

Skripsi

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PENDERITA GAGAL JANTUNG DI
RUMAH SAKIT WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar
Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



Oleh:

**AYU ASHARI
C121 11 121**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018**



HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi dengan Judul

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PENDERITA GAGAL JANTUNG DI
RUMAH SAKIT WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Disetujui untuk diajukan dihadapan Penguji Akhir Skripsi Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin

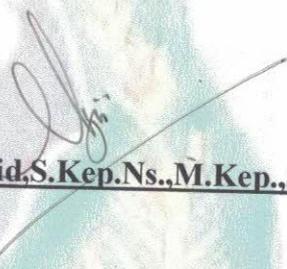
**AYU ASHARI
C121 11 121**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

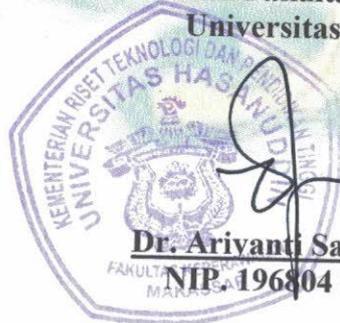
Pembimbing II


Dr. Takdir Tahir, S.Kep.Ns.,M.Kes


Abdul Majid, S.Kep.Ns., M.Kep., Sp.KMB

Mengetahui :
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin


Dr. Arivanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 196804 2120011 2002



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dengan Judul

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PENDERITA GAGAL JANTUNG DI
RUMAH SAKIT WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir Pada:

Hari/ Tanggal: Senin, 13 Agustus 2018

Pukul: 09.00- 10.00 WITA

Tempat: Ruangan GA 405 (A)

Oleh:

AYU ASHARI

C121 11 121

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Penguji I : Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penguji II : Titi Iswanti Afelya, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB

Penguji III : Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes

Penguji IV : Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB



Mengetahui :

**Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si

NIP. 196804 2120011 2002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ayu Ashari

Nomor Mahasiswa : C121 11 121

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis dengan judul “GAMBARAN KUALITAS HIDUP PENDERITA GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT WAHIDIN SUDIROHUSODO” ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya oranglain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan yang tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, 13 Agustus 2018

Yang membuat pernyataan

Ayu Ashari



KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Tiada kata yang pantas peneliti lafaskan kecuali ucapan puji dan syukur kehadirat Allah *subhanahwataala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kualitas Hidup Penderita Gagal Jantung di Rumah Sakit DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar”, yang merupakan persyaratan akademis guna memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, Makassar.

Penyusunan skripsi ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir penyusunannya. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi peneliti dapat diatasi. Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada kedua orang tua peneliti yang tercinta, Ayahanda H.Syahrudin Tukan.SE dan Ibunda Hj.Sahari serta seluruh keluarga yang telah memberikan doa dan dukungan baik moril maupun materil selama kuliah hingga penyusunan proposal ini. Pada kesempatan ini juga perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.



2. Bapak Dr. Takdir Tahir, S.Kep, Ns., M.Kes dan Bapak Abdul Majid, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku pembimbing satu dan dua yang senantiasa memberi masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan skripsi ini.
3. Ibu Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep, Ns., M.Kep dan Ibu Titi Iswanti Afelya, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku penguji yang memberikan banyak masukan dan arahan demi penyempurnaan skripsi ini.
4. Staf di Poliklinik Pusat jantung Terpadu Rumah Sakit Wahidin Sudirohusodo Makassar yang membantu dalam penyusunan skripsi ini.
5. Seluruh dosen dan staf Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin Makassar.
6. Rasfydariandi Nanda sebagai orang selalu saya sayang yang senantiasa memberikan semangat, dukungan dan motivasi dalam segala hal terkait penyusunan skripsi ini.
7. Saudara saudariku tersayang Adelia Syahrudin, Aditia Walid Muhammad Syah dan Muhammad Askar yang selalu memberi semangat buat kakaknya.
8. Teman-teman angkatan 2011 “1NJEKS1” terima kasih atas dukungan, motivasi, dan bantuannya kepada peneliti.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, peneliti tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali berdoa semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada Hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya .



Akhirnya, dengan segala kerendahan hati peneliti menyadari bahwa peneliti hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam

penelitian dan penyusunan proposal ini, karena sesungguhnya kebenaran sempurna hanya milik Allah SWT semata. Oleh karena itu, peneliti senantiasa mengharapkan masukan yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, 13 Agustus 2018

Ayu Ashari



ABSTRAK

Ayu Ashari. C12111121. **GAMBARAN KUALITAS HIDUP PENDERITA GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**, dibimbing oleh Takdir Tahir dan Abdul Majid.

Latar belakang: Gagal jantung memiliki prevalensi tertinggi dan merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan. Ini disebabkan oleh perubahan pola hidup, termasuk seseorang yang jarang beristirahat, selalu gelisah, kurang beraktivitas, perokok, stress, dan usia lanjut. Salah satu cara yang dapat dilakukan pada penderita gagal jantung dalam meningkatkan kenyamanan dalam hidupnya dengan memberikan motivasi, dukungan keluarga, kesehatan fisik dan dukungan spritual.

