

**PENGARUH KONSELING PEMBATASAN CAIRAN TERHADAP
KEPATUHAN PEMBATASAN CAIRAN PADA PASIEN DENGAN GAGAL
JANTUNG DI INSTALASI PELAYANAN JANTUNG TERPADU
RSUD Dr.SAIFUL ANWAR MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan



Oleh :

Tri Andayani

NIM. 185070209111080

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2019

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul DepanJudul	i
Halaman Judul/Sampul Dalam.....	i
Halaman Persetujuan	ii
Halaman Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Halaman Kata Pengantar.....	iv
Halaman Abstrak	vi
Halaman abstract.....	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Manfaat Akademis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Gagal Jantung	8
2.1.1 Definisi Gagal Jantung	8
2.1.2 Klasifikasi Gagal Jantung	9
2.1.3 Etiologi Gagal Jantung	12
2.1.4 Patofisiologi Gagal Jantung.....	15
2.1.5 Penata Laksanaan Gagal Jantung	19

2.2	Manajemen Cairan Gagal Jantung.....	27
2.2.1	Pengertian Manajemen Cairan	27
2.2.2	Perilaku Asupan cairan	28
2.2.3	Petunjuk Menjaga Cairan.....	29
2.2.4	Monitoring Keseimbangan dan Kartu Pembatas cairan	32
2.3	Konseling Pembatasan Cairan.....	34
2.3.1	Pengertian Konseling Pembatasan Cairan.....	34
2.3.2	Manfaat Konseling Pembatasan Cairan	35
2.3.3	Tahapan Konsling Pembatasan Cairan.....	36
2.4	Konsep Kepatuhan.....	39
2.4.1	Pengertian Kepatuhan.....	39
2.4.2	Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan.....	40
2.4.3	Faktor yang Mempengaruhi ketidakpatuhan Kepatuhan...	41
2.4.4	Cara Meningkatkan Kepatuhan.....	42
2.5	Pengaruh Konseling Pembatasan Cairan Terhadap Kepatuhan ..	46

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1	Kerangka Konsep Penelitian	50
3.2	Hipotesis Penelitian	52

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1	Rancangan Penelitian	53
4.2	Populasi dan Sampel	54
4.2.1	Populasi	54
4.2.2	Sampel	54
4.2.3	Teknik Sampling	55
4.3	Variabel Penelitian	56
4.3.1	Variabel Independen	56
4.3.2	Variabel Dependen	56
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	56
4.5	Bahan dan Alat/Instrumen Penelitian	57

4.6	Definisi Operasional.....	59
4.7	Prosedur Penelitian.....	61
4.7.1	Prosedur Administrasi.....	61
4.7.2	Prosedur Teknis.....	61
4.7.3	Alur Penelitian.....	64
4.8	Analisis Data.....	65
4.8.1	Pre Analisis Data.....	65
4.8.2	Analisa Data	66
4.9	Etika Penelitian.....	67

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1	Karakteristik Dasar Responde.....	71
5.2	Kondisi Klinis Responden	74
5.3	Kepatuhan pembatasan cairan kelompok intervensi.....	76
5.4	Kepatuhan cairan kelompok kontrol.....	77
5.5	Perbedaan Kepatuhan kelompok intervensi dan kontrol.....	77

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1	Kepatuhan Pembatasan Cairan Pasien Gagal Jantung Sebelum Dan Sesudah diberikan Perlakuan Pada Kelompok Intervensi.....	80
6.2	Kepatuhan Pembatasan Cairan Pasien Gagal Jantung Sebelum dan Sesudah Perlakuan pada Kelompok Kontrol.....	83
6.3	Perbandingan Perbedaan Kepatuhan Pembatasan cairan antara Kelompok Konseling dan Kelompok Kontrol.....	85
6.4	Implikasi Keperawatan.....	89
6.4.1	Ilmu Keperawatan	89
6.4.2	Implikasi Terhadap Penelitian Selanjutnya.....	90
6.5	Keterbatasan Penelitian.....	90

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	91
7.2 Saran	91
DAFTAR PUSTAKA.....	93
LAMPIRAN	98

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Kriteria mayor dan minor.....	09
Tabel 4.1 Desain Penelitian Kontrol Group.....	53
Tabel 4.2 Definisi Operasional.....	59
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden kelompok intervensi dan kontrol.....	70
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Kondisi Klinis Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan SesudahPerlakuan.....	72
Tabel 5.3 Perbedaan Kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan pada kelompok Intervensi	74
Tabel 5.4 Kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan pada kelompok Kontrol.....	75
Tabel 5.5 Analisis Perbedaan Kepatuhan Catatan Harian Cairan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Perlakuan	76
Tabel 5.6 Perbedaan Kepatuhan Catatan Harian Cairan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah perlakuan.....	76

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal jantung di instalasi pelayanan jantung terpadu RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang	49
Gambar 4.2 Alur Penelitian	62

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Keterangan Kelaiakan Etik	98
Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian.....	99
Lampiran 3. Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi (<i>Informed Concent</i>)	100
Lampiran 4 Lembar Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian.....	101
Lampiran 5. Kuesioner Wawancara.....	103
Lampiran 6 Pemeriksaan Fisik Responden.....	105
Lampiran 7 Catatan Harian Cairan.....	106
Lampiran 8. Pemeriksaan Fisik setelah Perlakuan.....	108
Lampiran 9 Pernyataan Telah Melaksanakan <i>Informed Consent</i>	109
Lampiran 10 Lembar Konsultasi.....	110
Lampiran 11 Data Karakteristik Sampel.....	111
Lampiran 12 Curikulum Vitae.....	146
Lampiran 13 Dokumentasi Penelitian.....	147
Lampiran 14 Jadwal Kegiatan Penelit.....	148

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH KONSELING PEBATASAN CAIRAN TERHADAP KEPATUHAN
PEMBATASAN CAIRAN PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI INSTALASI
PELAYANAN JANTUNG TERPADU RSUD.Dr.SAIFUL ANWAR MALANG

Oleh:
Tri Andayani
NIM 185070209111080

Telah diuji pada
Hari : Senin
Tanggal : 23 Desember 2019
dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I



Ns. Ika Setyo Riri, S.Kep.M.Kep
NIP.198108242015042001

Penguji II/ Pembimbing I



Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep
NIP. 198009022006041003

Penguji III/ Pembimbing II



Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc
NIP. 2010038602252001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.
NIP.198009022006041003

ABSTRAK

Andayani, Tri. 2019. Pengaruh Konseling Pembatasan Cairan Terhadap Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Jantung di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RS dr. Saiful Awar Malang. Tugas Akhir , Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Ns . Tony Suharsono, S.Kep.,M.Kep (2) Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep.,M.Sc

Gagal jantung adalah salah satu penyakit yang paling sering membutuhkan perawatan ulang dirumah sakit. Salah satu penyebab pasien gagal jantung menjalani rawat inap ulang yaitu pasien tidak patuh dalam pembatasan cairan yang telah ditentukan. Konseling pembatasan cairan sangat dibutuhkan untuk memotivasi dan meningkatkan kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung. Tujuan penelitian ini adalah untuk Mengidentifikasi pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal jantung di instalasi pelayanan jantung terpadu Rs Dr Saiful Anwar Malang Penelitian yang dilakukan di Ruang 5A dan 5B Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar ini menggunakan desain *quasi-eksperimental* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan metode *purposive sampling* , dengan desain *pretest-posttest* menggunakan kelompok pembandingan (kontrol). selanjutnya dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok Konseling (n=22) dan kelompok leaflet (n=22). Variabel yang diukur adalah kepatuhan responden terhadap pembatasan cairan dengan media konseling dibandingkan dengan leaflet untuk mengetahui kepatuhan. Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini ialah konseling pembatasan cairan sedangkan observasi yang dilakukan ialah pengukuran lembar catatan harian cairan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada konseling didapatkan kepatuhan 72,7% dan (27,3%) tidak patuh. Kelompok kontrol patuh pada pencatatan balance cairan (27,3%) dan responden yang tidak patuh (72,7%). Berdasarkan pengamatan selama penelitian diperoleh hasil di antaranya adalah : Kepatuhan pembatasan cairan sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Mann-Whitney, $p < 0,05$). Kesimpulan dari penelitian ini adalah konseling berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan cairan.

Kata Kunci: Gagal Jantung, Kepatuhan Pembatasan cairan, Konseling Pembatasan Cairan.

ABSTRACT

Andayani, Tri. 2019. The Effect of Fluid Limitation Counseling on Fluid Limiting Compliance in Heart Failure Patients in the Integrated Heart Services Installation of Dr. Saiful Awar Malang. Final Project, Nursing Study Program, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya. Supervisor: (1) Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep (2) Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.

Heart failure is one of the diseases that most often requires hospitalization. One of the causes of heart failure patients undergoing hospitalization is that patients are not compliant with the predetermined fluid restrictions. Fluid equalization counseling is needed to motivate and improve adherence to fluid restrictions in patients with heart failure. The purpose of this study was to identify the effect of fluid restriction counseling on compliance with fluid restriction in patients with heart failure in the integrated heart care facility, Dr. Saiful Anwar Malang. Research conducted in Room 5A and 5B of Integrated Heart Service Installation RSUD Dr. Saiful Anwar uses a quasi-experimental design with a sampling technique using a purposive sampling method, with a pretest-posttest design using a comparison group (control), then divided into two groups, namely the Counseling group (n = 22) and the leaflet group (n = 22). The measured variable was the respondent's compliance with fluid restrictions with counseling media compared to the leaflet to determine compliance. The intervention in this study was the limitation of fluid counseling while the observation made was the measurement of fluid diary sheets. The results showed that in counseling 72.7% compliance was obtained and (27.3%) was not compliant. The leaflet group adhered to recording fluid balance (27.3%) and respondents who did not comply (72.7%). Based on observations during the study the results obtained include: Compliance with fluid restriction after treatment between the intervention group and the control group (Mann-Whitney, $p < 0.05$). The conclusion of this study is counseling influences the compliance with fluid restrictions.

Keywords: Heart Failure, Fluid Restricted Compliance, Fluid Limitation Counseling.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit gagal jantung merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang menjadi penyebab utama kematian di negara maju dan negara berkembang (Perki, 2015). Prevalensi gagal jantung di negara maju bervariasi, prevalensi gagal jantung di Amerika pada tahun 2014 dari 5,7 juta menjadi 6,5 juta, di Spanyol prevalensi gagal jantung pada tahun 2007 meningkat dari 895 menjadi 2.126 kasus, di Italia prevalensi gagal jantung pada tahun 2010 sebesar 1,44%, dan di Swedia prevalensi gagal jantung pada tahun 2010 sebesar 1,8% (Go *et al.*, 2014). Kasus ini diperkirakan banyak terjadi pada pasien dengan usia 18 tahun atau lebih. Indonesia merupakan negara berkembang yang memiliki prevalensi penyakit gagal jantung sebesar 0,13% pada tahun 2013. Penderita gagal jantung terbanyak di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter yaitu sebanyak 54.826 pasien atau sebesar 0,19% terdapat pada provinsi Jawa Timur (Kemenkes RI, 2014).

Pasien gagal jantung akut sering berulang kali dirawat di rumah sakit dan datang dengan gambaran klinis dispneu, takikardia serta cemas, beberapa kasus yang lebih berat penderita tampak pucat dan hipotensi. Adanya trias hipotensi (tekanan darah sistolik < 90 mmHg), oliguria serta cardiac output yang rendah menunjukkan bahwa penderita dalam kondisi syok kardiogenik. Pasien yang sering dirawat di rumah sakit memiliki kualitas hidup yang rendah hal ini berkaitan penelitian tentang rehospitalisasi, salah satu penyebab rehospitalisasi adalah kelebihan cairan. Peningkatan cairan interstisial tubuh dapat dilihat dari

perubahan berat badan pasien gagal jantung, yang merupakan indikator peningkatan cairan tubuh sebagai sebuah hasil dari perilaku penderita gagal jantung pada ketidakpatuhan manajemen intake cairan dalam kehidupan sehari-hari (Dipiro *et al.*, 2006)

Kepatuhan secara umum didefinisikan sebagai tingkat perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi pemberi layanan kesehatan (WHO, 2011). Kepatuhan pasien terhadap rekomendasi dan perawatan dari pemberi layanan kesehatan adalah penting untuk kesuksesan suatu intervensi, akan tetapi ketidakpatuhan menjadi masalah yang besar pada pasien gagal jantung sehingga berdampak pada berbagai aspek perawatan pasien, termasuk konsistensi kunjungan, regimen obat serta pembatasan makanan dan cairan (Agustina, 2017).

Kepatuhan pasien terhadap pembatasan cairan diperlukan kemampuan pengendalian diri yaitu kemampuan individu untuk mengendalikan tingkah lakunya pada saat tidak ada kontrol dari lingkungan. Pengendalian diri sangat dipengaruhi oleh pengetahuan pasien pasien gagal jantung terhadap pembatasan cairan, pengetahuan yang cukup akan memberikan perilaku kooperatif, partisipatori dan proaktif. Pasien gagal jantung akan meningkatkan upaya dalam menciptakan strategi-strategi yang dapat meningkatkan pelaksanaan pengendalian diri yang lebih baik, meningkatkan pengetahuan melalui pemahaman dan konseling yang adekuat mampu memotivasi dan memberikan kesempatan untuk menerapkan pengendalian diri yang baik. Peningkatan pengetahuan melalui konseling tentang pembatasan cairan diharapkan akan meningkatkan perilaku dan memberikan kontribusi terhadap

upaya mandiri pasien dalam mengelola adaptasi terhadap penyakitnya (Grady, 2014)

Penelitian Aronow (2006) menunjukkan bahwa pasien gagal jantung kongesif yang tidak patuh dengan pembatasan cairan 7,91 kali lebih besar menjalani rawat inap dengan frekuensi tinggi dibandingkan dengan responden yang patuh terhadap pembatasan cairan. Pasien gagal jantung memerlukan perawatan restriksi cairan (1,5–2l/hari) dan pembatasan asupan garam dianjurkan pada pasien. Penderita gagal jantung perlu menjaga intake cairan karena jika terjadi ketidakseimbangan cairan akan berdampak pada akumulasi cairan pada ruang intersisial sehingga menyebabkan edema dan sesak napas. Sesak napas tersebut merupakan manifestasi dari kelebihan cairan sampai ke pleura sehingga terjadi efusi pleura dan beban jantung meningkat. Penimbunan cairan dan garam menyebabkan hipertensi yang berlanjut ke gagal jantung kongestif, hal tersebut meningkatkan mortalitas dan morbiditas pasien Gagal jantung (Black, 2009).

Managemen cairan memberikan dampak perbaikan gagal jantung, diantaranya kepatuhan pasien dalam pembatasan asupan cairan perlu dianjurkan pada penderita terutama pada kasus gagal jantung kongesif berat (Rydén *et al.*, 2013). Managemen cairan merupakan tindakan non farmakologi yang banyak digunakan dalam pengobatan gagal jantung, meskipun bukti kurang jelas dalam buku maupun pedoman praktek klinis. Penelitian yang pernah dilakukan membandingkan efek dari pembatasan cairan dan tidak ada pembatasan cairan, menemukan tidak ada perbedaan yang signifikan untuk stabilisasi klinis.

Penelitian oleh Badin (2013) menunjukkan tidak terdapat manfaat dari pembatasan cairan, bahkan menemukan efek potensi yang berbahaya dari pembatasan cairan seperti meningkatnya rasa haus, mulut kering, dispneu, kulit kering, dan pruritis pada pasien yang sudah stabil. Hasil penelitian tidak didapatkan efek nonfarmakologis pada pasien ADHF maupun gagal jantung yang stabil pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, oleh karena itu berdasarkan pertimbangan manfaat dan resiko pembatasan cairan pada pasien dengan stabilisasi klinis dan ADHF yang dirawat dirumah sakit dilakukan pembatasan cairan pasien gagal jantung tidak perlu dilakukan.

Pembatasan cairan sering kali sulit dilakukan oleh pasien terutama jika mereka mengkonsumsi obat-obatan yang membuat membran mukosa kering seperti diuretik, karena obat tersebut akan menyebabkan rasa haus yang berakibat adanya respon untuk minum (Potter & Perry, 2008). Pasien gagal jantung sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya. Perubahan gaya hidup dan pembatasan asupan makanan dan cairan sering menghilangkan semangat hidup pasien sehingga dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam pembatasan asupan cairan (Britz & Dunn, 2010).

Cara yang dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan pembatasan cairan diantaranya dengan konseling, leaflet, pemakaian kartu pengontrol pembatasan cairan yang dibagikan kepada pasien. Berdasarkan penelitian Tanujiarso (2014), diperoleh hasil bahwa konseling cairan efektif terhadap pengontrolan cairan pasien gagal jantung di RS Telogorejo. Penelitian lain oleh Aliti *et al* (2013) diperoleh hasil bahwa perilaku perawatan diri pada pasien gagal jantung penting untuk dioptimalkan, salah satunya pembatasan cairan dan penimbangan berat badan harian.

Manajemen perawatan mandiri mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan dapat memberi dampak bermakna perbaikan gejala gagal jantung, stabilisasi jantung perbaikan hemodinamik, menghilangkan kongesti paru, dan perbaikan oksigenasi jaringan, kapasitas fungsional, kualitas hidup, morbiditas dan prognosis. Manajemen perawatan mandiri dan hasil terapi tidak akan mencapai tingkat optimal tanpa adanya kesadaran pasien sendiri, bahkan dapat menyebabkan kegagalan terapi dan menimbulkan komplikasi (Chriss, P.M *et al.*, 2004).

Pembatasan cairan diharapkan dapat mempertahankan stabilitas klinis yaitu berat badan stabil, mengurangi gejala akibat bendungan sirkulasi dan menurunkan beban kerja jantung, memperbaiki kapasitas kerja dan kualitas hidup serta meningkatkan harapan hidup (Alvelos *et al.*, 2004). Penelitian Britz & Dunn (2010) menunjukkan bahwa pemberian konseling pembatasan cairan dapat membantu mengontrol input dan output pasien gagal jantung, serta memantau berat badan dalam kondisi stabil, menurunkan gejala sesak nafas dan mengurangi pembengkakan ekstremitas. Konseling pasien telah terbukti menjadi komponen kunci dalam manajemen gagal jantung yang komprehensif (Bastable, 2003).

Penelitian lain oleh Badin (2013) hasilnya bahwa pemberian konseling pembatasan cairan pada pasien gagal jantung kurang memberikan pengaruh pada pasien dengan ADHF, pembatasan cairan dan natrium tidak berpengaruh pada penurunan berat badan dan stabilitas klinis begitu pula dengan kombinasi diet dengan cairan dan natrium, selain itu intervensi pembatasan cairan ini menyebabkan rasa haus yang dirasakan pasien gagal jantung, sehingga pembatasan cairan pada pasien gagal jantung tidak diperlukan.

Rumah Sakit Umum dr. Saiful Anwar Malang yang merupakan rumah sakit milik pemerintah provinsi Jawa Timur, dengan tipe A Pendidikan dan telah lulus akreditasi SNARS edisi 1. Berdasarkan data di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu pada bulan Oktober-Nopember 2018, didapatkan 2-3 pasien pasien kembali ke ruang cvcu karena kelebihan cairan. Berdasarkan penjelasan fakta diatas didapatkan hasil yang berbeda pada beberapa penelitian tentang pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan dan stabilitas klinis pada pasien dengan gagal jantung. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung.

1.2 Rumusan Masalah

Adakah pengaruh pemberian konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal jantung ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan pada pasien Gagal Jantung

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan pada kelompok intervensi.
- b. Mengidentifikasi kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol.

- c. Menganalisis perbedaan kepatuhan pembatasan cairan sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada pasien gagal jantung.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritik

Memberikan informasi tentang pentingnya mengetahui pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal jantung sehingga dapat meningkatkan asuhan keperawatan terkait konseling dan penatalaksanaan gagal jantung.

1.4.2 Manfaat Praktis

Sebagai bahan informasi untuk meningkatkan pelayanan keperawatan dalam menangani pasien gagal jantung, serta memberikan masukan dan informasi kepada institusi pelayanan kesehatan tentang konseling pembatasan cairan dapat mempengaruhi kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal jantung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Jantung

2.1.1 Definisi

Gagal jantung adalah kumpulan gejala klinis akibat kelainan struktural ataupun fungsional jantung yang menyebabkan gangguan kemampuan pengisian ventrikel dan ejsi darah keseluruh tubuh. Manifestasi yang khas pada gagal jantung ialah dispnea, fatigue dan retensi cairan yang menyebabkan edema paru dan edema perifer, adanya bukti objektif dari gangguan struktur atau fungsi jantung saat istirahat. Gagal jantung terjadi karena ketidakmampuan jantung untuk memompa darah secara adekuat untuk memelihara sirkulasi darah (Bambang BS, dkk,2015)

Gangguan fungsi jantung dapat berupa gangguan fungsi diastolik dan sistolik, gangguan irama jantung, atau ketidaksesuaian *preload* dan *afterload*. Gagal jantung dapat dibagi menjadi gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan. Gagal jantung juga dapat dibagi menjadi gagal jantung akut, gagal jantung kronis dekompensasi, serta gagal jantung kronis (Dipiro *et al.*, 2006).

Gagal jantung sulit dikenali secara klinis, karena beragamnya keadaan klinis serta tidak spesifik dan hanya sedikit tanda klinis pada tahap awal penyakit. Perkembangan terkini memungkinkan untuk mengenali gagal jantung secara dini serta perkembangan pengobatan dan memperbaiki gejala klinis, kualitas hidup, penurunan angka perawatan, memperlambat progresifitas penyakit dan meningkatkan kelangsungan hidup pasien. Dalam mendiagnosis gagal jantung kongestif, dipakai kriteria *Framingham*

Tabel 2.1 kriteria mayor dan minor

Kriteria mayor	Kriteria minor
1. Edema paru akut	1. Edema ekstremitas
2. Kardiomegali	2. Batuk malam hari
3. Ronki paru	3. Dispneu d'effort
4. Paroximal nocturnal dispneu	4. Hepatomegali
5. Hepatojugular refluks	5. Efusi pleura
6. Gallop S3	6. Penurunan Vital Capacity 1/3 dari normal
7. Distensi vena leher	
8. Peninggian vena jugularis	7. Takikardia (>120/menit)

2.1.2 Klasifikasi Gagal Jantung

Sistem klasifikasi dibuat untuk mempermudah dalam pengenalan dan penanganan gagal jantung. Sistem klasifikasi tersebut antara lain pembagian berdasarkan Killip yang digunakan pada Infark Miokard Akut, klasifikasi berdasarkan tampilan klinis yaitu klasifikasi Forrester, Stevenson dan New York Heart Association (PERKI 2015).

2.1.2.1 Klasifikasi Berdasarkan Killip

Klasifikasi berdasarkan Killip digunakan pada penderita infark miokard akut, dengan pembagian:

Derajat I : Tanpa gagal jantung

Derajat II : Gagal jantung dengan ronki basah halus dibasal paru, S3 galop dan peningkatan tekanan vena pulmonalis

Derajat III : Gagal jantung berat dengan edema paru seluruh lapangan paru.

Derajat IV : Syok kardiogenik dengan hipotensi (tekanan darah sistolik 90 mmHg) dan vasokonstriksi perifer (oliguria, sianosis dan diaforesis).

