangan kacau, obyek terlihat berwarna hijau atau kuning, klien melakukan gerakan yang sering dan tidak mampu menahannya. Digitalis juga menyebabkan sekresi urin meningkat, nadi lambat hingga 35 kali per menit, keringat dingin, kekacauan mental, sinkope, dan kematian. Digitalis juga bersifat laksatif (Muttaqin, 2009).

Pada gagal jantung, digitalis diberikan dengan tujuan memperlambat frekuensi ventrikel dan meningkatkan kekuatan kontraksi, serta meningkatkan efisiensi jantung. Apabila curah jantung meningkat, volume cairan yang melewati ginjal akan meningkat untuk difiltrasi dan disekresi, sehingga volume intravascular menurun (Muttaqin, 2009).

## 3. Terapi Deuretik

Selain tirah baring, pasien dengan gagal jantung perlu pembatasan garam dan air serta pemberian deuretik baik oral maupun parenteral. Tujuannya untuk menurunkan *preload* (beban awal) dan kerja jantung. Deuretik memiliki efek antihipertensi dengan meningkatkan pelepasan air dan garam natrium. Hal ini menyebabkan penurunan volume cairan dan menurunkan tekanan darah (Muttaqin, 2009).

## 4. Terapi Inotropik Positif

Dopamin dan dobutamin merupakan salah satu obat inotropik positif. Kerja dopamine bergantung dosis yang diberikan, pada dosis kecil ( $1-2 \mu\text{g/kg/menit}$ ) akan mendilatasi pembuluh darah ginjal dan pembuluh darah mesentrik serta menghasilkan peningkatan pengeluaran urin (efek dopaminergik), pada dosis  $2-10 \mu\text{g/kg/menit}$  dopamin akan meningkatkan curah jantung melalui peningkatan kontraktilitas jantung (efek beta) dan meningkatkan tekanan darah melalui vasokonstriksi (efek alfa-adrenergik). Dobutamin adalah obat simpatomimetik dengan kerja beta-1 adrenergik. Efek beta-1 adalah meningkatkan kekuatan kontraksi miokardium (efek inotropik positif) dan meningkatkan denyut jantung (efek kronotropik positif) (Muttaqin, 2009).

#### 5. Terapi Sedatif

Sedatif diberikan pada klien dengan gagal jantung berat, agar dapat mengurangi kegelisahan. Obat-obat sedatif yang sering digunakan adalah Phenobarbital  $15-30 \text{ mg}$  empat kali sehari, dengan tujuan untuk mengistirahatkan klien dan memberikan relaksasi pada klien (Muttaqin, 2009).

#### **2.1.5.2 Terapi Nutrisi**

Diet rendah garam ( $2$  hingga  $3 \text{ g/ hari}$ ) dan menghindari minum terlalu banyak biasanya dianjurkan. Pembatasan natrium dapat menurunkan retensi cairan dan gejala kongesti paru dan perifer. Tujuan dari pembatasan natrium adalah untuk mengurangi jumlah volume darah yang bersirkulasi, sehingga menurunkan beban kerja miokard. Keseimbangan harus dicapai antara kemampuan pasien untuk mematuhi diet dengan pembatasan diet yang direkomendasikan. Setiap perubahan dalam pola makan harus dibuat dengan pertimbangan gizi yang baik sesuai dengan makanan apa yang disukai dan tidak disukai pasien, serta budaya yang dianut pasien. Kepatuhan pasien dalam diet penting, karena kecerobohan diet dapat menyebabkan eksaserbasi berat pada

gagal jantung sampai membutuhkan rawat inap (Albert, 2005 dalam Smeltzer 2010). Namun, merubah kebiasaan diet adalah hal yang sulit bagi beberapa pasien (Smeltzer and Bare, 2010).

Tabel 2.3 *Guideline* Diet Sodium untuk Pasien Gagal jantung

Organisasi	Rekomendasi
<i>American Dietetic Association</i>	Intake sodium harus kurang dari 2 g/ hari, restriksi sodium akan memperbaiki gejala (edema, kelelahan) dan kualitas hidup.
<i>ACCF/ AHA</i>	Restriksi sodium untuk pasien dengan gejala gagal jantung dapat menurunkan gejala kongestif.
<i>European Heart Failure Society</i>	Restriksi sodium dapat membantu mengontrol tanda dan gejala kongestif pada pasien Gagal jantung kelas III dan IV.
<i>Heart Failure Society of America</i>	Restriksi sodium (2-3 g/ hari) direkomendasikan untuk pasien dengan sindrom klinis Gagal jantung.

Sumber: Lennie, T., et al (2013)

Tabel 2.3 menjelaskan guideline pembatasan atau diet garam untuk pasien gagal jantung dari berbagai asosiasi jantung. Keempat asosiasi tersebut merekomendasikan diet sodium atau garam pada pasien gagal jantung, dengan tujuan untuk memperbaiki gejala klinis gagal jantung hingga meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.

### 2.1.5.3 Terapi Tambahan

#### 1. Terapi Oksigen

Pemberian terapi oksigen terutama ditujukan pada pasien gagal jantung yang disertai edema paru. Pemenuhan oksigen akan mengurangi kebutuhan miokardium akan oksigen dan membantu memenuhi kebutuhan oksigen tubuh (Muttaqin, 2009).

#### 2. Terapi-terapi lain

Sejumlah prosedur dan pendekatan pendekatan bedah dapat membantu pasien dengan gagal jantung. Jika pasien memiliki penyakit arteri koroner yang mendasari, revaskularisasi arteri koroner dengan *percutaneous coronary intervention* atau *coronary artery bypass surgery* dapat dipertimbangkan. Pada

beberapa pasien fungsi ventrikel dapat meningkat jika aliran koroner meningkat (Smeltzer, 2010).

Pada pasien dengan disfungsi ventrikel kiri berat dan disritmia yang dapat membahayakan jiwa, *implant cardioverter defibrillator* (ICD) dapat mencegah kematian jantung secara tiba-tiba dan memperpanjang kelangsungan hidup. Pada pasien dengan gagal jantung yang tidak membaik dengan terapi standart, terapi resinkronasi jantung adalah pengobatan lain yang mungkin bermanfaat. Terapi resinkronisasi jantung melibatkan penggunaan alat pacu jantung biventrikular untuk mengobati defek konduksi listrik. Intervensi ini menunjukkan hasil meningkatkan cardiac output, konsumsi energi miokard yang optimal, penurunan regurgitasi katub mitral, dan memperlambat proses remodeling ventrikel (Saul, 2007 dalam Smeltzer 2010).

Ultrafiltrasi merupakan intervensi alternatif untuk pasien dengan kelebihan cairan yang berat. Untuk pasien dengan gagal jantung tahap akhir, transplantasi jantung adalah satu-satunya pilihan untuk bertahan hidup dalam jangka panjang (Smeltzer, 2010).

### **2.1.6 Intervensi Keperawatan**

#### **1. Meningkatkan toleransi aktivitas**

Mengurangi aktivitas fisik karena adanya gejala gagal jantung, menyebabkan kondisi fisik yang meperburuk gejala pasien dan toleransi pasien terhadap aktivitas. Bed rest dalam waktu lama harus dihindari, karena dapat menyebabkan beberapa efek seperti ulkus karena penekanan (terutama pasien yang mengalami edema), trombosis vena, dan emboli paru. Penyakit akut yang memperparah gejala gagal jantung atau membutuhkan rawat inap, menjadi indikasi untuk pasien bed rest sementara, jika tidak total 30 menit aktivitas fisik setiap hari harus dilakukan (HFSA, 2006 dalam Smeltzer, 2010).

Latihan olahraga memiliki banyak efek yang menguntungkan untuk gagal jantung termasuk meningkatkan kapasitas fungsional dan mengurangi dyspnea (Smeltzer, 2010).

Sebelum melakukan aktivitas fisik, pasien harus diberikan panduan keselamatan berikut:

- Mulai dengan kegiatan pemanasan selama beberapa menit
- Hindari melakukan aktivitas fisik di luar dalam cuaca yang sangat panas, dingin, atau lembab
- Pastikan anda dapat berbicara selama aktivitas fisik, jika tidak dapat melakukannya kurangi intensitas aktivitas fisik
- Tunggu dua jam setelah makan sebelum melakukan aktivitas fisik
- Hentikan aktivitas jika terjadi sesak nafas, nyeri, atau pusing
- Hentikan dengan aktivitas pendinginan. (Smeltzer, 2010)

Karena beberapa pasien mungkin sangat lemah, mungkin perlu membatasi aktivitas fisik hanya 3 sampai 5 menit dalam satu waktu, 1 sampai 4 kali per hari. Pasien seharusnya meningkatkan durasi aktivitasnya, kemudian frekwensinya, sebelum meningkatkan intensitasnya (Smeltzer, 2010).

Respon pasien terhadap aktivitas perlu dimonitor. Jika pasien hospitalisasi, tanda-tanda vital dan saturasi oksigen harus dimonitor sebelum, selama, dan segera setelah aktivitas untuk mengidentifikasi apakah hasilnya sesuai dengan target atau tidak. Nadi harus kembali normal dalam tiga menit setelah aktivitas. Jika pasien ada di rumah, tingkat kelelahan yang dirasakan pasien digunakan untuk menilai respon. Program yang diawasi bermanfaat bagi mereka yang membutuhkan lingkungan yang terstruktur, dukungan pendidikan yang signifikan, dorongan terus menerus, dan hubungan interpersonal yang baik

antara pasien dan perawat dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam beraktivitas (Smeltzer, 2010).

## 2. Pengaturan volume cairan

Pasien dengan gagal jantung berat dapat menerima terapi diuretik intravena, sedangkan pasien dengan gejala kurang berat dapat menerima obat diuretik oral. Oral diuretik harus diberikan di pagi hari, sehingga deuresis tidak mengganggu waktu istirahat pasien di malam hari. Dosis tunggal diuretik dapat menyebabkan pasien mengeluarkan volume cairan yang besar sesaat setelah pemberian obat (Smeltzer, 2010).

Status cairan pasien harus dimonitor secara ketat, auskultasi paru, pemantauan berat badan harian, dan membantu pasien untuk mematuhi diet rendah natrium tinggi seperti makanan kaleng, dan makanan yang diproduksi oleh pabrik. Diet pembatasan cairan juga dapat dilakukan untuk pasien gagal jantung, perawat dapat membantu pasien untuk merencanakan asupan cairan per hari dengan tetap menghormati diet yang diinginkan pasien. Jika pasien menerima cairan intravena, input dan output cairan harus dimonitor secara ketat (Smeltzer, 2010).

Restriksi cairan dipertimbangkan terutama pada pasien dengan gejala berat disertai hiponatremia, yaitu sebesar 1,5-2 liter/ hari. Restriksi cairan secara rutin pada semua pasien dengan gejala ringan sampai sedang tidak memberikan keuntungan klinis (Siswanto, dkk, 2015). ACCF/ AHA guideline (2013) juga memaparkan hal serupa yaitu restriksi cairan (1,5-2 L/ hari) direkomendasikan pada stage D, terutama pasien yang mengalami hiponatremi, untuk menurunkan gejala kongesti.

## 3. Kontrol kecemasan

Pasien gagal jantung mengalami kesulitan mempertahankan oksigenasi yang adekuat, karena itu mereka cenderung gelisah dan merasa kewalahan karena sesak nafas. Gejala-gejala ini cenderung meningkat di malam hari, dan dapat mengganggu tidur pasien. Stress emosional merangsang sistem saraf simpatis yang menyebabkan vasokonstriksi, tekanan arteri meningkat, dan peningkatan denyut jantung. Respon simpatik ini meningkatkan beban kerja jantung. Oleh karena itu dengan mengurangi kecemasan, beban kerja jantung pasien juga menurun. Oksigen dapat diberikan selama kejadian akut untuk mengurangi kerja pernapasan dan untuk meningkatkan kenyamanan pasien (Smeltzer, 2010).