Tujuan: Diketuinya gambaran kualitas hidup penderita gagal jantung di Rumah Sakit

Metode: Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian menggunakan *survey deskriptif*. Instrument yang digunakan adalah kuesioner *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel 54 orang.

Hasil: Penelitian ini menunjukkan bahwa 57,4% responden rata-rata berusia 56-65 tahun. 75,9% berjenis kelamin laki-laki dan rata-rata memiliki NYHA II yaitu 68,5% dan berpenghasilan rendah sebesar 88,9% dengan kualitas hidup pasien mayoritas dalam kategori baik sebanyak 92,6% dan merasa tidak mampu mengendalikan diri dalam kehidupan sehari-hari sebanyak 90,7%.

Kesimpulan: Kualitas hidup responden yang berkunjung di Poliklinik Pusat Jantung Terpadu memiliki kualitas hidup yang baik. Diharapkan bagi seluruh profesi keperawatan yang bergelut di bidang jantung agar dapat meningkatkan kapasitasnya terkait metode penanganan pasien jantung agar proses penyembuhan dapat di maksimalkan.

Kata Kunci :Gagal Jantung. Kualitas Hidup
Sumber Literatur : 26 Kepustakaan (1993-2017)



ABSTRACT

Ayu Ashari. C12111121. **The DESCRIPTION of the QUALITY of LIFE of SUFFERERS of HEART FAILURE at the HOSPITAL DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**, guided by Takdir Tahir And Abdul Majid.

Background: Has the highest prevalence of heart failure and is the leading cause of death and disability. This is caused by a change in the pattern of life, including someone who rarely take a break, always edgy, less activity, smokers, stress, and old age. One of the ways that can be done in people with heart failure in improving the comfort in his life by providing motivation, support the family, physical health and spiritual support.

Objective: Know the description of the quality of life of sufferers of heart failure in hospital

Method: The type of this research is quantitative research design the research uses descriptive survey. The instrument used was a questionnaire the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Sampling techniques in the study using a purposive sampling with a total sample of 54 people.

Results: This study showed that 57.4% of respondents on average aged 56-65 years. 75.9% of male-sex and average NYHA II i.e. 68.5% and 88.9% of low income with the quality of life of the majority of patients in both categories as much as 92.6% and feel not being able to control oneself in everyday life as much as 90.7%.

Conclusion: The quality of life of the respondents visiting at the Hearth Center Clinic has a good quality of life. Expected for the entire nursing profession who struggled in the field of heart in order to increase its capacity handling methods associated cardiac patients so that the healing process can maximize.

Keywords: Heart Failure, Quality of life

Of literary sources: 26 Libraries (1993-2017)



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Gagal Jantung	8
1. Defenisi	8
2. Klasifikasi.....	9
3. Jenis-jenis Gagal Jantung.....	10
4. Etiologi	12
5. Manifestasi Klinik	14
6. Pemeriksaan Penunjang	15
7. Penatalaksanaan.....	15
8. Dampak Psikososial Gagal Jantung	17
B. Kualitas hidup	20
1. Pengertian Kualitas Hidup	20
Penilaian Kualitas Hidup pada Gagal Jantung	22



BAB III KERANGKA KONSEP	26
A. Kerangka Konsep.....	26
BAB IV METODE PENELITIAN.....	27
A. Desain Penelitian.....	27
B. Tempat dan Waktu Penelitian	27
C. Populasi dan Sampel.....	27
D. Alur Penelitian.....	30
E. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional.....	31
F. Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian	33
G. Teknik Pengumpulan Data	34
H. Pengolahan Data dan Analisa Data	35
I. Etika Penelitian	36
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
A. Hasil Penelitian.....	38
B. Pembahasan	44
C. Keterbatasan Penelitian.....	46
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	48
A. Kesimpulan	48
B. Saran.....	49
Lampiran.....	52



DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1	26
Bagan 4.1	30



DAFTAR TABEL

Tabel 5.1.	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, NYHA, Pekerjaan, Pendidikan dan Penghasilan.....	39
Tabel 5.2.	Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Responden.....	40
Tabel 5.3.	Distribusi Frekuensi Kesimpulan Kualitas Hidup Responden.....	43



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Instrumen Penelitian
- Lampiran 2. Master Tabel Penelitian
- Lampiran 3. Hasil Analisa Data
- Lampiran 4. Surat Izin Penelitian
- Lampiran 5. Surat Rekomendasi Persetujuan Etik



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal jantung merupakan gangguan kesehatan yang terus meningkat di dunia dengan penyandang lebih dari 20 juta jiwa. Prevalensi gagal jantung sangat meningkat seiring dengan bertambahnya usia dengan 6-10% pada usia di atas 65 tahun. Menurut World Health Organisation (WHO) pada tahun 2016, menyebutkan bahwa 17,5 juta orang meninggal akibat penyakit kardiovaskular pada tahun 2008, yang mewakili dari 31% kematian di dunia. Di Amerika Serikat penyakit gagal jantung hamper terjadi 550.000 kasus pertahun. Di negara-negara berkembang di dapatkan kasus sejumlah 400.000 sampai 700.000 per tahun (WHO, 2016).