2.1.2.2 Klasifikasi berdasarkan Stevenson

Klasifikasi Stevenson menggunakan tampilan klinis dengan melihat tanda kongesti dan kecukupan perfusi. Kongesti didasarkan adanya ortopnea, distensi vena juguler, ronki basah, refluks hepato jugular, edema perifer, suara jantung pulmonal yang berdeviasi ke kiri, atau *square wave blood pressure* pada manuver valsava. Status perfusi ditetapkan berdasarkan adanya tekanan nadi yang sempit, pulsus alternans, hipotensi simtomatik, ekstremitas dingin dan penurunan kesadaran. Pasien yang mengalami kongesti disebut basah (*wet*) yang tidak disebut kering (*dry*). Pasien dengan gangguan perfusi disebut dingin (*cold*) dan yang tidak disebut panas (*warm*). Berdasarkan hal tersebut penderita dibagi menjadi empat kelas, yaitu:

- Kelas I (A) : kering dan hangat (*dry – warm*)
- Kelas II (B) : basah dan hangat (*wet – warm*)
- Kelas III (L) : kering dan dingin (*dry – cold*)
- Kelas IV (C) : basah dan dingin (*wet – cold*)

2.1.2.3 Klasifikasi Berdasarkan American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC)

Klasifikasi untuk gagal jantung, diantaranya berdasarkan abnormalitas struktur jantung yang di susun oleh *American Heart Association/American*

College of Cardiology (AHA/ACC) atau berdasarkan gejala berkaitan dengan kapasitas fungsional menurut *New York Heart Association (NYHA)* di dalam PERKI (2015) . Diagnosis gagal jantung berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, electrocardiography, foto thorax, echocardiography Doppler dan kateterisasi.

Klasifikasi berdasarkan kelainan struktural jantung :

Stadium A

Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung, tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.

Stadium B

Terbentuk penyakit struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, tidak terdapat tanda atau gejala.

Stadium C

Gagal jantung yang simtomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari.

Stadium D

Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna saat istirahat walaupun sudah mendapat terapi medis maksimal (Anita Agustina,dkk.2017)

2.1.2.4 Klasifikasi Berdasarkan Kapasitas Fungsional (NYHA) :

Klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart association (NYHA)* di dalam PERKI (2015) ada empat kelas yaitu :

Kelas I :

Tidak terdapat batasan dalam melakukan aktifitas fisik, aktifitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.

Kelas II :

Terdapat batasan aktiitas ringan, tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun aktivitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.

Kelas III :

Terdapat batasan aktifitas bermakna. tidak terdapat keluhan saat istirahat, tetapi aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi atau sesak.

Kelas IV :

Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan, terdapat gejala saat istirahat, Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas.

Disadur dari ESC *Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure* 2008

2.1.3 Etiologi

Perubahan struktur atau fungsi dari ventrikel kiri dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya gagal jantung pada seorang pasien, meskipun etiologi gagal jantung pada pasien tanpa penurunan *Ejection Fraction* (EF) berbeda dari gagal jantung dengan penurunan EF. Terdapat pertimbangan terhadap etiologi dari kedua keadaan tersebut berbeda. Di negara industri, penyakit Jantung Koroner (PJK) menjadi penyebab predominan pada 60-75% pada kasus gagal jantung pada pria dan wanita. Hipertensi memberi kontribusi pada perkembangan penyakit gagal jantung pada 75% pasien, termasuk pasien dengan PJK. Interaksi antara PJK dan hipertensi memperbesar risiko pada gagal jantung, seperti pada diabetes mellitus. Emboli paru dapat menyebabkan gagal jantung, karena pasien

yang tidak aktif secara fisik dengan curah jantung rendah, emboli paru dapat berasal dari peningkatan lebih lanjut tekanan arteri pulmonalis yang sebaliknya dapat mengakibatkan atau memperkuat kegagalan ventrikel. Infeksi dapat memicu gagal jantung, demam, takikardi dan hipoksemia yang terjadi serta kebutuhan metabolik yang meningkat akan memberi tambahan beban pada miokard yang sudah kelebihan beban meskipun masih terkompensasi pada pasien dengan penyakit jantung kronik (Greene dan Harris, 2008)

Gagal jantung disebabkan oleh berbagai faktor secara epidemiologi, di negara berkembang penyakit arteri koroner dan hipertensi merupakan penyebab terbanyak sedangkan di negara berkembang yang menjadi penyebab terbanyak adalah penyakit jantung katup dan penyakit jantung akibat malnutrisi. Pada beberapa keadaan sangat sulit untuk menentukan penyebab dari gagal jantung. Terutama pada keadaan yang terjadi bersamaan pada penderita. Penyakit jantung koroner pada Framingham Study dikatakan sebagai penyebab gagal jantung pada 46% laki-laki dan 27% pada wanita, risiko koroner seperti diabetes dan merokok juga merupakan faktor yang dapat berpengaruh pada perkembangan dari gagal jantung, selain itu berat badan serta tingginya rasio kolesterol total dengan kolesterol HDL juga dikatakan sebagai faktor risiko independen perkembangan gagal jantung.

Hipertensi telah dibuktikan meningkatkan risiko terjadinya gagal jantung pada beberapa penelitian. Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung melalui beberapa mekanisme, termasuk hipertrofi ventrikel kiri. Hipertensi ventrikel kiri dikaitkan dengan disfungsi ventrikel kiri sistolik dan diastolik dan meningkatkan risiko terjadinya infark miokard, serta memudahkan untuk terjadinya aritmia atria dan ventrikel. Ekokardiografi yang menunjukkan hipertrofi ventrikel kiri

berhubungan kuat dengan perkembangan gagal jantung (Ponikowski P, Voors AA *et al.* 2016).

Kardiomiopati didefinisikan sebagai penyakit pada otot jantung yang bukan disebabkan oleh penyakit koroner, hipertensi, maupun penyakit jantung kongenital, katup ataupun penyakit pada perikardial. Kardiomiopati dibedakan menjadi empat kategori fungsional yaitu dilatasi (kongestif), hipertrofik, restriktif dan obliterasi. Kardiomiopati dilatasi merupakan penyakit otot jantung dimana terjadi dilatasi abnormal pada ventrikel kiri dengan atau tanpa dilatasi ventrikel kanan. Penyebabnya antara lain miokarditis virus, penyakit pada jaringan ikat seperti SLE, sindrom Churg-Strauss dan *polyarteritis nodosa*. Kardiomiopati hipertrofik dapat merupakan penyakit keturunan (autosomal dominan) meski secara sporadik masih memungkinkan, ditandai dengan adanya kelainan pada serabut miokard dengan gambaran khas hipertrofi septum yang asimetris yang berhubungan dengan obstruksi outflow aorta. Kardiomiopati restriktif ditandai dengan kekakuan serta compliance ventrikel yang buruk, tidak membesar dan dihubungkan dengan kelainan fungsi diastolik (relaksasi) yang menghambat pengisian ventrikel (Bambang BS, dkk. 2015).

Penyakit katup sering disebabkan oleh penyakit jantung rematik, walaupun saat ini sudah mulai berkurang kejadiannya di negara maju. Penyebab utama terjadinya gagal jantung adalah regurgitasi mitral dan stenosis aorta. Regurgitasi mitral (regurgitasi aorta) menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan *preload*) sedangkan stenosis aorta menimbulkan beban tekanan (peningkatan *afterload*). Aritmia sering ditemukan pada pasien dengan gagal jantung dan dihubungkan dengan kelainan struktural termasuk hipertrofi ventrikel

kiri pada penderita hipertensi. Atrial fibrilasi dan gagal jantung seringkali timbul bersamaan (Bambang BS, dkk. 2015)

Alkohol secara langsung memberikan pengaruh pada jantung, menimbulkan gagal jantung akut maupun gagal jantung akibat aritmia (atrial fibrilasi). Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menyebabkan kardiomiopati dilatasi (penyakit otot jantung alkoholik). Alkohol menyebabkan gagal jantung 2–3% dari kasus. Alkohol juga dapat menyebabkan gangguan nutrisi dan defisiensi vitamin. Obat-obatan juga dapat menyebabkan gagal jantung. Obat kemoterapi seperti doxorubicin dan obat antivirus seperti zidofudin juga dapat menyebabkan gagal jantung akibat efek toksik langsung terhadap otot jantung (Linn *et al.*, 2009)

2.1.4 Patofisiologi Gagal Jantung

Gagal jantung sebagai suatu kelainan yang progresif dapat terjadi dari kumpulan suatu kejadian dengan hasil akhir kerusakan fungsi miosit jantung atau gangguan kemampuan kontraksi miokard. Beberapa mekanisme kompensatorik diaktifkan untuk mengatasi turunnya fungsi jantung sebagai pompa, diantaranya adalah sistem adrenergik, renin angiotensin dan sitokin, mekanisme ini dapat mengembalikan fungsi kardiovaskuler dalam batas normal, sehingga pasien menjadi asimtomatik. Meskipun demikian, jika tidak terdeteksi dan semakin berlanjut akan menyebabkan kerusakan ventrikel dan terjadi remodeling yang pada akhirnya menimbulkan gagal jantung yang simptomatik (Dipiro *et al.*, 2008)

Penurunan *stroke volume* akan meningkatkan *end sistolik volume* sehingga volume dalam ventrikel kiri meningkat. Peningkatan volume ini akan

meregang dinding ventrikel kiri sehingga otot antung akan berkontraksi dengan lebih kuat untuk meningkatkan *curah jantung* untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh. Mekanisme kompensasi ini mempunyai batas dan pada kasus gagal jantung dengan penurunan kontraktilitas yang berat, ventrikel tidak mampu memompa semua darah sehingga *end diastolik volume* meningkat dan tekanan ventrikel kiri juga meningkat. Tekanan ini akan ditransmisikan ke atrium kiri, vena pulmonal dan kapiler pulmonal. Hal ini akan menyebabkan edema paru (Aronow *et al.*, 2006)

Penurunan curah jantung akan memicu sistem simpatis sehingga meningkatkan kontraksi jantung sehingga *stroke volume* meningkat dan curah jantung meningkat. Penurunan curah jantung juga memicu sistem renin angiotensin dan memicu vasokonstriksi vena, menyebabkan *venous return* meningkat dan akhirnya *stroke volume* juga meningkat sehingga curah jantung tercapai. Penurunan curah jantung akan memicu peningkatan ADH dan hormon aldosteron untuk memicu retensi natrium dan air untuk mencapai curah jantung yang adekuat. Stimulasi neurohormonal ini akan berjalan kronik dan dapat menyebabkan efek yang tidak diinginkan seperti edema (Aronow *et al.*, 2006)

Peningkatan beban jantung juga akan menyebabkan dilatasi ventrikel kiri dan peningkatan tekanan sistolik untuk mengatasi *afterload* yang meningkat. Otot ventrikel kemudian akan menebal sebagai kompensasi dalam rangka menurunkan stres diatasi pada dinding ventrikel. Terjadi peningkatan kekakuan dinding yang hipertrofi sehingga menyebabkan tekanan diastolik ventrikuler meninggi dan tekanan ini akan ditransmisikan ke atrium kiri dan pembuluh pulmonal. *Volume overload* yang kronik seperti pada mitral regurgitasi atau aorta regurgitasi akan memicu miosit memanjang. *Pressure overload* yang kronik

seperti hipertensi atau stenosis aorta akan memicu miosit menebal yang dinamakan hipertrofi konsentrik. Hipertrofi dan *remodeling* membantu untuk menurunkan stres pada dinding jantung, namun dalam jangka waktu yang lama fungsi ventrikel akan menurun dan dilatasi ventrikel akan terjadi. Pada keadaan ini turunya fungsi jantung tidak dapat mengkompensasi beban hemodinamik pada otot jantung sehingga gejala gagal jantung yang progresif akan timbul.

Penurunan curah jantung pada gagal jantung mengaktifkan serangkaian adaptasi kompensasi yang dimaksudkan untuk mempertahankan homeostasis kardiovaskuler. Salah satu adaptasi terpenting adalah aktivasi system saraf simpatik, yang terjadi pada awal gagal jantung. Aktivasi system saraf simpatik pada gagal jantung disertai dengan penarikan tonus parasimpatis. Meskipun gangguan ini dalam kontrol otonom pada awalnya dikaitkan dengan hilangnya penghambatan arteri atau refleks baroreseptor kardiopulmoner, terdapat bukti bahwa refleks rangsang juga dapat berpartisipasi dalam ketidakseimbangan otonom yang terjadi pada gagal jantung, dalam kondisi normal masukan penghambatan dari “tekanan tinggi” sinus karotis dan baroreseptor arcus aorta dan “tekanan rendah” mechanoreseptor cardiopulmonary adalah inhibitor utama aliran simpatis, sedangkan debit dari kemoreseptor perifer nonbaroreflex dan otot “metaboreseptor” adalah input rangsang utama outflow simpatik.

Pada gagal jantung, penghambat masukan dari baroreseptor dan mekanoreseptor menurun dan rangsangan pemasukan meningkat, maka ada peningkatan dalam aktivitas saraf simpatik, dengan hilangnya resultan dari variabilitas denyut jantung dan peningkatan resistensi pembuluh darah perifer. Berbeda dengan sistem saraf simpatik, komponen dari sistem reninangiotensin diaktifkan beberapa saat kemudian pada gagal jantung, mekanisme untuk

aktivasi RAS dalam gagal jantung mencakup hipoperfusi ginjal, penurunan natrium terfiltrasi mencapai makula densa di tubulus distal, dan meningkatnya stimulasi simpatis ginjal, yang menyebabkan peningkatan pelepasan renin dari aparatus juxtaglomerular.

Renin memotong empat asam amino dari sirkulasi angiotensinogen, yang disintesis dalam hepar, untuk membentuk angiotensin I. Angiotensin Converting Enzyme (ACE) memotong dua asam amino dari angiotensin I untuk membentuk angiotensin II. Mayoritas (90%) dari aktivitas ACE dalam tubuh terdapat dalam jaringan, sedangkan 10% sisanya terdapat dalam bentuk terlarut (ikatan non membran) dalam interstitium jantung dan dinding pembuluh darah. Angiotensin II mengerahkan efeknya dengan mengikat gabungan dua reseptor G-Protein angiotensin yang disebut tipe 1 (AT 1) dan angiotensin tipe 2 (AT 2). Reseptor angiotensin yang dominan dalam pembuluh darah adalah reseptor AT1. Aktivasi reseptor AT1 menyebabkan vasokonstriksi, pertumbuhan sel, sekresi aldosteron, dan pelepasan katekolamin, sedangkan aktivasi reseptor AT2 menyebabkan vasodilatasi, penghambatan pertumbuhan sel, natriuresis, dan pelepasan bradikinin.

Angiotensin II memiliki beberapa tindakan penting untuk mempertahankan sirkulasi homeostasis jangka pendek. Namun ekspresi berkepanjangan dari angiotensin II dapat menyebabkan fibrosis jantung, ginjal, dan organ lainnya. Angiotensin II dapat juga memperburuk aktivasi neurohormonal dengan meningkatkan pelepasan norepinefrin dari ujung saraf simpatik, serta merangsang zona glomerulosa korteks adrenal untuk memproduksi aldosteron. Aldosteron menyediakan dukungan jangka pendek ke

dalam sirkulasi dengan melakukan reabsorpsi natrium dalam pertukaran dengan kalium di tubulus distal.

Aldosterone dapat menimbulkan disfungsi sel endotel, disfungsi baroreseptor, dan menghambat uptake norepinefrin, salah satu atau semua dari kelainan tersebut dapat memperburuk gagal jantung. Stimulasi sistem renin-angiotensin-aldosteron menyebabkan peningkatan konsentrasi renin, angiotensinII plasma, dan aldosteron. Angiotensin II adalah vasokonstriktor kuat dari ginjal (arteriol eferen) dan sirkulasi sistemik, di mana ia merangsang pelepasan noradrenalin dari terminal saraf simpatis, menghambat tonus vagus, dan mempromosikan pelepasan aldosteron. Hal ini menyebabkan retensi natrium dan air dan peningkatan ekskresi kalium. Selain itu, angiotensin II memiliki efek penting pada miosit jantung dan dapat menyebabkan disfungsi endotel yang diamati pada gagal jantung kronis (Dipiro *et al.*, 2008)

2.1.5 Penatalaksanaan Gagal Jantung

Penatalaksanaan gagal jantung tujuan utamanya ialah untuk mengembalikan kualitas hidup, mengurangi frekuensi eksaserbasi gagal jantung. Tujuan sekunder ialah memaksimalkan kemandirian serta kapasitas kerja dan mengurangi biaya perawatan. Untuk mencapai tujuan ini terapi harus mencakup penanggulangan etiologi dan faktor pencetus yaitu secara farmakologis dan non farmakologis, keduanya dibutuhkan karena akan saling melengkapi untuk penatalaksanaan paripurna penderita gagal jantung. Penatalaksanaan gagal jantung baik itu akut dan kronik ditujukan untuk memperbaiki gejala dan prognosis, meskipun penatalaksanaan secara individual tergantung dari etiologi

serta beratnya kondisi, sehingga semakin cepat mengetahui penyebab gagal jantung akan semakin baik prognosisnya (PERKI 2015)

Tujuan pengobatan gagal jantung kronik

1. Prognosis : Menurunkan *mortalitas*

2. *Morbiditas*:

- Meringankan gejala dan tanda
- Memperbaiki kualitas hidup
- Menghilangkan edema dan retensi cairan
- Meningkatkan kapasitas aktifitas fisik
- Mengurangi kelelahan dan sesak nafas
- Mengurangi kebutuhan rawat inap
- Menyediakan perawatan akhir hayat atau Paliatif care

3. Pencegahan :

- Timbulnya kerusakan miokard
- Perburukan kerusakan miokard
- Remodelling miokard
- Timbul kembali gejala dan akumulasi cairan, Rawat inap

(PERKI, 2018)

2.1.5.1 Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi yaitu berupa obat-obatan yang digunakan dalam pengobatan pasien gagal jantung adalah diuretik, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE Inhibitor), Betablocker, antagonis aldosteron, Angiotensin Receptor Blocker (ARB), dan digoksin, pemberian nitrat untuk menurunkan

preload jantung atau hydralazine untuk menurunkan afterload jantung (Grady *et al.*, 2000)

ACEI harus diberikan pada semua pasien gagal jantung simtomatik dan fraksi ejeksi ventrikel kiri $\leq 40\%$. ACEI memperbaiki fungsi ventrikel dan kualitas hidup, mengurangi perawatan rumah sakit karena perburukan gagal jantung, dan meningkatkan angka kelangsungan hidup (kelas rekomendasi I, tingkatan bukti A). ACEI kadang menyebabkan perburukan fungsi ginjal, hiperkalemia, hipotensi simtomatik, batuk dan angioedema (jarang). ACEI hanya diberikan pada pasien dengan fungsi ginjal adekuat dan kadar kalium normal. Indikasi pemberian ACEI yaitu Fraksi ejeksi ventrikel kiri $\leq 40\%$, dengan atau tanpa gejala (PERKI 2015)

Penyekat β harus diberikan pada semua pasien gagal jantung simtomatik dan fraksi ejeksi ventrikel kiri $\leq 40\%$. Penyekat β memperbaiki fungsi ventrikel dan kualitas hidup, mengurangi perawatan rumah sakit karena perburukan gagal jantung, dan meningkatkan kelangsungan hidup.

Indikasi pemberian penyekat β :

- Fraksi ejeksi ventrikel kiri $\leq 40\%$
- Gejala ringan sampai berat (kelas fungsional II - IV NYHA)
- ACEI / ARB (dan antagonis aldosteron jika indikasi)
- Pasien stabil secara klinis (tidak ada perubahan dosis diuretik, tidak ada kebutuhan inotropik i.v. dan tidak ada tanda retensi cairan berat) Obat antagonis aldosteron dosis kecil harus dipertimbangkan pada semua pasien dengan fraksi ejeksi $\leq 35\%$ dan gagal jantung simtomatik berat (kelas fungsional III - IV NYHA) tanpa hiperkalemia dan gangguan fungsi ginjal berat. Antagonis aldosteron mengurangi perawatan rumah sakit

karena perburukan gagal jantung dan meningkatkan kelangsungan hidup. Indikasi pemberian antagonis aldosteron

- Dosis optimal penyekat β dan ACEI atau ARB (bukan ACEI dan ARB)
Diuretik direkomendasikan pada pasien gagal jantung dengan tanda klinis atau gejala kongesti (kelas rekomendasi I, tingkatan bukti B). Tujuan dari pemberian diuretik adalah untuk mencapai status euvolemia (kering dan hangat) dengan dosis yang serendah mungkin, yaitu harus diatur sesuai kebutuhan pasien, untuk menghindari dehidrasi atau resistensi (Bambang, 2015).

2.1.5.2 Terapi Non Farmakologi

Manajemen perawatan mandiri mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan dapat memberi dampak bermakna perbaikan gejala gagal jantung, kapasitas fungsional, kualitas hidup, morbiditas dan prognosis. Manajemen perawatan mandiri dapat didefinisikan sebagai tindakan-tindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung (Agustina, 2017)

Penatalaksanaan non farmakologis yang dapat dikerjakan antara lain dengan menjelaskan kepada pasien mengenai penyakitnya. Pengobatan serta pertolongan yang dapat dilakukan sendiri. Perubahan gaya hidup seperti pengaturan nutrisi dan penurunan berat badan pada penderita dengan kegemukan. Pembatasan asupan garam, konsumsi alkohol, serta pembatasan asupan cairan perlu dianjurkan pada penderita terutama pada kasus gagal jantung kongestif berat. Penderita juga dianjurkan untuk berolahraga karena

mempunyai efek positif terhadap otot skeletal, fungsi otonom, endotel serta neurohormonal dan juga terhadap sensitivitas insulin meskipun efek terhadap kelangsungan hidup belum dapat dibuktikan (Siswanto, 2012).

Menurut Martje HL *et al*/ tahun 2010 melakukan penelitian tentang hubungan antara kepatuhan dengan rekomendasi non farmakologis pada pasien gagal jantung didapatkan hasil ada hubungan dengan hasil klinis yaitu mortalitas dan morbiditas. Program manajemen gagal jantung penting untuk meningkatkan kepatuhan dengan rekomendasi gagal jantung.

1. Ketaatan pasien berobat

Ketaatan pasien berobat menurunkan morbiditas, mortalitas dan kualitas hidup pasien. Berdasarkan literatur, hanya 20-60% pasien yang taat pada terapi farmakologi maupun non-farmakologi (PERKI, 2015)

2. Pemantauan berat badan mandiri

Pasien harus memantau berat badan rutin setiap hari, jika terdapat kenaikan berat badan > 2 kg dalam 3 hari, pasien harus menaikkan dosis diuretik atas pertimbangan dokter (kelas rekomendasi I, tingkatan bukti C) (Jurgens *et al.*, 2015).

3. Asupan cairan

Pembatasan cairan 1,5 - 2 Liter/hari dipertimbangkan terutama pada pasien dengan gejala berat yang disertai hiponatremia. Restriksi cairan rutin pada semua pasien dengan gejala ringan sampai sedang keuntungan klinis (kelas rekomendasi IIb, tingkatan bukti C). Pada pasien gagal jantung pemenuhan cairan pun akan dibatasi hal ini bermanfaat dalam pengurangan gejala, karena pasien gagal jantung mengalami

penurunan kemampuan untuk mengeluarkan air dalam tubuhnya (PERKI, 2015).

Rasa haus adalah gejala yang umum dan menyusahkan bagi pasien gagal jantung sedang hingga berat. Perawatan farmakologis dan non farmakologis serta sifat penyakit itu sendiri menyebabkan peningkatan rasa haus. Tidak ada bukti dalam literatur tentang manfaat pembatasan cairan untuk pasien gagal jantung. Pembatasan cairan adalah salah satu dari beberapa pilihan intervensi tetapi saat ini ketika pengobatan farmakologi telah meningkat, kepentingannya mungkin dipertanyakan (Marie Holst, 2003).