Ketika pasien menunjukkan kecemasan, perawat mengambil langkah untuk meningkatkan kenyamanan fisik dan memberikan dukungan psikologis. Dalam banyak kasus, kehadiran keluarga dapat menurunkan kecemasan pasien, kunjungan hewan peliharaan juga dapat bermanfaat menurunkan stress (Cole, 2007 dalam Smeltzer, 2010).

Bersamaan dengan reassurance, perawat dapat mulai mengajarkan cara pasien untuk mengendalikan kecemasan dan menghindari situasi yang menimbulkan kecemasan. Pasien belajar bagaimana mengidentifikasi faktor yang dapat menyebabkan kecemasan dan bagaimana menggunakan teknik relaksasi untuk mengendalikan perasaan cemas. Ketika kecemasan menurun, fungsi jantung dapat membaik dan gejala gagal jantung dapat menurun (Smeltzer, 2010)

#### 4. Meminimalkan kelemahan

Pasien perlu menyadari bahwa mereka tidak selamanya lemah, mereka mampu menentukan tujuan hidup dan hasil pengobatan. Pengkajian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi perasaan tidak berdaya pada pasien perlu dilakukan. Faktor-faktor yang mempengaruhi diantaranya kurangnya

pengetahuan dan kurangnya kesempatan untuk membuat keputusan, terutama jika penyedia layanan kesehatan dan keluarga yang mengendalikan cara hidup pasien. Jika pasien dirawat di rumah sakit, kebijakan rumah sakit mungkin membatasi kemampuan pasien untuk membuat keputusan (misalnya waktu untuk makan atau minum obat) (Smeltzer, 2010).

Meluangkan waktu untuk mendengarkan pasien secara aktif, mendorong mereka untuk mengungkapkan kekhawatiran mereka. Strategi lain yaitu menyediakan waktu untuk pasien mengambil keputusan. Seperti menentukan kegiatan, makanan, dan pemilihan cairan sesuai dengan diet yang dianjurkan (Smeltzer, 2010).

#### 5. Memonitor dan mengatur resiko komplikasi

Beberapa masalah yang potensial terjadi berhubungan dengan terapi pada pasien gagal jantung terutama penggunaan deuretik:

- Deuresis yang berlebihan dan berulang dapat menyebabkan hipokalemia. Tanda-tandanya termasuk disritmia ventrikel, hipotensi, kelemahan otot, dan kelemahan umum. Pada pasien yang menerima digoxin, hipokalemia dapat menyebabkan toksisitas digitalis dan menyebabkan meningkatnya disritmia berbahaya.
- Hiperkalemia dapat terjadi terutama pada pasien-pasien yang mendapat terapi ACE inhibitor, ARBs, atau spironolacton.
- Penggunaan terapi deuretik yang berkepanjangan dapat menyebabkan hiponatremia, yang menyebabkan disorientasi, ketakutan, kelemahan, malaise, dan kram otot.
- Kehilangan cairan yang berlebihan dapat menyebabkan dehidrasi dan hipotensi. ACE inhibitor dan beta blocker dapat menyebabkan hipotensi.

- Masalah lain yang berhubungan dengan deuretik adalah peningkatan serum kreatinin dan hiperurisemia (kelebihan asam urat dalam darah), yang menyebabkan gout.

## 6. Kunjungan rumah dan keperawatan komunitas

### a. Mengajarkan pasien perawatan diri sendiri.

Perawat memberikan pendidikan dan melibatkan pasien dalam terapi pengobatan untuk meningkatkan pemahaman dan kepatuhan terhadap rencana pengobatan. Ketika pasien menyadari bahwa diagnosis gagal jantung dapat berhasil dikelola dengan perubahan gaya hidup dan obat-obatan, kekambuhan gagal jantung akut berkurang, rawat inap berulang berkurang, dan harapan hidup meningkat. Komisi gabungan dan lembaga lain telah menetapkan standart yang berkaitan dengan pendidikan pasien gagal jantung. Perawat mengajarkan pasien dan keluarga tentang terapi pengobatan, diet rendah garam, aktivitas dan latihan yang diekomendasikan, menghentikan merokok, belajar mengenali tanda dan gejala kekambuhan gagal jantung, dan kapan harus merujuk ke penyedia layanan kesehatan (Varughese, 2007 dalam Smeltzer, 2010).

### b. Perawatan berkelanjutan

Keberhasilan dalam manajemen gagal jantung membutuhkan terapi medis yang kompleks dan perubahan gaya hidup yang beragam. Bantuan perawatan dapat diberikan melalui perawatan di rumah kesehatan di rumah, klinik, atau menggunakan *telehealth*. Bergantung pada status kesehatan pasien dan ketersediaan bantuan keluarga. Perawat *home care* mengkaji lingkungan rumah, kemudian menyarankan untuk modifikasi lingkungan rumah disesuaikan dengan pembatasan aktivitas pasien. Perawat *home care* harus bekerja bersama pasien dan keluarga untuk merubah pola hidup pasien. Program home care dapat menurunkan angka kekambuhan gagal jantung,

menurunkan biaya perawatan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Anderson, 2007 dalam Smeltzer, 2010).

Program telehealth dapat memberikan kontak yang sering dengan pasien dan kapanpun ketika pasien membutuhkan tanpa memerlukan kunjungan yang sering ke penyedia layanan kesehatan. Berbagai teknik mulai dari penggunaan telepon, penggunaan komputer canggih, atau koneksi video untuk memantau berat badan harian, tanda-tanda vital, dan juga gejala gagal jantung dapat digunakan. Telehealth juga dapat menurunkan biaya dan hospitalisasi karena kekambuhan gagal jantung (Smeltzer, 2010).

c. Pertimbangan akhir kehidupan

Karena gagal jantung adalah kondisi yang kronis dan progresif, pasien dan keluarga perlu untuk mengetahui isu-isu terkait dengan akhir kehidupan. Meskipun prognosis tidak pasti, masalah sering timbul terkait dengan perawatan yang kompleks. Oleh karena itu diskusi tentang masalah-masalah akhir kehidupan perlu untuk didiskusikan dengan pasien dan keluarga (Smeltzer, 2010).

## **2.2 Konsep Kepatuhan**

### **2.2.1 Definisi Kepatuhan**

WHO mendefinisikan kepatuhan terhadap terapi jangka panjang sebagai sejauh mana perilaku seseorang terhadap terapi obat, mengikuti diet, dan merubah gaya hidup yang sesuai dengan rekomendasi petugas kesehatan. Menurut laporan WHO pada tahun 2003 rata-rata kepatuhan pada negara berkembang hanya sekitar 50%. Kepatuhan adalah faktor kunci yang terkait dengan efektivitas terapi farmakologi, sedangkan terapi farmakologi sangat penting diresepkan untuk pasien dengan kondisi kronis. Kejadian hospitalisasi yang terjadi di Amerika Serikat, antara 1/3 dan 2/3 nya adalah disebabkan kepatuhan pengobatan yang buruk. Kepatuhan terhadap terapi pengobatan yang

buruk ini dapat menyebabkan peningkatan morbiditas, mortalitas, dan diperkirakan akan menghabiskan biaya sekitar 100 miliar dolar per tahun (Brown, 2010).

### 2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Banyak pasien tidak patuh terhadap terapi pengobatan, terutama jika terapi yang kompleks dan berlangsung lama. Ketidapatuhan terhadap terapi yang diresepkan telah menjadi subyek banyak penelitian. Untuk sebagian besar temuan, tidak didapatkan faktor penyebab dominan yang dapat diidentifikasi. Sebaliknya, berbagai variabel tampaknya mempengaruhi kepatuhan, termasuk diantaranya:

1. Variabel demografi, seperti usia, jenis kelamin, ras, status sosial ekonomi, dan tingkat pendidikan
2. Variabel penyakit, seperti tingkat keparahan penyakit, dan hilangnya gejala setelah diberikan terapi
3. Variabel regimen terapeutik, seperti kompleksitas terapi dan ketidaknyamanan efek samping
4. Variabel psikososial, seperti intelegensi, motivasi, ketersediaan dukungan orang-orang terdekat (khususnya anggota keluarga), sikap terhadap petugas kesehatan, penerimaan atau penolakan terhadap penyakit, penyalahgunaan zat, agama dan kepercayaan budaya
5. Variabel finansial, khususnya biaya langsung dan tidak langsung yang berhubungan dengan penentuan terapi (Smeltzer, 2010).

Brown (2010) menyebutkan bahwa ada tiga faktor yang berkontribusi terhadap kepatuhan pengobatan yang buruk, yaitu:

1. Faktor yang berhubungan dengan pasien, termasuk diantaranya kurangnya pengetahuan tentang penyakit, kurang keterlibatan dalam pengambilan keputusan terkait terapi, kurang optimal dalam literasi kesehatan, keyakinan yang dianut pasien, motivasi, sosial ekonomi rendah, kesulitan transportasi,

kurang memahami instruksi pengobatan, pengobatan jangka panjang, dukungan keluarga dan lingkungan sosial.

2. Faktor yang berhubungan dengan petugas kesehatan, misalnya resep terapi obat yang kompleks, hambatan komunikasi, komunikasi kurang efektif mengenai efek samping dan penyakit, banyaknya profesi yang terlibat dalam perawatan, komunikasi kurang efektif antara petugas kesehatan di rumah sakit dengan layanan kesehatan primer.
3. Faktor yang berhubungan dengan sistem pelayanan kesehatan, keterbatasan waktu, keterbatasan akses perawatan, kurangnya teknologi informasi kesehatan, biaya obat yang mahal.

### **2.2.3 Kepatuhan Terapi Pengobatan**

Salah satu tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mendorong orang untuk mematuhi regimen terapeutik mereka. Kepatuhan terhadap pengobatan mensyaratkan seseorang untuk merubah satu atau lebih gaya hidup untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan. contohnya perilaku minum obat yang diresepkan secara rutin, memilih diet sesuai anjuran, meningkatkan kegiatan sehari-hari dan latihan, pemantauan diri untuk tanda dan gejala penyakit, mempraktikkan langkah-langkah menjaga kebersihan yang spesifik, melakukan evaluasi kesehatan dan skrining kesehatan, dan melakukan tindakan-tindakan pencegahan (Smeltzer, 2010).

Edukasi yang dilakukan untuk meningkatkan motivasi pasien, menghasilkan berbagai tingkat kepatuhan. Pembentukan tujuan, dan hubungan antara penyedia layanan kesehatan dengan pasien secara langsung mempengaruhi perubahan perilaku pasien. Kedua faktor tersebut berhubungan langsung dengan motivasi belajar pasien (Smeltzer, 2010).

Penggunaan kontrak atau perjanjian pembelajaran juga bisa menjadi motivasi untuk belajar. Kontrak pembelajaran yang baik adalah yang realistis dan

pisitif; termasuk tujuan yang terukur, dengan kerangka waktu dan pemberian penghargaan untuk pencapaian tujuan tertentu. Kontrak pembelajaran berisi metode untuk evaluasi berkelanjutan. Nilai kontrak terletak dari kejelasannya, deskripsi spesifik tentang apa yang harus diselesaikan, dan kegunaannya untuk mengevaluasi perubahan perilaku (Smeltzer, 2010).

Kepatuhan pasien terhadap terapi pengobatan harus senantiasa dijaga dan ditingkatkan, karena ada beberapa konsekuensi yang timbul akibat ketidakpatuhan terhadap terapi pengobatan, antara lain; penurunan keefektifan terapi pasien, kurang terkontrolnya penyakit, hasil klinis buruk seperti berkembangnya penyakit yang sebenarnya bisa dicegah, efek samping dari obat, penurunan kualitas hidup, kecacatan, bahkan kematian. Selain itu juga dapat menyebabkan perekonomian semakin buruk karena biaya perawatan, dan peningkatan penggunaan layanan kesehatan (Isfahani, 2017).

#### **2.2.4 Pengukuran Kepatuhan Terapi Pengobatan**

Terdapat beberapa alat ukur yang dapat digunakan untuk menentukan tingkat kepatuhan seseorang, diantaranya:

1. *MMAS (Morisky Medication Adherence Scale)*

Morisky & DiMatteo (2011) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa dalam pengkajian kepatuhan pasien, harus selalu berfokus pada kepatuhan sebagai kebiasaan pasien, bukan pada prediktornya (penyebab) dan konsekuensinya (efek) dari kepatuhan. Pengukuran ini harus dilakukan secara langsung dan berfokus pada perilaku pasien.

