

**GAMBARAN PERKEMBANGAN AKTIVITAS FISIK PASIEN
GAGAL JANTUNG YANG DI RAWAT INAP**



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Strata I
pada Jurusan S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

**Oleh:
KRISNA YUDHA DARMAWAN
J 210.140.103**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2020**

HALAMAN PERSETUJUAN

**GAMBARAN PERKEMBANGAN AKTIVITAS FISIK PASIEN GAGAL JANTUNG YANG
DI RAWAT INAP**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh :

KRISNA YUDHA DARMAWAN
J210.140.103

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen
Pembimbing



Ns. Dian Nur W, Skep., M.Kep

PENGESAHAN SKRIPSI

Berjudul:

**GAMBARAN PERKEMBANGAN AKTIVITAS FISIK PASIEN GAGAL
JANTUNG YANG DI RAWAT INAP**

Oleh:

KRISNA YUDHA DARMAWAN

J210 140 103

**Dipertahankan di hadapan Tim Penguji Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada hari Selasa, 20 September 2019**



Pembimbing

Ns. Dian Nur W, Skep., M.Kep

Penguji:

1. Ns. Dian Nur W, Skep., M.kep. 
2. Ns. Betti Kristinawati, M.Kep.,Kep.M.B 
3. Dr. Faizah Betty Rahayuningsih,A., S.Kep., M.Kes 

Menyetujui

Kaprodi Keperawatan



Arum Pratiwi, S.Kp., M.Kes., Ph.D

NIK. 620

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta**



Dr. Mutalazimah, SKM.,M.Kes

NIK.786

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam naskah publikasi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 12 Februari 2020
Yang menyatakan



Krisna Yudha Darmawan
J210140103

GAMBARAN PERKEMBANGAN AKTIVITAS FISIK PASIEN GAGAL JANTUNG YANG DI RAWAT INAP

Abstrak

Gagal jantung merupakan tahap terakhir dari penyakit jantung dan merupakan masalah kesehatan dunia. Penyakit gagal jantung dapat menimbulkan masalah berupa penurunan kardio output yang rentan terhadap ketidakadekuatan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh. Penatalaksanaan medis terhadap penyakit kardiovaskular setelah kondisi akut dianjurkan untuk mengikuti program pemulihan melalui program rehabilitasi jantung. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui bagaimana gambaran aktifitas fisik rehabilitasi jantung fase I pada pasien gagal jantung di RS Dr. Moewardi Surakarta. Jenis penelitian yang dilakukan penelitian kuantitatif dengan metode *deskriptif*. Populasi penelitian adalah adalah semua pasien penderita gagal jantung di RSUD Dr. Moewardi data diambil pada bulan April sampai Juni 2018 berjumlah 36 pasien yang dirawat di ruang Aster 5 RSUD Dr. Moewardi. Sampel penelitian sebanyak 36 yang dirawat di ruang Aster 5 RSUD Dr. Moewardi menggunakan teknik *total sampling*. Alat ukur dengan kuesioner dan analisis data penelitian menggunakan analisis deskriptif. Kesimpulan penelitian ini menunjukkan gambaran aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di RSUD Dr. Moewardi Surakarta menunjukkan sebagian besar pasien telah mampu melakukan aktivitas fisik berupa mampu melakukan perawatan diri dengan bantuan orang lain seperti makan (96%), pasien telah mampu melakukan posisi duduk selama 15 menit sampai 30 menit dilakukan 3 kali sehari tanpa bantuan orang lain (82%), pasien telah mampu melakukan posisi duduk dengan waktu tak terbatas (52%), mampu pindah ruangan seperti pergi ke toilet dengan pengawasan (45%), dapat meninggalkan tempat tidur kapan saja tanpa bantuan orang lain (38%), mampu berjalan melakukan aktivitas dengan pengawasan (29%), mampu melanjutkan aktivitas terdahulu (16%).