Pembatasan cairan telah dianggap sebagai salah satu pilar dalam manajemen perawatan diri pasien gagal jantung. Menurut Peter Johansson tahun 2016 dalam penelitiannya didapatkan hasil bahwa pembatasan cairan sebaiknya tidak direkomendasikan untuk semua pasien gagal jantung. Namun pembatasan cairan sementara dapat dipertimbangkan pada gagal jantung dekomensasi atau pasien dengan hiponatremia. Pembatasan cairan yang disesuaikan berdasarkan berat badan (30ml/kg/hari). Untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan cairan diperlukan pendidikan dan konseling, dukungan, evaluasi, yang direncanakan dan dapat direkomendasikan (Johansson, 2016)

4. Pengurangan berat badan

Pengurangan berat badan pasien obesitas ($IMT > 30 \text{ kg/m}^2$) dengan gagal jantung dipertimbangkan untuk mencegah perburukan gagal jantung, mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup (kelas rekomendasi

Ila, tingkatan bukti C) Kehilangan berat badan tanpa rencana malnutrisi klinis atau subklinis umum dijumpai pada gagal jantung berat. Kakeksia jantung (cardiac cachexia) merupakan prediktor penurunan angka kelangsungan hidup, Jika selama 6 bulan terakhir berat badan > 6 % dari berat badan stabil sebelumnya tanpa disertai retensi cairan, pasien didefinisikan sebagai kaheksia. Status nutrisi pasien harus dihitung dengan hati-hati (kelas rekomendasi I, tingkatan bukti C)

5. Latihan fisik

Latihan fisik direkomendasikan kepada semua pasien gagal jantung kronik stabil. Program latihan fisik memberikan efek yang sama baik dikerjakan dirumah sakit atau di rumah (kelas rekomendasi I, tingkatan bukti A)

Pasien gagal jantung akut sering berulang kali dirawat di rumah sakit dan datang dengan gambaran klinis dispneu, takikardia serta cemas, beberapa kasus yang lebih berat penderita tampak pucat dan hipotensi. Adanya trias hipotensi (tekanan darah sistolik < 90 mmHg), oliguria serta cardiac output yang rendah menunjukkan bahwa penderita dalam kondisi syok kardiogenik. Pasien yang sering dirawat di rumah sakit memiliki kualitas hidup yang rendah hal ini berkaitan penelitian tentang rehospitalisasi, salah satu penyebab rehospitalisasi adalah kelebihan cairan. Peningkatan cairan interstisial tubuh dapat dilihat dari perubahan berat badan pasien gagal jantung, yang merupakan indikator peningkatan cairan tubuh sebagai sebuah hasil dari perilaku penderita gagal jantung pada ketidakpatuhan manajemen intake cairan dalam kehidupan sehari-hari (Siswanto, 2015).

Manajemen perawatan mandiri mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan dapat memberi dampak bermakna perbaikan gejala gagal jantung, kapasitas fungsional, kualitas hidup, morbiditas dan prognosis. Manajemen perawatan mandiri dapat didefinisikan sebagai tindakan-tindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung, kondisi overload cairan pada penderita (Anggraini *et al.*, 2005). Pemantauan Intake output cairan pada pasien gagal jantung overload cairan lebih lanjut dapat menimbulkan mencegah edema paru yang dapat berujung kematian, sehingga dibutuhkan manajemen cairan berupa pembatasan cairan efektif dan efisien untuk mencegah komplikasi tersebut.

Upaya program pembatasan cairan yang efektif dan efisien, salah satunya dapat dilakukan melalui pemantauan intake output cairan pasien selama 24 jam dengan menggunakan fluid intake output chart. Sehubungan dengan pentingnya upaya pemantauan intake output cairan pada pasien gagal jantung maka rumah sakit perlu menyediakan alat ukur urin serta formulir pemantauan intake output cairan yang sudah terstandarisasi tidak hanya di ruang perawatan kritis saja tetapi pasien dan keluarga juga perlu mengetahui tentang balance cairan pasien gagal jantung. Hal tersebut diperlukan untuk memfasilitasi perawat dalam memberikan intervensi keperawatan dan konseling pembatasan cairan berupa pemantauan intake output yang akurat, sehingga komplikasi overload cairan pada pasien gagal jantung dapat diminimalisasi (Siswanto, 2015)

2.2 Manajemen Cairan pada Gagal jantung

2.2.1 Pengertian Manajemen Cairan

Manajemen cairan adalah keterampilan dalam mengidentifikasi masalah, menetapkan tujuan, pemecahan masalah, pengambilan keputusan dalam menanggapi fluktuasi tanda dan gejala, mengambil tindakan dalam menanggapi respon fisiologis kekurangan cairan tubuh, monitoring serta mengelola gejala (Lindberg, 2010). Prinsip penatalaksanaan gagal jantung meliputi mengurangi beban kerja jantung, mengurangi kontraktilitas dan mengurangi beban volume. Tujuan kendali volume tubuh adalah tercapainya komposisi cairan tubuh pada keadaan homeostasis, maka kebutuhan cairan pasien gagal jantung harus dikurangi dari kebutuhan normal. Kebutuhan cairan pada pasien gagal jantung adalah: $BB \times 25 \text{ ml/kg}$. Pada keadaan umum dewasa normal dikalikan dengan 30 ml/kg dengan batas bawah dengan tujuan menghindari peningkatan kadar cairan dalam tubuh (Simatupang 2013).

Cairan merupakan kebutuhan dasar yang utama, merupakan salah satu perhatian perawat disamping oksigenasi, nutrisi, eliminasi, proteksi dan aktifitas. Jumlah cairan adalah $60\% \text{ BB}$ dengan komposisi 36% cairan intra sel dan 24% cairan ekstra sel (18% interstisial, 6% intravaskular). Komposisi cairan bervariasi tergantung dari umur, jenis kelamin, dan jumlah lemak dalam tubuh. Pengertian dewasa sehat dalam konteks cairan adalah jika nilai fungsi ginjal 120 cc/menit , Kebutuhan cairan pada dewasa sehat adalah 50 cc/kg berat badan/24 jam atau dengan menggunakan rumus kebutuhan cairan dalam/24 jam : $IWL \text{ (Insensibel Water Loss : } 500 \text{ cc)} + \text{total produksi urin}$
 $IWL \text{ (Insensibel Water Loss : } 500\text{cc)} + \text{total produksi urin (24 jam)}$. Kebutuhan cairan terpenuhi direfleksikan dari produksi urin 1 cc/menit , sehingga produksi urin dewasa normal $\pm 1200 \text{ cc/ 24 jam}$. Insensibel Water Loss (IWL) adalah

25% dari kebutuhan cairan per hari atau 500 ml –700 ml. Peningkatan suhu 1°C kebutuhan cairan ditambah 12%-15% dari kebutuhan cairan dalam 24jam.

2.2.2 Perilaku Asupan Cairan

Asupan cairan berhubungan dengan kebutuhan fisik, kebiasaan, adat istiadat, sosial ritual, atau penyakit. Minum bertujuan untuk meringankan kekeringan mulut, konsumsi makanan atau untuk menikmati rasa atau pengalaman efek psikotropika cairan. Beberapa laporan menunjukkan bahwa musim dapat mempengaruhi konsumsi cairan, asupan cairan terutama reaksi terhadap haus dan merupakan respon fisiologis terhadap kekurangan cairan tubuh, atau sistematis hypertonicity. Sensasi haus sering berupa kegiatan perilaku seperti minum, timbul dari proses motivasi dan kognitif yang memunculkan perilaku. Asupan natrium merupakan penyebab utama dari sensasi haus osmometrik pasien gagal jantung. Pasien anuri akan mengkonsumsi satu liter air untuk setiap 8 gr garam yang dikonsumsi untuk mendapatkan kembali hemostasis dan menunjukkan bahwa mayoritas pasien gagal jantung minum berlebihan dalam menanggapi kehausan osmometrik. Akibatnya asupan natrium dan cairan berlebihan dan berpengaruh terhadap gagal jantung (Thomas, 2003).

Pasien gagal jantung sering minum melebihi dari yang direkomendasikan. Pasien menyadari harus patuh terhadap pembatasan cairan meskipun keinginan untuk minum berlebihan, sehingga membuat keadaan tidak nyaman yaitu ambivalensi antara minum dan tidak minum. Keadaan ini juga telah dikaitkan dengan hilangnya interaksi sosial dan juga menggambarkan manajemen cairan

sebagai perjuangan terus-menerus dari pasien gagal jantung, meskipun berhasil atau tidak. Psikologis berkontribusi terhadap asupan cairan yang berlebihan pada pasien gagal jantung. Perbedaan persepsi antara kebutuhan untuk membatasi asupan cairan dan keinginan untuk minum. Berfokus pada rasa haus akan menyebabkan peningkatan rasa haus, menghadapi pemicu misalnya melihat minuman lain, akan memulai proses haus atau sensasi somatik, yang semuanya bisa mengakibatkan perasaan ketidakberdayaan untuk melawan dorongan untuk minum pada diri pasien yang restriksi cairannya buruk (Thomas, 2003).

Asupan cairan dan makanan yang berlebih pasien gagal jantung kongestif akan meningkatkan volume air ekstraseluler karena fungsi ginjal menurun atau berhenti tidak dapat mempertahankan homeostasis. Akibatnya berat badan meningkat dan overload cairan. Overload cairan pada pasien gagal jantung terkait dengan peningkatan morbiditas dan mortalitas tinggi. Penyakit jantung adalah penyebab utama kematian dengan overhydration sebagai faktor utama. Untuk menghindari berat badan yang berlebihan, direkomendasikan diet ketat dan asupan cairan yang terbatas. Pasien disarankan setiap hari menyiapkan cairan 500ml ditambah volume yang sama untuk output urin harian. Kelebihan asupan cairan berupa edema ekstremitas bawah, asites, hipertrofi ventrikel kiri dan kongestif gagal jantung, hipertensi, sesak napas, dan pembuluh darah paru kongesti atau edema paru akut (Lindberg, 2010).

2.2.3 Petunjuk Menjaga Cairan.

Tindakan keperawatan dalam mengatasi overload meliputi pemantauan TTV (TD), status mental, CVP, distensi vena leher, suara nafas, berat badan, status hidrasi, pemantauan adanya edema, ascites (Dongoes *et al.*, 2010). Pemantauan tekanan darah menjadi salah satu intervensi utama dalam penanganan klien dengan overload karena tekanan darah merupakan salah satu indikator adanya peningkatan volume cairan intravaskuler. Peningkatan volume cairan berlebih pada kompartemen intravaskuler lebih lanjut akan menyebabkan perpindahan cairan dari dalam pembuluh darah menuju jaringan interstisial tubuh. Intervensi pemantauan TD pada pasien gagal jantung sangat penting untuk memperkirakan kemungkinan terjadinya overload pada pasien (Black & Hawk, 2009).

Intervensi berupa pemantauan status mental pada pasien gagal jantung merupakan hal yang penting karena salah satu kemungkinan penyebab perubahan status mental pada pasien gagal jantung adalah perpindahan cairan dari pembuluh darah otak menuju jaringan interstisial (edema serebral). Namun akumulasi cairan pada jaringan otak dapat diprediksi menjadi kemungkinan penyebab lainnya (Ignatavicius & Workman, 2010). Pemantauan selanjutnya adalah berupa pemantauan adanya distensi vena jugularis dan mengukur JVP. Hal tersebut dapat dilakukan sehubungan dengan anatomi pembuluh darah tersebut bermuara pada vena sentral (vena cava superior). Peningkatan pada vena sentral sehubungan dengan meningkatnya volume sirkulasi sistemik akan berdampak kepada peningkatan JVP yang dapat terlihat dengan adanya distensi vena leher, jadi secara tidak langsung terhadap distensi vena leher dan peningkatan JVP menunjukkan kemungkinan adanya kondisi overload cairan (Smeltzer *et al.*, 2010). Intervensi berupa pemeriksaan fisik (auskultasi

paru) penting dilakukan, sehubungan dengan adanya suara nafas abnormal crackle terdapat kelebihan cairan di rongga alveolus.

Akumulasi tersebut terjadi karena perpindahan cairan dari kompartemen intravaskuler kedalam rongga alveolus sehubungan dengan terjadinya peningkatan tekanan hidrostatik yang dihasilkan jantung karena adanya peningkatan volume cairan di dalam pembuluh darah. Akumulasi cairan tersebut dapat menimbulkan komplikasi gagal nafas. Intervensi selanjutnya yang dilakukan dalam mengatasi kelebihan cairan pada pasien gagal jantung adalah berupa pemantauan berat badan, edema atau ascites dan status hidrasi. Perubahan berat badan secara signifikan yang terjadi dalam 24 jam menjadi salah satu indikator status cairan dalam tubuh. Kenaikan 1 kg dalam 24 jam menunjukkan kemungkinan adanya tambahan akumulasi cairan pada jaringan tubuh sebanyak 1 liter. Pemantauan selanjutnya berupa pemantauan adanya edema dan ascites menunjukkan adanya akumulasi cairan di jaringan interstisial tubuh yang salah satu kemungkinan penyebabnya perpindahan cairan ke jaringan, kondisi tersebut adalah peningkatan volume cairan dalam pembuluh darah (Lewis *et al.*, 2007).

Menurut Thomas (2003) ada beberapa petunjuk bagi pasien untuk menjaga cairan tubuh pada pasien gagal jantung yaitu:

1. Menggunakan sedikit garam dalam makanan dan menggunakan bumbu dari rempak-rempah,
2. Menghindari dan batasi penggunaan makanan olahan, menghindari makanan yang mengandung monosodium glutamate, mengukur tambahan cairan dalam tempat tertentu, membagi jumlah cairan rata dalam sehari,

3. Menggunakan gelas kecil bukan gelas besar, setiap minum hanya setengah gelas,
4. Konsumsi es batu kubus bisa membantu untuk mengurangi rasa haus. Satu es batu kubus sama dengan 30 ml air (2 sendok makan).
5. Membilas mulut dengan berkumur tetapi airnya tidak ditelan.
6. Merangsang produksi saliva, dengan menghisap irisan jeruk lemon/jeruk bali, permen karet rendah kalori, minum obat jika perlu, ketika pergi, menjaga tambahan cairan seperti ekstra minum, penting untuk menjaga pada saat bekerja atau melakukan aktifitas.
7. Cek berat badan tiap hari sebelum makan pagi, akan membantu untuk mengetahui tingkat cairan.

2.2.4 Monitoring Keseimbangan Cairan Dan Kartu Pembatasan Cairan

Monitoring keseimbangan cairan dilakukan dengan cara mencatat pemasukan dan pengeluaran cairan serta berat badan. Pemasukan cairan meliputi jenis dan jumlah makanan maupun cairan. Pengeluaran cairan adalah jumlah urin, muntah dan diare. Pasien mengisi buku catatan harian untuk memonitoring keseimbangan cairan setiap hari. Buku catatan harian membantu pasien dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan dan tindakan dalam menanggapi respon haus. Pasien yang mengikuti dan melaksanakan petunjuk menjaga keseimbangan cairan (Price dan Wilson, 2006).

Faktor kepatuhan pasien dalam mentaati jumlah konsumsi cairan menentukan tercapainya berat badan yang optimal (Riyanto 2011). Kimmel *et al.*, (2000) menunjukkan bahwa umur merupakan faktor yang

kuat terhadap tingkat kepatuhan pasien. Pasien berumur muda mempunyai tingkat kepatuhan yang rendah dibandingkan dengan pasien berumur tua (Fefendi 2008) menjelaskan bahwa pasien dengan umur produktif merasa terpacu untuk sembuh, mempunyai harapan hidup yang lebih tinggi dan sebagai tulang punggung keluarga.

Pemantauan status hidrasi pada pasien gagal jantung meliputi pemantauan intake output cairan (Sela-Anggraini *et al.*, 2007). Pemantauan intake output cairan pada pasien gagal jantung 24 jam dengan menggunakan kartu intake output cairan untuk kemudian dilakukan penghitungan balance cairan (balance positif menunjukkan keadaan overload). Kartu pemantauan intake output cairan klien diisi oleh klien. Hal tersebut bertujuan untuk melatih klien dalam memantau asupan dan haluaran cairan, sehingga pada saat pulang ke rumah klien sudah memiliki keterampilan berupa modifikasi perilaku khususnya dalam manajemen cairan. Kartu pembatasan cairan merupakan kartu kendali bagi pasien, dalam pelaksanaannya keterampilan tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya overload cairan pada klien.

Kartu pembatasan cairan ini bertujuan untuk memudahkan pasien dalam memantau pelaksanaan balance cairan pasien. Kartu diletakkan pada tempat yang telah disediakan, sehingga dapat diketahui pasien melaksanakan sesuai anjuran terapi cairan, oleh karena itu diperlukan konseling kepada pasien agar menyelesaikan terapi pembatasan dapat memberikan dukungan dan dorongan sehingga klien memperoleh keyakinan akan kemampuannya dalam pemecahan masalah yang dialami (DEPKES RI, 2007).

2.3 Konseling Pembatasan Cairan

2.3.1 Pengertian Konseling Pembatasan Cairan

Konseling dalam bahasa Inggris yaitu berasal dari kata *counsel* yang artinya memberikan saran, melakukan diskusi dan pertukaran pendapat. Konseling adalah kegiatan pertemuan dan diskusi antara seseorang (konseli) yang membutuhkan atau ingin menyelesaikan masalah dan seseorang (konselor) yang membantu menyelesaikan masalah dan memberikan dukungan dan dorongan sehingga klien memperoleh keyakinan akan kemampuannya dalam pemecahan masalah yang dialami (DEPKES RI, 2007).

Dalam konseling, konseli merupakan individu yang perlu mendapat perhatian sehubungan dengan masalah yang dihadapi. Keberhasilan konseling selain faktor kondisi yang diciptakan oleh konselor, cara penanggulangan dan aspek konselor sendiri, ditentukan pula oleh faktor konseli Tanujjarso (2014). Konseli adalah subjek yang memiliki kekuatan, motivasi, kemauan untuk berubah dan pelaku bagi perubahan dirinya.

Cara untuk meningkatkan kepatuhan pasien dalam pembatasan asupan cairan adalah dengan meningkatkan pemahaman pasien tentang pentingnya pembatasan cairan pada pasien gagal jantung. Pemahaman materi konseling yang baik dapat mempengaruhi sikap pasien sehingga pasien lebih patuh dalam pembatasan asupan cairan. Penelitian yang dilakukan oleh Ismail dkk (2012) dengan subjek pasien gagal jantung menunjukkan bahwa ada hubungan pendidikan pengetahuan dan motivasi dengan kepatuhan diet dan cairan pasien gagal jantung.

Pembatasan intake cairan diukur dengan balance cairan seimbang, tidak ada tanda-tanda oedema paru, tidak ada sesak nafas. Asupan cairan pasien

gagal jantung perlu dipertimbangkan. Restriksi cairan 1,5-2 liter dalam 24 jam dipertimbangkan terutama pada pasien dengan gejala berat yang disertai hiponatermi pasien gagal jantung banyak yang tidak patuh dalam pembatasan cairan selama dirawat diruang intensive, sehingga diperlukan himbauan kepada petugas kesehatan supaya meningkatkan pengetahuan pasien gagal jantung dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang perlunya pembatasan cairan (Jayatri, 2012). Pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kepada individu, kelompok atau masyarakat agar dapat memperoleh pengetahuan mengenai kesehatan mereka dan pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku (Notoatmojo, 2007).

Konseling pembatasan cairan didefinisikan berdasarkan pengertian dari konseling dan pembatasan cairan yang berarti suatu kegiatan pertemuan dan diskusi antara konselor dan klien dimana konselor membantu menyelesaikan masalah, memberikan dukungan dan dorongan kepada klien terkait pengambilan keputusan asupan cairan sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan dan mencegah oedema paru.

2.3.2 Manfaat Konseling Pembatasan Cairan

Konseling dilakukan dengan memerlukan hubungan timbal balik yang saling membantu antara konselor dan klien, melakukan kesepakatan untuk berkerjasama, melakukan komunikasi serta terlibat dalam proses yang berhubungan dalam upaya memberikan pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya yang ada. Manfaat konseling (Cornelia, 2010) membantu klien mengetahui penyebab terjadinya masalah, membantu klien memahami untuk

mencari alternatif pemecahan masalah, membantu klien untuk memilih cara pemecahan masalah yang paling sesuai dengan klien membantu proses penyembuhan penyakit melalui perbaikan stabilitas klinis klien.

Konseling pembatasan cairan merupakan terapi non farmakologis pengelolaan gagal jantung dengan perencanaan dan menghitung jumlah cairan yang dikonsumsi responden. Tujuan penatalaksanaan gagal jantung jangka pendek yaitu menghilangkan keluhan dan gejala, mempertahankan rasa nyaman, dan mencapai stabilitas klinis, sedangkan pengelolaan jangka panjang bertujuan menghambat dan mencegah timbulnya kegagalan terapi dan menimbulkan komplikasi (Husar, 2015).

2.3.3 Tahapan Konseling Pembatasan cairan

Proses konseling pembatasan cairan akan terlaksana dengan adanya hubungan konseling berjalan dengan baik. Proses konseling merupakan kegiatan yang sedang berlangsung dan memberikan makna bagi peserta konseling. Setiap tahapan proses konseling membutuhkan keterampilan-keterampilan khusus. Secara umum proses konseling dibagi mejadi tiga tahap, antara lain (Sue, 1992):

2.3.3.1 Tahap Awal

Memantabkan hubungan kerja, mengklarifikasi masalah, pengkajian dan negosiasi kontrak. Konselor dan klien di tahap awal membentuk kerjasama dan hubungan saling percaya. Komunikasi yang terbuka, jujur dan menerima klien apa adanya, perawat akan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya. Hubungan konseling yang efektif dikarakteristikkan dengan 2 kondisi, yaitu penerimaan (*acceptance*) dan

pemahaman (*understanding*). Mulai memperkenalkan diri dan konselor bisa memulai dengan menanyakan kabar dan mengawali percakapan “Bapak atau ibu ada yang bisa saya bantu?”.

Percakapan itu bisa menjadi langkah awal mengetahui masalah klien, di tahap awal konseling kita harus menemukan apakah ada problem khususnya terkait gagal jantung dan pembatasan cairan (Keliat, 2005). Klien gagal jantung mampu merumuskan bahwa problem yang dihadapi harus segera ditangani dan merasa penting untuk ditindak lanjut. Perawat harus berorientasi pada klien (Taylor, Lilis dan Le Mone, 1993) sehingga perawat sebagai konselor harus mampu untuk melihat permasalahan yang sedang dihadapi klien dari sudut pandang klien. Klien yang sudah mengungkapkan bahwa memiliki masalah dengan gagal jantung selanjutnya dapat ditanyakan “apa yang akan dilakukannya?” kemudian bisa juga menanyakan hal-hal terdahulu yang membantu terapi non farmakologi yaitu pembatasan cairan yang sesuai. konselor selanjutnya bisa melakukan pengkajian terkait gagal jantung dan problem lainnya yang berkaitan.

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan dan perumusan kebutuhan (Keliat, 2005). Data yang dibutuhkan berkaitan gagal jantung seperti informasi klien seputar gagal jantung yang dialami, kebiasaan aktivitas yang dilakukan dan pola minumnya. Pengukuran berat badan dan tanda tanda pembengkakan anggota badan yaitu tangan dan kaki. Konselor yang sudah mengklarifikasi masalah dan melakukan pengkajian selanjutnya bisa mulai negosiasi kontrak terkait konseling berikutnya dan menjelaskan aturan main (peran, kerahasiaan, waktu dan tujuan pertemuan).