Pada tahun 1986 penelitian Hopkin mengembangkan empat item skala pengukuran (sekarang lebih dikenal dengan *Morisky Medication Adherence Scale 4-item*, MMAS-4), untuk mengukur perilaku minum obat yang dilaporkan sendiri oleh pasien rawat jalan yang didiagnosa hipertensi. Versi terbaru dari

skala ini dikembangkan pada tahun 2008, yang terdiri dari delapan item pengukuran, atau dikenal dengan MMAS-8 (Morisky & DiMatteo, 2011).

Penelitian Ardianti (2016) tentang kepatuhan minum obat pasien DM menggunakan MMAS-8 yang sudah ditranslasi dan divalidasi dalam versi bahasa Indonesia, terdiri dari empat aspek yaitu; lupa/ tidak minum obat sebanyak empat pertanyaan pada item nomor 1,2,4,5, menghentikan minum obat sebanyak dua pertanyaan pada item nomor 3 dan 6, pengobatan terganggu satu pertanyaan pada item nomor 7, dan sulit mengingat minum obat pada item nomor 8. Interpretasi kuisioner ini dinyatakan patuh (nilai 8), kurang patuh (nilai 6-7), dan tidak patuh (nilai  $\leq 6$ ).

## 2. MTA (*Measure Treatment Adherence*)

Pada penelitian yang dilakukan oleh Amaral, dkk (2015) tentang kepatuhan terapi pengobatan pada pasien Hipertensi, instrumen yang digunakan untuk mengukur kepatuhan terapisnya adalah *MTA scale*. Skala ini merupakan instrumen yang terdiri dari tujuh item yang digunakan untuk mengkaji kebiasaan individu terkait dengan penggunaan obat setiap hari (Delgado & Lima, 2001 dalam Amaral, 2015). Beberapa item diambil dari penulis lain, item 1,2,3 dan 4 diambil dari Morisky (1986), item 6 diambil dari Ramalhinho (1994), dan item 7 diambil dari Shea, dkk (1992). Jawabannya diperoleh dengan membuat skala ordinal 6 point, titik ordinalnya mulai dari 'selalu' (1 point) sampai 'tidak pernah' (6 point). Nilai-nilai yang diperoleh dari jawaban terhadap tujuh item ditambahkan dan dibagi dengan jumlah item. Kemudian, nilai 5 dan 6 diubah menjadi satu (patuh), dan sisanya diubah menjadi nol (tidak patuh). Nilai yang lebih tinggi berarti tingkat kepatuhan lebih tinggi.

## **2.3 Konsep Self Managemen**

### **2.3.1 Pengertian Self Managemen**

*Self managemen* adalah kemampuan klien untuk melaksanakan semua terapi terkait kondisi kronisnya, termasuk pengenalan gejala, pengobatan, konsekuensi fisik dan sosial, serta perubahan gaya hidup (VIC, 2007).

*Victoria Government Departement of Human Service* (2007) juga menggambarkan *self managemen* sebagai kemitraan atau kerjasama klien dan keluarga atau *care giver* dengan penyedia layanan kesehatan untuk; mengetahui kondisi mereka dan berbagai pilihan perawatan, menegosiasikan rencana perawatan, terlibat dalam kegiatan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, memonitor dan mengelola tanda dan gejala penyakit, mengelola dampak dari penyakit baik kondisi fisik, emosi, dan hubungan interpersonal.

### **2.3.2 Tujuan Intervensi Self Managemen**

*Victoria Government Departement of Human Service* (2007) menjelaskan intervensi *self managemen* dilakukan dengan tujuan untuk mencapai hasil sebagai berikut:

1. Keterlibatan klien dan keluarga atau *care giver* dalam kegiatan memenuhi kebutuhan perawatan klien.
2. Keterlibatan klien dan keluarga atau *care giver* dalam perilaku promosi kesehatan dan pengurangan resiko gaya hidup.
3. Keterampilan dalam mengelola gejala dan mengatasi masalah kesehatan.
4. Sikap positif dalam menjalani kehidupan dengan penyakitnya.
5. Pemantauan diri terhadap indikator klinis, pengaturan batasan yang realistis.
6. Kemampuan untuk percaya diri dalam berinteraksi dengan para profesional kesehatan dan mampu menggunakan sistem kesehatan dengan tepat.

7. Keterlibatan sosial dan kemampuan mencari dukungan dari hubungan interpersonal dan komunitas.
8. Meningkatkan kesejahteraan emosional.
9. Mendukung klien mempertahankan perubahan gaya hidup selama jangka waktu yang panjang.

### **2.3.3 Prinsip Penatalaksanaan *Self Managemen***

Pada dasarnya keberhasilan program *self managemen* terdiri dari; kemampuan klien dalam bekerja sama dengan tenaga kesehatan, pendidik (tenaga kesehatan) yang terlatih untuk mendorong klien belajar mengelola kondisi dan kehidupan mereka secara lebih efektif, sehingga klien dapat mengambil tanggungjawab terhadap perawatan dirinya dan tidak bergantung pada tenaga kesehatan (Harvey, 2011).

Harvey (2011) juga memaparkan bahwa *American Assosiation of Diabetes Education* (AADE) memiliki daftar keterampilan kunci yang membantu klien untuk melakukan *self managemen* yang baik. Mereka mengidentifikasi ada tujuh keterampilan yang harus dimiliki:

1. Keterampilan tenaga kesehatan
2. Memilih makanan sehat
3. Minum obat secara teratur
4. Menjadi aktif
5. Pemantauan (monitoring)
6. Mengurangi resiko kekambuhan
7. Pemecahan masalah (koping).

## **2.4 Konsep Buku pengingat**

### **2.4.1 Pengertian Buku pengingat**

Sistem pengingat pengobatan diartikan sebagai layanan medis yang dapat membantu pasien untuk dapat mengingat jadwal minum obat beserta dosisnya

(Wilieyam, 2013). Buku pengingat merupakan alat yang dapat digunakan pasien untuk mengingat jadwal minum obat dan terapi lainnya, yang berbentuk lembaran *checklist*. Lembaran ini nantinya akan diisi setiap hari oleh pasien sebagai alat untuk mengontrol kepatuhan pasien terhadap terapi pengobatannya. Basoor, dkk (2012) dalam penelitiannya mengembangkan *checklist* untuk pasien gagal jantung. *Checklist* yang mereka kembangkan berisi dokumentasi mengenai penggunaan obat dan kesesuaian dosisnya yang tepat, pendidikan dan konseling kesehatan, dan rencana tindak lanjut. *Checklist* ini memberikan pengingat berbagai tindakan farmakologis dan non farmakologis. Mereka merekomendasikan cara terbaik penggunaan *checklist* dan meningkatkan kualitas perawatan pasien gagal jantung, dengan edukasi secara lisan ke rumah pasien oleh staf medis dan juga dalam bentuk tertulis.

Managemen terapi pasien gagal jantung meliputi terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi non farmakologis meliputi pengaturan diet, pengaturan cairan, dan pengaturan aktivitas. Oleh karena itu, selain berisi lembar monitoring terapi obat, buku pengingat juga bisa diisi dengan lembar monitoring diet, pengaturan cairan, dan aktivitas.

#### **2.4.2 Manfaat Buku Pengingat**

Saat ini, struktur perawatan kesehatan yang komprehensif lebih menekankan keparawatan mandiri (*self-care*) dari pada terapi (Isfahani, 2017). Oleh karena itu, sangat penting kontribusi pasien dalam perawatan dirinya dan kepatuhan dalam menjalankan terapi pengobatannya.

Pada beberapa penelitian didapatkan manfaat dari penggunaan sistem *reminder*, antara lain penelitian Wilieyam (2013) tentang aplikasi *reminder* pengobatan pasien berbasis *SMS Gateway* didapatkan hasil bahwa 88% responden menerima manfaat dari sistem *reminder* yang diberikan, dan sebanyak 96% responden menerima manfaat dari informasi yang disampaikan. Menurutnya

penerapan sistem ini cukup mudah dan murah. Sistem ini juga dapat membantu pihak rumah sakit untuk meningkatkan kinerja rumah sakit dalam mengontrol dan mengawasi pasien dalam kondisi rawat jalan, dan membantu proses pengobatan pasien yang memerlukan pengobatan secara rutin (Wilieyam, 2013).

Penelitian Basoor, dkk (2012) tentang penurunan readmisi dan peningkatan kualitas perawatan dengan menggunakan *inexpensive checklist* pada pasien gagal jantung, didapatkan hasil penurunan readmisi dalam 30 hari yaitu dari 9 dari 48 (19%) menjadi 3 dari 48 (6%), dan penurunan readmisi dalam 60 hari yaitu 20 dari 48 (42%) menjadi 11 dari 48 (23%). Penurunan readmisi ini tentu akan mengurangi biaya perawatan pasien gagal jantung.

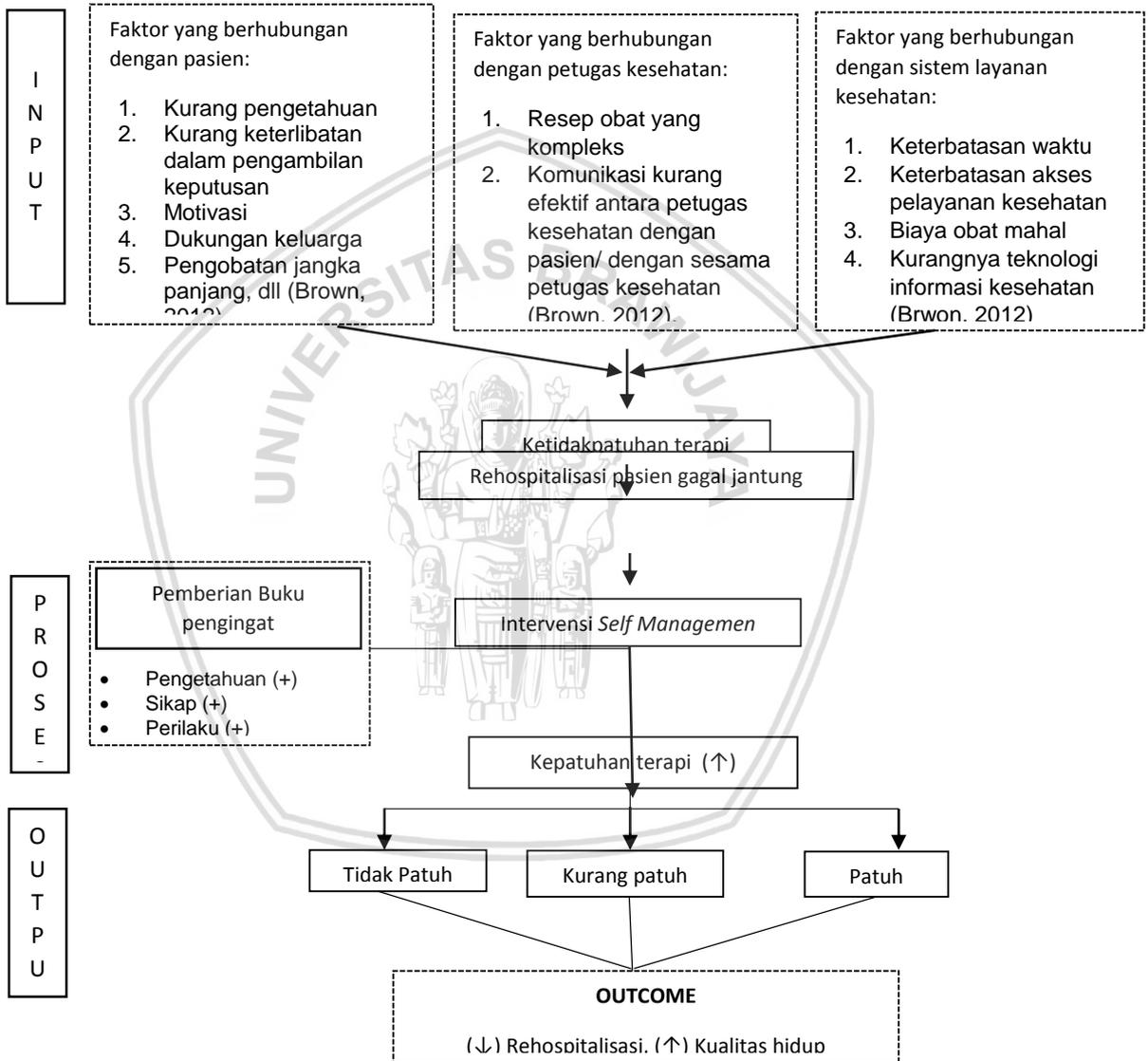
Banyaknya faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan, sangat mempengaruhi kepatuhan terapi pengobatan pada pasien gagal jantung. Buruknya kepatuhan terapi pengobatan pada pasien gagal jantung ini merupakan salah satu faktor predisposisi rehospitalisasi pada pasien gagal jantung. Oleh karena itu dibutuhkan program atau sistem yang dapat meningkatkan kepatuhan terapi pengobatan pada pasien gagal jantung. Berdasarkan hasil beberapa penelitian didapatkan bahwa buku pengingat merupakan salah satu program yang dapat digunakan untuk meningkatkan kepatuhan.