Gagal Jantung adalah suatu keadaan fisiologis adanya kelainan fungsi jantung yang mengakibatkan gagalnya fungsi jantung memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian tekanan ventrikel kiri (Diane C. *et all*, 2000).

Insiden Gagal Jantung mengalami peningkatan secara konsisten, di Amerika Serikat penderita gagal jantung mencapai 5,1 juta orang dan 1 dari 9 kematian pada tahun 2009 disebabkan oleh gagal jantung dan hampir sekitar setengah dari penderita gagal jantung mengalami kematian

dalam waktu 5 tahun terakhir (CDC, 2013).



Hampir semua pasien yang mempunyai penyakit jantung mengetahui jantung merupakan organ terpenting dan jantung yang rusak akan mengancam kesehatan. Hal ini yang menyebabkan pasien gagal jantung merasa cemas, kesulitan tidur, merasa depresi dan merasa putus asa akan penyakit yang di deritanya (Black, 2005). Dalam mengetahui penyakit yang dideritanya serius, seseorang akan berfikir tentang penyakitnya dan lama penyembuhannya. Hal ini yang menyebabkan kualitas hidup pasien gagal jantung sangat rendah. Hal ini terkait dengan tingginya tingkat kematian, sering rawat inap, fisik yang melemah dan kognitif menurun serta mengurangi kualitas hidup pasien tersebut (American Heart Assosiation, 2007).

World Health Federation (WHF) federasi kesehatan sedunia mengatakan bahwa penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab utama kematian di dunia. Berdasarkan laporan *World Health Statistic* (WHS) tahun 2008, tercatat 17,1 juta orang meninggal di dunia akibat penyakit kardiovaskuler, bahkan WHO juga memprediksikan pada tahun 2030 lebih dari 23,4 juta orang akan meninggal pertahunnya akibat penyakit kardiovaskuler (Erviana, 2013). WHO telah memprediksikan pada tahun 2015 kematian akibat penyakit kardiovaskuler terjadi di Indonesia sebanyak 20 juta orang (Depkes RI, 2009; Erviana, 2013).

Indonesia sendiri, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2013) menunjukkan prevalensi gagal jantung berdasarkan

cara terdiagnosis dokter di Indonesia sebesar 0,13% dan yang



terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 0,3%. Prevalensi gagal jantung berdasarkan terdiagnosis dokter tertinggi di Yogyakarta (0,25%), disusul Jawa Timur (0,19%) dan Jawa Tengah (0,18%). Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dan gejala tertinggi di Nusa Tenggara Timur (0,8%), diikuti Sulawesi Tengah (0,7%), sementara Sulawesi Selatan dan Papua sebesar (0,5%).

Indonesia dari tahun 1990 sampai 2020, angka kematian penyakit kardiovaskuler meningkat 6,2% pada laki-laki dan 8,1% pada wanita. Diperkirakan penyakit kardiovaskuler menjadi penyebab kematian dan kecacatan nomor satu di Indonesia (Olvista, 2011).

Data dari medical record Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar khususnya di ruangan *Cardiovaskuler Care Unit (CVCU)* pasien dengan *Acute Coronary Syndrome (ACS)* merupakan kasus terbanyak dibanding penyakit kardiovaskuler yang lain. Berdasarkan data tahun 2012, sebanyak 331 orang (45,5%) adalah kasus ACS dan pada tahun 2013 mencapai sekitar 275 orang (37,8%), sedangkan data pada bulan Januari-Mei 2014 sebanyak 120 orang (16,5%) dari 726 orang mengalami ACS.

Angka mortalitas 5 tahun penderita gagal jantung mencapai 62% pada pria dan 42% pada wanita (Framingham, 2008). 5 tahun pasca diagnosis gagal jantung merupakan waktu yang terbaik dalam meningkatkan kualitas hidup penderita gagal jantung.



Kemajuan di bidang pengobatan gagal jantung saat ini telah banyak memperpanjang umur harapan hidup penderita, tetapi kesempatan hidup lebih lama belum tentu dapat dinikmati dengan baik, penderita gagal jantung dapat mengalami hal-hal yang membuat mereka bermasalah dengan kualitas hidupnya, diantaranya perasaan khawatir terhadap pekerjaan dan kemampuan untuk pengobatan, kondisi keuangan, peran dalam keluarga, aktivitas seksual, dan penampilan fisik.

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) group*, didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang. Hal ini merupakan konsep tingkatan, terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka.

Kualitas hidup adalah konstruksi multidimensi yang mencakup status fungsi (perawatan diri), kesejahteraan psikososial, fungsi sosial dan keluarga, dan kesejahteraan spiritual yang nantinya akan merupakan indikator penting tentang seberapa baik seorang individu dapat berfungsi setelah diagnosis dan pengobatan (Smeltzer & Bare, 2001).