2.3.3.2 Tahap Pertengahan (kerja)

Tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses (Stuart,G.W, 1998). Konselor bisa mengeksplor lebih masalah lebih jauh berkaitan gagal jantung, dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik bisa dihitung kebutuhan cairan yang seharusnya. Penyampaian informasi berkaitan dengan penyelesaian masalah klien, disini diskusi antar anggota diperlukan agar terjadi pertukaran informasi dan pengalaman dalam menjalani diet sehari-hari.

Pendampingan selama konseling cairan ini diharapkan klien mampu mengambil keputusan yang terbaik untuk dilakukan dalam menangani gagal jantung. Pada tahap ini, konselor mampu mendapatkan informasi cukup dan saat yang tepat memulai fase kerja dengan beberapa tahapan seperti menjelaskan dan mengklarifikasi tentang persepsi klien terhadap problem gagal jantung yaitu pembatasan cairannya, melakukan perhitungan hasil pengkajian, BB dan kebutuhan cairan. Klien setuju dan mengetahui akan keterlibatannya dalam konseling pembatasan cairan maka disini terjadi proses penerimaan informasi dan pengambilan keputusan dengan pendampingan selama pelaksanaan konseling pembatasan cairan. Klien diminta untuk menyimpulkan tentang apa yang telah didiskusikan merupakan sesuatu yang sangat berguna pada tahap ini.

2.3.3.3 Tahap Akhir (terminasi)

Perubahan sikap dan perilaku akibat peningkatan pengetahuan tentang pembatasan cairan membuat klien dapat mengambil keputusan terkait pembatasan cairan. Pengetahuan yang meningkat diharapkan juga diimbangi dengan kepatuhannya terhadap apa yang diketahui sehingga cairan dalam tubuh seimban (Ayu, 2016). Tanda akhir dari proses konseling seperti yg

dijelaskan diatas, ditahap ini terjadi *Transfer of Learning* pada diri klien. Tahap akhir mengakhiri hubungan konseling pembatasan cairan ialah evaluasi untuk menilai keefektifan dari tindakan yang diberikan kepada klien (Keliat, 2005).

2.4 Konsep Kepatuhan

2.4.1 Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan pasien terkait sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan. Kepatuhan sebagai salah satu faktor yang penting karena dapat mempengaruhi hasil pengobatan. Peningkatan kepatuhan pada pasien penyakit kronis untuk menurunkan morbiditas, mortalitas serta meningkatkan kualitas hidup pasien (WHO, 2011).

Faktor kognitif dan afektif penting untuk memprediksi kepatuhan dan perilaku tidak patuh. Kepatuhan mencerminkan suatu pengelolaan pengaturan diri yang lebih aktif mengenai nasehat pengobatan (Ian & Marcus, 2011). Menurut Kozier (2010) kepatuhan adalah perilaku individu (minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup yaitu pembatasan cairan) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tidak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana. Sedangkan Sarafino (Yetti,dkk, 2011) mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter. Tingkat kepatuhan pada seluruh populasi medis yang kronis adalah sekitar 20% hingga 60%. Dan pendapat Sarafino (2007) mendefinisikan kepatuhan (*compliance* atau *adherence*) sebagai: “tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain”.

Menurut Pang *et al* (2001) kepatuhan terhadap regimen terapi dan mencegah atau meminimalkan komplikasi adalah faktor penting yang berkontribusi untuk bertahan dan kualitas hidup. Pengontrolan cairan pada pasien gagal jantung dan keberhasilan terapi. Manajemen cairan adalah keteraturan pasien mencatat setiap input dan output pasien dalam waktu 24 jam. Dalam pembatasan intake cairan diukur dengan balance cairan seimbang, tidak ada tanda tanda edema paru, tidak ada sesak nafas. Asupan cairan pasien gagal jantung perlu dipertimbangkan. Restriksi cairan 1,5-2 liter dalam 24 jam dipertimbangkan terutama pada pasien dengan gejala berat yang disertai hiponatermi. Pasien gagal jantung banyak yang tidak patuh dalam pembatasan cairan selama dirawat diruang intensif, sehingga diperlukan himbauan kepada petugas kesehatan supaya meningkatkan pengetahuan pasien gagal jantung dengan cara memberikan pendidikan kesehatan tentang perlunya pembatasan cairan (Jayatri, 2012).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kepada individu, kelompok atau masyarakat agar dapat memperoleh pengetahuan mengenai kesehatan mereka dan pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku (Notoatmojo, 2007).

2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Kozier (2010), faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah sebagai berikut:

1. Motivasi klien untuk sembuh dan berkurang keluhannya.

2. Tingkat perubahan gaya hidup (diet, pembatasan cairan, berhenti merokok) yang dibutuhkan
3. Persepsi terhadap masalah kesehatan gagal jantung.
4. Upaya mengurangi ancaman penyakit gagal jantung.
5. Tingkat pengetahuan tentang program pembatasan cairan
6. Tingkat atau derajat penyakit dan komplikasi gagal jantung.
7. Keyakinan pasien terhadap terapi yang diprogramkan (membantu atau tidak membantu) kesembuhan gagal jantung.
8. Warisan budaya tertentu yang membuat kepatuhan pembatasan cairan menjadi sulit dilakukan
9. Tingkat kepuasan dan kualitas dengan penyediaan layanan kesehatan.

2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Menurut Neil (2000) faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian:

1. Kegagalan profesional atau petugas kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah media dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.
2. Kualitas Interaksi
Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan pembatasan cairan Korsch & Negrete (2000).
3. Isolasi Sosial dan Keluarga
Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan

tentang program pengobatan dan pembatasan cairan yang dapat mereka terima. Pratt (2010) keluarga berperan dalam pengembangan kebiasaan kesehatan Keluarga dan memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit.

4. Keyakinan, Sikap dan Keluarga

Becker (2012) telah membuat suatu penelitian bahwa keyakinan, sikap, dan keluarga berpengaruh terhadap ketidakpatuhan.

2.4.4 Cara Meningkatkan Kepatuhan

Gagal jantung lazim dijumpai terutama dikalangan usia lanjut, ditandai dengan tingginya angka kematian dan tingkat rawat inap. *Amerika* menentukan strategi pengobatan farmakologis dan non-farmakologis. Tujuan pengobatan termasuk penurunan angka kematian dan morbiditas dan mencegah memburuknya kondisi lanjut. Kepatuhan pasien dapat didefinisikan sebagai perilaku pasien dalam hal minum sesuai dengan petunjuk dan saran petugas kesehatan. Kepatuhan merupakan faktor yang penting dalam perawatan kesehatan, penyakit kronis pada umumnya dan relevan pada pasien dengan gagal jantung. Pengobatan gagal jantung memang rumit dan bervariasi, dan pasien harus mengkonsumsi sejumlah besar obat setiap hari yang menyebabkan peningkatan masalah kompleks perawatan oleh McMurray (2012).

Smet (1994) menyebutkan beberapa strategi yang dapat dicoba untuk meningkatkan kepatuhan, antara lain:

1. Penderita gagal jantung

Usaha yang dapat dilakukan penderita diabetes mellitus untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan yaitu:

a. Meningkatkan kontrol diri.

Penderita harus meningkatkan kontrol dirinya untuk meningkatkan ketaatannya dalam menjalani pengobatan dan gaya hidup pasien gagal jantung diantaranya pembatasan cairan, karena dengan adanya kontrol diri yang baik dari penderita akan semakin meningkatkan kepatuhannya dalam menjalani pengobatan. Kontrol diri dapat dilakukan meliputi kontrol berat badan, kontrol makan dan emosi.

b. Meningkatkan efikasi diri.

Efikasi diri dipercaya muncul sebagai prediktor yang penting dari kepatuhan. Seseorang yang mempercayai diri mereka sendiri untuk dapat mematuhi pengobatan yang kompleks akan lebih mudah melakukannya.

c. Informasi tentang pengobatan dan konseling

Kurangnya pengetahuan informasi berkaitan dengan kepatuhan serta kemauan dari penderita untuk mencari informasi mengenai penyakitnya dan terapi medisnya, informasi tersebut biasanya didapat dari berbagai sumber seperti media cetak, elektronik atau melalui program pendidikan dan konseling dirumah sakit. Penderita diharapkan memahami tentang penyakitnya dan gaya hidup yang harus dijalani pasien gagal jantung termasuk pembatasan cairan.

Konseling sebagai salah satu cara untuk meningkatkan kepatuhan terhadap intake cairan dilakukan melalui pemberian informasi atau edukasi. Pemberian edukasi ini termasuk dalam sumber efikasi

persuasi sosial. Informasi tentang kemampuan yang disampaikan secara verbal oleh seseorang yang berpengaruh biasanya digunakan untuk meyakinkan seseorang bahwa ia cukup mampu melakukan suatu tugas (Bandura, 1994).

Edukasi diberikan dengan topik patofisiologi gagal jantung dan pengobatan, komplikasi, nutrisi, pembatasan cairan, cara mengontrol haus dan manajemen stress. Hal ini dimaksudkan untuk fungsi kognitif. Melalui proses edukasi ini pasien akan mengetahui bahwa penyakit gagal jantung kronik akan mengakibatkan dampak dan berbagai dalam tubuh. Ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan dapat mengakibatkan kelebihan cairan secara kronik dan meningkatkan resiko meningkatkan beban kerja jantung (Mistiaen, 2001)

2. Dukungan sosial

Kepatuhan gagal jantung dapat mengalami fluktuatif. Untuk mempertahankannya salah satu diantaranya dengan dukungan sosial. Dukungan sosial dapat meningkatkan kemampuan individu untuk mendapatkan informasi baru dan membantu dalam menyelesaikan masalah. Dukungan sosial dapat meminimalkan efek negative stressor seperti depresi kesendirian, beban penyakit dan penerimaan terhadap penyakit. Dukungan sosial salah satunya dapat diperoleh dari staf di ruang perawatan jantung misalnya perawat karena pasien berinteraksi. Perawat dapat senantiasa mengingatkan pasien untuk senantiasa patuh terhadap intake cairan.

Pada penyakit gagal jantung pasien dihadapkan pada beberapa perubahan gaya hidup. Parameter yang digunakan untuk menilai ketidakpatuhan adalah dengan berat badan dan tanda klinis pasien.

Pertambahan berat badan dibedakan menjadi tiga kelompok yaitu pertambahan berat badan < 4% adalah ringan, 4%–6% adalah rata–rata dan >6% adalah bahaya. Komplikasi Adanya kelebihan cairan dapat menyebabkan hipertensi, oedem pulmonal akut, gagal jantung kongestif dan kematian lebih awal. Dampak kelebihan cairan pada system kardiovaskuler merupakan penyebab utama terjadinya kematian.

Menurut penelitian Martje *et al* tahun 2010 tujuan dari peneliti adalah untuk menyelidiki hubungan antara kepatuhan dengan rekomendasi non farmakologi yaitu pembatasan cairan, hasilnya pasien yang secara keseluruhan tidak patuh dengan rekomendasi non farmakologis memiliki peningkatan resiko untuk terjadi rawat inap berulang dan resiko kematian. Dalam penelitian ini ditemukan hasil yang lebih baik pada pasien yang patuh dibanding dengan pasien yang tidak patuh dengan terapi non farmakologi, dan terkait dengan hasil klinis yaitu mortalitas dan morbiditas.

Setelah pasien mengetahui tentang penyakit gagal jantung melalui konseling dan berbagai dampak yang ditimbulkan termasuk diantaranya adalah dampak apabila terjadi kelebihan cairan selanjutnya pasien akan terbentuk motivasinya. Dengan motivasi kognitif seseorang memotivasi mereka sendiri dan memandu tindakan antisipasi mereka melalui pemikiran ke masa depan. Mereka membentuk keyakinan tentang apa yang bisa mereka lakukan, mengantisipasi kemungkinan hasil, menetapkan tujuan dan rencana tindakan yang diharapkan dirancang untuk masa depan yang bernilai. Dengan demikian diharapkan pasien akan terbentuk keyakinannya bahwa ia mampu melakukan berbagai pembatasan termasuk salah satunya adalah pembatasan terhadap cairan. Dengan keyakinan maka seseorang akan

optimis untuk mencapai tujuan walaupun menghadapi berbagai hambatan dan rintangan. Keyakinan seseorang akan kemampuan dalam mengatasi masalah memegang peranan yang penting dalam mengatur status emosi (Bandura, 1997).

Perawatan rutin dan dukungan informasi sangat membantu dalam meningkatkan status kesehatan terkait penyakit. Teknologi komunikasi dapat membantu dalam memberikan perawatan dan dukungan tersebut. Banyak literatur yang menyatakan bahwa konseling dapat membantu meningkatkan status kesehatan termasuk dalam kepatuhan pasien pembatasan cairan.

2.5 Pengaruh Konseling Pembatasan Cairan Terhadap Kepatuhan Pembatasan Cairan

Konseling pembatasan cairan termasuk bagian dari konseling penatalaksanaan non farmakologi gagal jantung yang lebih berfokus pada perhitungan jumlah harian yang dibutuhkan tiap penderita gagal jantung agar sesuai dengan kebutuhannya. Metode konseling merupakan metode yang melibatkan responden dalam penentuan jumlah cairan yang dibutuhkan pasien gagal jantung. Selama proses responden banyak bertanya tentang cara pengelolaan jumlah cairan minuman juga menyampaikan apa yang dirasakan. Penelitian dari Wibisono tahun 2012 menjelaskan bahwa konseling yang dilakukan secara mendalam akan berdampak pada pengontrolan stabilitas klinis pasien gagal jantung.

Kartu pemantau pembatasan minum obat termasuk bagian dari konseling gagal jantung yang lebih berfokus pada perhitungan jumlah input dan output cairan harian yang dibutuhkan tiap penderita gagal jantung agar sesuai dengan

kebutuhannya. Penelitian yang dilakukan Ayu tahun 2016 terkait kartu pemantau pembatasan cairan menunjukkan bahwa terdapat perbedaan Metode penggunaan kartu pemantau cairan konseling melibatkan responden dalam penentuan jumlah cairan. Selama proses responden banyak bertanya tentang cara pengelolaan cairan juga menyampaikan apa yang dirasakan. Penelitian dari Wibisono tahun 2012 menjelaskan bahwa penggunaan kartu pemantau cairan tubuh yang dilakukan secara terus menerus akan berdampak pada pengontrolan cairan dalam tubuh.

Pengaruh kartu pemantau cairan tubuh pasien terhadap peningkatan kepatuhan membuat adanya perubahan kondisi pada pasien gagal jantung. sebelum dan setelah diberikan kartu memantau cairan tubuh pasien. Pengetahuan yang meningkat dapat merubah perilaku untuk minum sesuai dengan kebutuhan pasien sehingga terjadi stabilitas klinis yang dapat menurunkan beban kerja jantung (Sukraniti, 2011). Penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan kartu pemantau cairan dapat menambah tingkat kepatuhan sehingga terjadi balance cairan seimbang dan berat badan terkontrol.

Ketidakpatuhan ditemukan pada semua aspek akan tetapi ketidakpatuhan terhadap pembatasan intake cairan adalah aspek yang paling sulit untuk sebagian besar pasien. Ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan dapat mengakibatkan kelebihan cairan secara kronik dan meningkatkan resiko pada kardiovaskuler dan hipertensi (Mistiaen, 2001). Meningkatnya pengetahuan dan persepsi dalam aktivitas perawatan diri akan lebih mudah berpartisipasi dalam aktivitas perawatan diri sehingga akan meningkatkan kepatuhan terhadap regimen terapeutik.

Konseling gagal jantung tentang pembatasan cairan dan gaya hidup pada penderita gagal jantung diteliti oleh Martje *et al.*,(2005) hasilnya bahwa kepatuhan terkait dengan tingkat pengetahuan dan konseling. Konseling pembatasan cairan berpengaruh nyata terhadap stabilitas klinis, ini berarti bahwa konseling gagal jantung tentang pembatasan cairan sangat efektif bagi pengendalian dan stabilitas klinis, mengingat konseling pasien sebelum konseling hanya 2,86% dan setelah konseling meningkat menjadi 25,71%. Penelitian berikutnya oleh Jaarsma *et al* (2000) tujuan penelitian untuk menggambarkan perilaku perawatan diri terkait gagal jantung, untuk menguji pengaruh pendidikan dan konseling terhadap perilaku perawatan diri pasien gagal jantung didapatkan hasil bahwa intervensi suportif edukasi efektif dalam meningkatkan kepatuhan termasuk pembatasan cairan.

Pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap peningkatan kepatuhan membuat adanya perubahan stabilitas klinis pasien gagal jantung sebelum dan setelah diberikan konseling pembatasan cairan. Pengetahuan yang meningkat dapat merubah perilaku untuk bertindak yang dapat menurunkan resiko edema paru dengan mengkonsumsi cairan sesuai dengan anjuran (Sukraniti, 2011). Penelitian ini menunjukkan bahwa konseling yang didapatkan klien gagal jantung dapat menambah tingkat pengetahuan dan pasien patuh terhadap pematasan cairan sehingga terjadi stabilitas klinis dan penurunan beban kerja jantung. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya, jika sebelumnya intervensi yang diberikan konseling gagal jantung, maka penelitian ini menggunakan konseling pembatasan cairan sebagai bentuk intervensi, yang jumlah cairan yang diminum merupakan salah satu aturan yang harus dipenuhi. Perubahan berat badan, tensi

yang stabil dan keseimbangan cairan tidak ada oedema paru adalah penanda alat ukur untuk menilai keberhasilan terapi gagal jantung.

Pasien dinyatakan patuh jika :

- Pasien patuh mencatat input dan output dalam 24 jam
- Pembatasan cairan sesuai kebutuhan $BB \times 25\text{ml/kg/hari}$.
- Balance cairan seimbang atau negatif
- TTV stabil, BB stabil atau tidak ada kenaikan BB
- Tidak ada tanda kongestif (edema ekstremitas, asites, sesak, edema paru (ALO), distensi vena leher)

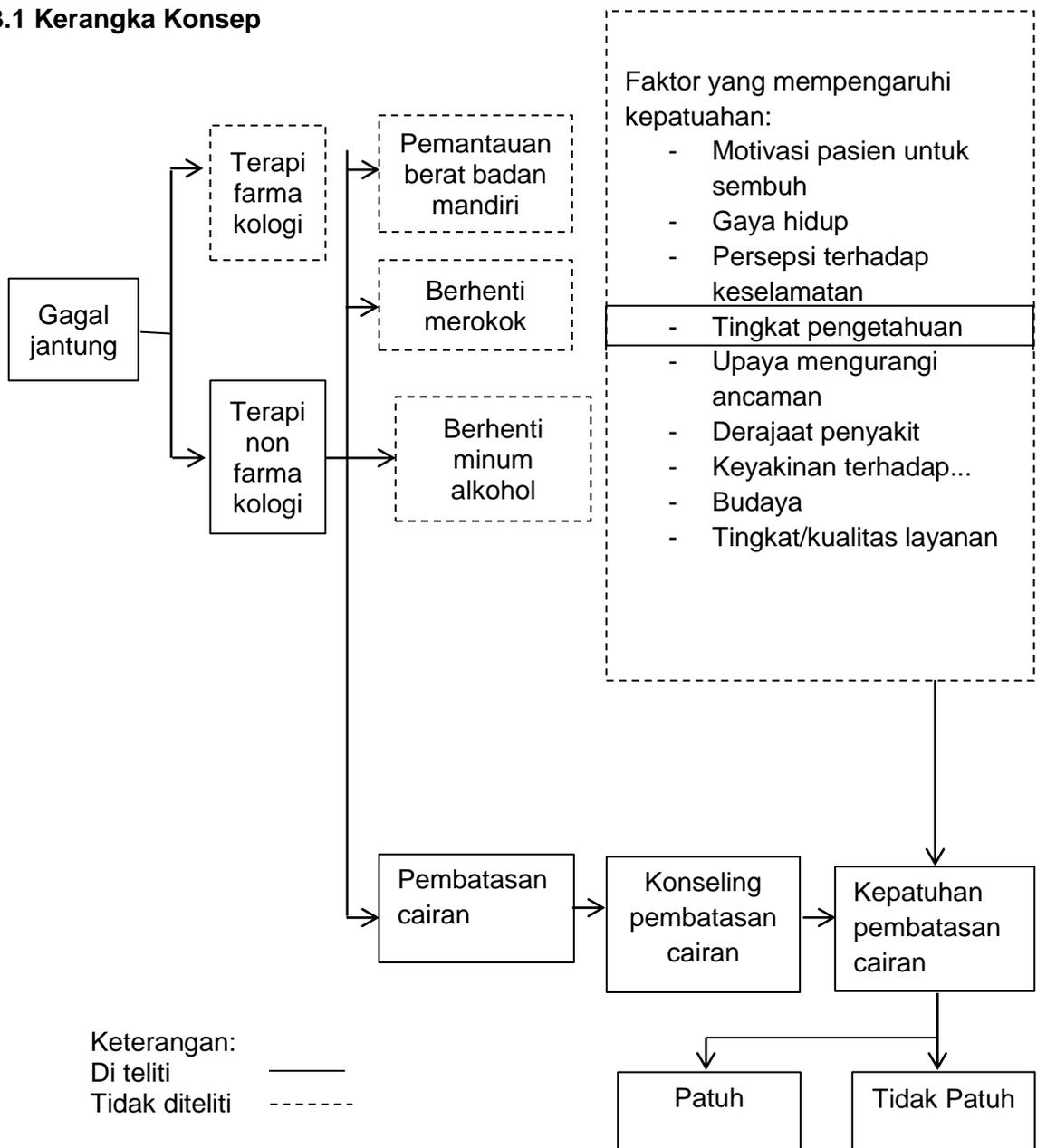
Pasien dinyatakan tidak patuh jika :

- Pasien tidak rutin mencatat input dan output dalam 24 jam
- Intake pasien $> BB \times 25\text{ml/kg/hr}$
- Balance cairan positif atau kelebihan cairan
- TTV tidak stabil, BB bertambah
- Ada tanda kelebihan cairan (edema ekstremitas, asites, sesak, edema paru (ALO), ronkhi, distensi vena leher)

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1: Kerangka konsep Pengaruh konseling pembatasan cairan pada pasien gagal jantung di Instalasi pelayanan jantung terpadu RS Saiful Anwar Malang

Gagal Jantung merupakan penyakit kronis dapat menimbulkan berbagai komplikasi, penatalaksanaan gagal jantung ialah untuk mengembalikan kualitas hidup, mengurangi frekuensi eksaserbasi gagal jantung dan memperpanjang hidup. Tujuan sekunder ialah memaksimalkan kemandirian serta kapasitas kerja dan mengurangi biaya perawatan. Untuk mencapai tujuan ini terapi harus mencakup penanggulangan etiologi dan faktor pencetus, terapi farmakologi yaitu obat-obatan yang digunakan dalam pengobatan pasien gagal jantung adalah diuretik, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE Inhibitor), Betablocker, antagonis aldosteron, Angiotensin Receptor Blocker (ARB), dan digoksin, pemberian nitrat untuk menurunkan preload jantung atau hydralazine untuk menurunkan afterload jantung (PERKI, 2015).

Tatalaksana non farmakologis yaitu dengan perubahan gaya hidup seperti ketaatan pasien berobat, pemantauan berat badan mandiri, asupan cairan, pengurangan berat badan, latihan fisik, penghentian merokok dan pembatasan jumlah alkohol. Pada gagal jantung, kepatuhan pasien terhadap rekomendasi pengobatan dan perbaikan gaya hidup mempengaruhi optimalisasi terapi dan stabilitas klinis(Holst *et al.*, 2008).