### BAB 3

## KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :

- : diteliti
- : tidak diteliti



Kepatuhan terapi pengobatan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor yang berhubungan dengan pasien; kurang pengetahuan, kurang keterlibatan dalam pengambilan keputusan, motivasi, dukungan keluarga, pengobatan jangka panjang, faktor yang berhubungan dengan petugas kesehatan; resep obat yang kompleks, dan komunikasi kurang efektif antara petugas kesehatan dengan pasien atau dengan petugas kesehatan lain, faktor yang berhubungan dengan sistem layanan kesehatan; keterbatasan waktu, keterbatasan akses layanan kesehatan, biaya obat mahal, kurangnya teknologi informasi kesehatan. Kepatuhan terapi yang buruk akan mempengaruhi angka rehospitalisasi pasien gagal jantung.

Oleh karena itu salah satu cara untuk menurunkan angka rehospitalisasi yaitu dengan meningkatkan kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung. Intervensi *self managemen* diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan terapi, salah satu teknik *self managemen* yaitu monitoring yang dapat dilakukan dengan pemberian buku pengingat. Pemberian buku pengingat ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap pasien, sehingga dapat mengubah atau meningkatkan perilaku pasien menjadi patuh terhadap terapi.

Kepatuhan terapi dapat ditunjukkan dengan kepatuhan minum obat, kepatuhan diet, kepatuhan aktivitas, dan kepatuhan terhadap manajemen cairan. Kepatuhan terapi ini diharapkan akan menurunkan angka rehospitalisasi pasien gagal jantung dan meningkatkan kualitas hidupnya.

### **3.2 Hipotesis Penelitian**

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu, terdapat pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung.





## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan pra eksperimen. Rancangan ini menggunakan *one-group pra-post test*, penelitian ini mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek. Kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi lagi setelah intervensi.

#### 4.2 Pupolasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien gagal jantung yang mengalami rehospitalisasi di Rumah Sakit Islam UNISMA Malang. Berdasarkan hasil studi pendahuluan populasi pasien gagal jantung yang mengalami rehospitalisasi selama bulan Juni - Agustus berjumlah 20 pasien.

##### 4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah semua pasien yang mengalami rehospitalisasi di Rumah Sakit Islam UNISMA Malang, berjumlah 18 orang. Sampel yang didapatkan berjumlah 18 dikarenakan terdapat 2 orang yang tidak bisa menjadi responden, satu orang meninggal dan satu orang menolak untuk mengisi buku pengingat.

##### 4.2.3 Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah nonprobability sampling, yaitu total sampling. Teknik ini digunakan karena jumlah populasi pasien Gagal jantung yang mengalami rehospitalisasi kurang dari 30 orang, sehingga peneliti memilih teknik total sampling agar lebih representatif.

#### 4.2.4 Variabel Penelitian

Penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu:

1. Variabel independen (bebas)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah buku pengingat.

2. Variabel dependen (terikat)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kepatuhan terapi.

#### 4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

##### 4.3.1 Lokasi Penelitian

Pengambilan sampel dalam penelitian ini akan dilaksanakan di Rumah Sakit Islam UNISMA Malang, di ruang rawat inap dan di poli spesialis jantung. Setelah itu peneliti akan melakukan tindak lanjut ke masing-masing rumah responden.

##### 4.3.2 Waktu Penelitian

Pengambilan sampel mulai dilakukan pada tanggal 23 November 2018, sedangkan tindak lanjut ke masing-masing rumah pasien akan dilakukan dalam kurun waktu tiga minggu, yaitu selama 23 November 2018-14 Desember 2018.

#### 4.4 Instrumen Penelitian

##### 4.4.1 Instrumen

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini ada dua, yaitu buku pengingat dan kuisioner kepatuhan. Buku pengingat akan dibuat dalam bentuk buku saku yang berisi tentang terapi obat pasien, diet, cairan, dan aktivitas. Masing-masing terapi akan berisi satu lembar edukasi terkait dengan terapinya, kemudian lembar berikutnya berisi *checklist* harian apakah terapi tersebut dilakukan atau tidak.

Kuisioner kepatuhan yang digunakan peneliti adalah MMAS-8 (*Morisky Measurement Adherence Scale-8*) yang dimodifikasi. MMAS-8 ini akan dimodifikasi dengan pertanyaan terkait terapi diet, cairan, dan aktivitas. Peneliti

lebih memilih menggunakan kuisioner MMAS-8 dari pada menggunakan MTA (*Measure Treatment Adherence*), karena MTA juga merupakan kuisioner yang diadopsi atau modifikasi dari MMAS-8. Jadi peneliti memilih untuk menggunakan MMAS-8.

Modifikasi dilakukan sesuai tujuan penelitian, sehingga MMAS-8 yang terdiri dari delapan pertanyaan terkait kepatuhan minum obat, akan ditambahkan pertanyaan tentang kepatuhan terapi obat, diet, cairan, dan aktivitas. Jumlah keseluruhan pertanyaan pada kuisioner MMAS-8 Mofidikasi sebanyak 20 pertanyaan, 8 pertanyaan untuk terapi obat dan masing-masing 4 pertanyaan untuk terapi diet, cairan, dan aktivitas. Pada bagian terapi obat masing-masing pertanyaan akan mendapatkan nilai 1, pertanyaan 1-4 dan 6-8 nilai 1 jika jawaban "Tidak" dan nilai 0 jika jawaban "Ya", sedangkan pada pertanyaan nomor 5 nilai 1 jika jawaban "Ya" dan nilai 0 jika jawaban "Tidak". Pada bagian terapi diet masing-masing pertanyaan akan mendapatkan nilai 2, pertanyaan nomor 9-12 nilai 2 jika jawaban "Tidak" dan nilai 0 jika jawaban "Ya". Pada bagian terapi cairan masing-masing pertanyaan mendapatkan nilai 2, pertanyaan nomor 12 nilai 2 jika jawaban "Ya" dan nilai 0 jika jawaban "Tidak", sedangkan pertanyaan nomor 13, 15, 16 nilai 2 jika jawaban "Tidak" dan nilai 0 jika jawaban "Ya". Pada bagian terapi aktivitas masing-masing pertanyaan juga mendapat nilai 2, pada pertanyaan nomor 17 nilai 2 jika jawaban "Ya" dan nilai 0 jika jawaban "Tidak", sedangkan pada pertanyaan nomor 18-20 nilai 2 jika jawaban "Tidak" dan nilai 0 jika jawaban "Ya". Pada masing-masing bagian terapi skor maksimal adalah 8, dikatakan patuh jika skor 8; kurang patuh jika skor 6-7; dan tidak patuh jika skor <6. Hasil dari masing-masing bagian tersebut akan dijumlahkan, sehingga akan didapatkan interpretasi pasien patuh terhadap terapi pengobatan jika skor 29-32; kurang patuh jika skor 24-28; tidak patuh jika skor <24.

#### 4.4.2 Uji Validitas Kuisiener

Kuisiener MMAS-8 yang akan digunakan dalam penelitian ini telah dilakukan uji validitas reliabilitas oleh Rasdianah, dkk (2016). Hasil uji validitas dan reliabilitas kuisiener MMAS-8 r (*Crobanch's alpha*) sebesar 0.6565 dan 0.7956. Namun karena kuisiener MMAS-8 ini dilakukan modifikasi, maka uji validitas tetap harus dilakukan kembali. Jenis uji validitas yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah formula korelasi *Pearson Product Moment*, dengan menggunakan SPSS 16 for *Windows*. Metode ini akan mengkorelasikan setiap skor item pertanyaan dengan skor totalnya.

Uji validitas dilakukan peneliti di Rumah Sakit Hermina Tangkubanprahu Malang pada tanggal 21 Nopember 2018 kepada 10 orang pasien gagal jantung. Hasil dari uji Validitas yang dilakukan peneliti sebesar 0,7499.

#### 4.4.3 Uji Reliabilitas Kuisiener

Reliabilitas merupakan tingkat konsistensi suatu pengukuran. Reliabilitas menunjukkan apakah pengukuran menghasilkan data yang sama jika instrumen digunakan secara berulang (Dharma, 2011). Jenis uji reliabilitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah formula *Cronbach alpha*, dengan menggunakan SPSS 16 for *Windows*. Formula ini merupakan rasio jumlah varian dari satu item dengan varian skor total.

Uji reliabilitas dilakukan peneliti di Rumah Sakit Hermina Tangkubanprahu Malang pada tanggal 21 Nopember 2018 kepada 10 orang pasien gagal jantung.. Hasil uji reliabilitas yang dilakukan peneliti sebesar 0,8475.

#### 4.5 Definisi Operasional

Dalam penelitian ini, ada beberapa variabel yang didefinisikan oleh peneliti, yaitu buku pengingat, kepatuhan terapi, dan pasien gagal jantung.

