

# GAMBARAN KARAKTERISTIK PASIEN GAGAL JANTUNG DENGAN SUPPORTIVE-EDUCATIVE SYSTEM

Ditha Astuti Purnamawati<sup>1</sup>, Fitri Arofiati<sup>2</sup>, Ambar Relawati<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Mahasiswa Magister Keperawatan Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,<sup>2</sup> Staf Pengajar Magister Keperawatan Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta,<sup>3</sup> Staf Pengajar Magister Keperawatan Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Yogyakarta, Indonesia

Ditha\_astuti@yahoo.com, arofiatifitri@gmail.com, ambar@umy.ac.id

**ABSTRAK** : Latar Belakang: Gagal jantung memerlukan penatalaksanaan yang tepat dari tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan intervensi yang diharapkan dapat mencegah perburukan penyakit. Intervensi yang dimaksud tidak hanya bersifat farmakologi saja tetapi intervensi non farmakologi. management nonfarmakologi yang dapat dilakukan perawat salah satunya dapat berupa *supportive educative system*, dimana sistem ini membantu pasien dalam memperoleh informasi kesehatan, modifikasi prilaku, serta pengambilan keputusan yang berhubungan dengan penyakitnya dan mencegah faktor resiko Tujuan: Mengidentifikasi karakteristik *supportive-educative system* pada pasien Gagal Jantung. Metode: Desain quasi eksperimen dengan menggunakan *pre-test* dan *post-test* with kontrol group. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 34 responden yaitu pasien penderita gagal jantung yang dirawat di ruang rawat inap yang diambil secara *consecutive sampling*. Uji statistik dilakukan dengan *Mann-Whitney Test*. Kesimpulan: Berdasarkan hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan usia untuk kelompok intervensi dan kontrol terbanyak pada kelompok usia 51 – 60 tahun, jenis kelamin yang terbanyak adalah laki-laki, pendidikan terbanyak pada jenjang SMA, pekerjaan terbanyak adalah wiraswasta dan yang terakhir untuk karakteristik pengalaman dirawat dirumah sakit adalah dengan pengalaman satu kali dirawat.

**Kata Kunci:** *Supportive-Educative System, Gagal jantung*

## PENDAHULUAN

Gagal jantung merupakan salah satu penyakit tidak menular sebagai penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya (Kemenkes, R. I., 2014). Gagal jantung adalah fase kronis yang dapat menyebabkan kerusakan fungsional jantung akibat banyaknya gejala, sehingga banyaknya gejala yang dialami oleh pasien gagal jantung memengaruhi kesehatannya (Ziaieian, B. & Fonarow, G. C., 2016). Yancy, C., et all. (2013) gagal jantung adalah kumpulan gejala klinis yang kompleks dihasilkan dari penurunan fungsi struktural atau fungsional dalam pengisian ventrikel (ejeksi darah).

Kemenkes, R. I., (2014) menyatakan prevelensi kasus gagal jantung di Indonesia pada tahun 2013 berdasarkan pada diagnosa dokter diperkirakan sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/ gejala diperkirakan sekitar 530.068 orang. Penderita gagal jantung di Kalimantan Barat prevelensinya mencapai 0,2% berdasarkan diagnose dokter dan gejala pada pasien > 15 tahun (Riset Kesehatan Dasar, 2013). Berdasarkan rekam medik di RSUD Dr. Soedarso Pontianak tahun 2016, pasien gagal jantung kongestif mencapai 646 orang, dan selama tiga bulan terakhir menempati posisi pertama dengan kasus terbanyak pada kasus kardiovaskular. Pada bulan Oktober jumlah pasien gagal jantung kongestif sebanyak 57 pasien, bulan November 70 pasien, dan Desember 67 pasien. Sementara jumlah

kunjungan pasien di poliklinik jantung sekitar 40-50 pasien setiap harinya.

Gagal jantung memerlukan penatalaksanaan yang tepat dari tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan intervensi yang diharapkan dapat mencegah perburukan penyakit. Intervensi yang dimaksud tidak hanya bersifat farmakologi saja tetapi intervensi non farmakologi juga perlu diberikan perhatian yang serius. Zamanzadeh, (2013) menyatakan bahwa manajemen nonfarmakologi yang dapat dilakukan perawat salah satunya dapat berupa *supportive educative system*, dimana sistem ini membantu pasien dalam memperoleh informasi kesehatan, modifikasi perilaku, serta pengambilan keputusan yang berhubungan dengan penyakitnya dan mencegah faktor resiko.