Kata kunci : pasien gagal jantung, aktivitas fisik, rehabilitasi fase I.

Abstract

Heart failure is the last stage of heart disease and is a global health problem. Heart failure can cause problems in the form of decreased cardio output which is susceptible to the inadequacy of the heart in pumping blood to meet the body's metabolic needs. Medical management of cardiovascular disease after acute conditions is recommended to participate in a recovery program through a cardiac rehabilitation program. The purpose of this study was to find out how the physical activity of phase I heart rehabilitation in patients with heart failure in Dr. Moewardi Surakarta. This type of research conducted quantitative research with descriptive methods. The study population was all patients with heart failure in RSUD Dr. Moewardi data taken in April to June 2018 were 36 patients treated in Aster 5 room of RSUD Dr. Moewardi. Research samples were 36 treated in Aster

5 room Dr. Moewardi used a total sampling technique. Measuring instruments with questionnaires and analysis of research data using descriptive analysis. The conclusion of this study shows a picture of physical activity in patients with heart failure in RSUD Dr. Moewardi Surakarta shows that most patients have been able to perform physical activities in the form of being able to perform self-care with the help of others such as eating (96%), patients have been able to sit in positions for 15 minutes to 30 minutes done 3 times a day without help from others (82%), the patient has been able to do the sitting position with unlimited time (52%), able to move rooms such as going to the toilet with supervision (45%), can leave the bed at any time without the help of others (38%), able to walk doing activities with supervision (29%), able to continue previous activities (16%).

Keywords: heart failure patients, physical activity, phase I rehabilitation

1. PENDAHULUAN

Gagal jantung merupakan tahap terakhir dari penyakit jantung dan merupakan masalah kesehatan dunia. Menurut WHO (2014). menyebutkan bahwa penyakit gagal jantung merupakan penyebab utama kematian didunia setiap 3 dari 10 orang meninggal akibat penyakit ini.

Data prevalensi di Amerika pada tahun 2010 sekitar 6,6 juta orang dan diperkirakan mengalami peningkatan pada tahun 2030 menurut AHA (*Amerika Heart Assosiation*), 2012. Benua asia menduduki tempat tertinggi penyebab kematian penyakit jantung sekitar 712.000 orang. Di Indonesia penderita penyakit gagal jantung berjumlah 371.000.

Berdasarkan prevalensi diagnosi dan gejala, jumlah penderita gagal jantung terbanyak terdapat di Nusa Tenggara Timur (0,8%), diikuti oleh Sulawesi Tengah (0,7%), sedangkan Sulawesi dan Papua (0,5%), untuk Jawa Tengah sebesar (0,3%) (Risksedas, 2013). Jumlah prevalensi pada tahun 2013 terdapat 720 orang penderita gagal jantung (Infodatim,2014).

Penyakit gagal jantung dapat menimbulkan masalah berupa penurunan kardio output yang rentan terhadap ketidakadekuatan jantung dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Herdman,2015). Pada pasien penderita gagal jantung dapat menimbulkan dampak yaitu nyeri dada, edema pada ekstremitas, sesak nafas, penurunan output urin, sianosis, gelisah, lemas, asidosis jaringan, dan dapat mengakibatkan kongesti pulmonal yang

mengakibatkan edema paru (Muttaqin, 2009). Pasien gagal jantung sering mengalami kekambuhan dan kembali dirawat dirumah sakit, hal ini disebabkan karena pasien tidak melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, kurangnya kepatuhan tindak lanjut medis, berlebihan dalam melakukan aktifitas fisik.