**Tabel 4.1 Definisi Operasional**

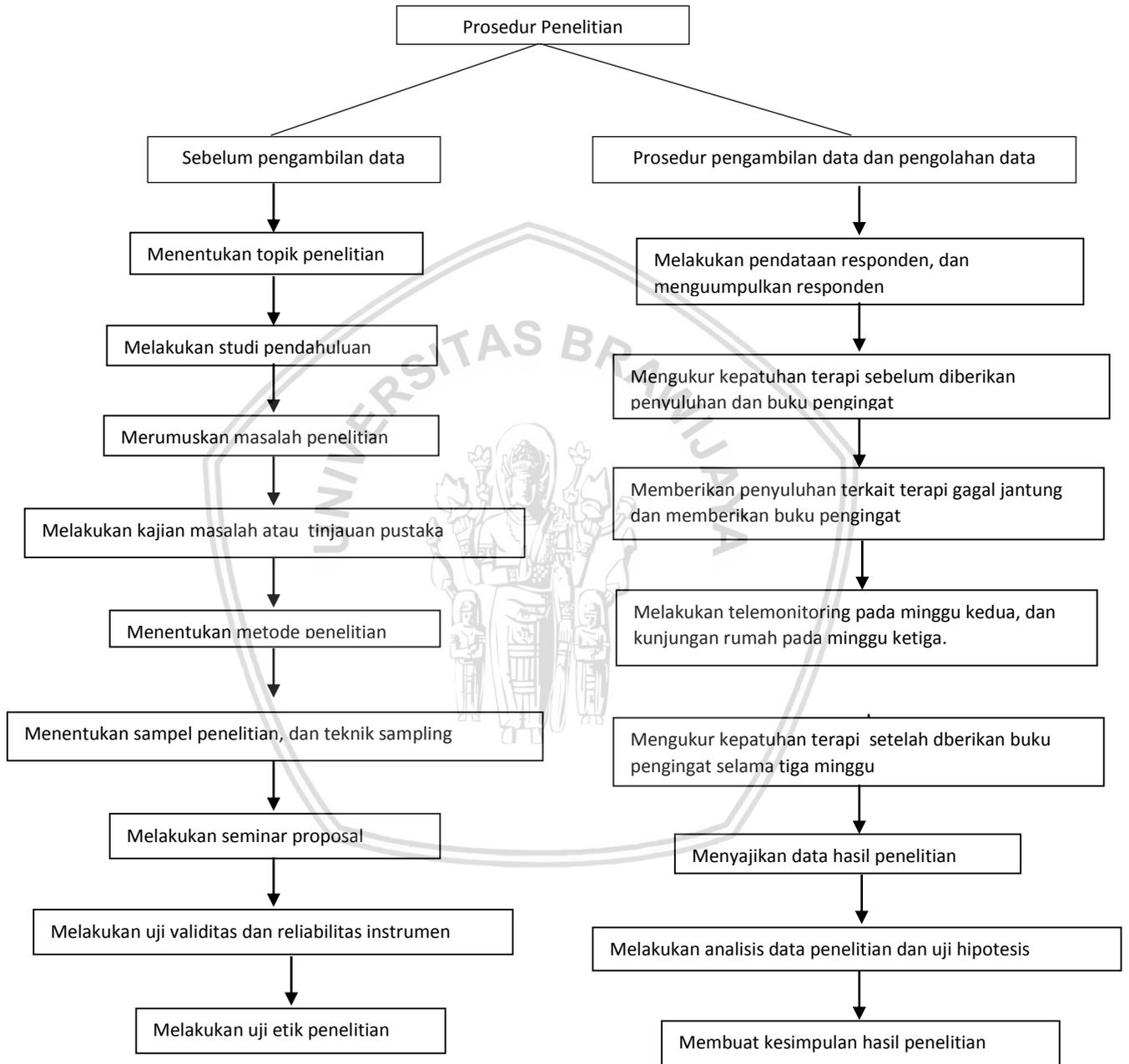
Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Buku pengingat	Buku yang berisi penjelasan mengenai terapi gagal jantung, meliputi terapi obat, diet, cairan, dan aktivitas. Dan berisi checklist harian pada masing-masing terapi obat.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapi obat berisi keterangan tentang tujuan dan macam-macam terapi obat, serta checklist harian terapi obat untuk monitoring kepatuhan minum obat.</li> <li>2. Terapi diet berisi anjuran diet untuk pasien Gagal jantung serta tujuannya, dan checklist harian diet untuk monitoring kepatuhan terhadap diet yang dianjurkan.</li> <li>3. Terapi cairan berisi tentang pemberian obat deuretik dan restriksi cairan, serta checklist harian cairan untuk monitoring kepatuhan terhadap terapi deuretik dan intake cairan.</li> <li>4. Terapi aktivitas berisi tujuan terapi aktivitas dan kriteria kativitas yang bisa dilakukan, serta checklist harian aktivitas untuk monitoring kepatuhan beraktivitas.</li> </ol>	Checklist harian terapi pengobatan		

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Kepatuhan terapi	Ketaatan pasien dalam mengkonsumsi obat yang diresepkan oleh dokter, dan melaksanakan anjuran dokter/ perawat terkait diet, cairan, dan aktivitas yang akan diukur sebelum pemberian <i>buku pengingat</i> dan 3 minggu setelah pemberian <i>buku pengingat</i> .	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Delapan pertanyaan terkait terapi obat, masing-masing poin pertanyaan akan mendapatkan nilai satu.</li> <li>2. Empat pertanyaan terkait terapi diet, masing-masing pertanyaan akan mendapat nilai dua.</li> <li>3. Empat pertanyaan terkait terapi cairan, masing-masing pertanyaan akan mendapat nilai dua.</li> <li>4. Empat pertanyaan terkait terapi aktivitas, masing-masing pertanyaan akan mendapat nilai dua.</li> </ol>	Kuisisioner MMAS-8 yang dimodifikasi	Ordinal	<p>Pada masing-masing topik pertanyaan dikatakan patuh jika skor 8, kurang patuh jika skor 6-7, dan tidak patuh jika skor &lt;6. Jika dijumlahkan keseluruhan skor dari masing-masing topik pertanyaan, maka hasil akhirnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patuh: 29-32</li> <li>• Kurang patuh: 24-28</li> <li>• Tidak patuh: &lt;24</li> </ul>
Pasien <i>Gagal jantung</i>	Klien dengan diagnosa gagal jantung yang mengalami rehospitalisasi	<p>Klien mengalami rehospitalisasi minimal dua kali dan mendapatkan perawatan berkelanjutan di rumah, dengan kriteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersedia mengisi buku pengingat selama tiga minggu.</li> <li>2. Mampu melaksanakan ADL (Activity Daily Living).</li> <li>3. Bukan merupakan pasien total care.</li> <li>4. Klien tidak mengalami gejala gagal jantung saat beristirahat atau dengan aktivitas ringan.</li> </ol>	Rekam medis pasien		

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur



### 4.6 Prosedur Penelitian



Gambar 4.1 Prosedur Penelitian

## 4.7 Analisa Data

### 4.7.1 Pra Analisa

Pada tahap pra analisa setelah data pengukuran kepatuhan terapi pengobatan telah didapatkan, dilakukan pengolahan data melalui tahap pemeriksaan (editing), proses pemberian identitas (coding), dan tabulasi data.

#### 1. Editing

Editing perlu dilakukan untuk melihat apakah data yang sudah terkumpul terisi lengkap, dengan tulisan yang cukup jelas, dan mudah dipahami.

#### 2. Coding

Coding yaitu pemberian identitas pada masing-masing kuisioner sesuai dengan nomor urut responden.

#### 3. Tabulating

Data yang telah dikumpulkan dikelompokkan berdasarkan jawaban, sesuai dengan variabel yang diteliti dan diberikan penilaian berdasarkan kriteria dalam lembar observasi (Setiadi, 2013).

### 4.7.2 Analisa

#### 1. Analisis univariat

Tahap analisis univariat ini dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel. Hasil analisis data berupa distribusi frekwensi dan presentase dari masing-masing variabel yang disajikan dalam bentuk tabel, dan narasi. Dalam analisis ini yang dilihat adalah:

- a. Data karakteristik meliputi responden, usia, jenis kelamin, pendidikan, penyakit penyerta, lama pengobatan gagal jantung, informasi tentang terapi gagal jantung yang didapatkan.
- b. Kepatuhan terapi sebelum diberikan edukasi dan buku pengingat.

- c. Kepatuhan terapi setelah diberikan edukasi dan buku pengingat selama tiga minggu.

## 2. Analisis bivariat

Tahap analisis bivariat ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung. Uji yang digunakan untuk melihat perbedaan kepatuhan terapi sebelum dan sesudah pemberian buku pengingat pada pasien gagal jantung digunakan analisis uji Wilcoxon. Uji ini digunakan karena data yang dianalisis merupakan data kategorik dengan skala ordinal, dan responden terbagi menjadi dua kelompok yang saling berpasangan. Analisis dilakukan dengan menggunakan program komputer SPSS (Statistical Package for the Social Science) versi 16 for Windows dengan tingkat signifikansi 0,05. Apabila  $p\text{-Value} \leq 0,05$  bermakna terdapat perbedaan kepatuhan terapi pengobatan sebelum dan sesudah pemberian buku pengingat, dan apabila  $p\text{-Value} \geq 0,05$  bermakna bahwa tidak terdapat perbedaan kepatuhan terapi pengobatan sebelum dan sesudah pemberian buku pengingat. Dalam penelitian ini didapatkan hasil analisis dengan  $p\text{-Value}$  sebesar 0,001.

### 4.8 Prinsip Etik dalam Penelitian

Penelitian ini telah disetujui dan dinyatakan laik etik oleh Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya pada tanggal 23 November 2018, dengan nomor 336/ EC/ KEPK-S1-PSIK/ 12/ 2018.



## BAB 5

## HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

## 5.1 Karakteristik Responden

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan karakteristik

Karakteristik	N	f%
Jenis kelamin		
• Perempuan	9	50%
• Laki-laki	9	50%
Usia		
• Remaja (12-25 tahun)	1	5,6%
• Lansia awal (46-55 tahun)	4	22,2%
• Lansia akhir (56-65 tahun)	4	22,2%
• Lansia atas (> 65 tahun)	9	50%
Penyakit penyerta		
• Ada	11	61,1%
• Tidak ada	7	38,9%
Lama pengobatan gagal jantung		
• <1 tahun		
• 1-5 tahun	2	11,1%
• >5 tahun	11	61,1%
	5	27,8%
Informasi terapi gagal jantung		
• Pernah mendapatkan	7	38,9%
• Tidak pernah Mendapatkan	11	61,1%

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan informasi bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan angka yang sama antara perempuan dan laki-

laki, yaitu masing-masing 9 orang (50%). Karakteristik berdasarkan usia menunjukkan bahwa sebagian besar pada usia lansia atas, yaitu sebanyak 9 orang (50%). Berdasarkan penyakit penyerta didapatkan bahwa sebagian besar responden mempunyai penyakit penyerta, yaitu sebanyak 11 orang (61,1%). Lama pengobatan yang dijalani responden dominan antara 1-5 tahun, yaitu sebanyak 11 orang (61,1%). Berdasarkan informasi tentang terapi gagal jantung, sebagian besar responden belum mendapatkannya, yaitu sebanyak 11 orang (61,1%).

## 5.2 Kepatuhan Terapi

**Tabel 5.2 Kepatuhan terapi pre dan post test**

	Kepatuhan Terapi			<i>P</i>
	Patuh	Kurang patuh	Tidak patuh	
Pre test	1 (5,6%)	3 (16,7%)	14 (77,8%)	0,001
Post test	6 (33,3%)	9 (50%)	3 (16,7%)	

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diperoleh informasi bahwa pada pengukuran kepatuhan terapi pre test didapatkan dari 18 responden yang patuh terhadap terapi gagal jantung sebanyak 1 responden (5,6%), responden yang kurang patuh terhadap terapi gagal jantung sebanyak 3 responden (16,7%), sedangkan responden yang tidak patuh terhadap terapi gagal jantung sebanyak 14 responden (77,8%).

Pada pengukuran kepatuhan terapi post test didapatkan dari 18 responden yang patuh terhadap terapi gagal jantung sebanyak 6 responden (33,3%), responden yang kurang patuh terhadap terapi gagal jantung sebanyak 9 responden (50%), sedangkan responden yang tidak patuh terhadap terapi gagal jantung sebanyak 3 responden (16,7%).

Tingkat kepatuhan tersebut didapatkan dari perhitungan masing-masing terapi yaitu terapi obat, terapi diet, terapi cairan, dan terapi aktivitas, dengan distribusi sebagai berikut:

**Tabel 5.3 Distribusi kepatuhan berdasarkan jenis terapi pre dan post test**

Jenis Terapi	Kepatuhan Terapi		
	Patuh	Kurang patuh	Tidak patuh
• Terapi obat <b>Pre test</b> <b>Post test</b>	2 (11,1%) 12 (66,7%)	7 (38,9%) 4 (27,8%)	9 (50%) 2 (11,1%)
• Terapi diet <b>Pre test</b> <b>Post test</b>	3 (16,7%) 8 (44,4%)	2 (11,1%) 5 (27,8%)	13 (72,2%) 5 (27,8%)
• Terapi cairan <b>Pre test</b> <b>Post test</b>	3 (16,7%) 11 (61,1%)	7 (38,9%) 6 (33,3%)	8 (44,4%) 1 (5,6%)
• Terapi aktivitas <b>Pre test</b> <b>Post test</b>	5 (27,8%) 11 (61,1%)	5 (27,8%) 3 (16,7%)	8 (44,4%) 4 (22,2%)

Berdasarkan tabel 5.3 didapatkan informasi bahwa pada terapi obat sebanyak 2 responden (11,1%) patuh terhadap terapi obat, 7 responden (38,9%) kurang patuh terhadap terapi obat, dan 9 responden (50%) tidak patuh terhadap terapi obat. Hasil post test sebanyak 12 responden (66,7%) patuh terhadap terapi obat, 4 responden (22,2%) kurang patuh terhadap terapi obat, dan 2 responden (11,1%) tidak patuh terhadap terapi obat.