Managemen cairan sesuai kebutuhan pasien gagal jantung sangat disarankan karena dapat mencegah peningkatan berat badan dan oedema paru dan terjadi stabilitas klinis. Harapannya melalui konseling pembatasan cairan dan dipadukan dengan kartu pembatasan cairan maka pengetahuan pasien meningkat sehingga kepatuhan pasien tentang pembatasan cairan pasien dapat terkontrol yaitu input dan output cairan seimbang sehingga pengendalian diri dan stabilitas klinis terjaga dan komplikasi dapat dihindari dan kualitas hidup pasien gagal jantung meningkat (Artinian *et al.*, 2002)

3.2 Hipotesis Penelitian

Ada pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung di IPJT RS Dr. Saiful Anwar Malang.

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan *quasi eksperiment*. *Quasi eksperiment* yang menggunakan metode pre dan post design yang mana pada penelitian ini terdapat kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penelitian ini untuk mengetahui adanya pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal jantung. Kelompok kontrol diberikan pendidikan esehatan ssuai standar rumah sakit dan diberi leaflet dan tidak diberikan konseling. Kelompok intervensi diberikan perlakuan yaitu diberikan konseling.

Tabel 4.1 Design Penelitian control group

Subyek Penelitian	Hari 0	Perlakuan (X)	Hari 3
KI	0 11	X	0 21
KK	0 12	-	0 22

Keterangan:

KI : Kelompok Intervensi

KK : Kelompok Kontrol

0 11 : Hari 0 pada kelompok intervensi

0 12 : Hari 0 pada kelompok kontrol

0 21 : Hari ke 3 kelompok intervensi

0 22 : Hari ke 3 kelompok kontrol

X : Diberikan konseling

- : Tidak diberikan konseling

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gagal jantung FC III dan IV yang dirawat di ruang 5A dan 5B RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Data penderita gagal jantung yang dirawat di ruang tersebut dalam 1 bulan terakhir sebanyak 21 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik purposive sampling penderita gagal jantung yang memenuhi kriteria *inklusi* dan *eksklusi*. Pada penelitian ini diperlukan 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan:

n = perkiraan besar sampel

N = perkiraan besar populasi (21 pada bulan Desember)

Z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,005$ (1,96)

p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

q = $1 - p$ (100% - p)

d = Tingkat kesalahan yang dipilih (d= 0,05)

Sehingga didapatkan jumlah sample pada penelitian ini adalah:

$$n = \frac{21 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2 (21-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}$$

$$n = \frac{20,1684}{0,05 + 0,9604}$$

$$n = \frac{20,1684}{1,0104}$$

$$n = 19,960$$

$$n = 20 \text{ responden}$$

Sesuai dengan perhitungan jumlah sample, maka jumlah sample yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah minimal 20 pasien pada masing-masing kelompok. Untuk mencegah adanya yang drop out maka peneliti menambahkan 2 orang pasien pada masing-masing kelompok, sehingga jumlah sample 22 orang pasien gagal jantung tiap kelompok. Dengan demikian jumlah responden sebanyak 44 orang.

4.2.3 Teknik Sampling

Sampelnya adalah penderita gagal jantung yang memenuhi kriteria *inklusi* dan *eksklusi*. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik purposive sampling, dimana pemilihan subyek sesuai kriteria *inklusi* dan *eksklusi*.

1) Kriteria *inklusi* adalah sebagai berikut:

- Pasien gagal jantung yang menjalani hospitalisasi di ruang 5A dan 5B di IPJT Rumah Sakit Saiful Anwar Malang
- Klasifikasi fungsional New York Heart Association (NYHA) kelas III dan IV
- Pasien jantung dengan kondisi kesadaran penuh dan bisa berkomunikasi secara verbal dan non verbal

- Pasien jantung yang bisa mengikuti proses pemberian terapi dari awal sampai akhir penelitian
- Pasien bersedia menjadi responden penelitian
- Keterangan pasien kondisi stabil dari dokter spesialis jantung

2) *Eksklusi* adalah sebagai berikut:

- Pasien gagal jantung yang tidak kooperatif atau penurunan kesadaran
- Pasien tidak bisa membaca dan menulis
- Pasien dan keluarga yang sulit diedukasi
- Pasien yang mengalami komplikasi dengan penyakit lain

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Bebas (*independent*)

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas adalah konseling pembatasan cairan

4.3.2 Variabel Terikat (*dependent*)

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel terikat adalah kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum dr. Saiful Anwar Malang khususnya di ruang 5A dan ruang 5B pada bulan Oktober -November 2019.

4.5 Instrumen Penelitian

- a) Catatan medis / rekam medik
- b) Alat tulis
- c) Pedoman wawancara adalah instrumen pengumpulan data dalam bentuk pertanyaan tentang hal-hal yang berhubungan dengan pengetahuan tentang pembatasan cairan.
- d) Timbangan BB, timbangan tepung (menimbang pempers), alat ukur, tensimeter dan stetoskop.
- e) Satuan acara konseling materi yang digunakan sebagai panduan saat melakukan konseling untuk kelompok intervensi.
- f) Instrument pengumpulan data menggunakan catatan harian pembatasan cairan pasien dalam 24 jam. Lembar catatan harian pembatasan cairan digunakan untuk mengukur adanya tingkat kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal jantung sebelum dan sesudah dilakukan konseling, Observasi menunjukkan patuh atau tidak patuh. Kartu catatan harian pasien yang berisi tanggal dan jam makan dan minum dan pengukuran urine dalam 24 jam selama 2 hari untuk kelompok intervensi dan kontrol. Tanda kepatuhan diukur juga dari stabilitas klinis pasien ada atau tidak tanda-tanda kongesif atau cairan berlebih. Kriteria patuh dan tidak Patuh

Pasien dinyatakan patuh jika :

1. Pasien mencatat input dan output dalam 24 jam
2. Pembatasan cairan sesuai kebutuhan $BB \times (25 \text{ ml/kg/hari})$.
3. Balance cairan seimbang atau negatif
4. TTV stabil, BB stabil atau tidak ada kenaikan BB
5. Tidak ada tanda kongesif (edema ekstremitas, asites, sesak, edema paru)

Pasien dinyatakan tidak patuh jika :

1. Pasien tidak mencatat input dan output dalam 24 jam
 2. Intake pasien > BBx 25 ml/kg/hr
 3. Balance cairan positif atau kelebihan cairan
 4. TTV tidak stabil, BB bertambah
 5. Ada tanda kelebihan cairan (edema ekstremitas, asites, sesak, edema paru
- h) Leaflet yang berisi penjelasan Gagal Jantung dan pembatasan cairan pasien gagal jantung untuk pasien kontrol.
- g) Booklet
- h) Gelas Ukur Urine

LEMBAR CATATAN HARIAN PASIEN

Tanggal	Berat Badan			
Waktu (Wib)	Minum (ml)	Makan (ml)	Muntah	Urin+ BAB
07.00-14.00				
15.00-21.00				
22.00-06.00				
TOTAL 24 JAM				

4.6 Definisi Operasional

4.2 Tabel Definisi operasional

Variabel	Definisi	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen: Konseling pembedaan cairan	Proses penyampaian informasi dan pengetahuan tentang manajemen pembedaan cairan pasien gagal jantung sesuai dengan kondisinya dan membantu mengambil keputusan terkait asupan yang harus dikonsumsi. Dilakukan secara individu atau kelompok Dilakukan 2 kali dengan pelaksanaan dalam waktu 30-45 menit untuk setiap kali pertemuan dengan media booklet untuk kelompok intervensi dan leaflet untuk kelompok kontrol			Nominal
Kepatuhan Pembedaan cairan	Perilaku individu dalam melakukan perubahan gaya hidup pembedaan cairan sesuai dengan anjuran terapi dan kesehatan yaitu manajemen cairan dengan mencatat intake dan output dalam 24 jam sesuai	Kartu Pembedaan cairan. Pasien dibantu keluarga mencatat cairan dan makanan yang masuk dan keluar	Timbang badan Catatan cairan pasien	Nominal 1.Patuh 2.Tidak Patuh Kriteria patuh adalah: 1.Pasien mencatat input dan output dalam 24 jam 2.Pembedaan

	<p>dengan kebutuhan pasien dan diikuti stabilitas klinis yaitu BB stabil atau tidak ada peningkatan dan tidak ada tanda kongestif (sesak, edema ekstremitas, ronkhi, distensi vena leher, rasa haus)</p>	<p>dalam 24 jam.</p>		<p>cairan sesuai kebutuhan BBx(25ml/kg/hari</p> <p>2. Balance cairan seimbang atau negatif</p> <p>3. Tidak ada tanda kongestif atau kelebihan cairan (edema ekstremitas, asites, sesak, edema paru (ALO), distensi vena leher)</p> <p>Kriteria tidak patuh adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak mencatat input dan output dalam 24 jam 2. Intake pasien > BBx25ml/kg/hr 3. Balance cairan positif atau kelebihan cairan 4. Ada tanda kelebihan cairan yaitu (edema ekstremitas, asites, sesak, edema paru (ALO), ronkhi, distensi vena leher).
--	--	----------------------	--	---

4.7 Prosedur Penelitian

4.7.1 Prosedur Administrasi

Menyerahkan proposal yang telah disetujui oleh pembimbing untuk dapat memperoleh surat keterangan lolos uji etik dari RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Penelitian ini telah lolos kelaikan etik dengan No: 400/194/K.3/302/2018

4.7.2 Prosedur Teknis

- a. Pengumpulan data di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang di ruang 5A dan 5B IPJT.
- b. Peneliti melakukan pengambilan data pasien gagal jantung sesuai dengan kriteria inklusi pada bulan Oktober sampai Nopember 2019.
- c. Sebelum mengambil data dari pasien, peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan penelitian kepada pasien untuk meminta kesediaan pasien untuk menjadi responden.
- d. Bila pasien bersedia, peneliti meminta dengan sukarela kepada responden untuk menandatangani *informed consent*. Setelah responden menyetujui untuk ikut penelitian, responden mengisi data dengan metode wawancara. Data kebutuhan cairan diperoleh dari pengukuran peneliti dengan wawancara dengan masing-masing responden, sedangkan data diperoleh dari hasil pengisian format isian setelah pemberian konseling pembatasan cairan. Responden diminta untuk mencatat semua makanan dan minuman yang dikonsumsi beserta porsi dan Ukuran dalam 24 jam.
- e. Konseling pembatasan cairan dilakukan dengan metode individu dan kelompok intervensi yang dilakukan dalam waktu bersamaan. Pertemuan pertama yang dilakukan 45 menit ini kegiatannya ialah *pre-test* mengukur

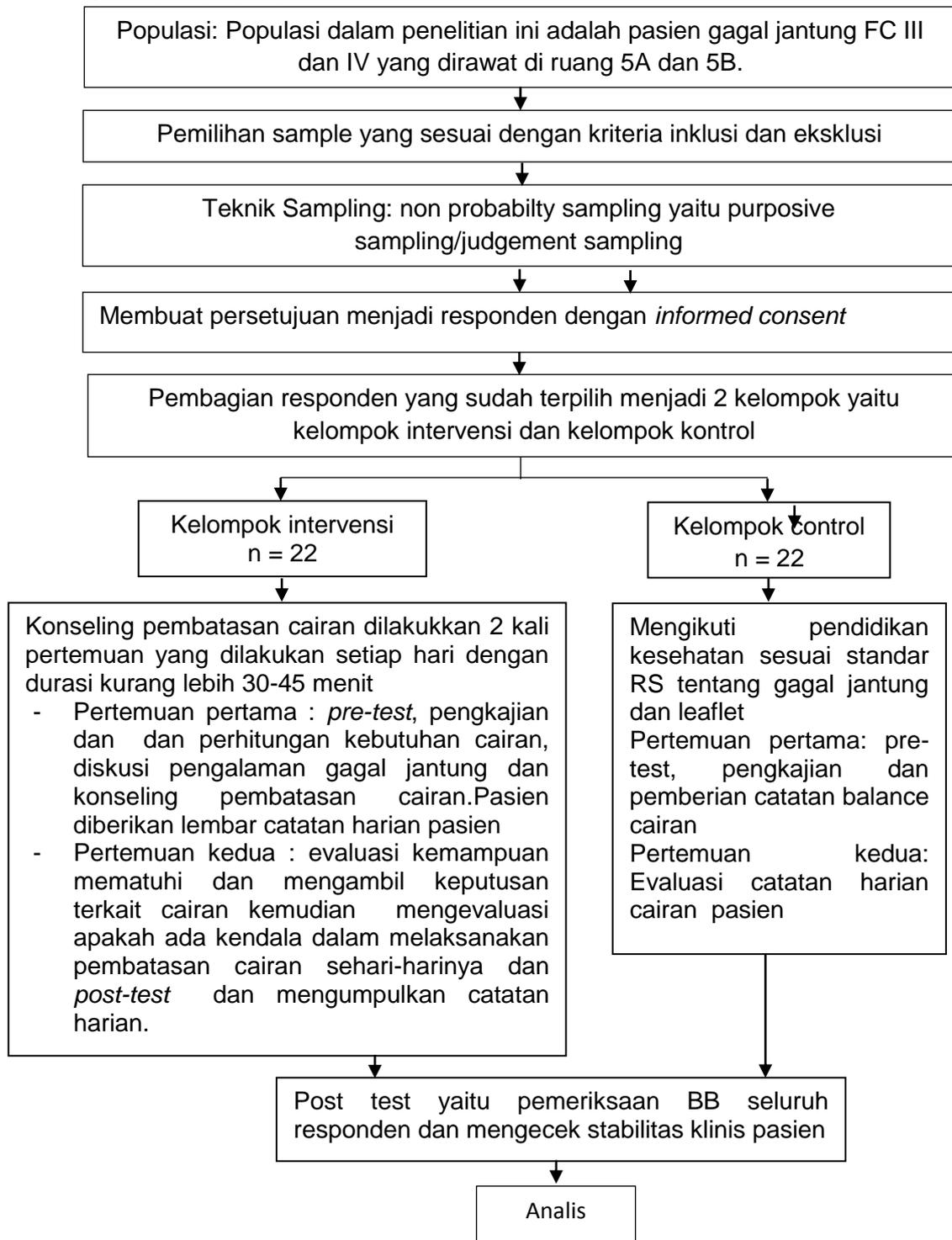
TB dan BB, pengkajian fisik (Tensi, nadi, pemeriksaan adanya tanda-tanda kongesif atau kelebihan cairan), berdiskusi terkait Gagal Jantung kemudian konseling pembatasan cairan. Hasil dari pengkajian di catat di format isian konseling kemudian dihitung di lembar perhitungan. Jumlah kebutuhan cairan yang dibutuhkan. Diskusi yang dilakukan di pertemuan ini membahas tentang persepsi responden terhadap Gagal Jantung, diskusi ini agar terjadi proses tukar pendapat antar responden satu dengan lainnya terkait pengalaman gagal jantung dan pembatasan cairan. Setelah memahami gagal jantung kemudian membahas tentang kebutuhan cairan dan mencatatnya dalam 24 jam di catatan harian pembatasan cairan. Kelompok kontrol dipertemuan pertama ini juga dilaksanakan *pre-test* mengukur TB dan BB, pengkajian fisik (Tensi,nadi,pemeriksaan adanya tanda-tanda kongesif atau kelebihan cairan), untuk mengetahui pemahaman tentang gagal jantung dan pembatasan cairan tanpa dilaksanakan konseling pembatasan cairan dan diberikan leaflet untuk dibaca responden.

- f. Pertemuan kedua diawali yang juga dilaksanakan 45 menit menanyakan dan mengevaluasi kebutuhan cairan sebelumnya apakah sesuai atau ada kendala, bila ada maka didiskusikan agar bisa saling *sharing* antar responden dan melakukan pencatatan di catatan harian cairan pasien dan evaluasi konseling pembatasan cairan diskusi hambatan selama pelaksanaan konseling pembatasan cairan maupun keluhan dan rencana yang baru serta solusi alternatif dan yang terakhir dilakukan *post-test* dan mengobservasi stabilitas klinis. Kelompok kontrol di tahap ketiga

dilaksanakan *post-test* dan mengobservasi lembar catatan pembatasan cairan.

- g. Peneliti mengumpulkan hasil pengambilan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisa.

4.7.3 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.8 Analisa Data

4.8.1 Pre Analisis Data

Data yang diperoleh dilakukan pengolahan dengan tahap-tahap sebagai berikut:

1. Editing

Pengecekan untuk wawancara, kelengkapan data, di antaranya kelengkapan identitas, wawancara dan kelengkapan catatan harian cairan, sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi segera oleh peneliti.

2. Coding

Coding merupakan kegiatan mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden kedalam kategori tertentu. Klasifikasi dilakukan dengan cara memberikan kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban. Pemberian kode ini bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam pengklasifikasian serta dalam pengolahan dan analisis data menggunakan komputer.

3. Entry data /Tabulating

Peneliti menyajikan data dalam bentuk tabel agar mudah dianalisa untuk mengetahui karakteristik responden.

4. Processing data

Setelah semua data terisi dan juga data sudah dikoding, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar dianalisis. Proses pengolahan data dilakukan dengan cara memindahkan data dari wawancara dan catatan harian cairan ke paket program komputer pengolahan data statistik.

4.8.2 Analisa Data

Data yang terkumpul diperiksa keengkapan dan kebenaran datanya. Setelah itu di masukkan ke dalam komputer untuk di analisis. Analisis data penjabarannya sebagai berikut :

a. Analisis Univariat

Analisa univariat dilakukan dengan analisis deskriptif untuk melihat karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Data kategorik akan menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase dari masing-masing variabel yaitu jenis kelamin, status perkawinan, klasifikasi NYHA, tingkat pendidikan, dan pekerjaan. Variabel numerik adalah usia, analisa variabel ini menggunakan nilai *mean* dan standar deviasi. Hasil analisis ditampilkan dalam bentuk tabel.

Sebelum melakukan analisis bivariat dilakukan uji normalitas data hasil analisis univariat. Uji normalitas data ini penting dilakukan untuk menentukan jenis uji statistik yang akan digunakan apakah jenis uji parametrik atau non parametrik. Uji normalitas yang digunakan dalam analisa data penelitian ini yaitu dengan uji *kolmogorov smirnov*. Sedangkan uji homogenitas menggunakan uji *levene*

b. Analisis Bivariat

Dalam penelitian ini, analisa bivariat digunakan untuk mengetahui pengaruh dua variabel yang terkait dengan penelitian, yang meliputi variabel bebas (*independent*) yaitu konseling pembatasan cairan sedangkan variabel tergantungnya (*dependent*) yaitu kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung. Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui Pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan

pembatasan cairan pasien gagal jantung. Variabel konseling pembatasan cairan, dan kepatuhan pembatasan cairan (nominal) maka analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan statistik parametrik, yaitu uji independent sample t-test dengan ketentuan data berdistribusi normal dan homogen. Jika hasil yang diperoleh $p < 0,05$ maka terdapat pengaruh antara variabel yang diuji dan jika $p > 0,05$ berarti tidak terdapat pengaruh antara variabel yang diuji. Uji statistik non parametrik dengan *Mann Whitney* dilakukan apabila data tidak berdistribusi normal dan tidak homogen. Uji ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung Klasifikasi fungsional New York Heart Association (NYHA) kelas III dan IV yang mendapatkan perlakuan konseling dengan yang mendapatkan leaflet di rumah sakit. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, itu artinya ada pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian ini telah lolos kelaikan etik dengan No: 400/194/K.3/302/2018. Semua penelitian yang melibatkan manusia sebagai subyek penelitian, harus mencakup empat prinsip dasar etika penelitian yaitu, menghormati orang lain (*respect for person*), manfaat (*beneficence*), tidak membahayakan subyek penelitian (*non-maleficence*), dan keadilan (*justice*).

1. *Respect for Person*

Menurut Kemenkes RI (2005) menghormati orang lain (*respect for person*) merupakan bentuk penghormatan terhadap martabat manusia sebagai pribadi

(personal) yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan sekaligus bertanggung jawab secara pribadi atas keputusan yang diambilnya. Prinsip ini secara mendasar bertujuan:

- a. Menghormati otonomi, mempersyaratkan bahwa manusia yang mampu menalar pilihan pribadinya harus diperlakukan dengan menghormati kemampuannya untuk mengambil kemampuannya untuk mengambil keputusan mandiri (*self determination*)
- b. Melindungi manusia yang otonominya terganggu atau kurang, mempersyaratkan bahwa manusia yang berketergantungan (*dependent*) atau rentan (*vulnerable*) perlu diberikan perlindungan terhadap kerugian atau penyalahgunaan (*harm and abuse*)

Pada penelitian ini, peneliti memberikan informasi pada responden dengan tujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan peneliti serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika subyek bersedia, maka lembar persetujuan dapat ditandatangani oleh subyek. Peneliti juga tidak mencantumkan nama responden, namun mencantumkan inisial untuk melindungi informasi pribadi klien serta penelitian ini tidak bersifat memaksa dan tidak terdapat konsekuensi apabila pasien menolak untuk menjadi responden.

2. *Beneficence*

Prinsip etik berbuat baik (*beneficence*) yaitu menyangkut kewajiban membantu orang lain dilakukan dengan kerugian minimal. Diikutsertakannya subyek manusia dalam penelitian kesehatan dimaksudkan untuk membantu tercapainya tujuan penelitian yang dilakukan. Prinsip ini mempersyaratkan berbagai hal yaitu:

- a. Risiko penelitian harus wajar (*reasonable*) dibanding manfaat yang diharapkan
- b. Desain penelitian harus memenuhi persyaratan ilmiah (*scientifically sound*)
- c. Para peneliti mampu melaksanakan penelitian sekaligus mampu menjaga kesejahteraan subjek penelitian
- d. Diikuti prinsip *do no harm* yaitu tidak merugikan subjek penelitian (Kemenkes RI, 2005)

Dalam penelitian ini responden dapat menambah informasi tentang pengaruh konseling pembatasan cairan terhadap kepatuhan pembatasan cairan di IPJT RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

3. *Non-maleficence*

Tujuan prinsip ini adalah untuk melindungi seseorang yang tidak mampu (cacat) atau orang yang non-otonomi. Seperti yang telah dijelaskan bahwa subyek penelitian dilindungi oleh prinsip berbuat baik (*beneficence*). Prinsip ini mengemukakan bahwa keharusan untuk tidak melukai orang lain (Afandi, 2017).

Penelitian ini dilakukan tanpa menyakiti atau melukai perasaan ataupun fisik responden baik sebelum, selama ataupun sesudah keikutsertaan dalam penelitian. Penelitian ini menggunakan metode wawancara langsung serta tidak memberikan intervensi apapun pada responden. Saat dilakukan wawancara tidak ada pasien yang mengalami kelelahan, dan saat melakukan wawancara membutuhkan waktu sekitar kurang lebih 20 menit.

4. *Justice*

Prinsip etik keadilan (*justice*) mengacu pada kewajiban peneliti untuk memperlakukan subyek penelitian dengan layak berdasarkan moral dalam

memperoleh haknya. Prinsip etik keadilan mempersyaratkan pembagian seimbang dalam hal beban dan manfaat yang diperoleh subyek dari keikutsertaan dalam penelitian (Kemenkes RI, 2005)

Dalam penelitian ini, responden diperlakukan secara adil tanpa deskriminasi satu dengan lainnya baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaan dalam penelitian.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Penelitian ini dilakukan di RS Saiful Anwar Malang yaitu di ruang 5A dan 5B IPJT. Subyek yang diteliti adalah orang dengan gagal jantung FC III dan IV. Skrening awal bisa dilakukan dengan cara memeriksa status dan memeriksa kondisi pasien, setelah itu dilakukan *informed consent*. Penelitian ini mendapatkan jumlah populasi sebesar 46 orang pasien gagal jantung sampel yang diperoleh sesuai kriteria inklusi sejumlah 44 sampel. 2 responden dieksklusi karena mempunyai komplikasi gagal ginjal dan harus cuci darah dan tidak kooperatif. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober-November 2019.