Menurut *Amerika Heart Assosiation* (2012) hampir 50% kejadian rehospitalis terjadi dari gagal jantung kongestif yang menjalani hospitalisasi yaitu sebanyak 1.094.00 pasien. Program rehabilitasi jantung merupakan penatalaksanaan medis yang dianjurkan setelah penyakit jantung kondisi akut teratasi dan status hemodinamik stabil. Program ini ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, masalah psikologis pasien akan berkurang, fungsi jantung bisa optimal (Arovah, 2012)

Penatalaksanaan medis terhadap penyakit kardiovaskular setelah kondisi akut di anjurkan untuk mengikuti program pemulihan melalui program rehabilitasi jantung. Program rehabilitasi jantung adalah penatalaksanaan medis yang dianjurkan ketika pasien sudah melewati kondisi akut dan keadaan status hemodinamik stabil. Menurut Roveny (2017) program rehabilitasi jantung didalamnya terdiri dari proses edukasi pada pasien, mobilisasi, dan konseling. Penderita sangat memerlukan penanganannya yang komprehensif guna mengembalikan kemampuan fisik paska serangan dan mencegah terjadi serangan kembali. Program ini bertujuan untuk mengoptimalkan kapasitas fisik, meningkatkan kualitas hidup pasien, mencegah pemburukan dan fungsi jantung dapat optimal. (Arovah,2010).

Kepatuhan pasien dalam melakukan rehabilitasi jantung masih tergolong rendah (Craciun, 2009). Menurut Scane, 2012 dalam Adawi, 2013 sekitar 24-50% menarik diri ketika melakukan rehabilitasi jantung dan hanya 39% pasien yang patuh terhadap latihan mobilisasi fisik yang dapat direkomendasikan. Ketidak patuhan pasien dapat berakibat buruk pada penyakit, dan dapat meningkatkan biaya pengobatan (Jimmy & Jose,2011). Menurut Lee (2013) menjelaskan beberapa alasan mengapa pasaien tidak mau melaksanakan program rehabilitasi jantung yaitu hambatan fisik (jarak yang terlalu jauh dari pusat rehabilitasi, biaya yang terlalu mahal, dan kurangnya transportasi), hambatan personal (kurang

pengetahuan mengenai tujuan program rehabilitasi jantung). Faktor utama yang dapat mempengaruhi kemauan pasien dalam mengikuti rehabilitasi jantung adalah persepsi pasien yang mencakup identitas diri, pandangan diri pasien tersebut terhadap penyakit yang di derita. Persepsi yang dirasakan pasien sebagai respon dari tekanan penyakit yang dirasakannya serta pemahaman pasien tersebut terhadap penyakit dan pengobatan (Clarck *et al.*, 2013).

Menurut Lubis, 2010 menjelaskan program rehabilitasi jantung terbagi atas empat fase, yaitu fase I selama pasien dirawat dirumah sakit yang berfokus pada ambulasi dini dan pendidikan kesehatan. Fase II segera setelah pasien keluar rumah sakit. Fase III dan Fase IV merupakan fase pemeliharaan.

Menurut (Dwiyanti, 2014) selama bertugas di ruang ICCU ditemukan perilaku pasien menolak untuk melaksanakan mobilisasi sesuai dengan program rehabilitasi jantung fase I disebabkan mereka sanggup melakukan aktifitas melebihi dari yang disarankan sehingga pasien melakukan aktifitas yang seharusnya belum diperbolehkan. Tujuan dari rehabilitasi jantung pada fase I adalah mempercepat proses pemulihan, meminimalisasi resiko, mengurangi efek samping fisiologis dan psikologis tirah baring. Rehabilitasi secara dini mampu memulihkan berbagai gangguan akibat tirah baring. Menurut Yusuf, 2007 rehabilitasi dini terbukti aman dan tidak ditemukan peningkatan mortalitas. Menurut *Amerika Heart Association (AHA) dan Amerika College of Cardiology (ACC)* mengenai pencegahan dan manajemen penyakit jantung, rehabilitasi jantung sangat terbukti berguna dan mudah untuk dilakukan pada sindrom koroner akut, *Post Percutaneous Coronary Intervention (PCI)*, *Post Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)* dan angina stabil (Kwan G. 2012).