Tabel 5.3 menunjukkan sebanyak 3 responden (16,7%) patuh terhadap terapi diet, 2 responden (11,1%) kurang patuh terhadap terapi diet, dan 13 responden (72,2%) tidak patuh terhadap terapi diet. Hasil post test sebanyak 8 responden (44,4%) patuh terhadap terapi diet, 5 responden (27,8%) kurang patuh terhadap terapi diet, dan 5 responden (27,8%) tidak patuh terhadap terapi diet.

Tabel 5.3 menunjukkan sebanyak 3 responden (16,7%) patuh terhadap terapi cairan, 7 responden (38,9%) kurang patuh terhadap terapi cairan, dan 8 responden (44,4%) tidak patuh terhadap terapi cairan. Hasil post test sebanyak 11 responden (61,1%) patuh terhadap terapi cairan, 6 responden (33,3%) kurang patuh terhadap terapi cairan, dan 1 responden (5,6%) tidak patuh terhadap terapi cairan.

Tabel 5.3 menunjukkan sebanyak 5 responden (27,8%) patuh terhadap terapi aktivitas, 5 responden (27,8%) kurang patuh terhadap terapi aktivitas, dan 8 responden (44,4%) tidak patuh terhadap terapi aktivitas. Hasil post test sebanyak 11 responden (61,1%) patuh terhadap terapi aktivitas, 3 responden (16,7%) kurang patuh terhadap terapi aktivitas, dan 4 responden (22,2%) tidak patuh terhadap terapi aktivitas.

### **5.3 Pengaruh Pemberian Buku Pengingat terhadap Kepatuhan Terapi**

Analisis kepatuhan terapi pre dan post test menggunakan uji analisis *Wilcoxon* didapatkan hasil *p-Value* sebesar 0,001 seperti yang tercantum dalam tabel 5.2. Nilai *p-Value* 0,001 kurang dari 0,05, sehingga dapat diartikan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepatuhan terapi gagal jantung pre dan post test. Hasil ini didapatkan dari hasil pengukuran kepatuhan pre test dan post test pada tabel 5.2, responden yang patuh terhadap terapi pada saat pre test sebanyak 1 orang (5,6%) meningkat menjadi 6 orang (33,3%) saat post test, responden yang kurang patuh terhadap terapi pada saat pre test sebanyak 3 orang (16,7%) meningkat menjadi 9 orang (50%) saat post test, dan responden yang tidak patuh terhadap terapi pada saat pre test sebanyak 14 orang (77,8%) menurun menjadi 3 orang (16,7%) saat post test.



## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Karakteristik Responden

Hasil dari tabel 5.1 menunjukkan data sebagian besar responden gagal jantung yaitu sebanyak 50% responden berada pada usia Lansia atas (>65 tahun). Hal ini sesuai dengan data dari Riskesdas (2013) yang memaparkan hasil bahwa prevalensi penyakit gagal jantung sesuai diagnosis dokter meningkat seiring dengan bertambahnya usia, tertinggi pada usia 65-74 tahun yaitu (0,5%), dan sesuai dengan data dari AHA (2017) yang memaparkan bahwa gagal jantung merupakan alasan paling umum hospitalisasi pasien yang berusia lebih dari 65 tahun, dan alasan paling umum kedua kunjungan ke dokter. Seiring bertambahnya usia fungsi jantung akan menurun, diantaranya terjadi disfungsi diastolik, relaksasi miokard yang berkepanjangan, dan peningkatan kekakuan meningkatkan tekanan diastolik ventrikel dan mengurangi isi sekuncup saat beraktivitas bahkan saat istirahat. Akibatnya terjadi gagal jantung, bahkan ketika fungsi sistolik normal atau mendekati normal (Imaligy, 20014).

Tabel 5.1 pada bab lima juga menunjukkan hasil sebagian besar responden gagal jantung yaitu sebanyak 61,1% responden mempunyai penyakit peyerta. Hal ini dapat terjadi karena etiologi dari gagal jantung sendiri dapat disebabkan oleh berbagai macam penyakit, misalnya adanya peningkatan beban tekanan karena hipertensi, atau karena kelainan miokardial yang disebabkan oleh berbagai macam penyakit seperti penyakit metabolik diabetes melitus, dan dapat pula disebabkan oleh penyakit paru seperti penyakit paru obstruksi kronis

(Muttaqin, 2009). Gagal jantung juga dapat menyebabkan timbulnya penyakit lain seperti hipertiroid dan anemia kronik (Imaligy, 2014).

Hasil dari tabel 5.1 juga menunjukkan sebagian besar responden gagal jantung yaitu sebanyak 61,1% responden memiliki riwayat lama pengobatan antara 1-5 tahun. Hal ini dapat disebabkan karena prognosis atau angka harapan hidup penderita gagal jantung, akan semakin memburuk dengan meningkatnya kelas fungsi NYHA, dan dipengaruhi oleh berbagai keadaan medis (tekanan darah, faktor komorbid, dan status fungsional), sosial (pernikahan, status sosial), dan psikososial (depresi, dan kesehatan jiwa) (Imaligy, 2014).

Tabel 5.1 juga menunjukkan hasil sebagian besar responden gagal jantung yaitu sebesar 61,1% belum pernah mendapatkan informasi tentang terapi gagal jantung. Hal ini sesuai dengan data yang didapatkan peneliti saat melakukan studi pendahuluan di Rumah Sakit Islam UNISMA Malang, sebanyak 83% pasien yang mengalami rehospitalisasi mengaku belum pernah mendapatkan edukasi tentang terapi gagal jantung. Kurangnya pengetahuan ini dapat menyebabkan ketidakpatuhan pasien terhadap terapi yang diberikan (Brown, 2012). Oleh karena itu, perlu pengetahuan yang baik untuk meningkatkan kepatuhan terapi pasien. Pengetahuan tersebut sebaiknya didapatkan pasien dari rumah sakit atau tenaga kesehatan dari pada pasien mencari sendiri, karena dikhawatirkan akan menimbulkan persepsi yang salah.

## **6.2 Kepatuhan Terapi**

### **6.2.1 Kepatuhan Terapi Pre Test**

Tabel 5.2 pada bab lima menunjukkan distribusi responden berdasarkan kepatuhan pada saat pre test, hasil yang didapatkan responden yang patuh pada terapi hanya 1 orang (5,6%), responden yang kurang patuh sebanyak 3 orang (16,7%), dan

responden yang tidak patuh mendominasi yaitu sebanyak 14 orang (77,8%). Hasil pengukuran kepatuhan ini sesuai dengan data yang dipaparkan oleh Siswanto, dkk (2015) bahwa hanya 20-60% pasien gagal jantung yang patuh terhadap terapi farmakologi dan non farmakologinya.

Tingginya angka ketidakpatuhan terhadap terapi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, diantaranya faktor yang berhubungan dengan pasien, faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan, serta faktor yang berhubungan dengan sistem layanan kesehatan (Brown, 2012). Brown (2012) memaparkan faktor yang berhubungan dengan pasien antara lain kurang pengetahuan, kurang keterlibatan dalam pengambilan keputusan, motivasi rendah, kurang dukungan keluarga, serta pengobatan jangka panjang. Faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan antara lain resep obat yang kompleks, dan komunikasi kurang efektif antara perawat dengan pasien. Faktor yang berhubungan dengan sistem layanan kesehatan antara lain keterbatasan waktu, keterbatasan akses pelayanan, mahalnya biaya obat, serta keterbatasan teknologi informasi kesehatan.

#### **6.2.1.1 Kepatuhan Terapi Obat**

Hasil pengukuran kepatuhan terapi obat pre test dapat dilihat dalam tabel 5.3 dalam bab lima, menunjukkan sebanyak 9 responden tidak patuh, 7 responden kurang patuh, dan hanya 2 responden yang patuh terhadap terapi obat. Hasil pengukuran pre test menunjukkan terapi obat merupakan terapi yang paling sedikit persentase responden yang patuh, yaitu hanya 2 orang (11,1%). Hal ini dapat disebabkan karena terapi pengobatan yang lama sehingga menyebabkan responden bosan meminum obatnya, resep obat yang kompleks juga dapat mempengaruhi kepatuhan terapi responden (Brown, 2012). Berdasarkan hasil wawancara peneliti ketika melakukan

kunjungan rumah, beberapa pasien sengaja tidak meminum obatnya karena efek samping yang ditimbulkan oleh obat itu sendiri, seperti sering kencing.

#### **6.2.1.2 Kepatuhan Terapi Diet**

Hasil pengukuran terapi obat pre test dapat dilihat pada tabel 5.3 dalam bab lima, menunjukkan sebanyak 13 responden tidak patuh, 2 orang kurang patuh, dan 3 orang patuh terhadap terapi diet. Kendala yang dialami sebagian besar pasien adalah menu masakan yang mereka konsumsi setiap hari sama dengan menu makanan yang dikonsumsi keluarga. Hal ini menyebabkan pasien tidak bisa mematuhi diet rendah garamnya. Data tersebut menunjukkan bahwa dukungan keluarga menentukan kualitas perawatan pasien di rumah, sehingga dapat berdampak pada kepatuhan dan kualitas hidup pasien. Sebagai mana penelitian Brown (2012) yang memaparkan bahwa dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi pada pasien.

#### **6.2.1.3 Kepatuhan Terapi Cairan**

Hasil pengukuran kepatuhan terapi cairan pre test dapat dilihat pada tabel 5.3 dalam bab 5, menunjukkan sebanyak 8 responden tidak patuh, 7 responden kurang patuh, dan 3 orang patuh terhadap terapi cairan. Angka ketidakpatuhan terapi cairan yang tinggi ini sebagian disebabkan oleh tidak patuhnya sebagian pasien dalam mengkonsumsi obat deuretik yang diresepkan dokter. Hal ini disebabkan karena responden merasa terganggu dengan efek samping dari obat deuretik, dan belum mengerti apa tujuan pemberian obat deuretik tersebut.

#### **6.2.1.4 Kepatuhan Terapi Aktivitas**

Hasil pengukuran terapi aktivitas pre test dapat dilihat pada tabel 5.3 dalam bab lima, menunjukkan sebanyak 8 responden tidak patuh, 5 responden kurang patuh, dan 5 responden patuh terhadap terapi aktivitas. Angka kepatuhan terapi aktivitas relatif lebih

tinggi dibandingkan terapi lainnya, hal ini dikarenakan sebagian besar responden dalam keadaan yang baik, sehingga mampu melaksanakan aktivitas sehari-harinya secara mandiri. Hal ini sesuai dengan penelitian Shao, dkk (2013) tentang pengaruh *self managemen* terhadap peningkatan outcome kesehatan, yang menunjukkan hasil efikasi diri dan pelaksanaan terapi yang dianjurkan lebih tinggi pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Meskipun ada responden yang tidak melakukan olahraga karena kondisinya yang tidak memungkinkan, ada juga yang tidak melakukan olahraga karena takut kondisinya akan memburuk.

### **6.2.2 Kepatuhan Terapi Post Test**

Distribusi responden berdasarkan kepatuhan pada saat post test ditunjukkan dalam tabel 5.2 pada bab lima, dalam tabel tersebut ditunjukkan responden yang patuh terhadap terapi sebanyak 6 orang (33,3%), responden yang kurang patuh terhadap terapi sebanyak 9 orang (50%), dan responden yang tidak patuh terhadap terapi sebanyak 3 orang (16,7%). Hasil tersebut didapatkan dari peningkatan kepatuhan pada masing-masing jenis terapi, sebagaimana yang ditunjukkan pada tabel 5.5 pada terapi obat sebanyak 12 responden (66,7%) patuh terhadap terapi obat, meningkat dibandingkan saat pre test hanya 2 responden (11,1%) yang patuh pada terapi obat. Terapi diet sebanyak 8 responden (44,4%) patuh terhadap terapi diet, meningkat dibandingkan saat pre test hanya 3 responden (16,7%) yang patuh terhadap terapi diet. Terapi cairan sebanyak 11 responden (61,1%) patuh terhadap terapi cairan, meningkat dibandingkan saat pre test hanya 3 responden (16,7%) yang patuh terhadap terapi cairan. Terapi aktivitas juga mengalami peningkatan, sebanyak 11 orang (61,1%) patuh terhadap terapi aktivitas, meningkat dibandingkan saat pre test hanya 5 responden (27,8%) yang patuh terhadap terapi aktivitas.