5.1 Karakteristik Dasar Responde

Dalam penelitian ini, untuk memberikan gambaran secara umum mengenai karakter responden diperoleh informasi mengenai usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, dan NYHA dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Karakteristik Responden		Konseling		Kontrol	
		(n=22)		(n=22)	
Jenis Kelamin	Laki-laki	13	(59.1%)	9	(40.9%)
	Perempuan	9	(40.9%)	13	(59.1%)
Usia	Mean (SD)	57.5	± 11.4	61.2	± 12
Status Pernikahan	Menikah	18	(81.8%)	21	(95.5%)
	Duda/Janda	4	(18.2%)	1	(4.5%)
Pendidikan	Tidak sekolah	1	(4.5%)	0	(0.0%)
	SD	2	(9.1%)	4	(18.2%)
	SMP	7	(31.8%)	7	(31.8%)
	SMA	11	(50.0%)	7	(31.8%)
	PT	1	(4.5%)	4	(18.2%)
Status Bekerja	Bekerja	12	(54.5%)	15	(68.2%)
	Tidak bekerja	10	(45.5%)	7	(31.8%)
Klasifikasi NYHA	3	20	(90.9%)	19	(86.4%)
	4	2	(9.1%)	3	(13.6%)
Lama Menderita HF	<1 bulan	3	(13.6%)	5	(22.7%)
	1-6 bulan	6	(27.3%)	6	(27.3%)
	7-12 bulan	10	(45.5%)	5	(22.7%)
	>12 bulan	3	(13.6%)	6	(27.3%)
MRS ke	1	16	(72.7%)	14	(63.6%)
	2	5	(22.7%)	6	(27.3%)
	3	1	(4.5%)	1	(4.5%)
	4	0	(0.0%)	1	(4.5%)
Riwayat Konseling pembatasan Cairan	Ya	0	(0.0%)	2	(9.1%)
	Tidak	22	(100.0%)	20	(90.9%)
Pemahaman Resiko kelebihan cairan	Ya	2	(9.1%)	2	(9.1%)
	Tidak	20	(90.9%)	20	(90.9%)

Keterangan : Data disajikan dalam n (%) / \pm SD

Berdasarkan Tabel 5.1 dapat diketahui jumlah responden 22 kelompok intervensi dan 22 responden kelompok kontrol. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin diperoleh responden laki-laki sebanyak 22 orang dan responden perempuan sebanyak 22 orang. Karakteristik responden meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, NYHA. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin diperoleh responden laki-laki sebanyak 22 orang dan responden perempuan sebanyak 22 orang. Karakteristik responden berdasarkan umur diperoleh responden rata-rata umur responden adalah 59 tahun. Karakteristik responden berdasarkan status pernikahan diperoleh responden memiliki status menikah sebanyak 39 orang dan responden memiliki status duda/janda sebanyak 5 orang. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan diperoleh responden dengan pendidikan SD sebanyak 6 orang, responden dengan pendidikan SMP sebanyak 14 orang, responden dengan pendidikan SMA sebanyak 18 orang, dan responden dengan pendidikan PT sebanyak 5 orang. Karakteristik responden berdasarkan status bekerja diperoleh responden bekerja sebanyak 27 orang dan responden tidak bekerja sebanyak 17 orang.

Deskripsi klasifikasi NYHA diperoleh responden dengan klasifikasi 3 sebanyak 39 orang dan klasifikasi 4 sebanyak 5 orang. Deskripsi lama menderita HF diperoleh responden menderita HF selama <1 bulan sebanyak 8 orang, menderita HF selama 1-6 bulan sebanyak 12 orang, menderita HF selama 7-12 bulan sebanyak 15 orang, dan menderit HF selama >12 bulan sebanyak 9 orang. Deskripsi MRS diperoleh responden MRS ke 1 sebanyak 30 orang, MRS ke 2 sebanyak 11 orang, MRS ke 3 sebanyak 2 orang, dan MRS ke 4 sebanyak 1 orang.

Deskripsi konseling diperoleh responden melakukan konseling sebanyak 2 orang dan tidak melakukan konseling sebanyak 42 orang. Deskripsi pemahaman resiko diperoleh responden memiliki pemahaman resiko sebanyak 4 orang dan tidak memiliki pemahaman resiko sebanyak 40 orang.

5.2 Kondisi Klinis Responden

Untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan kondisi klinis sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intrvensi dan kelompok kontrol, maka dilakukan analisis sebagaimana disajikan pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Kondisi Klinis Responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Kondisi Klinis		Intervensi (n=22)				Kontrol (n=22)			
		Sebelum		Setelah		Sebelum		Setelah	
Keluhan Haus	Ya	19	(86.4%)	19	(86.4%)	19	(86.4%)	5	(22.7%)
	Tidak	3	(13.6%)	3	(13.6%)	3	(13.6%)	1	(4.5%)
Ronchi	Ya	12	(54.5%)	7	(31.8%)	1	(4.5%)	2	(9.1%)
	Tidak	10	(45.5%)	15	(68.2%)	21	(95.5%)	20	(90.9%)
Whezing	Ya	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
	Tidak	22	(100.0%)	22	(100.0%)	22	(100.0%)	22	(100.0%)
Tanda edema	Ya	2	(9.1%)	4	(18.2%)	1	(4.5%)	1	(4.5%)
	Tidak	20	(90.9%)	18	(81.8%)	21	(95.5%)	21	(95.5%)
Asites	Ya	1	(4.5%)	1	(4.5%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
	Tidak	21	(95.5%)	21	(95.5%)	22	(100.0%)	22	(100.0%)
Berat Badan		61	± 8.1	59	± 7.9	63	± 12	63	± 12
RR		20.8	± 1.2	21.0	± 1.0	20.8	± 1.2	21.0	± 1.0

Keterangan: Data disajikan dalam n (%) atau rata-rata \pm SD

Keluhan haus kelompok konseling diperoleh 19 orang mengalami keluhan haus dan 3 orang tidak mengalami keluhan haus, kemudian kelompok kontrol

diperoleh 19 orang mengalami keluhan haus dan 3 orang tidak mengalami keluhan haus.

Ronchi pada kelompok konseling sebelum intervensi diperoleh hasil mayoritas mengalami ronchi sebanyak 12 orang, kemudian sesudah intervensi diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami ronchi sebanyak 15 orang. Deskripsi ronchi kelompok kontrol sebelum intervensi diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami ronchi sebanyak 21 orang, kemudian sesudah perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami ronchi sebanyak 20 orang.

Wheezing kelompok intervensi sebelum perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami wheezing sebanyak 22 orang, kemudian sesudah perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami wheezing sebanyak 22 orang. Deskripsi wheezing kelompok kontrol sebelum perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami wheezing sebanyak 22 orang, kemudian sesudah perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami wheezing sebanyak 22 orang.

Edema kelompok intervensi sebelum perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami tanda edema sebanyak 20 orang, kemudian sesudah perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami tanda edema sebanyak 18 orang. Deskripsi tanda edema kelompok kontrol sebelum perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami tanda edema sebanyak 21 orang, kemudian sesudah perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami tanda edema sebanyak 21 orang.

Asites kelompok intervensi sebelum perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami asites sebanyak 21 orang, kemudian sesudah perlakuan diperoleh

hasil mayoritas tidak mengalami asites sebanyak 21 orang. Deskripsi asites kelompok kontrol sebelum perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami asites sebanyak 22 orang, kemudian sesudah perlakuan diperoleh hasil mayoritas tidak mengalami asites sebanyak 22 orang.

5.3 Kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan

Analisis perbedaan kepatuhan catatan harian cairan sebelum dan sesudah perlakuan pada masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji Wilcoxon, yaitu dengan membandingkan nilai signifikansi dengan nilai alpha, apabila nilai signifikansi kurang dari alpha berarti menunjukkan adanya perbedaan signifikan. Berikut disajikan hasil uji Wilcoxon pada masing-masing kelompok.

Untuk mengetahui perbedaan kepatuhan sebelum dan sesudah diberikan konseling pembatasan cairan pasien gagal jantung pada kelompok intervensi, maka dilakukan analisis sebagaimana disajikan pada tabel 5.3

Tabel 5.3 Perbedaan Kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan pada kelompok Intervensi

Kelompok Intervensi		Sebelum	Setelah	P
Kepatuhan	Patuh	6 (27.3%)	16 (72.7%)	0.002
	Tidak patuh	16 (72.7%)	6 (27.3%)	

Berdasarkan tabel 5.3 kepatuhan sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,002 ($p < 0,05$) sehingga ditemukan adanya perubahan kepatuhan sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi, artinya perlakuan yang diberikan pada kelompok intervensi secara efektif mampu untuk meningkatkan kepatuhan catatan harian cairan.

5.4 Kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan pada kelompok kontrol

Untuk mengetahui perbedaan kepatuhan sebelum dan sesudah diberikan perlakuan pembatasan cairan pasien gagal jantung pada kelompok kontrol, maka dilakukan analisisi sebagaimana disajikan pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan pada kelompok Kontrol

Kelompok Kontrol		Sebelum	Setelah	P
Kepatuhan	Patuh	5 (22.7%)	6 (27.3%)	0.739
	Tidak patuh	17 (77.3%)	16 (72.7%)	

Berdasarkan tabel 5.4 Kepatuhan sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,739 ($p > 0,05$) sehingga tidak ditemukan adanya perubahan kepatuhan sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol, artinya perlakuan yang diberikan pada kelompok kontrol tidak mampu untuk meningkatkan kepatuhan catatan harian cairan.

5.5 Analisis Perbedaan Kepatuhan Sebelum dan Sesudah Perlakuan Antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Analisis perbedaan kepatuhan catatan harian cairan sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan uji Mann-Whitney, yaitu dengan membandingkan nilai signifikansi dengan nilai alpha, apabila nilai signifikansi kurang dari alpha berarti menunjukkan adanya perbedaan signifikan. Berikut disajikan hasil uji Wilcoxon pada masing-masing kelompok.

5.5.1 Perbedaan Kepatuhan kelompok intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum perlakuan

Untuk mengetahui perbedaan kepatuhan pembatasan cairan kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum perlakuan maka dilakukan analisis sebagaimana pada tabel 5.5

Tabel 5.5 Analisis Perbedaan Kepatuhan Catatan Harian Cairan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sebelum Perlakuan

Analisis Perbedaan		Intervensi		Kontrol		P
Kepatuhan	Patuh	6	27.3%	5	22.7%	0.731
	Tidak patuh	16	72.7%	17	77.3%	
		22	100.0%	22	100.0%	

Sumber: : Data dianalisis menggunakan Mann-Whitney

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa Kepatuhan sebelum perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,731 ($p > 0,05$) sehingga ditemukan tidak ada perbedaan kepatuhan sebelum perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

5.5.2 Perbedaan Kepatuhan kelompok intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah perlakuan

Untuk mengetahui perbedaan kepatuhan pembatasan cairan kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah perlakuan maka dilakukan analisis sebagaimana pada tabel 5.6

Tabel 5.6 Perbedaan Kepatuhan Catatan Harian Cairan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Sesudah perlakuan

Analisis perbedaan		Intervensi (n=22)	Kontrol (n=22)	P
Kepatuhan	Patuh	16 (72.7%)	6 (27.3%)	0.003
	Tidak patuh	6 (27.3%)	16 (72.7%)	

Keterangan: Data dianalisis menggunakan Mann-Whitney

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa Kepatuhan sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,003 ($p < 0,05$) sehingga ditemukan adanya perbedaan kepatuhan sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Kepatuhan Pembatasan Cairan Pasien Gagal Jantung Sebelum Dan Sesudah diberikan Perlakuan Pada Kelompok Intervensi

Kepatuhan pembatasan cairan yang telah dianalisis dalam penelitian ini sebelum dilakukan konseling pembatasan cairan yang tidak patuh 16 responden (72,7%) dan yang patuh 6 responden (27,3%). Setelah pemberian konseling pembatasan cairan didapatkan peningkatan kepatuhan yaitu 16 responden (72,7%) dan responden yang tidak patuh menurun menjadi 6 responden (27,3%). Sehingga ditemukan adanya perubahan kepatuhan sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok konseling, artinya perlakuan yang diberikan pada kelompok konseling secara efektif mampu untuk meningkatkan kepatuhan catatan harian cairan.

Kunjungan atau banyaknya pertemuan yang dilakukan pasien Gagal Jantung dalam pemberian konseling pembatasan cairan dapat meningkatkan kepatuhan pasien Gagal Jantung dalam menjalankan pembatasan cairan karena semakin meningkatnya frekuensi kunjungan dapat memberikan edukasi sebanyak 2-4 kali yang meningkatkan kepatuhan 61,8% (Afifah, 2016). Perbedaan rata-rata balance cairan sebelum dan sesudah konseling kepatuhan balance cairan juga dijelaskan oleh Sasongko (2014) dalam penelitiannya, serta perubahan gagal jantung dalam penelitian ini dapat dipengaruhi oleh monitoring keseimbangan cairan selama penelitian yang dilakukan setiap hari.

Perilaku patuh terhadap pembatasan cairan yang didukung oleh keluarga akan membiasakan responden untuk konsumsi cairan yang dikonsumsi dalam 24 jam. Proses konseling pembatasan cairan akan mempengaruhi kondisi klinis responden. Kelompok konseling sebelum diberikan intervensi didapatkan Ronchi positif 12 responden (54,5%) dan setelah diberikan intervensi menjadi 7 responden (31,8%) yang positif ronchi. Tanda edema kelompok konseling 2 responden (9,1%) setelah diberikan intervensi pembatasan cairan 0 responden (0%). Hal ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Smeltzer & Bare (2012) bahwa salah satu faktor terjadinya rawat inap ulang pasien penyakit jantung koroner adalah tidak patuh atau melanggar pembatasan cairan. Manajemen nutrisi pada pasien penyakit jantung koroner adalah untuk mengurangi natrium dan retensi cairan.

Ketidakpatuhan dapat diklasifikasikan menjadi ketidakpatuhan yang disengaja dan tidak disengaja. Ketidakpatuhan yang disengaja merupakan sebuah sikap yang ditimbulkan karena sebuah alasan dan melalui sebuah perencanaan dari perilaku yang bersangkutan. Keyakinan merupakan salah satu prediktor kuat dari sebuah sikap yang disengaja. Oleh karena itu menanamkan persepsi positif mengenai keyakinan akan terapi pembatasan cairan merupakan salah satu syarat tercapainya kepatuhan pasien dalam menjalani terapi non farmakologi (Holst, 2008).

Konseling sebagai salah satu cara untuk meningkatkan kepatuhan terhadap intake cairan dilakukan melalui pemberian informasi atau edukasi. Pemberian edukasi ini termasuk dalam sumber efikasi persuasi sosial. Informasi tentang kemampuan yang disampaikan secara verbal oleh seseorang yang berpengaruh

biasanya digunakan untuk meyakinkan seseorang bahwa ia cukup mampu melakukan suatu tugas (Bandura, 1994).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa mayoritas responden pada penelitian ini kelompok konseling dan kontrol merupakan responden yang berstatus menikah yaitu sebanyak 18 responden (81,8%) dan kelompok kontrol 21 responden (95,5%) . Hal ini sesuai dengan penelitian Auld *et al* (2018) yaitu 94 dari 146 responden (64,4 %) berstatus menikah atau tinggal dengan pasangan, dan menunjukkan bahwa responden yang telah menikah ataupun tinggal bersama pasangan dapat mempengaruhi kepatuhan perawatan diri pasien gagal jantung. Hal ini disebabkan karena pasien gagal jantung tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri dan dengan adanya pasangan, sehingga meningkatkan kepatuhan dapat menjadi *support system* dalam membantu pasien dalam melakukan perawatan dirinya .

Menurut Brunner & Suddarth (2002) banyak faktor yang mempengaruhi kepatuhan non farmakologi seperti tiga diantaranya usia, jenis kelamin, pendidikan. Pada penelitian ini responden usia lebih tua lebih banyak yang patuh. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menunjukkan responden sebagian besar berada pada rentang usia 51-70 tahun yaitu sebanyak 17 orang dari 22 kelompok konseling dan 18 orang dari kelompok kontrol. Hal ini sesuai dengan penelitian Tambuwun dkk (2016) dimana usia terbanyak pada penelitiannya pada usia 60-70 tahun dan terendah pada usia <40 tahun dan didukung juga penelitian yang dilakukan Steinhagen Thiessen *et al* (2008) yang menyebutkan bahwa orang yang berumur lanjut usia 61-70 tahun cenderung berisiko terjadinya penyakit gagal jantung, pada

usia tersebut terjadi perubahan pada sistem kardiovaskuler. Menurut jurnal Llyod Jones *et al* (2010), mengatakan bahwa dengan seiring peningkatan usia meningkat pula risiko terjadi penderita penyakit gagal jantung dan angka kematian yang disebabkan penyakit gagal jantung dan menyebutkan bahwa seseorang yang mempunyai penyakit gagal jantung pada umumnya berusia 50-70 tahun dan pada usia ini biasanya terjadi peningkatan terjadinya hipertensi atrial yang menandakan terjadinya perkembangan penyakit jantung. Hal ini sesuai dengan menjelaskan Paradise (2014) yang menjelaskan bahwa pasien dengan usia yang lebih tua mempunyai kepatuhan yang lebih tinggi dikarenakan pada usia tersebut memiliki kesehatan yang lebih parah sehingga termotivasi untuk sembuh.

Konseling pembatasan terjadi diskusi hangat antar responden dan konselor terkait kebiasaan konsumsi cairan sehingga komunikasi terjadi dua arah. Responden Gagal jantung yang berhasil memahami konseling yang diberikan akan berpengaruh pada kepatuhan terkendalinya yang dilihat dari kepatuhan responden dibantu keluarga mencatat setiap cairan masuk dan keluar dan mengatur pola cairan.

6.2 Kepatuhan Pembatasan Cairan Pasien Gagal Jantung Sebelum dan Sesudah Perlakuan pada Kelompok Kontrol

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil responden sebelum perlakuan yaitu pemberian leaflet memiliki kepatuhan pencatatan cairan sebanyak 5 responden (22,7%), 17 responden (77,3%) dengan tidak patuh. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien gagal jantung pada

penelitian ini responden pada penelitian ini memiliki kepatuhan yang rendah. Nilai signifikansi sebesar 0,739 ($p > 0,05$) sehingga tidak ditemukan adanya perubahan kepatuhan sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi, artinya perlakuan yang diberikan pada kelompok intervensi tidak mampu untuk meningkatkan kepatuhan catatan harian cairan.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa mayoritas responden kelompok kontrol dan tidak patuh pada pembatasan cairan pendidikan SMP dan SMA. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Dewi (2018) yang sebagian besar respondennya sebagian besar merupakan pasien gagal jantung yang berpendidikan SMA. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap tingkat menerima informasi dan mengelolanya menjadi perilaku baik maupun buruk, sehingga hal tersebut berpengaruh pada status kesehatannya. Dengan kata lain semakin tinggi pendidikan seseorang dan pengetahuan seseorang semakin tinggi pula perilaku seseorang dalam mencegah terjadinya penyakit yaitu salah satunya mencegah penyakit gagal jantung (Cekti, 2008).

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa mayoritas responden merupakan responden yang telah mengalami gagal jantung selama lebih dari 1 bulan 17 responden (77,3%) kelompok kontrol. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Dewi (2018) yang sebagian respondennya mengalami gagal jantung selama 1-5 tahun (81,0%). Semakin lama pasien mengalami gagal jantung, jantung akan mengalami penurunan fungsi dan terjadi penurunan cardiac output yang menyebabkan jantung berkerja kuat untuk memenuhi kebutuhan tubuh sehingga mempengaruhi kepatuhan (Harigustian, 2017).

Nilai rata-rata *balance* cairan sebelum diberi leaflet patuh negatif (-500 cc/24 jam dan tidak patuh positif (+382 cc/24 jam). Setelah diberikan leaflet patuh pada pencatatan harian nilai *balance* negatif (-875 cc/24 jam) dan tidak patuh mencatat 16 responden (72,7%) dengan *balance* cairan positif (+497 cc/24 jam). Responden mayoritas tidak patuh mencatat minum dan luaran cairan dalam 24 jam. Hal ini didukung oleh penelitian bahwa pasien hemodialisa dianjurkan membatasi konsumsi cairan dalam sehari (Marantika & Devi, 2014). Pasien hemodialisa urin tidak lebih dari 200-300 mL setiap hari oleh karena itu disarankan mengkonsumsi cairan tidak lebih dari 500 mL atau setara 2 gelas perhari. Anjuran ini disertai anjuran untuk membatasi konsumsi garam. Konsumsi air dan garam berlebihan akan menyebabkan pulmonary edema yaitu kondisi dimana cairan memasuki paru-paru, hipertensi, sesak nafas, menggigil, kecemasan, panik, kejang otot dan bahkan kematian mendadak (Denhaerynck *et al.*, 2007).

6.3 Perbandingan Perbedaan Kepatuhan Pembatasan cairan antara Kelompok Konseling dan Kelompok Kontrol

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan didapatkan perbedaan kepatuhan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi yaitu 16 responden (72,7%) patuh terhadap pencatatan *balance* cairan dan 6 responden (27,3%) tidak patuh. Kelompok kontrol hasil responden yang patuh pada pencatatan *balance* cairan 6 responden (27,3%) dan responden yang tidak patuh 16 responden (72,7%). Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa konseling pembatasan cairan meningkatkan kepatuhan pembatasan cairan. Penelitian ini sejalan dengan

penelitian Bastable (20) pada pasien gagal jantung dimana pasien memiliki tingkat kepatuhan minum obat rendah (73,3%), 23,3% responden kepatuhan sedang dan 3,3% kepatuhan tinggi. Namun tidak sejalan dengan penelitian Raudatussalamah (2016) pada pasien Hipertensi mayoritas responden memiliki kepatuhan sedang 45,87%.

Konseling pembatasan cairan dilakukan empat tahapan selama penelitian. Tahap pertama konselor menciptakan kerjasama dan hubungan saling percaya agar diproses selanjutnya mudah dilaksanakan, dalam penelitian ini konselor memperkenalkan diri dan kelompok kepada para responden dan responden juga memperkenalkan diri kepada konselor. Perkenalan ini menjadi tahap awal untuk membina hubungan saling percaya yang selanjutnya konselor menjelaskan asal dan tujuan kegiatan dilakukan, saat penelitian dilakukan para responden terbuka dan menerima kehadiran program. Sikap terbuka dan penerimaan menjadi awal dari proses konseling untuk saling mengetahui siapa dan apa maksud tujuannya. Konselor kemudian menanyakan dan mengklarifikasi yang dianggap responden menjadi suatu masalah serta konselor melakukan pengkajian agar mengetahui masalah responden secara mendalam. Masalah dalam penelitian ini berkaitan dengan Gagal Jantung dan pola konsumsi cairan dan luaran cairan responden. Proses awal ini merupakan bagian yang penting karena harus saling memahami dan menerima sehingga kondisi hubungan konseling yang efektif tercapai, selain itu inti masalah harus ditemukan pada proses ini (Keliat, 2005).