Berdasarkan (Amaral J.J. *et all*, 2008) yang melakukan penelitian tentang kualitas hidup dan indikator klinik gagal jantung menunjukkan

ada hubungan antara fraksi ejection, diameter diastolik ventrikel



kanan, diameter sistolik ventrikel kiri dan kapasitas vital paru dengan kualitas hidup. Kualitas hidup setiap individu berbeda, tergantung dari cara individu menghadapi permasalahan yang timbul dalam dirinya. Jika individu menghadapi dengan positif maka kualitas hidupnya akan baik, namun jika individu menghadapi dengan negatif maka kualitas hidupnya akan buruk. Kualitas hidup dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk meningkatkan penyembuhan penderita gagal jantung.

Terdapat beberapa studi dan penelitian sebelumnya yang telah meneliti tentang bagaimana kualitas hidup pada pasien dengan gagal jantung. Pada penelitian yang dilakukan Jorge *et all* (2017) tentang kualitas hidup pada pasien penyakit dengan dan tanpa Gagal Jantung di Primary Care Brazil, ada sebanyak 633 subjek. Pada aspek fisik dan emosional tidak menunjukkan perbedaan. Fungsi fisik lebih rendah pada pasien gagal jantung tanpa memandang jenis kelamin dan usia. Kemampuan dan kapasitas fungsional, kesulitan untuk melakukan aktivitas umum sehari-hari, persepsi kesehatan umum dan skor keseluruhan secara signifikan lebih buruk pada pasien dengan penyakit gagal jantung tanpa melihat jenis kelamin dan usia.

Dari latar belakang masalah tersebut diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran Kualitas Hidup penderita Gagal Jantung di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin”.



B. Rumusan Masalah

Gagal jantung merupakan sindrom klinik yang ditandai dengan sesak napas dan kelelahan (saat istirahat atau aktivitas) yang disebabkan oleh kelainan struktur atau fungsi jantung. Gagal jantung juga didefinisikan sebagai sindrom klinik kompleks yang disebabkan oleh disfungsi ventrikel berupa gangguan pengisian atau kegagalan pompa jantung sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Kualitas hidup penderita gagal jantung sangat ditentukan oleh berbagai aspek antara lain motivasi sehat, dukungan keluarga, kesehatan fisik dan dukungan spritual. Kualitas hidup yang baik pada penderita gagal jantung akan membantu pasien dalam meningkatkan kenyamanan dalam hidupnya.

Berdasarkan latar belakang yang di uraikan diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran Kualitas Hidup Penderita Gagal Jantung di Rumah Sakit DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup penderita gagal jantung di Rumah Sakit DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Tujuan Khusus



- a. Untuk mengetahui karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan) pada penderita gagal jantung.
- b. Untuk mengetahui kualitas hidup penderita gagal jantung.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai gambaran untuk mengetahui bagaimana gambaran kualitas hidup penderita gagal jantung. Selain itu, penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk ilmu pengetahuan lainnya.

2. Bagi Institusi

Memberikan masukan dalam bidang keperawatan medikal bedah terkhusus pada kualitas hidup penderita gagal jantung.

3. Bagi Masyarakat

Menambah pengetahuan masyarakat khususnya bagi pelayanan keperawatan mengenai kualitas hidup penderita gagal jantung agar dapat memberikan informasi pada pasien penderita gagal jantung.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gagal Jantung

1. Defenisi

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Smelzer & Bare, 2002). Dan *Heart Disease* atau gagal jantung menurut Suryadipraja (2006) adalah suatu keadaan patofisiologis yang ditandai adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal memompakan darah dan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan.

Menurut Packer dalam buku ilmu penyakit dalam 2004 menyatakan bahwa gagal jantung kongestif merupakan suatu sindrom klinis yang rumit yang ditandai dengan adanya abnormalitas fungsiventrikel kiri dan kelainan regulasi neurohormonal, disertai dengan intoleransi kemampuan kerja fisis (*effort intolerance*), retensi cairan dan memendeknya umur hidup (*reduced longevity*).

American Heart Association (AHA) juga menjelaskan, gagal jantung adalah kondisi kronis dan progresif dimana otot jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh akandarah dan oksigen. Pada dasarnya, jantung tidak bisa memenuhi beban kerjanya.



2. Klasifikasi

Klasifikasi menurut *New York Heart Association* (NYHA) :

Kelas	Gejala Pasien
I	Tidak ada pembatasan aktivitas fisik. Dalam beraktivitas fisik tidak menyebabkan kelelahan, palpitasi, dispnea (sesak napas).
II	Sedikit pembatasan aktivitas fisik. Nyaman pada saat beristirahat. Dalam beraktivitas biasa menyebabkan kelelahan, palpitasi, dispnea (sesak napas).
III	Ditandai dengan keterbatasan aktivitas fisik. Nyaman pada saat beristirahat. Tidak bisa beraktivitas seperti biasa karena menyebabkan kelelahan, palpitasi atau dispnea.
IV	Ketidaknyamanan dalam melakukan aktivitas fisik. Gejala jantung muncul pada saat beristirahat. Jika ada aktivitas fisik yang dilakukan, ketidaknyamanan akan meningkat.