### **6.2.2.1 Kepatuhan Terapi Obat**

Tabel 5.5 pada bab lima menunjukkan peningkatan terapi obat, yaitu sebanyak 12 responden (66,7%) patuh terhadap terapi obat, meningkat dibandingkan saat pre test hanya 2 responden (11,1%) yang patuh pada terapi obat. Peningkatan terbanyak didapatkan pada indikator lupa minum obat. Sebanyak 17 responden (94%) selama dua minggu pemberian buku pengingat tidak pernah lupa minum obat sesuai jadwal. Hal ini menunjukkan *checklist* harian pada buku pengingat bermanfaat untuk mengingatkan pasien pada jadwal minum obatnya.

Pemberian buku pengingat merupakan salah satu bentuk intervensi *self managemen* yaitu monitoring. Beberapa penelitian sebelumnya telah menunjukkan hasil yang positif untuk meningkatkan kepatuhan dengan cara monitoring dengan *reminder checklist*, diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Basoor (2012) tentang penurunan readmisi dan peningkatan kualitas perawatan dengan menggunakan *checklist* pada pasien gagal jantung, didapatkan hasil bahwa penggunaan *discharge checklist* pada pasien gagal jantung menyebabkan proporsi pasien yang lebih tinggi menggunakan obat yang direkomendasikan.

### **6.2.2.2 Kepatuhan Terapi Diet**

Kepatuhan terapi diet mengalami peningkatan sebanyak 8 responden (44,4%) patuh terhadap terapi diet, meningkat dibandingkan saat pre test hanya 3 responden (16,7%) yang patuh terhadap terapi diet. Peningkatan kepatuhan tersebut paling banyak didapatkan pada indikator suka makan asin, sebanyak 15 responden (83%) selama dua minggu pemberian buku pengingat mengatakan mulai mengurangi makan asin, meskipun awalnya suka mengkonsumsi makanan asin.

Peningkatan kepatuhan ini dapat terjadi karena responden telah diberikan edukasi terkait terapi dietnya dengan menggunakan buku pengingat, sehingga pengetahuan responden meningkat dan berimplikasi pada meningkatnya kepatuhan terapi diet. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan Brown (2012) bahwa pengetahuan pasien merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan terapi.

### **6.2.2.3 Kepatuhan Terapi Cairan**

Kepatuhan terapi cairan mengalami peningkatan sebanyak 11 responden (61,1%) patuh terhadap terapi cairan, meningkat dibandingkan saat pre test hanya 3 responden (16,7%) yang patuh terhadap terapi cairan. Peningkatan kepatuhan tersebut paling banyak didapatkan dari indikator ketiga yaitu banyaknya air yang diminum dalam sehari. Responden diberikan edukasi terkait terapi cairan, meliputi penggunaan obat diuretik dan jumlah cairan yang dikonsumsi dalam sehari. Selain itu dalam buku pengingat juga diberikan *checklist* harian agar responden dapat memonitor secara mandiri jumlah cairan yang dikonsumsinya.

Pemberian buku pengingat dapat memberikan pengaruh pada peningkatan kepatuhan terapi cairan responden karena dengan diberikan buku pengingat responden dapat memonitor terapinya secara mandiri, sehingga responden akan memiliki keterlibatan dan tanggung jawab yang lebih besar terhadap keputusan terapinya. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Brown (2012) bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang adalah keterlibatannya dalam pengambilan keputusan terkait terapinya.

#### **6.2.2.4 Kepatuhan Terapi Aktivitas**

Kepatuhan terapi aktivitas mengalami peningkatan, sebanyak 11 orang (61,1%) patuh terhadap terapi aktivitas, meningkat dibandingkan saat pre test hanya 5 responden (27,8%) yang patuh terhadap terapi aktivitas. Peningkatan tersebut paling banyak didapatkan dari indikator beraktivitas sampai kelelahan dan melakukan aktivitas berat. Sebanyak 17 responden (94%) mengatakan selama dua minggu tidak beraktivitas sampai kelelahan dan tidak melakukan aktivitas berat. Pada mulanya masih ada beberapa pasien yang sering melakukan aktivitas yang tanpa mereka sadari dapat meningkatkan kerja jantung sehingga menyebabkan kelelahan dan bahkan sesak nafas. Namun setelah diberikan edukasi dengan menggunakan buku pengingat tentang aktivitas yang sesuai bagi orang dengan gagal jantung, dan untuk mengontrol aktivitasnya secara mandiri menggunakan checklist harian, kepatuhan aktivitas responden dapat meningkat.

Hal serupa dapat kita temukan dalam penelitian Shao, dkk (2013) tentang pengaruh *self managemen* terhadap peningkatan *outcome* kesehatan pada lansia dengan gagal jantung, didapatkan hasil perilaku manajemen diri terkait gagal jantung pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol.

### **6.3 Pengaruh Pemberian Buku Pengingat terhadap Kepatuhan Terapi**

Pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung dapat dilihat pada tabel 5.2, tabel tersebut menunjukkan peningkatan kepatuhan terapi responden pre dan post test. Hasil pre test kepatuhan terapi hanya 1 responden (5,6%) yang patuh terhadap terapi, pada post test meningkat menjadi 6 responden (33,3%) patuh terhadap terapi. Responden yang kurang patuh terhadap terapi juga mengalami peningkatan dari 3 responden (16,7%) pada saat pre tes menjadi

9 orang (50%) pada post test. Responden yang tidak patuh mengalami penurunan signifikan dari 14 responden (77,8%) menjadi 3 responden (16,7%) saat post test.

Hasil tersebut didapatkan dari peningkatan kepatuhan terapi masing-masing jenis terapi. Terapi yang mengalami peningkatan kepatuhan terbanyak adalah terapi obat. Responden patuh pada saat pre test hanya 2 orang (11.1%), meningkat menjadi 12 orang (66,7%). Peningkatan tersebut didapatkan dari 3 orang responden dari kurang patuh menjadi patuh, dan 7 responden dari tidak patuh menjadi patuh. Hasil tersebut menunjukkan bahwa buku pengingat mampu meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi obat. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Basoor, dkk (2012) dengan menggunakan discharge checklist didapatkan hasil peningkatan jumlah responden yang menggunakan obat yang direkomendasikan. Faktor lain yang dapat mempengaruhi peningkatan kepatuhan terapi obat pada pasien antara lain pengetahuan, motivasi, dan efikasi diri pasien, sebagai mana yang disampaikan oleh salah satu responden ketika peneliti melakukan kunjungan rumah. Responden menyampaikan setelah mengetahui manfaat dari masing-masing obat yang diresepkan dokter, responden menjadi lebih termotivasi untuk mengkonsumsi semua obat meskipun ada efek samping yang mengganggu, seperti menjadi sering kencing. Responden juga menyampaikan dengan diberikan buku pengingat, merasa ada tanggungjawab untuk mematuhi terapinya. Kepatuhan terapi obat tersebut akhirnya membuat pasien lebih percaya diri dalam menjalani terapi pengobatannya. Hal ini sesuai dengan pemaparan Brown (2011) bahwa terdapat faktor-faktor yang berhubungan dengan pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan diantaranya kurang pengetahuan, dan motivasi, dimana kedua hal tersebut dapat mempengaruhi efikasi diri pasien dalam menjalankan terapinya.

Perbedaan hasil pre dan post test tersebut setelah dianalisis dengan program SPSS 16 for *Windows*, didapatkan *p-Value* sebesar 0,001. Hasil *p-Value* tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kepatuhan terapi pada saat pre dan post test, yang artinya terdapat pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung. Hal ini dikarenakan pada saat pre test responden belum mendapatkan buku pengingat dan 61,1% dari responden belum mendapatkan informasi terkait terapi gagal jantung. Data tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan responden terkait terapi gagal jantung rendah, dan berimplikasi pada rendahnya kepatuhan responden terhadap terapi yang diberikan. Hasil pengukuran kepatuhan terapi berbeda setelah responden mendapat edukasi terkait terapi gagal jantung dan diberikan buku pengingat. Hasil pengukurannya kepatuhan meningkat sebagaimana yang peneliti dapatkan pada saat post test. Hal ini sesuai dengan penjelasan Brown (2012) bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan baik dari pasien, dari tenaga kesehatan, maupun dari sistem pelayanan kesehatan. Faktor yang berhubungan dengan pasien adalah kurang pengetahuan, kurangnya pengetahuan pasien dapat disebabkan oleh kurang efektifnya komunikasi tenaga kesehatan dengan pasien, dapat pula disebabkan kurangnya teknologi informasi kesehatan yang disediakan oleh sistem pelayanan kesehatan.

Peningkatan kepatuhan terapi tersebut sesuai dengan fungsi dari buku pengingat itu sendiri. Wilieyam (2013) mengemukakan sistem pengingat pengobatan diartikan sebagai layanan medis yang dapat membantu pasien untuk dapat mengingat jadwal minum obat beserta dosisnya. Penggunaan *cehcklist* pengingat juga dikembangkan oleh Basoor, dkk (2012) dalam penelitiannya tentang penurunan readmisi dan peningkatan kualitas perawatan pada pasien gagal jantung. Mereka

merekomendasikan cara terbaik penggunaan *checklist* untuk meningkatkan kualitas perawatan dengan cara memberikan edukasi secara lisan ke rumah pasien dan melakukan dokumentasi tertulis menggunakan lembar *checklist*. Penelitian ini mendapatkan hasil positif, yaitu penurunan readmisi pada pasien gagal jantung yang menjadi respondennya.

Penelitian lain yang mengembangkan *reminder checklist* dilakukan oleh Dewi (2015), dalam penelitian tersebut peneliti menggunakan reminder checklist untuk meningkatkan kepatuhan terapi obat pada pasien hipertensi. Penelitian ini juga mendapatkan hasil yang positif, yaitu terdapat perbedaan tingkat kepatuhan pada kelompok intervensi yang mendapatkan *reminder checklist* dibandingkan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan reminder checklist.

Manfaat lain dari sistem pengingat ini juga dipaparkan Wilieyam (2013) dalam penelitiannya tentang aplikasi reminder pengobatan pasien berbasis SMS Gateway. Menurutnya penerapan sistem ini cukup mudah dan murah. Sistem ini juga dapat membantu pihak rumah sakit untuk meningkatkan kinerja rumah sakit dalam mengontrol dan mengawasi pasien dalam kondisi rawat jalan, dan membantu proses pengobatan pasien yang memerlukan pengobatan secara rutin.

Hasil penelitian-penelitian di atas memberikan informasi manfaat yang dapat diperoleh dari penggunaan sistem pengingat diantaranya; (1) meningkatkan kepatuhan terapi, (2) meningkatkan kualitas perawatan, (3) menurunkan readmisi, (4) membantu rumah sakit meningkatkan kinerja dalam mengontrol dan mengawasi pasien dalam kondisi rawat jalan, (5) membantu proses pengobatan pasien yang memerlukan pengobatan secara rutin.

Peneliti memilih menggunakan sistem pengingat menggunakan buku pengingat, dengan pertimbangan usia responden yang sebagian besar lansia akhir, dikhawatirkan jika menggunakan sistem pengingat berbasis aplikasi responden akan kesulitan dalam penggunaannya. Pertimbangan lainnya adalah harapan peneliti agar buku pengingat ini lebih mudah dibawa oleh responden kemanapun, sehingga tidak terkendala dalam pengisiannya meskipun responden sedang bepergian atau sedang dalam perjalanan.