Menurut Etemadifar, S, et all (2014) bahwa *supportive-educative system* merupakan intervensi yang efektif diberikan oleh perawat kepada keluarga dan pasien dengan gagal jantung, karena intervensi ini bersifat sederhana, murah, dan praktis diberikan. Secara signifikan juga dapat meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri keluarga dalam memberikan perawatan di rumah. Hal ini dikarenakan penderita dengan penyakit gagal jantung juga mengalami gangguan dalam melakukan aktifitas fisik sehari-hari. Kekambuhan gagal jantung dan rawat inap di rumah sakit terjadi karena tidak dapat mengenali gejala kekambuhan, ketidaktahuan pasien tentang gagal jantung kongestif mengakibatkan pasien kurang taat dengan diet rendah garam, pembatasan cairan, serta menghitung denyut nadi, menimbang berat badan, latihan aktivitas fisik serta pentingnya istirahat yang cukup. Ketidaktahuan juga menyebabkan ketidaktaatan pasien untuk minum obat secara teratur dan sesuai dengan resep dokter, tidak memahami apabila muncul gejala dan tanda kekambuhan gagal jantung dan ketidaktaatan untuk kontrol ke dokter atau kerumah sakit (Smeltzer, Suzzane. C., 2003).

Managemen gagal jantung yang efektif membutuhkan pemantauan terus-menerus oleh dokter, serta *education* pada pasien dan keluarga

terkait penggunaan obat yang tepat, kepatuhan terhadap pedoman diet dan aktifitas fisik yang dilakukan, manajemen gejala dan perawatan diri (Wakefield, B. J., 2013). Pasien gagal jantung mampu melakukan perawatan diri tetapi mereka membutuhkan pendidikan tentang aspek yang berbeda dari perilaku perawatan diri yang terapeutik. Pada sistem ini perawat secara optimal diposisikan masalah kesehatan yang potensial dan memberikan intervensi *supportive-educative* yang sesuai (Zamanzadeh, 2013). Hal ini selaras dengan Etemadifar, S, et all (2014) bahwa *supportive-educative system* merupakan intervensi yang efektif diberikan oleh perawat kepada keluarga dan pasien dengan gagal jantung, karena intervensi ini bersifat sederhana, murah, dan praktis diberikan. Secara signifikan juga dapat meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri keluarga dalam memberikan perawatan di rumah.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. Soedarso pada bulan April 2017 dengan wawancara pada pasien dengan gagal jantung yang dilakukan di ruangan, didapatkan data lima dari tujuh pasien tidak mengetahui tindakan pencegahan apa yang harus dilakukan di rumah seperti makanan apa yang boleh dan tidak boleh dimakan, aktivitas, ataupun komplikasi dari penyakit sekarang. Hasil dari wawancara dengan perawat ruangan, edukasi yang diberikan kepada pasien berupa jadwal kontrol yang harus dilakukan dan obat-obatan yang harus diminum di rumah, serta tidak adanya SOP yang baku mengenai edukasi yang diberikan pada pasien gagal jantung.

Berdasarkan fenomena ini, penulis tertarik terhadap pemberian intervensi *supportive-educative system* yang diberikan pada pasien gagal jantung, yang diharapkan dapat mengurangi kekambuhan dan munculnya komplikasi pada pasien dikemudian hari, karena tingginya angka kekambuhan dan komplikasi yang disebabkan kurangnya pengetahuan dan pendidikan pasien mengenai penyakitnya.

## METODE PENELITIAN

### Jenis Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah metode *quasi experiment* dengan menggunakan *pre-test* dan *post-test* with kontrol group. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh *supportive-educative system* dalam meningkatkan ADL dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

### Populasi, Sampel dan Sampling

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien gagal jantung yang di rawat inap di

RSUD Dr. Sudarso Pontianak pada yang rata-rata setiap bulan 67 pasien setiap bulan. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 34 responden yaitu pasien penderita gagal jantung yang dirawat di ruang rawat inap RSUD Dr. Sudarso Pontianak, yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan teknik non probably dengan pendekatan *consecutive* sampling yaitu suatu metode pemilihan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan, sampai pada kurun waktu tertentu sehingga jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi.