Kelas	Penilaian Obyektif
A	Tidak ada bukti obyektif penyakit jantung. Tidak ada gejala dan tidak ada gejala dan tidak ada batasan normal dalam aktivitas fisik.
B	Bukti obyektif paling rendah penyakit jantung. Gejala ringan dan keterbatasan dalam beraktivitas. Beristirahat yang nyaman.
C	Bukti obyektif cukup parah pada penyakit jantung. Ditandai dengan keterbatasan dalam beraktivitas karena gejala bahkan pada saat beraktivitas sehari-hari. Beristirahat yang cukup.
D	Bukti obyektif parah pada penyakit jantung. Tidak bisa beraktivitas. Gejala tidak berkurang bahkan ketika beristirahat.

Sumber:

http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp#.Wd837jIRXIU



3. Jenis-jenis gagal jantung

Gagal jantung menurut *American Heart Association* (AHA) 2015 terbagi dalam beberapa jenis diantaranya:

a. Gagal jantung kanan

Jantung memompa menggunakan darah yang kembali ke jantung melalui pembuluh darah melalui atrium kanan ke ventrikel kanan. Ventrikel kanan kemudian memompa darah kembali keluar dari jantung ke paru-paru untuk menambah oksigen.

Gagal jantung kanan atau ventrikel kanan biasanya terjadi diakibatkan kegagalan pada sisi kiri. Ketika ventrikel kiri gagal, peningkatan tekanan cairan ditransfer kembali melalui paru-paru, pada akhirnya merusak jantung di sisi kanan. Ketika sisi kanan kehilangan kekuatan untuk memompa, tubuh ke pembuluh darah cadangan. Pada umumnya menyebabkan pembengkakan atau kemacetan pada kaki, pergelangan kaki, dan pembengkakan didalam perut seperti saluran pencernaan dan hati (menyebabkan perut bengkak/asites).

b. Gagal jantung kiri

Jantung bergerak memompa darah yang kaya akan oksigen berjalan dari paru-paru ke arah atrium kiri, kemudian pada ventrikel kiri memompa ke seluruh tubuh. Ventrikel kiri menyimpan sebagian besar kekuatan jantung pada saat memompa,

jadi lebih besar dari ruang lainnya dan penting untuk fungsi



normal. Gagal jantung kiri atau ventrikel kiri, sisi kiri jantung harus bekerja lebih keras untuk memompa jumlah yang sama dari darah.

Ada dua jenis gagal jantung kiri. Dua jenis ini berbeda cara pengolahan obatnya.

- 1) Gagal jantung sistolik: Ventrikel kiri kehilangan kemampuan untuk berkontraksi secara normal. jantung tidak dapat memompa dengan kekuatan yang cukup untuk mendorong darah ke dalam sirkulasi.
- 2) Gagal jantung diastolik: Ventrikel kiri kehilangan kemampuan untuk beristirahat secara normal (karena otot menjadi kaku). Jantung tidak dapat terisi dengan darah selama masa istirahat diantara setiap denyut.

c. Gagal jantung kongestif

Gagal jantung kongestif adalah jenis gagal jantung yang membutuhkan perhatian medis tepat waktu, meskipun kadang-kadang kedua waktu digunakan secara bergantian.

Aliran darah dari jantung melambat, darah kembali ke jantung melalui pembuluh darah cadangan, menyebabkan kemacetan dalam jaringan tubuh. Mengakibatkan sering bengkak (edema). Paling sering terjadi pembengkakan pada dan pergelangan kaki, tetapi dapat terjadi di bagian tubuh yang lainnya juga.



Terkadang cairan berkumpul di paru-paru dan mengganggu pernapasan, menyebabkan sesak napas, terutama ketika seseorang sedang berbaring. Ini disebut edema paru dan jika tidak ditangani dapat menyebabkan gangguan pernapasan.

Gagal jantung juga mempengaruhi kemampuan ginjal untuk membuang natrium dan air. Air menahan yang dapat meningkatkan pembengkakan pada jaringan tubuh (edema).

4. Etiologi

Penyebab gagal jantung dapat disebabkan oleh factor histologi, infeksi dan penyakit degenerative diantaranya (Smeltzer & Bare, 2002):

a. Kelainan otot jantung

Gagal jantung paling sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup aterosklerosis atau inflamasi.

b. Aterosklerosis coroner

Aterosklerosis mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung.

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload).



Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung. Hipertropi dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraksi jantung. Tetapi untuk alasan yang tidak jelas, hipertropi otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal dan akhirnya akan terjadi gagal jantung.

d. Peradangan dan penyakit miokardium degenerative

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

e. Penyakit jantung lain

Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya tidak secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme yang biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah melalui jantung misalnya stenosis katup semilunar, ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah misalnya tamponade pericardium, pericarditis konstriktif, stenosis katup AV, atau pengosongan jantung abnormal misalnya insufisiensi katup AV. Peningkatan mendadak afterload akibat meningkatnya tekanan darah sistemik (hipertensi maligna) dapat menyebabkan gagal jantung meskipun tidak ada hipertropi miokardial.

f. Factor sistemik



Terdapat sejumlah factor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme, hypoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hypoksia menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis dan abnormalitas elektrolit dapat menurunkan kontraktilitas jantung. Distrimia jantung yang dapat terjadi dengan sendirinya atau secara sekunder akibat gagal jantung menurunkan efisiensi keseluruhan fungsi jantung.