## **6.4 Implikasi dalam Keperawatan**

### **6.4.1 Ilmu Keperawatan**

Penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan, khususnya terkait terapi pasien gagal jantung. Ketidakpatuhan pasien gagal jantung terhadap terapi disebabkan oleh berbagai faktor yang ada dalam dirinya, diantaranya kurang pengetahuan dan kurang keterlibatan dalam pengambilan keputusan terkait terapinya. Faktor-faktor tersebut merupakan faktor yang dapat dimodifikasi oleh perawat. Oleh karena itu perlu adanya suatu tindakan atau program yang dapat digunakan untuk mengatasinya.

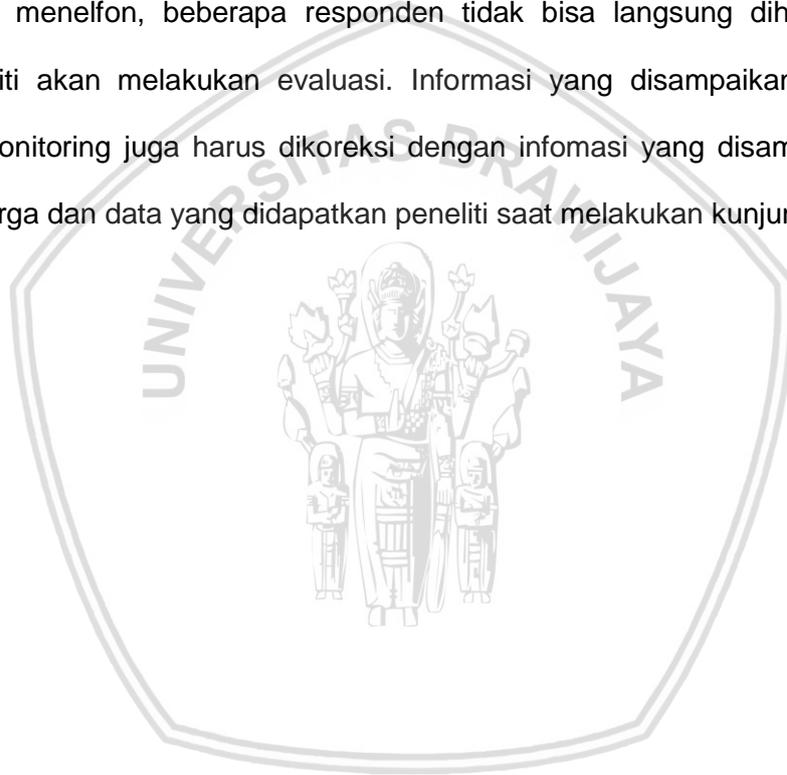
### **6.4.2 Praktik Keperawatan**

Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap terapi pengobatannya terdiri dari faktor yang berhubungan dengan pasien, faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan, dan faktor yang berhubungan dengan sistem pelayanan kesehatan. Penggunaan buku pengingat ini merupakan suatu metode yang dapat memberikan manfaat pada sistem layanan kesehatan untuk mengontrol dan mengawasi terapi pasien dalam kondisi rawat jalan, buku pengingat ini juga dapat digunakan perawat sebagai media pemberian informasi kepada pasien terkait terapinya, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan pasien terkait terapinya, dan diharapkan

pasien mampu memonitor terapinya secara mandiri sehingga dapat berimplikasi pada meningkatnya kepatuhan terapi pasien.

### **6.5 Keterbatasan Penelitian**

1. Keterbatasan penelitian ini adalah dalam teknik evaluasi penggunaan buku pengingat. Pada minggu kedua peneliti melakukan evaluasi menggunakan telemonitoring. Hal ini menimbulkan beberapa keterbatasan diantaranya waktu untuk menelfon, beberapa responden tidak bisa langsung dihubungi saat peneliti akan melakukan evaluasi. Informasi yang disampaikan pada saat telemonitoring juga harus dikoreksi dengan informasi yang disampaikan oleh keluarga dan data yang didapatkan peneliti saat melakukan kunjungan rumah.





## BAB 7

### PENUTUP

#### 7.1 Kesimpulan

Hasil penelitian sebagaimana yang telah diuraikan di atas, maka didapatkan beberapa kesimpulan sebagai berikut:

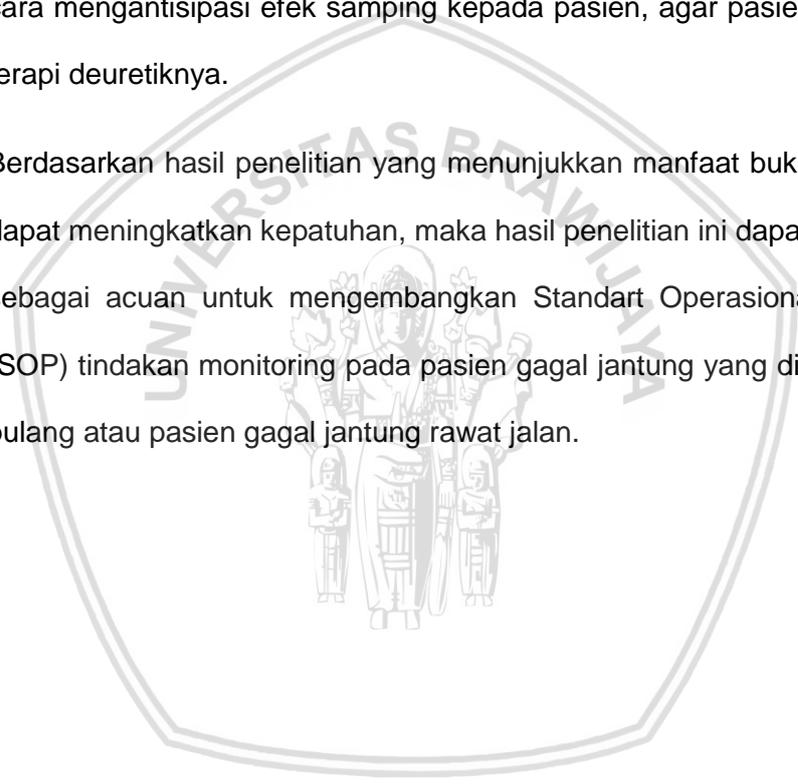
1. Pengukuran kepatuhan pada saat pre test menunjukkan sebagian besar responden tidak patuh terhadap terapinya. Hal ini disebabkan oleh banyak faktor diantaranya kurangnya pengetahuan responden tentang terapinya, lama pengobatan, motivasi, dan efikasi diri responden.
2. Pengukuran kepatuhan pada saat post test menunjukkan adanya peningkatan kepatuhan terapi responden dibandingkan saat pre test.
3. Hasil analisis menunjukkan ada pengaruh pemberian buku pengingat terhadap kepatuhan terapi responden.

#### 7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian, maka pada penelitian ini dapat diajukan beberapa saran:

1. Penelitian selanjutnya disarankan untuk melibatkan keluarga dalam penggunaan buku pengingat dan monitor terapi responden, sehingga pada saat evaluasi menggunakan telemonitoring peneliti bisa mengoreksi jawaban responden dengan jawaban keluarga. Dukungan keluarga juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan.

2. Peneliti selanjutnya dapat menyederhanakan buku pengingat, sehingga responden lebih mudah dalam menggunakannya, untuk mengurangi resiko *drop out* responden.
3. Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan banyaknya ketidakpatuhan pasien terhadap terapi deuretik, diharapkan perawat dapat memberikan edukasi terkait kegunaan obat deuretik, efek samping, dan cara mengantisipasi efek samping kepada pasien, agar pasien mematuhi terapi deuretiknya.
4. Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan manfaat buku pengingat dapat meningkatkan kepatuhan, maka hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk mengembangkan Standart Operasional Prosedur (SOP) tindakan monitoring pada pasien gagal jantung yang direncanakan pulang atau pasien gagal jantung rawat jalan.





## DAFTAR PUSTAKA

- Yancy , C.W., Jessup, M., Bozkurt, B., et al. 2013. *ACCF/AHA Gagal jantung Guidelines: Executif Summary*. JACC, Amerika, 2013, p. 1513.
- Benjamin, E.J., Blaha, M.J., Chiuve, S.E., et al. 2017. *Heart Disease and Stroke Statistic- 2017 Update*. AHA Statistical, Amerika, 2017, p. 379-388.
- Amaral O., Claudia Chaves., Duarte J., Coutinho E., Nelas P., Preto O. Treatment Adherence in Hypertensive Patients. *Procedia-Sosial and Behavioral Sciences*, 2015, 171: 1288-1295.
- Ardanti, R.F. 2016. Hubungan Persepsi Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Diabetes Melitus Di Puskesmas 1 Gamping. Yogyakarta: FKIK UMY.
- Basoor A., et al. Decreased Readmissions and Improved Quality of Care With Use of Inexpensive Checklist in Gagal jantung. *JACC*, 2012, 59 (13): 200-201.
- Brown M.T., Bussell J.K. Medication Adherence: WHO cares. *Mayo Clin Proc*, 2011, 86 (4): 304-314.
- Dewi F. 2015. Pengaruh Penggunaan Buku pengingat terhadap Kepatuhan Minum obat dan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi. Skripsi. Tidak diterbitkan. Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang.
- Dharma, K.K. 2011. Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)., Trans Info Media, Jakarta Timur. Hal 161-174
- Gheorghide M., Vaduganathan M., Fonarow G., & Bonow B. Rehospitalization for Gagal jantung Problem and Perspectives. *JACC*, 2013, 61 (4): 392-393.
- Harvey P.W., *Self Managemen and The Health Care Consumer.*, Nova Science Publishers, New York, 2011. p. 59-63.
- Imaligy, E.U. Gagal Jantung pada Geriatri. *CDK-212*, 2014, 41 (1).
- Isfahani S.S., Savari A.E., Samimi A. Developing the Medication Reminder Mobile Aplication "Seeb". *Acta Inform Med*, 2017, 25 (2): 108-111.
- Jonkman N.H., Westland H., Groendwold H., et al. Do Self-Management Interventions Work in Patients with Gagal jantung. *AHA Journal*, 2016, 133: 1189-1198.
- Lennie T.A., Chung M.L., Moser D.K. What Should We Tell Patients with Gagal jantung about Sodium Restriction and How Should We Counsel Them. *Curr Heart Fail Rep*, 2013, 10 (3): 219-226.

- Morisky D.E., Di Matteo M.R. Improving the Measurement of Self-Reported Medication Nonadherence: Response to Authors. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64: 255-257.
- Muttaqin A., 2009. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular.*, Salemba Medika, Jakarta.
- Siswanto, B.B., Hersunarti, N., Erwinanto., dkk. 2015. *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung.* PERKI, Jakarta, 2015. Hal. 1-14.
- Rasdianah N., Martodiharjo S., Andayani T.M., Hakim L. Gambaran Kepatuhan Pengobatan Pasien Diabetes Melitus tipe 2 di Puskesmas Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, 2016, 5 (4): 249-257.
- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*, Riskesdas, Jakarta, 2013. Hal. 90.
- Shao J.H., Chang A.M., Edward H., et al. A Randomized Controlled Trial of Self-Management Programme Improves Health Related Outcome of Older People with Gagal jantung. *Journal of Advanced Nursing*, 2013, 69 (11): 258-2469.
- Smeltzer S. C., Bare B.G., Hinkle J.L., & Cheever K.H., *Brunner & Suddart's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 12<sup>th</sup> Ed., Wolters Kluwer Health, China, 2010. P. 41-845.
- Sugiyono., 2010. *Statistika untuk Penelitian.*, Alfabeta, Bandung. Hal 61-70.
- Victoria Government Departement of Human Service. 2007. *Diabetes Self-Management Guidelines for Providing Services to People Newly Diagnosed with Type 2 Diabetes*, Melbourne. 2007. p. 11-14.
- Wilieyam G.N. Aplikasi Reminder Pengobatan Pasien Berbasis SMS Gateway. *INKOM*, 2013, 7 (1): 2-7.