### Hasil

### Karakteristik Responden Penelitian

Tabel 4.1 Distribusi Responden Penelitian Berdasarkan Usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Pengalaman sakit (N=34)

	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	F	%	F	%
Usia				
33-45 Tahun	2	11,8	2	11,8
46-58 Tahun	15	88,2	15	88,2
Jenis kelamin				
Laki-laki	12	70,6	13	76,5
Perempuan	5	29,4	4	23,5
Pendidikan				
SD	1	5,9		
SMP	2	11,8	2	11,8
SMA	11	64,7	12	70,6
Perguruan Tinggi	3	17,6	3	17,6
Pekerjaan				
PNS	4	23,5	2	11,8
Swasta	1	5,9	3	17,6
Wiraswasta	3	17,6	6	35,3
Petani	2	11,8	5	29,4
Lainnya	7	41,2	1	5,9
Pengalaman dirawat di RS				
1	15	88,2	16	23,5
≥ 1	2	11,8	1	1,5

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa karakteristik usia responden terbanyak pada rentang kelompok

usia 46 – 50 tahun yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol masing-masing sebesar 15

responden (88,2 %). Jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki pada kelompok intervensi 12 responden (70,6 %) dan pada kelompok kontrol 13 responden (76,5 %). Karakteristik tingkat pendidikan terbanyak SMA yaitu pada kelompok intervensi sebesar 11 responden (64,7 %) dan pada kelompok kontrol sebesar 12 responden (70,6%).

Karakteristik pekerjaan terbanyak pada kelompok intervensi terbanyak adalah lainnya 7 responden (41,2%) dan pada kelompok kontrol terbanyak adalah wiraswasta 6 responden (35,3%). Untuk karakteristik pengalaman dirawat dirumah sakit pada kelompok intervensi dan kontrol terbanyak adalah dengan pengalaman sakit satu kali sebesar 31 responden (91,17 %) dan pengalaman sakit lebih dari satu kali 3 responden (8,82 %)

## PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian diketahui karakteristik responden berdasarkan usia untuk kelompok intervensi dan kontrol terbanyak pada kelompok usia 51 – 60 tahun sebesar 19 responden (55,88 %). Menurut Perki (2015) gagal jantung adalah masalah kesehatan yang terus-menerus dengan bertambahnya usia yang terjadi pada negara maju maupun negara berkembang. Riset Kesehatan Dasar (2013) menyatakan penderita gagal jantung banyak ditemukan pada kelompok umur 54-64 tahun. Karena gagal jantung merupakan proses berkeanjutan terhadap penurunan fungsi jantung baik secara struktur atau fungsional terutama pada ventrikel. Pemilihan responden dalam penelitian ini dibatasi antara umur 19-60 tahun. Lansia akan mengalami fungsi neorologis, serta sensori yang akan berpengaruh dalam penerimaan edukasi. Usia berpengaruh terhadap penerimaan informasi, dimana usia yang matang akan mempermudah penerimaan informasi yang yang diterima, hal ini sesuai dengan Potter & Perry (2010) pada usia 40-65 tahun adalah waktu yang berpengaruh maksimal, menilai sendiri, dan membimbing diri sendiri sehingga pada umur tersebut pasien memiliki efikasi diri yang baik, karena tahap ini

disebut sebagai tahapan keberhasilan. Dengan demikian usia yang matang diharapkan akan berpengaruh dalam memudahkan pemberian *supportive-educative* pada responden, dalam hal ini adalah edukasi pada responden gagal jantung.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yaitu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terbanyak adalah laki-laki Hal ini sesuai dengan penelitian Wahyuni, A. & Kurnia, O (2014) bahwa responden gagal jantung yang terbanyak adalah laki-laki yaitu adalah laki-laki sebesar 25 responden (73,52 %) sedangkan perempuan 9 responden (26,47 %). Hal ini selaras dengan Pudiarifanti, N, et al., (2015) menyatakan kejadian gagal jantung lebih banyak laki-laki daripada perempuan. Hal ini berkaitan dengan hormon, hormon estrogen pada perempuan diduga memiliki efek dalam mencegah kejadian gangguan kardiovaskular dengan menurunkan stress oksidatif