5. Manifestasi Klinik

- a. Meningkatnya volume intravascular
- b. Penurunan curah jantung, efek yang biasanya timbul akibat perfusi rendah adalah pusing, kelelahan, tidak toleran terhadap latihan dan panas, ekstremitas dingin, dan haluaran urin berkurang.
- c. Kongesti jaringan
- d. Edema paru yang dimanifestasikan dengan nafas pendek dan batuk perubahan auto-regulatorik, melalui system neuro-endokrin untuk mempertahankan tekanan darah dengan vasokonstriksi, retensi cairan dan meningkatnya stimulasi adrenergic. Terjadi redistribusi aliran darah dari daerah yang mengalami vasokonstriksi (ginjal, otot, dan skelet), mengakibatkan edema, kelelahan, dan sesak nafas yang disebut dengan *stadium disfungsi ventrikel simptomatik, sindroma klinik gagal jantung (decompesated heart failure)*

(Joewono, 2003).



6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan gagal jantung adalah pemeriksaan foto thoraks yang dapat mengarah ke kardiomegali, corakan vascular paru menggambarkan kranialisasi, garis Kerley A/B, infiltrat precordial kedua paru, dan efusi pleura. Fungsi elektrokardiografi (EKG) untuk melihat penyakit yang mendasari seperti infark miokard dan aritmia. Pemeriksaan lain seperti pemeriksaan Hb, elektrolit, ekokardiografi, angiografi, fungsi ginjal, dan fungsi tiroid dilakukan atas indikasi (Mansjoer dkk, 2001).

Menurut Zulkarnain (2010) bahwa salah satu pemeriksaan yang penting juga dilakukan adalah ejection fraction testing yang merupakan salahsatu prediksi yang paling penting dari resiko gagal jantung, hal ini melihat seberapa baik jantung mampu memompa darah. Kita dapat menentukan kapasitas pompa jantung dengan mengukur fraksi ejeksi. Hal ini mengacu pada persentase darah yang dipompa keluar dari ventrikel setiap detak jantung. Sebuah fraksi ejeksi normal adalah 55 sampai 70%. Fraksi ejeksi <40% meningkatkan kelelahan dan resiko serangan jantung. Pengukuran fraksi ejeksi dapat diukur dengan ekokardiogram, Magnetic Resonance Imaging (MRI).

7. Penatalaksanaan

Ada beberapa hal yang biasa dilakukan pada pasien gagal jantung

u (Mansjoer dkk, 2001):



- a. Meningkatnya oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi O₂ melalui istirahat/pembatasan aktivitas.
- b. Memperbaiki kontraktilitas otot jantung.
 - 1) Mengatasi keadaan yang reversible, termasuk tirotoksikosis, miksidima dan aritmia.
 - 2) Digitalisasi:
 - a) Dosis digitalis:
 - (1) Digoksin oral untuk digitalisasi cepat 0,5-2 mg dalam 4-6 dosis selama 24 jam dan dilanjutkan 2x0,5 mg selama 2-4 hari.
 - (2) Digoksin iv 0,75-1 mg dalam 4 dosis selama 24 jam.
 - (3) Cedilanid: iv 1,2-1,6 mg dalam 24 jam.
 - b) Dosis penunjang untuk gagal jantung: digoksin 0,25 mg sehari. Untuk pasien usia lanjut dan gagal ginjal disesuaikan.
 - c) Dosis penunjang digoksin untuk fibrilasi atrium 0,25mg
 - d) Digitalisasi cepat diberikan untuk mengatasi edema pulmonal akut yang berat:
 - (1) Digoksin: 1-1,5 mg iv perlahan-lahan
 - (2) Cedilanid: 0,4-0,8 mg iv perlahan-lahan.
 - (3) Menurunkan beban jantung
- c. Menurunkan beban awal dengan diet rendah garam, diuretic, dan vasodilator.



1) Diet rendah garam

Pada gagal jantung dengan NYHA kelas IV, penggunaan diuretik, digoksin, dan penghambat *angiotensin converting enzyme* (ACE) diperlukan mengingat usia harapan hidup yang pendek. Untuk gagal jantung kelas II dan III diberikan:

- a) Diuretic dalam dosis rendah atau menengah (furosemid 40-80 mg).
- b) Digoksin pada pasien dengan fibrilasi atrium maupun kelainan irama sinus.
- c) Penghambat ACE (kaptopril mulai dari dosis 2x6,25 mg, dosis ditingkatkan secara bertahap dengan memperhatikan tekanan darah pasien), isosorbid dinitrat (ISDN) pada pasien dengan kemampuan aktivitas yang terganggu atau adanya iskemia yang menetap.

2) Diuretik

Biasanya digunakan furosemide 40-80mg dampak diuretic yang mengurangi beban awal tidak mengurangi curah jantung atau kelangsungan hidup, tapi merupakan garis pertama karena mengurangi gejala dan perawatan dirumah sakit.