Pembatasan cairan yang menjadi masalah dari hasil pengkajian di tahap awal konseling perlu digali secara mendalam karena apabila tidak didapatkan maka

tujuan terkontrolnya pembatasan cairan bisa terhambat akibat tidak sesuaiya asupan cairan sesuai rencana penatalaksanaan. Penelitian lain tentang konseling Tjokoprawiro (2012) menyebutkan tidak terkontrolnya konsumsi cairan dipengaruhi oleh pengaturan cairan salah satunya asupan cairan berpengaruh pada stabilitas klinis sehingga penting dilakukan salah satunya dengan metode konseling.

Tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses (Stuart,G.W,1998). Penyampaian informasi berkaitan dengan penyelesaian masalah klien, diskusi antar anggota sehingga terjadi pertukaran informasi dan pengalaman dalam konsumsi cairan sehari-hari, pendampingan responden agar mampu mengambil keputusan yang terbaik untuk dilakukan dalam menangani gagal jantung dilakukan dalam tahap kerja. Pada tahap ini, saat klien merasa setuju dan mengetahui akan keterlibatannya dalam konseling pembatasan maka disini terjadi proses penerimaan informasi dan pengambilan keputusan yang akan terjadi pada peningkatan pengetahuan dan kepatuhan sehingga berdampak pada pengendalian kelebihan cairan gagal jantung.

Selama penelitian berlangsung, masalah utama dari responden tentang jumlah cairan yang dikonsumsi akan diuraikan penyelesaiannya melalui perhitungan kebutuhan cairan masing-masing responden. Selama tahap ini selain menentukan jumlah kebutuhan cairan dengan asupan yang harus dikonsumsi konselor bisa mengeksplor secara mendalam faktor-faktor lain yang berkontribusi dalam permasalahan utama responden sehingga pada tahap kerja bisa semua di diselesaikan. Konseling yang dilakukan secara mendalam menurut Wibisono (2012) akan berdampak pada pengontrolan cairan. Sejalan dengan pernyataan tersebut, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa konseling cairan yang dilakukan kepada

kelompok intervensi dapat mengontrol pembatasan cairan sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan konseling cairan terjadi peningkatan rata-rata kelebihan cairan.

Hasil yang menunjukkan perbedaan kepatuhan pembatasan cairan berkaitan dengan proses konseling yang melibatkan responden gagal jantung dalam menentukan jumlah cairan masuk dan cairan keluar mengukur selama konseling dan responden dapat bertanya tentang pengaturan kebutuhan cairan. Responden selama konseling memiliki banyak kesempatan untuk menyampaikan yang dirasakan sehingga harapannya pengetahuan menjadi meningkat dan sikap positif yang akan berpengaruh terhadap praktik pengaturan cairan yang tepat sehingga mencegah kelebihan cairan yang dapat menyebabkan edema paru (Jazilah, 2002). Pengaturan cairan masuk dan keluar lewat konseling pembatasan cairan disesuaikan dengan kebiasaan responden sehingga terjadi komunikasi dua arah antara konselor dan responden. Komunikasi tersebut dilakukan dengan pemberian materi dan diskusi pengalaman sehingga pertukaran informasi antar responden diharapkan menambah pengetahuan.

Tahap terakhir dalam konseling pembatasan cairan ialah terminasi, dimana pada pertemuan ini mengevaluasi semua rangkaian kegiatan yang bertujuan melihat apakah terjadi perubahan sikap dan perilaku akibat peningkatan pengetahuan gagal jantung yang membuat responden dapat mengambil keputusan terkait pembatasan cairan yang berdampak pada tercapainya stabilitas klinis. Evaluasi menjadi tanda berakhirnya proses konseling cairan karena telah tercapai *Transfer of Learning* pada responden. Menilai keefektifan dari tindakan juga dilakukan dalam konseling

pembatasan cairan sebagai tahap akhir mengakhiri hubungan konseling pembatasan cairan.

Pemahaman resiko kelebihan cairan tidak dipahami oleh responden kelompok intervensi 20 responden (90,9%) dan kelompok kontrol 20 responden (90,9%) konseling pembatasan cairan merupakan terapi non farmakologis pengelolaan gagal jantung dengan perencanaan dan menghitung jumlah cairan yang dikonsumsi responden. Tujuan penatalaksanaan gagal jantung jangka pendek yaitu menghilangkan keluhan dan gejala, mempertahankan rasa nyaman, dan mencapai stabilitas klinis, sedangkan pengelolaan jangka panjang bertujuan menghambat dan mencegah timbulnya kegagalan terapi dan menimbulkan komplikasi (Holst, 2008).

Faktor lain untuk kontrol pembatasan cairan yang berpengaruh dalam pelaksanaan konseling pembatasan cairan dan pelaksanaan pencatatan catatan harian cairan ialah responden lupa mencatat dan mengukur jumlah cairan yang masuk dan keluar sehingga responden tidak dapat memantau kelebihan cairan. Pemantauan cairan penting dilakukan karena menjadi indikator terapi non farmakologi dan menjaga stabilitas klinis.

6.4 Implikasi Keperawatan

6.4.1 Ilmu Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh antara pemberian konseling terhadap kepatuhan pembatasan cairan pada pasien gagal jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi keperawatan bahwa intervensi

konseling pembatasan cairan lebih efektif dalam meningkatkan kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal jantung, bila dibandingkan dengan leaflet. Konseling menumbuhkan kerjasama dan komunikasi yang baik antara konselor dapat menggali pengetahuan responden kemudian mengembangkan pengetahuan menjadi lebih baik. Peningkatan pengetahuan terjadi karna ada faktor pengulangan informasi yang diberikan pada saat konseling. Kegiatan konseling pembatasan cairan menjadi salah satu ilmu yang dapat diajarkan pada mahasiswa keperawatan, dan menjadi bekal yang nantinya dibawa dalam melakukan praktik keperawatan.

6.4.2 Implikasi Terhadap Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya tentang pentingnya pembatasan cairan yaitu dapat melakukan penelitian mengenai pengaruh pemberian konseling dan observasi pembatasan cairan terhadap kepatuhan pasien gagal jantung.

6.4.3 Keterbatasan Penelitian

Ada kemungkinan pasien mengisi catatan harian cairan tidak sesuai dengan jumlah cairan masuk dan keluar karena lupa mengukurnya dan tidak jujur, karena peneliti saat menanyakan catatan harian sehingga dapat mempengaruhi pengisian catatan harian cairan.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada kelompok intervensi didapatkan peningkatan proporsi pasien yang patuh terhadap pembatasan cairan diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,002($p < 0,05$).
2. Pada kelompok kontrol tidak didapatkan adanya perubahan proporsi kepatuhan ($p > 0,05$).
3. Terdapat perbedaan kepatuhan pada kelompok intervensi dan kontrol.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat diperoleh saran sebagai berikut:

1. Bagi Perawat

Perawat dapat diharapkan memberikan konseling pembatasan cairan pada pasien gagal jantung secara rutin di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu.

2. Bagi Keluarga

Keluarga diharapkan dapat meningkatkan dukungan untuk meningkatkan kepatuhan dalam pembatasan cairan pasien gagal jantung klasifikasi fungsional New York Heart Association (NYHA) kelas III dan IV

3. Bagi Pasien

Diharapkan pasien dapat meningkatkan kepatuhan pembatasan cairan untuk menjaga stabilitas

4. Bagi Penelitian Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan diharapkan dilakukan dengan metode observasi langsung kepatuhan pembatasan cairan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A ., 2017. *Pengalaman Pasien Gagal Jantung Kongestif Dalam Melaksanakan Perawatan Mandiri*.
- Aliti G.B.,et al 2013. Aggressive Fluid and Sodium Restrictionin Acute Decompensated Heart Failure
- Alvelos, M, Ferreira A, Bettencourt P, et al. The effect of dietary sodium restriction on neurohumoral activity and renal dopaminergic response in patients with heart failure.Eur J Heart Fail. 2004;6(5):593-599
- Aronow, W. S. (2006). Epidemiologi, pathophysiology, prognosis and treatment of systolic and diastolic heart failure. *Cardiology in Review*, 14(3), 108-120.
- Artinian, N.T., Magnan, M., Sloan, M., & Lange, P. (2002). Self care behaviours among patients with heart failure. *Heart Lung*, 31, 161-172.
- Ayu. *Perbedaan Konseling Gizi dengan Edukasi Gizi pada Pasien DM*. Tugas Akhir. Tidak diterbitkan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang. 2016
- Alimul Hidayat, Aziz. 2009. *Metode Penelitian Keperawatan dan Tekhnik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Balitbang Kemenkes RI. 2007. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Balitbang Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Bambang. *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung Perhimpunan Dokter Spesialis Kardioaskuler Indonesia*, 2015
- Bastable, B. S. (2003). *Nurse as educator principles of teaching and learning for nursing Practice*. Sudbury: MA. Jones & Bartlett publishers.
- Bastable, B. S. (2006). *Essential of patient education*. Sudbury: MA. Jones & Bartlett publishers.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory An Agentive Perspective. *Annual Review of Psychology* 52:1-26.

- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes* (8th ed). Saunders Elsevier.
- Britz, J. A., & Dunn, K. S. (2010). Self care and quality of life among patients with heart failure. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 480-487.
- Chriss, P. M., Sheposh, J., Carlson B., & Riegel, B. (2004). Predictors of successful heart failure self care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung*, 33(6), 345-353.
- Dipiro, Joseph T. et al. 2006. *Pharmacotherapy*. USA: McGraw Hill.
- Driscoll, A., Davidson, P., Clark, R., Huang, N., & Aho, Z. (2009). Tailoring consumer resources to enhance self care in chronic heart failure. *Australian Critical Care*, 22, 133-140.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan: panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Departemen Kesehatan RI, 2007. *Panduan Konseling Kesehatan*. Depkes RI, Jakarta
- Dinicolantonio JJ, Pasquale PD, Taylor RS, Hackam DG. natrium rendah dibandingkan natrium diet normal pada gagal jantung sistolik: review sistematis dan meta-analisis 2013
- Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *Eur Heart J* 2008;29:2388–442
- Esther, S. T.F. Smeulders, Jolanda, C.M. van Haastregt, Ton Ambergen, Nicole H. K. M., Uszko-Lencer, Josiane J. J., Janssen-Boyne, Anton, P. M., Gorgels, Henri, E. J. H., Stoffers, Cara, L. B., Lodewijks-van der Bolt
- Greene, Russel J. Dan Norman D. Haris. 2008. *Pathology and Therapeutics for Pharmacist* London: Pharmaceutical Press.
- Go, A.S *et al.*, 2014. Heart Disease and Stroke Statistics-2014 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 129. <http://doi.org/10.1161/01.cir.0000441139.02102.80>
- Ghozali, I. 2009. "Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program SPSS ". Semarang : UNDIP

Grady KL, Dracup K, Kennedy G., Moser, D.K., Piano, M., Stevenson, L.W., Young, J.B., 2000. Team Management of Patients With Heart Failure: A Statement for Healthcare Professionals From the Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. *Circulation Nursing Council of the American Heart Association*. *Circulation* 102,2443-2456. <http://doi.org/10.1161/01.CIR.102.19.2443>

Holst M, Stromberg A, Lindholm M, Willenheimer R. Liberal vs dibatasi resep cairan pada pasien distabilkan dengan gagal jantung kronis: hasil dari studi cross-over acak dari efek pada kualitas kesehatan yang berhubungan dengan kehidupan, kapasitas fisik, haus dan morbiditas. *Scand Cardiovasc J* 2008;42:316-322

Jacobsson A, Pihl E, Martensson J, Fridlund B. Emotions, the meaning of food and heart failure: a grounded theory study. *J Adv Nurs* 2004;46:514–522

Jacques, T. H. M., van Eijk, & Gertrudis I. J. M. (2010) Nurse-led selfmanagement group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing, G Model* PEC-3582; No of Pages 8 Evangelista, L. S., Berg, J., & Dracup, K. (2001). Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart Lung*, 30, 294-301.

Kementerian kesehatan RI. 2014. INFODATIN Pusat Data dan informasi Kementerian Kesehatan RI Situasi Kesehatan Jantung.

Lindberg, et al 2010. *Pharmacotherapy in Primary Care*. New York: McGraw Hill

Lennie TA, Moser DK, Heo S, Chung ML, Zambroski CH. Factors influencing food intake in patients with heart failure: a comparison with healthy elders. *J Cardiovasc Nurs* 2006;21:123–129

Mariono. 2007. *Gagal Jantung*

McMurray JJ V, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia (PERKI). 2015 Jakarta: *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung Edisi Pertama*.

- Potter, P.A, Perry, A.G. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 2. Alih Bahasa* : Renata Komalasari, dkk. Jakarta: EGC. 2008
- Ponikowski P, Voors AA, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European heart journal*. 2016;37: 2129-2200
- Philipson H, Ekman I, et al. 2013 *Salt and fluid restriction is effective in patients with chronic heart failure*
- R Hidayat, 2015. Pengaruh Edukasi Perawatan Diri (Self Care) Terhadap Aktivitas Sehari Hari Pasien Gagal Jantung Kongesif
- Rydén L, Grant PJ, Anker SD, et al. ESC guidelines on diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J* 2013;34:3035–87.
- Shafazand M, Rosengren A, Lappas G, Swedberg K, Schaufelberger M. Penurunan tren dalam insiden gagal jantung setelah infark miokard akut 1993-2004: studi 175.216 pasien dengan pertama infark miokard akut di Swedia. *Eur J Jantung Gagal* 2011;13:135-141
- Siswanto dkk, 2018. *Perawatan Diri Pada Pasien Gagal Jantung*
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Setiawati. 2008. *Proses Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan*. TIM: Jakarta
- Smeltzer S.C & Bare, Brunner & Suddarth., 2002. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*. Jakarta : EGC.
- Stuart, G.W & Sundeen S.J. 1998. *Pocket guide to Psychiatric Nursing*. Third edition. St. Louis: Mosby Year Book
- Sue, et. al. 1992. *Multicultural Counseling Competencies & Standart : A Call to the Profession*. *Journal Counseling and Development*. Dikutip dari https://www.researchgate.net/publication/232545551_Multicultural_Counseling_Competencies_and_Standards_A_Call_to_the_Profession (diakses 5 Juni 2017).
- Suyono S, Purnamasari D, Yunir Em, Soebaardi S, Shahab A. Dalam: Sudoyo A W, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi V. Jilid III*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUI

- Sylvia A, Price & Lorraine M, Wilson. 2005. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Edisi 6. Volume 1. Jakarta : EGC
- Setiawati. 2008. *Proses Pembelajaran dalam Pendidikan Kesehatan*. TIM: Jakarta
- Tanujarso B.K 2014. *Efektifitas Konseing diet cairan Terhadap Pengontrolan Interdialytic Eeight Gain (IDWG) Pasien Hemodialisis Di RS Telogorejo Semarang*. Tugas Akhir. Tidak diterbitkan, Fakultas Kedokteran Universitas Bawijaya, Malang. 2014
- Taylor, Lilis & LeMone.(1993). *Fundamental of Nursing; the art and science of nursing care*. Third edition. Philadelphia: Lippincot-Raven Publication
- Tamsuri Anas. 2009.Klien gangguan keseimbangan cairan dan elektroit
- Wibisono, Hasim, Ahmad. 2012. *Pengalaman Pasien Gagal Jantung Dalam Mengontrol Pembatasan cairan Secara Mandiri Di Kota Depok*. Fakultas Ilmu Keperawatan: Universitas Indonesia

LAMPIRAN 1

 <p>RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr SAIFUL ANWAR MALANG Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN TERAKREDITASI KARS VERSI 2012 TINGKAT PARIPURNA ☆☆☆☆☆ 24 Februari 2015 s.d. 23 Februari 2018 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111 Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384 E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id</p>	
KETERANGAN KELAIKAN ETIK PELAKSANAAN PENELITIAN ("ETHICAL CLEARANCE") No: 400/194/K.3/302 /2018	
<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN</p>	
<p>JUDUL : PENGEMBANGAN MODEL PERAWATAN MANDIRI DAN DETEKSI DINI KEKAMBUHAN SEBAGAI UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI MASYARAKAT</p>	
PENELITI UTAMA	: Ns. Mifetika Lukitasari., S.Kep., M.Sc
PENELITI ANGGOTA	: dr. Mohammad Saifur Rohman., Sp.JP(K), PhD Ns. Ike Nesdia Rahmawati, S.Kep, M.Kep Ns. Ika Setyorini, S.Kep, M.Kep dr. Dwi Adi Nugroho., M.Sc Ns. Tony Suharsono, S.Kep, M.Kep Ns. Niko Dima Kristianingrum., M.Kep., Sp.Kep.Kom Tri Andayani Suhartini Ratna Dilla Fitriani Sandra Listanti Dewi Syarifah Zuliatul Aini Syarah Meike Sylviana Nellarosa Negita Rusdystya Bella Widya A Widyadara Paramita Syafira Idhatun Nasyiah Gracella Moneta Risma Putri Mahendra Dania Laili Fadhila Zazirotul Aviva Ni Kadek Widhiyani Putri Rizky Dwi Aryani Annisa Tria Gemilla Khoirul Huda Ulfa Fitriani Nafista
UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN	
RSUD Dr Saiful Anwar Malang	
DINYATAKAN LAIK ETIK	
MALANG, 01 NOVEMBER 2018 a.n KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN WAKIL KETUA KOMISI ETIK PENELITIAN	
 dr. SUSANTO NUGROHO, SP.A (K)	

LAMPIRAN 2



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
KEMAHASARATAN UMUM DAERAH DR. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARIG ED 1 INTERNASIONAL
☆☆☆☆☆
10 Februari 2018 s.d. 10 Februari 2021
Jl. Janda Agung Suripati No 7 MALANG 65151
Telp (2041) 362101 Fax (2041) 362094
E-mail : 43414@disdikultraherang@jemberprov.go.id
Website : www.disdikultraherang.jemberprov.go.id



Malang, 11 JAN 2019
Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
Jl. Veteran
di-
MALANG

Nomor : 070 / 070 / 302 / 2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian
s.n. Ns. Mifetka Lukitasari, S.Kep, N.Sc

Merindaklanjuti surat Saudara nomor : 03478/UM10.F08/TU/2018 tanggal 28 Agustus 2018, perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan dimaksud. Selain itu ada beberapa hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut :

1. Peneliti wajib menaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yaitu :
 - Memakai jas almamater;
 - Tidak mengenakan pakaian dari bahan jeans dan kaco;
 - Kartu Tanda Pengenal harus selalu dipakai selama kegiatan di RSSA;
 - Menggunakan pakaian yang sopan dan layak pakai;
2. Penelitian bisa dilakukan pada bulan Januari s/d Maret 2019 di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;
3. Menyerahkan pas foto berwarna ukuran 4 x 6 cm sebanyak 1 (satu) lembar untuk pembuatan Kartu Tanda Pengenal;
4. Besaran biaya:
 - Peneliti Utama : Rp. 300.000,-/orang/minggu/setter;
 - Peneliti Kedua dst : Rp. 50.000,-/orang/minggu/setter;
 - Kartu Pengenal : Rp. 20.000,-/orang;
 - Surat Keterangan Selesai Penelitian : Rp. 10.000,-/orang;
5. Laporan hasil penelitian, agar diserahkan ke Bidang Dikit dan satuan kerja yang dituju di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, sebanyak 2 (dua) copy dan 1 (satu) keping CD.

Adapun untuk pelaksanaan selanjutnya, mohon mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi dengan Bidang Dikit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian dan kerjasamanya Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Wakil, Pendidikan & Pengembangan Profesi



Dr.dr. M.BACHTER SOETANINGO, Sp.B (K) Onk. ETNACS
*Pendidik Tingkat I
NIP. 49070725-199003 1 003

LAMPIRAN 3

INFORMED CONSENT

(PERNYATAAN PERSETUJUAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia / tidak bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subjek penelitian yang berjudul : Pengaruh Konseling Pembatasan Cairan Terhadap Kepatuhan Pembatasan cairan di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RS dr Saiful Anwar Malang.

Peneliti

Malang, Oktober 2019

Tri Andayani

Responden

Saksi I

Saksi II

()

()

LAMPIRAN 4

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya adalah Tri Andayani mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “ Pengaruh
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis : Pengaruh Konseling Pembatasan Cairan Terhadap Kepatuhan Pembatasan cairan di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr Saiful Anwar Malang. Manfaat dari penelitian ini adalah memberikan pengetahuan dan gambaran umum kepada masyarakat tentang perlunya pembatasan cairan pada pasien gagal jantung FC klas III dan IV sehingga masyarakat bisa mencegah, menghindari faktor-faktor resiko dan menjaga stabilitas klinis agar tidak menimbulkan komplikasi. Sehingga masyarakat mengerti dan patuh melaksanakan pembatasan cairan untuk menjaga stabilitas klinis. Bulan Oktober 2018 dengan sampel pasien gagal jantung FC III dan IV. Prosedur pengambilan sampel ini adalah dengan menggunakan teknik purposive sampling atau yaitu pengambilan sampel dilakukan dengan cara memilih sampel diantara populasi yang dikehendaki oleh peneliti yang memenuhi kriteria inklusi.
3. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dengan menjadi responden adalah ikut menyumbang dan memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu khususnya dibidang keperawatan. Ketidaknyamanan/ resiko yang

mungkin muncul yaitu waktu ketika pengambilan data akan menyita beberapa waktu Bapak/Ibu/Saudara.

4. Jika muncul ketidaknyaman/ kerugian yang Bapak/Ibu/Saudara rasakan,

maka Bapak/Ibu/Saudara dapat menghubungi peneliti/ contact person sebagai berikut Tri Andayani dengan nomor 085337990559.

5. Seandainya Bapak/Ibu/Saudara tidak menyetujui cara ini maka Bapak/ Ibu/ Saudara dapat memilih cara lain atau boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali. Selanjutnya Bapak/Ibu/Saudara tidak akan dikenai sanksi apapun.

6. Nama dan identitas diri Bapak/Ibu/Saudara akan tetap dirahasiakan.

7. Dalam penelitian ini Bapak/Ibu/Saudara akan mendapatkan kompensasi berupa bingkisan yang berisi Gelas kecil yang dapat dimanfaatkan saat pelaksanaan pengukuran cairan.

Peneliti

Tri Andayani

LAMPIRAN 5

KUESIONER A (diisi peneliti)

No. Responden : (diisi oleh peneliti)

Tanggal pengisian :

1) Petunjuk Pengisian

a) Mohon dijawab pada kolom yang tersedia dengan memberi tanda (√) pada

kolom kotak jawaban yang anda pilih.

b) Mohon diteliti ulang agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan.

2) Identitas Responden

Nama Pasien :

Tanggal Masuk Rumahsakit :

Alasan Masuk Rumahsakit :

Riwayat Penyakit Terdahulu

:

Hospitalisasi ke-

1) Jenis kelamin

Laki-laki Perempuan

2) Umur?

.....

3) Status pernikahan

- Menikah Belum menikah
 Cerai hidup Cerai mati

4) Pendidikan terakhir

- Tidak sekolah SD
 SMP SMA
 Perguruan Tinggi

5) Pekerjaan

- Tidak bekerja Bekerja

6) Klasifikasi NYHA

Kelas 3

Kelas 4

7) Lama Menderita.....Tahun

8) Apakah anda tahu dan mengerti tentang pembatasan cairan pasien gagal jantung dan apakah pernah mendapat konseling ?

- Ya
 Tidak

9). Apakah anda memahami resiko jika tidak membatasi cairan?