Karakteristik tingkat pendidikan untuk kelompok intervensi dan kontrol terbanyak adalah SMA sebesar 23 responden (67,64 %), selanjutnya perguruan tinggi 6 responden (17,64 %), SMP sebesar 4 responden (11,74%) dan SD sebesar 1 responden (2,94%). Hal ini selaras dengan penelitian Djaya, K. H., Nasution, S. A., & Antono, D, (2015) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang berada pada frekuensi tertinggi adalah subjek dengan pendidikan SMA atau sederajat (23,9%). Menurut Rini, S. S., & Hairitama, R (2014) seseorang semakin tinggi pendidikan yang dimilikinya maka semakin mudah menerima informasi yang diberikan. Karena seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mudah menyerap informasi dan memiliki pengetahuan yang lebih baik dari pada seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Pendidikan berpengaruh terhadap daya tangkap dan kemampuan seseorang memahami pengetahuan yang diperoleh dalam penerimaan informasi, dalam hal ini informasi mengenai gagal jantung, dimana responden yang berpendidikan lebih tinggi maka semakin mudah untuk menerima informasi. Tingkat pendidikan juga

berpengaruh terhadap upaya seseorang dalam memperoleh sarana kesehatan, mencari pengobatan penyakit yang dideritanya dan dan mampu memilih serta memutuskan tindakan yang dijalaniannya untuk mengatasi masalah kesehatannya.

Semua responden penelitian sudah bekerja, dengan hasil pada kelompok intervensi dan kontrol terbanyak adalah wiraswasta. Gagal jantung terjadi kelemahan fungsional jantung dengan gejala umum adalah kelelahan dan sesak, dengan melakukan aktivitas berlebihan akan semakin mengganggu fungsi jantung. Hal ini sesuai dengan Kaplan & Schub (2010), pekerjaan yang berat dan dilakukan terus menerus dan kurang beristirahat dapat meningkatkan kerja jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan tubuh dalam melakukan aktivitas.

Karakteristik responden berdasarkan pengalaman dirawat di rumah sakit untuk karakteristik pengalaman sakit pada kelompok intervensi dan kontrol terbanyak adalah dengan pengalaman dirawat dirumah sakit satu kali sebesar 31 responden. Pengalaman sakit dibatasi oleh peneliti minimal satu kali dengan alasan, pengalaman sakit berhubungan dengan penerimaan pasien terhadap penyakitnya. Pengalaman sakit berpengaruh terhadap penerimaan sakit dan menerima edukasi, responden yang didiagnosis pertama kali atau tanpa pengalaman sakit akan mengalami penolakan terhadap sakitnya sehingga hal tersebut akan mempengaruhi responden dalam menerima edukasi.

Pada penelitian tidak hanya pendidikan yang mempengaruhi kativitas fisik sehari-hari pada pasien tetapi juga dipengaruhi oleh motivasi pasien untuk melakukan aktivitas fisik sehari-hari. Hal ini sesuai dengan penelitian Klompstra, L., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2015), menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi, self-efficacy pada olahraga dan motivasi dikaitkan dengan tingkat aktivitas fisik yang lebih tinggi. Faktor-faktor ini perlu diperhatikan dalam

memberikan edukasi pada pasien gagal jantung. Hambatan yang ditemukan dalam memberikan edukasi dalam melakukan aktivitas fisik sehari-hari yaitu motivasi dalam melakukan aktifitas fisik, serta tidak ada dukungan keluarga dalam melakukan aktivitas fisik. Motivasi dapat berupa motivasi sosial dan motivasi psikologis (intrinsik), motivasi intrinsik memiliki peranan yang lebih besar karena jika pasien dengan gagal jantung memiliki motivasi psikologis, pasien tersebut akan lebih memahami manfaat melakukan aktivitas fisik tersebut tidak sebatas hanya mengetahui aktivitas apa yang dapat dilakukan ketika kembali kerumah. Motivasi intrinsik bisa menjadi kunci untuk menjaga aktivitas fisik pada pasien HF dan motivator penting untuk dipertimbangkan saat mengembangkan strategi intervensi promosi.