3) Vasodilator

- a) Nitrogliserin 0,4-0,6 mg sublingual atau 0,2-2ug/kgBB/menit iv
- b) Nitroprusid 0,5-1ug/kgBB/menit iv



- c) Prazosin per oral 2-5 mg
- d) Penghambat ACE: kaptopril 2x6,25 mg

8. Dampak Psikososial Gagal Jantung

Psikososial adalah menguraikan tentang kegiatan-kegiatan manusia dalam hubungannya dengan situasi-situasi social, seperti situasi kelompok, situasi massa dan seterusnya (Gerungan, 2003).

Terjadinya suatu penyakit atau kehilangan terhadap kesehatan dapat mempengaruhi respon individu terhadap kondisi sosialnya yang biasanya disertai dengan kehilangan minat dan tidak bisa dinikmati setiap aspek kehidupan. Perubahan itu mempengaruhi hubungan individu pada lingkungan keluarga, sekolah, pekerjaan, hobi, gairah seksual serta penampilan dan kebersihan diri yang menimbulkan keluhan fisik yang memperparah suatu penyakit khususnya gagal jantung (Kresno & Timan, 2009).

Dalam siklus sehat sakit kebanyakan orang akan mengalami tiga stadium, yaitu (Smeltzer & Bare, 2001):

a. Transisi dari sehat ke sakit

Orang yang mengalami sakit (gagal jantung atau terdiagnosa dengan gangguan pada jantung) cenderung akan mengalami ketakutan yang diakibatkan oleh kenyataan bahwa pertolongan tidak akan datang saat dibutuhkan. Ketakutan ini diekspresikan melalui tuntutan yang berlebihan, menyangkal bahwa masalah tersebut ada, menolak bekerja sama atau menerima perawatan yang



ditawarkan, menarik diri dan curiga terhadap motif dan metode yang dipakai oleh orang yang mencoba menolong.

b. Periode penerimaan penyakit

Ketika seseorang menderita gagal jantung, mereka sering merasa tidak dan putus asa yang menimbulkan ketergantungan meliputi kemarahan, rasa bersalah dan berdosa yang dapat diekspresikan sebagai kritik terhadap perawatan yang diberikan dan kepada pemberi perawatan.

c. Pemulihan kesehatan

Menjadi sehat berarti melepaskan ketergantungan sehingga membuat mereka termotivasi untuk sehat tapi takut atau ragu mencoba keterampilan baru.

Adapun reaksi emosional seseorang terhadap munculnya suatu penyakit yaitu (Smeltzer & Bare, 2001):

1) Ansietas

Ansietas merupakan reaksi umum terhadap penyakit karena penyakit dianggap sebagai ancaman terhadap kehidupan, kesehatan, dan keutuhan tubuh, ketidaknyamanan akibat nyeri dan kelelahan, perubahan diet, berkurangnya kepuasan seksual, keterbatasan aktivitas, jika tidak tertangani dengan baik dapat berlanjut pada tingkat depresi.

2) Kemarahan dan permusuhan



Ekspresinya dapat berupa agresi suatu respon kompleks perasaan dan perilaku dengan intensitas, durasi dan ekspresi yang berbeda.

3) Berduka dan berkabung

Berduka merupakan respon emosional dari pasien gagal jantung akibat kehilangan kesehatan yang berharga. Sehingga akan menimbulkan ansietas, tidak berdaya, tidak ada harapan, depresi, penyesalan yang dalam

4) Harapan

Harapan merupakan perasaan dan fikiran yang berpusat pada kepercayaan dasar bahwa ada solusi terhadap masalah kesehatannya.

5) Pertimbangan budaya

Perawat membantu pasien menghadapi situasi dan mencapai perilaku sehat sesuai dengan kepercayaan dan nilai-nilainya.

6) Perubahan peran

Penyakit gagal jantung akan menyebabkan perubahan peran bagi penderitanya. Sehingga akan mempengaruhi orang lain berinteraksi dan hubungan dengan mereka, hubungan dengan keluarga dan teman kadang dapat berubah atau disesuaikan. Perubahan peran ini akan menimbulkan dampak pada harga diri.



B. Kualitas Hidup

1. Pengertian Kualitas Hidup

Menurut *World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) group*, kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang. Hal ini merupakan konsep tingkatan, terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik, status psikologis, tingkat kemandirian, hubungan social, keyakinan pribadi dan hubungan kepada karakteristik lingkungan mereka (WHO, 1997), sedangkan menurut Holland Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien (Holland, 2009).

Brunner & suddarth (1995), juga menjelaskan kualitas hidup sebagai konstruksi multidimensi yang mencakup status fungsi (perawatan diri), kesejahteraan psikososial, fungsi sosial dan keluarga, dan kesejahteraan spiritual yang nantinya akan merupakan indikator penting tentang seberapa baik seorang individu dapat berfungsi setelah diagnosis dan pengobatan (Smeltzer & Bare, 2001). Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan, lebih spesifiknya adalah penilaian individu

adap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan



sistem nilai dimana mereka hidup dalam kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Fayers & Machin, 2006).