- Ya Tidak

LAMPIRAN 6

Pemeriksaan fisik responden (diisi peneliti) Sebelum Perlakuan

1. Tekanan darah :

2. Berat badan :

3. Nadi :

4. Respirasi Rate :

5. Ronkhi :

Ya Tidak

6. Wheezing:

Ya Tidak

7. Tanda-tanda edema:

Ya Tidak

8. Asites:

Ya Tidak

LAMPIRAN 7

CATATAN HARIAN CAIRAN PASIEN 24 JAM

Petunjuk : isilah dengan angka sesuai jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh klien

Tabel Kartu Pemantau *Input* dan *Output* Cairan Pasien

Tanggal Berat Badan				
Waktu (Wib)	Minum (ml)	Makan (ml)	Muntah	Urin+ BAB
07.00-14.00				
15.00-21.00				
22.00-06.00				
TOTAL 24 JAM				

CATATAN HARIAN CAIRAN PASIEN 24 JAM

Petunjuk : isilah dengan angka sesuai jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh klien

Tabel Kartu Pemantau *Input* dan *Output* Cairan Pasien

Tanggal Berat Badan				
Waktu (Wib)	Minum (ml)	Makan (ml)	Muntah	Urin+ BAB
07.00-14.00				
15.00-21.00				
22.00-06.00				
TOTAL 24 JAM				

LAMPIRAN 8

Pemeriksaan fisik responden (diisi peneliti) Setelah Perlakuan

1. Tekanan darah :

2. Berat Badan :

3. Nadi :

4. Respirasi Rate :

5. Ronkhi :

Ya Tidak

6. Whezing:

Ya Tidak

7. Tanda-tanda edema:

Ya Tidak

8. Asites:

Ya Tidak

11. Hasil pencatatan lembar observasi pembatasan cairan

Patuh

Tidak Patuh

LAMPIRAN 9

PERNYATAAN TELAH MELAKSANAKAN *INFORMED CONSENT*

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Tri Andayani

NIM : 185070209111080

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan bahwa telah melaksanakan proses pengambilan data penelitian sesuai dengan yang disetujui pembimbing dan telah memperoleh pernyataan kesediaan dan persetujuan dari responden sebagai sumber data.

Mengetahui

Malang, Oktober 2019

Pembimbing I

Yang membuat

pernyataan

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

Tri Andayani

NIP.198009022006041003

NIM.185070209111080

LAMPIRAN 10

LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING

TUGAS AKHIR
 Jalan Veteran Malang - 65142, Kota Tidar - Indonesia
 Telp. (0271) 331811 Ext. 211, 214, 508117, 507192 - Fax. (0271) 334753
 http://ib.ac.id/registrasi/ - email: registrasi@ib.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Tri Andayani
 NIM : 185070209111080
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : Pengaruh Konseling Pembatasan cairan terhadap Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Gagal Jantung Di IPIT RS DR Saiful Anwar Malang

Pembimbing I : Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.
 Pembimbing II : Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
14/11	I	Diskusi	Pengajuan topik TA	Metode TA	
18/11	I	Diskusi	Topik penelitian	Cara menformatasi skripsi Pendahuluan	
25/11	I	Diskusi	Judul BAB I	Perbaiki latar belakang dan formula	
1/12	II	Diskusi	BAB I	Kemah: tray paragraf	
1/12	II	Diskusi	BAB I	Cara penulisan tray paragraf tambahkan literatur	
13/12	I	Diskusi	BAB I	Revisi BAB I	
18/12	I	Diskusi	BAB I	Revisi BAB I	

Mengetahui:
 Koordinator TA,

 Ns. Niko Dima K., S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.Kom
 NIK. 2013018712202001.



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp: (0341) 579931 Fax: 213.214. 583175, 587092 Faks: (0341) 584732
http://b.ak.ac.id/programstudii e-mail: regprok@b.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama
N I M
Program Studi
Judul Tugas Akhir

: Tri Andayani
: 185070209111080
: Ilmu Keperawatan

: Pengaruh Konseling Pembatasan cairan terhadap Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien
Gagal Jantung Di IPJT RS DR Saiful Anwar Malang

Pembimbing I
Pembimbing II

: Ns. Tony Suharsono, S.Kep.,M.Kep
: Ns. Miferika Lukitasari, S.Kep.,M.Sc

Tahap Kedua

Tgl/jam	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
18/6	I	Diskusikan	Batas II	Pembatasan cairan 1 Liter	
20/6	II	Diskusikan	Batas II	Pembatasan cairan 1 liter	
25/6	I	Diskusikan	Batas II	Batas II di leanghomi	
1/7	I	Diskusikan	Batas II	Langit ke Batas II	
12/7	I	Diskusikan	Batas IV	Batas IV Pembatasan di pertengahan	
21/8	II	Diskusikan	Batas IV	Batas IV	
24/8	I	Diskusikan	Batas II & IV	acc sampai	

Mengetahui:
Koordinator TA,

Ace Sumpu



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 894131411 Fax. 212.214.34117, 34119 Fax. 212.2144134173
http://k.kab.ac.id/ugp/akhir e-mail: ugped@k.kab.ac.id

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama: IKH ANDAGANI
NIM: 184070200111020
Program Studi: Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir: Pengaruh konseling Perawatan cairan bertekanan pada pasien dengan jantung di IGD RS Pr. Mitra Malang
Pembimbing I: Fitri Rizki Nur Hafidha, S.Kep.Ns, M.Kep.
Pembimbing II: _____

Tahap Kedua

Tgl/jam	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
5/12	I		Konsul Bab V, VI, VII	Revisi Bab V, VI, VII dan gambar	
16/12	I		Konsul, Bab V, VI, VII	Revisi	
17/12	I		Konsul Bab V, VI, VII	Revisi	
18/12	I		Konsul	Revisi	
20/12	I		Bab V, VI, VII	-	
21/12	I		Bab I - VII	Revisi	
22/12	I		Bab I - VII	-	

Lampiran 11

DATA KARAKTERISTIK SAMPEL

Jenis Kelamin

Jenis Kelamin * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	13	9	22
		% within Kelompok	59.1%	40.9%	50.0%
	Perempuan	Count	9	13	22
		% within Kelompok	40.9%	59.1%	50.0%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Usia

Umur * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Umur	<=50 tahun	Count	5	4	9
		% within Kelompok	22.7%	18.2%	20.5%
	51-60 tahun	Count	8	6	14
		% within Kelompok	36.4%	27.3%	31.8%
	61-70 tahun	Count	8	8	16
		% within Kelompok	36.4%	36.4%	36.4%
	>70 tahun	Count	1	4	5
		% within Kelompok	4.5%	18.2%	11.4%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Status Pernikahan

Status Pernikahan * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Status Pernikahan	Menikah	Count	18	21	39
		% within Kelompok	81.8%	95.5%	88.6%
	Duda/Janda	Count	4	1	5
		% within Kelompok	18.2%	4.5%	11.4%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Pendididkan Terakhir

Pendidikan * Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Pendidikan	Tidak sekolah	Count	1	0	1
		% within Kelompok	4.5%	0.0%	2.3%
	SD	Count	2	4	6
		% within Kelompok	9.1%	18.2%	13.6%
	SMP	Count	7	7	14
		% within Kelompok	31.8%	31.8%	31.8%
	SMA	Count	11	7	18
		% within Kelompok	50.0%	31.8%	40.9%
	PT	Count	1	4	5
		% within Kelompok	4.5%	18.2%	11.4%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Status Pekerjaan

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Status Bekerja	Bekerja	Count	12	15	27
		% within Kelompok	54.5%	68.2%	61.4%
	Tidak bekerja	Count	10	7	17
		% within Kelompok	45.5%	31.8%	38.6%
Total	Count		22	22	44
	% within Kelompok		100.0%	100.0%	100.0%

**Klasifikasi NYHA
Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Klasifikasi NYHA 3	Count		20	19	39
	% within Kelompok		90.9%	86.4%	88.6%
4	Count		2	3	5
	% within Kelompok		9.1%	13.6%	11.4%
Total	Count		22	22	44
	% within Kelompok		100.0%	100.0%	100.0%

**Lama Menderita HF
Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Lama Menderita HF <1 bulan	Count		3	5	8
	% within Kelompok		13.6%	22.7%	18.2%
1-6 bulan	Count		6	6	12
	% within Kelompok		27.3%	27.3%	27.3%
7-12 bulan	Count		10	5	15
	% within Kelompok		45.5%	22.7%	34.1%
>12 bulan	Count		3	6	9
	% within Kelompok		13.6%	27.3%	20.5%

Total	Count	22	22	44
	% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Riwayat MRS

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
MRS ke 1	Count		16	14	30
	% within Kelompok		72.7%	63.6%	68.2%
2	Count		5	6	11
	% within Kelompok		22.7%	27.3%	25.0%
3	Count		1	1	2
	% within Kelompok		4.5%	4.5%	4.5%
4	Count		0	1	1
	% within Kelompok		0.0%	4.5%	2.3%
Total	Count		22	22	44
	% within Kelompok		100.0%	100.0%	100.0%

Riwayat Konseling Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Konseling Ya	Count		0	2	2
	% within Kelompok		0.0%	9.1%	4.5%
Tidak	Count		22	20	42
	% within Kelompok		100.0%	90.9%	95.5%
Total	Count		22	22	44
	% within Kelompok		100.0%	100.0%	100.0%

Pemahaman Resiko

Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Pemahaman Resiko	Ya	Count	2	2	4
		% within Kelompok	9.1%	9.1%	9.1%
	Tidak	Count	20	20	40
		% within Kelompok	90.9%	90.9%	90.9%
Total	Count	22	22	44	
	% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	

Keluhan Haus

Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Keluhan Haus	Ya	Count	19	14	33
		% within Kelompok	86.4%	63.6%	75.0%
	Tidak	Count	3	8	11
		% within Kelompok	13.6%	36.4%	25.0%
Total	Count	22	22	44	
	% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	

Ronchi - Pre

Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Ronchi - Pre	Ya	Count	12	7	19
		% within Kelompok	54.5%	31.8%	43.2%
	Tidak	Count	10	15	25
		% within Kelompok	45.5%	68.2%	56.8%
Total	Count	22	22	44	
	% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	

Ronchi - Post *

Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Ronchi - Post	Ya	Count	1	2	3
		% within Kelompok	4.5%	9.1%	6.8%
	Tidak	Count	21	20	41
		% within Kelompok	95.5%	90.9%	93.2%
Total	Count	22	22	44	
	% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%	

Wheezing - Pre

Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Whezing - Pre	Tidak	Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Wheezing - Post

Kelompok Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Whezing - Post	Tidak	Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Tanda edema – Pre

Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Tanda Oedema – Pre	Ya	Count	2	4	6
		% within Kelompok	9.1%	18.2%	13.6%
	Tidak	Count	20	18	38
		% within Kelompok	90.9%	81.8%	86.4%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Tanda edema - Post

Crosstabulation

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Tanda edema – Post	Ya	Count	1	1	2
		% within Kelompok	4.5%	4.5%	4.5%
	Tidak	Count	21	21	42
		% within Kelompok	95.5%	95.5%	95.5%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**Asites - Pre
Kelompok Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Asites - Pre	Ya	Count	1	1	2
		% within Kelompok	4.5%	4.5%	4.5%
	Tidak	Count	21	21	42
		% within Kelompok	95.5%	95.5%	95.5%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**Asites - Post
Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Asites – Post	Tidak	Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Catatan Harian Cairan – Pre				Kelompok		Total
				Intervensi	Kontrol	
Catatan Harian Cairan - Pre	Patuh	Count		6	5	11
		% within Kelompok		27.3%	22.7%	25.0%

Total	Tidak patuh	Count	16	17	33
		% within Kelompok	72.7%	77.3%	75.0%
		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

**Catatan Harian Cairan - Post
Crosstabulation**

			Kelompok		Total
			Intervensi	Kontrol	
Catatan Harian Cairan – Post	Patuh	Count	16	6	22
		% within Kelompok	72.7%	27.3%	50.0%
	Tidak patuh	Count	6	16	22
		% within Kelompok	27.3%	72.7%	50.0%
Total		Count	22	22	44
		% within Kelompok	100.0%	100.0%	100.0%

Kelompok		Nadi - Pre	Nadi – Post
Intervensi	N	22	22
	Mean	89.00	83.36
	Std. Deviation	7.198	5.473
Kontrol	N	22	22
	Mean	81.73	83.50
	Std. Deviation	9.051	6.323
Total	N	44	44
	Mean	85.36	83.43
	Std. Deviation	8.879	5.844

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ronchi – Pre	Intervensi	22	20.00	440.00
	Kontrol	22	25.00	550.00
	Total	44		
Ronchi – Post	Intervensi	22	23.00	506.00
	Kontrol	22	22.00	484.00
	Total	44		

Test Statistics^a

	Ronchi - Pre	Ronchi - Post
Mann-Whitney U	187.000	231.000
Wilcoxon W	440.000	484.000
Z	-1.504	-.591
Asymp. Sig. (2-tailed)	.132	.554

a. Grouping Variable: Kelompok

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Whezing - Pre	Intervensi	22	22.50	495.00
	Kontrol	22	22.50	495.00
	Total	44		
Whezing - Post	Intervensi	22	22.50	495.00
	Kontrol	22	22.50	495.00
	Total	44		

Test Statistics^a

	Whezing - Pre	Whezing - Post
Mann-Whitney U	242.000	242.000
Wilcoxon W	495.000	495.000
Z	.000	.000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000	1.000

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tanda Oedema – Pre	Intervensi	22	23.50	517.00
	Kontrol	22	21.50	473.00
	Total	44		
Tanda Oedema – Post	Intervensi	22	22.50	495.00
	Kontrol	22	22.50	495.00
	Total	44		

	Tanda edema – Pre	Tanda edema - Post
Mann-Whitney U	220.000	242.000
Wilcoxon W	473.000	495.000
Z	-.869	.000
Asymp. Sig. (2-tailed)	.385	1.000

a. Grouping Variable: Kelompok

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Asites - Pre	Intervensi	22	22.50	495.00
	Kontrol	22	22.50	495.00
	Total	44		
Asites - Post	Intervensi	22	22.50	495.00
	Kontrol	22	22.50	495.00
	Total	44		

Test Statistics^a

	Asites – Pre	Asites - Post
Mann-Whitney U	242.000	242.000
Wilcoxon W	495.000	495.000
Z	.000	.000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000	1.000

a. Grouping Variable: Kelompok

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Catatan Harian Cairan - Pre	Intervensi	22	22.00	484.00
	Kontrol	22	23.00	506.00
	Total	44		
Catatan Harian Cairan - Post	Intervensi	22	17.50	385.00
	Kontrol	22	27.50	605.00
	Total	44		

Test Statistics^a

	Catatan Harian Cairan – Pre	Catatan Harian Cairan - Post
Mann-Whitney U	231.000	132.000
Wilcoxon W	484.000	385.000
Z	-.344	-2.981
Asymp. Sig. (2-tailed)	.731	.003

a. Grouping Variable: Kelompok

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Nadi - Pre	Intervensi	22	27.73	610.00
	Kontrol	22	17.27	380.00
	Total	44		
Nadi - Post	Intervensi	22	21.64	476.00
	Kontrol	22	23.36	514.00
	Total	44		

Test Statistics^a

	Nadi - Pre	Nadi - Post
Mann-Whitney U	127.000	223.000
Wilcoxon W	380.000	476.000
Z	-2.732	-.470
Asymp. Sig. (2-tailed)	.006	.639

a. Grouping Variable: Kelompok

Wilcoxon Signed Ranks Test – Kelompok Intervensi
Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ronchi - Post - Ronchi - Pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^b	6.00	66.00
	Ties	11 ^c		
	Total	22		
Whezing - Post - Whezing - Pre	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	22 ^f		
	Total	22		
Tanda Oedema - Post - Tanda Oedema - Pre	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^h	1.00	1.00
	Ties	21 ⁱ		
	Total	22		
Asites - Post - Asites - Pre	Negative Ranks	0 ^j	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^k	1.00	1.00
	Ties	21 ^l		
	Total	22		
Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan - Pre	Negative Ranks	10 ^m	5.50	55.00
	Positive Ranks	0 ⁿ	.00	.00
	Ties	12 ^o		
	Total	22		
Nadi - Post - Nadi - Pre	Negative Ranks	14 ^p	12.04	168.50
	Positive Ranks	6 ^q	6.92	41.50

a. Post < Ronchi

b. Post > Ronchi

c. Post = Ronchi

Test Statistics^a

	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Ronchi - Post - Ronchi – Pre	-3.317 ^b	.001
Whezing - Post - Whezing – Pre	.000 ^c	1.000
Tanda Oedema - Post - Tanda Oedema – Pre	-1.000 ^b	.317
Asites - Post - Asites – Pre	-1.000 ^b	.317
Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan - Pre	-3.162 ^d	.002
Nadi - Post - Nadi – Pre	-2.384 ^d	.017

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

d. Based on positive ranks.

Wilcoxon Signed Ranks Test – Kelompok Kontrol

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ronchi - Post - Ronchi - Pre	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	5 ^b	3.00	15.00
	Ties	17 ^c		
	Total	22		
Whezing - Post - Whezing - Pre	Negative Ranks	0 ^d	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
	Ties	22 ^f		
	Total	22		
Tanda Oedema - Post - Tanda edema – Pre	Negative Ranks	0 ^g	.00	.00
	Positive Ranks	3 ^h	2.00	6.00
	Ties	19 ⁱ		
	Total	22		
Asites - Post - Asites - Pre	Negative Ranks	0 ^j	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^k	1.00	1.00
	Ties	21 ^l		
	Total	22		
Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan - Pre	Negative Ranks	5 ^m	5.00	25.00
	Positive Ranks	4 ⁿ	5.00	20.00
	Ties	13 ^o		
	Total	22		
Nadi - Post - Nadi - Pre	Negative Ranks	4 ^p	7.75	31.00
	Positive Ranks	11 ^q	8.09	89.00

- a. Post < Ronchi
- b. Post > Ronchi
- c. Post = Ronchi

Test Statistics^a

	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Ronchi - Post - Ronchi – Pre	-2.236 ^b	.025
Whezing - Post - Whezing – Pre	.000 ^c	1.000
Tanda edema - Post - Tanda Oedema – Pre	-1.732 ^b	.083
Asites - Post - Asites – Pre	-1.000 ^b	.317
Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan - Pre	-.333 ^d	.739
Nadi - Post - Nadi – Pre	-1.655 ^b	.098

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

d. Based on positive ranks.

Uji Normalitas

Tests of Normality

	Kelompok	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Catatan Harian Cairan – Pre	Intervensi	.452	22	.000	.561	22	.000
	Kontrol	.475	22	.000	.522	22	.000
Catatan Harian Cairan – Post	Intervensi	.452	22	.000	.561	22	.000
	Kontrol	.452	22	.000	.561	22	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Hasil uji normalitas diperoleh nilai signifikansi kurang dari 0,05 sehingga data yang digunakan tidak berdistribusi normal.

Uji Homogenitas Ragam

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Catatan Harian Cairan - Pre	.465	1	42	.499
Catatan Harian Cairan - Post	.000	1	42	1.000

Hasil uji homogenitas ragam diperoleh nilai signifikansi lebih dari 0,05 sehingga data yang digunakan memiliki ragam homogen antar perlakuan.

Lampiran Wilcoxon

HASIL ANALISA

Wilcoxon Signed Ranks Test Kelompok Intervensi

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan – Pre	Negative Ranks	10 ^a	5.50	55.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	12 ^c		
	Total	22		

a. Catatan Harian Cairan - Post < Catatan Harian Cairan - Pre

b. Catatan Harian Cairan - Post > Catatan Harian Cairan - Pre

c. Catatan Harian Cairan - Post = Catatan Harian Cairan - Pre

Frequency Table

Catatan Harian Cairan - Pre

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	6	27.3	27.3	27.3
	Tidak patuh	16	72.7	72.7	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Catatan Harian Cairan - Post

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Patuh	16	72.7	72.7	72.7
	Tidak patuh	6	27.3	27.3	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan - Pre	Negative Ranks	10 ^a	5.50	55.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	12 ^c		
	Total	22		

a. Catatan Harian Cairan - Post < Catatan Harian Cairan - Pre

b. Catatan Harian Cairan - Post > Catatan Harian Cairan - Pre

c. Catatan Harian Cairan - Post = Catatan Harian Cairan - Pre

Test Statistics^a

	Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan - Pre
Z	-3.162 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Catatan Harian Cairan - Post	Intervensi	22	17.50	385.00
	Kontrol	22	27.50	605.00
	Total	44		

Test Statistics^a

	Catatan Harian Cairan - Post
Mann-Whitney U	132.000
Wilcoxon W	385.000
Z	-2.981
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

a. Grouping Variable: Kelompok

Test Statistics^a

	Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan - Pre
Z	-3.162 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Wilcoxon Signed Ranks Test Kelompok Kontrol

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	5 ^a	5.00	25.00
Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan – Pre	4 ^b	5.00	20.00
Ties	13 ^c		
Total	22		

a. Catatan Harian Cairan - Post < Catatan Harian Cairan - Pre

b. Catatan Harian Cairan - Post > Catatan Harian Cairan - Pre

c. Catatan Harian Cairan - Post = Catatan Harian Cairan - Pre

Test Statistics^a

	Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan – Pre
Z	-.333 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.739

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Catatan Harian Cairan - Pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Patuh	6	27.3	27.3	27.3
Tidak patuh	16	72.7	72.7	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Catatan Harian Cairan – Post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Patuh	16	72.7	72.7	72.7
Tidak patuh	6	27.3	27.3	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan – Pre	Negative Ranks	10 ^a	55.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00
	Ties	12 ^c	
	Total	22	

- a. Catatan Harian Cairan - Post < Catatan Harian Cairan – Pre
- b. Catatan Harian Cairan - Post > Catatan Harian Cairan – Pre
- c. Catatan Harian Cairan - Post = Catatan Harian Cairan – Pre

Test Statistics^a

	Catatan Harian Cairan - Post - Catatan Harian Cairan - Pre
Z	-3.162 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Catatan Harian Cairan - Pre	Intervensi	22	22.00	484.00
	Kontrol	22	23.00	506.00
	Total	44		

Test Statistics^a

	Catatan Harian Cairan - Pre
Mann-Whitney U	231.000
Wilcoxon W	484.000
Z	-.344
Asymp. Sig. (2-tailed)	.731

Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Catatan Harian Cairan - Post	Intervensi	22	17.50	385.00
	Kontrol	22	27.50	605.00
	Total	44		

Test Statistics^a

	Catatan Harian Cairan - Post
Mann-Whitney U	132.000
Wilcoxon W	385.000
Z	-2.981
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003

a. Grouping Variable: Kelompok

LAMPIRAN 12

CURRICULUM VITAE



Nama : Tri Andayani
Tempat Tanggal Lahir : Malang, 12 Mei 1977
Alamat : Jl. LA Sucipto gang Taruna 3 No:54 Pandanwangi-
Malang
Email : triandayani577@gmail.com
No HP/WA : 085337990559
Motto : Bahagia Dunia Akhirat

Riwayat Pendidikan

SDN BLIMBING 1	-	1984-1990
SMPN 5 MALANG	-	1990-1993
SMAN 5 MALANG	A2(Biologi)	1993-1996
AKPER DEPKES MALANG	-	1997-2000
Universitas Brawijaya	S1 program Studi Ilmu Keperawatan	2018-Sekarang

Riwayat Pekerjaan

1	RS Panti Waluyo Sawahan Malang	2000-2002
2	RSUD Dr.Saiful Anwar Malang Ruang CVCU	2003-Sekarang

Riwayat Pelatihan

1	EKG Untuk Perawat	2005
2	Kardiologi dasar	2012
3	Scrub Nurse (Kateterisasi jantung)	2013
4	ACLS-BCLS	2018

LAMPIRAN 13

DOKUMENTASI PENELITIAN