Pasien gagal jantung dengan klasifikasi NYHA yang lebih tinggi dan dengan self-efficacy yang lebih rendah dikaitkan dengan aktifitas fisik sehari-hari yang rendah pula. Hal ini juga dipengaruhi dengan gaya hidup yang tidak menetap. Pada pasien gagal jantung dianggap memiliki gaya hidup yang tidak menetap jika mereka melakukan aktivitas fisik intensitas sedang kurang hingga 30 menit per hari. Kompleksitas aktivitas fisik sehari-hari juga digambarkan oleh klasifikasi berdasarkan NYHA, dimana klasifikasi NYHA yang lebih tinggi secara signifikan lebih sedikit aktif secara fisik daripada mereka yang memiliki klasifikasi NYHA lebih rendah. Selain itu juga dapat dilihat dari self-efficacy, pasien dengan self-efficacy lebih tinggi lebih aktif secara fisik dalam kehidupan sehari-hari dibandingkan pasien dengan self-efficacy yang lebih rendah. Terlepas dari klasifikasi NYHA, self-efficacy nampaknya merupakan variabel terpenting dalam menjelaskan varians dalam aktivitas fisik sehari-hari (Dontje, M. L., et al, 2014)

## PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian karakteristik responden berdasarkan usia untuk kelompok intervensi dan kontrol terbanyak pada

kelompok usia 51 – 60 tahun, jenis kelamin yang terbanyak adalah laki-laki, pendidikan terbanyak pada jenjang SMA, pekerjaan terbanyak adalah wiraswasta dan yang terakhir untuk karakteristik pengalaman dirawat dirumah sakit adalah dengan pengalaman satu kali dirawat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Djaya, K. H., Nasution, S. A., & Antono, D. (2015). Gambaran Lama Rawat dan Profil Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo.
- Dontje, M. L., van der Wal, M. H., Stolk, R. P., Brügemann, J., Jaarsma, T., Wijtvlit, P. E., & de Greef, M. H. (2014). Daily physical activity in stable heart failure patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(3), 218-226.
- Etemadifar, S., Bahrami, M., Shahrari, M., & Farsani, A.K. (2014). *The Effectiveness Of A Supportive Educative Group Intervention On Family Caregiver Burden Of Patients With Heart Failure*. Vol: 19(3); 217
- Kaplan & Schub. (2010). Heart Failure in Woven. Cinahal Information System.1:57-63
- Kemendes, R. I. (2014). Infodatin: Situasi Kesehatan Jantung. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 1-8.
- Klompstra, L., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2015). *Physical activity in patients with heart failure: barriers and motivations with special focus on sex differences*. Patient preference and adherence, 9, 1603
- Perhimpunan Dokter Spesialis kardiovaskular Indonesia. (2015). *Pedoman Tatalaksanaan Gagal jantung*. Ed. ketiga. Jakarta: Centra Communications
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan : Konsep, proses dan praktik*. Ed 4, Vol 2. Terjemahan
- Pudiarifanti, N., Pramantara, I. D., & Ikawati, Z. (2015). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kronik. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, 5(4), 259-266.
- Rini, S. S., & Hairitama, R. (2014). Kepatuhan lansia penderita hipertensi dalam pemenuhan diet hipertensi. *Sorot (Jurnal Ilmu-ilmu Sosial dan Ekonomi)*, 6(1), 46-53.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2013
- Smeltzer, Suzzane. C. (2003). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart*. Ed 8. Jakarta: EGC
- Wahyuni, A., & Kurnia, O. S. (2014). *Hubungan Self-Care dan motivasi dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung*. *Jurnal Keperawatan Padjajaran*, 2(2).
- Wakefield, B. J., Boren, S. A., Groves, P. S., & Conn, V. S. (2013). *Heart failure care management programs: a review of study interventions and meta-analysis of outcomes*. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(1), 8-19
- Yancy, C., et all. (2013). *2013 ACCF/AHA Guideline for the Managenet of Heart Failure*. *Circulation*, CIR-0b013e31829e8776.
- Zamanzadeh.V, et all. (2013). *A Supportive-Educational Intervention for Heart Failure Patients in Iran: The Effect on Self-Care Behaviours*. 10.1155
- Ziaiean, B., & Fonarow, G. C. (2016). Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nature Reviews. Cardiology*, 13(6), 368.