Kualitas hidup dari setiap individu berbeda-beda, pemahaman akan kualitas hidup yang positif dan kualitas hidup yang negatif akan membedakan setiap individu dalam pencapaian aktualisasi dirinya, sikap yang muncul pun berbeda tergantung kualitas hidup yang dimilikinya dan dapat memberi pengaruh positif dan negatif atas penyakit dan kehidupannya (Prastiwi, 2012).

Menurut WHOQoL kriteria seseorang yang memiliki kualitas hidup positif ditentukan bahwa mereka memiliki pandangan psikologis yang positif, memiliki kesejahteraan emosional, memiliki kesehatan fisik dan mental yang baik.

2. Penilaian Kualitas Hidup pada Gagal Jantung

Kualitas hidup mempunyai tiga komponen yaitu: multidimensi, subyektif, dan temporer (Grady, 1993). Multidimensi mengandung makna bahwa kualitas hidup harus dilihat dari seluruh aspek kehidupan, meliputi aspek fisik, sosiokultural, emosi dan spiritual. Subyektif berarti bahwa kualitas hidup merupakan persepsi dari pasien dan dapat diketahui dengan bertanya langsung pada pasien. Temporer bermakna bahwa kualitas hidup diukur dalam lingkup waktu yang jelas.



Dalam pengukur kualitas hidup harus dipertimbangkan dalam tiga hal yaitu: pertama kondisi manusia yang digambarkan dalam bentuk perasaan gembira dan puas. Kedua, kapabilitas manusia dilihat dari dalam fungsi dan penampilannya dan ketiga, pilihan teori kepuasan yang sesuai, dimana didalamnya terdapat hal-hal kompleks tentang pilihan, kebebasan, dan otonomi pasien.

Dari beberapa pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa kualitas hidup merupakan suatu yang subyektif dan individual. Kualitas hidup dilihat dari berbagai macam perspektif disegala bidang kehidupan. Kualitas hidup diukur dalam periode waktu tertentu dalam periode kehidupannya.

Pengertian ini dianggap bisa mewakili untuk pasien gagal jantung karena gagal jantung dapat mempengaruhi segala fungsi tubuh, menghambat kemampuan sosial, dan mempengaruhi kondisi psikologisnya. Gejala yang dialami oleh pasien juga bervariasi tergantung derajat keparahan dari gagal jantung yang dialaminya. Gejala juga bersifat temporer dapat membaik dan ditoleransi oleh pasien bila mendapatkan penatalaksanaan yang memadai.

a. Dimensi kualitas hidup

Dalam pengukuran kualitas hidup seseorang terdapat 4 aspek utama yang harus diperhatikan, yaitu: kesejahteraan fungsional, kesejahteraan fisik, kesejahteraan emosional atau psikologis dan kesejahteraan sosial. Kesejahteraan spiritual tidak mendapatkan



prioritas karena kebutuhan spiritual menurut setiap individu memiliki arti yang berbeda. Pada sebagian orang kebutuhan spiritual menurut setiap individu memiliki arti yang berbeda. Pada sebagian orang kebutuhan spiritual menjadi hal yang penting dan sebagian lainnya tidak.

Kesejahteraan fungsional, merupakan kemampuan seseorang untuk berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari. Hal tersebut meliputi bekerja, belajar, merawat diri, kemampuan untuk memenuhi aktivitas sehari-hari, kemampuan bergerak, kemampuan untuk istirahat, dan tidur secara adekuat, dan rekreasi. Pasien gagal jantung mengalami keterbatasan fungsi akibat penurunan toleransi latihan, sehingga membutuhkan intervensi untuk mempertahankan atau meningkatkan toleransi latihannya yang dapat dilakukan salah satunya dengan *home based exercise training*.

Kesejahteraan fisik, kemampuan anggota tubuh untuk berfungsi secara optimal sehingga dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri untuk memenuhi kebutuhannya. Gagal jantung menyerang organ tubuh yang vital, yaitu jantung yang berfungsi untuk mengirimkan oksigen dan nutrisi ke seluruh organ tubuh. Pada kondisi yang berat pasien akan mengalami sesak nafas, penurunan toleransi latihan dan fatigue akibat ketidakmampuan jantung mengirim sejumlah oksigen dan nutrisi yang cukup.



Kesejahteraan psikologis atau emosional, kemampuan untuk menciptakan perasaan senang dan puas terhadap sesuatu yang terjadi dalam kehidupan. Penurunan toleransi aktivitas yang dialami pasien gagal jantung membuat pasien berada dalam posisi tidak berdaya. Ketidakberdayaan ini memicu timbulnya depresi pada pasien gagal jantung.

Kesejahteraan sosial, kemampuan seseorang untuk membina hubungan interpersonal dengan orang lain. Hubungan yang terbina mempunyai kerekatan dan keharmonisan. Pasien gagal jantung mengalami hambatan untuk menjalankan fungsi sosialnya karena ketidakberdayaan fisik yang dialaminya. Sesak nafas, fatigue, dan penurunan toleransi latihan menjadi sumber hambatan pada pasien gagal jantung untuk melakukan aktivitas sosialnya.

Kualitas hidup sering digunakan untuk mengkaji dampak penyakit mempengaruhi kehidupan individu. Kualitas hidup dipengaruhi oleh keadaan penyakit individu tersebut.