Pada rehabilitasi jantung fase I dilakukan pendidikan kesehatan pasien mengenai penyakitnya kemudian dilanjutkan dengan program latihan aktifitas fisik yang dapat dilakukan 48 jam setelah gangguan jantung sepanjang tidak terdapat kontraindikasi (Arovah, 2012) latihan fisik pada rehabilitasi jantung terbukti menurunkan mortalitas sebesar 27% yang menderita penyakit infark miokard. Evaluasi pada akhir rehabilitasi jantung fase I, yaitu mencakup perubahan fisik meliputi keluhan angina berkurang, adanya perbaikan fungsional :

perubahan aspek mental seperti pasien tampak tenang dan perubahan aspek pengetahuan berupa kepatuhan menjalankan program latihan (Mertha, 2010).

2. METODE

Jenis penelitian yang dilakukan penelitian kuantitatif dengan metode *deskriptif*. Populasi penelitian adalah adalah semua pasien penderita gagal jantung di RSUD Dr. Moewardi data diambil pada bulan April sampai juni 2018 berjumlah 36 pasien yang dirawat diruang Aster 5 RSUD Dr. Moewardi. Sampel penelitian sebanyak 36 yang dirawat diruang Aster 5 RSUD Dr. Moewardi menggunakan teknik *total sampling*. Alat ukur dengan kuesioner dan analisis data penelitian menggunakan analisis deskriptif.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
a. Perempuan	17	47
b. Laki-laki	19	53
Total	36	100

Karakteristik jenis kelamin responden sebagaimana ditampilkan pada table diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah laki-laki yaitu sebanyak 19 responden (53%) dan sisanya perempuan sebanyak 17 responden (47%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Umur Responden

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
Umur		
a. 35 – 50 tahun	21	58
b. 51 – 65 tahun	15	42
Total	36	100

Karakteristik umur responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 35 – 50 tahun yaitu sebanyak 21 responden (58%) dan sisanya berusia 51 – 65 tahun yaitu sebanyak 15 responden (42%). Selanjutnya tendensi statistik umur

responden menunjukkan umur terendah adalah 38 tahun, tertinggi 65 tahun, rata-rata 49,2 tahun, median 46 tahun dan standar deviasi 7,6 tahun.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Diagnosa Medis Responden

Diagnosa Medis	Frekuensi	Persentase (%)
a. CHF	11	31
b. PJK	6	17
c. Bradikardi	5	14
d. Aterosklerosis	5	14
e. Angina	6	17
f. Trachycardi	3	8
Total	36	100

Karakteristik diagnosa medis responden menunjukkan distribusi tertinggi adalah CHF sebanyak 11 responden (31%) dan terendah adalah Trachycardi sebanyak 3 responden (8%).

Gambaran aktivitas fisik pasien dalam fase rehabilitasi I paska gagal jantung ditinjau dari 7 (tujuh) aspek aktivitas yaitu (1) melakukan perawatan diri dengan bantuan orang lain seperti makan, duduk di kursi selama 15 menit dua kali sehari, (2) melakukan posisi duduk selama 15 menit sampai 30 menit dilakukan 3 kali sehari tanpa bantuan orang lain, (3) melakukan posisi duduk dengan waktu tak terbatas. Mampu pindah ruangan seperti pergi ke toilet dengan pengawasan, (4) dapat meninggalkan tempat tidur kapan saja, jalan ke kamar mandi tanpa bantuan, (5) mampu berjalan ke ruang tunggu, (6) melakukan aktivitas, dengan pengawasan, dan (7) mampu melanjutkan aktifitas terdahulu.

Selengkapnya gambaran aktivitas fisik pasien gagal jantung pada tahap rehabilitasi fase satu adalah sebagai berikut.

Tabel 4. Deskripsi Perkembangan Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung

Jenis aktivitas fisik	Hari-hari tahap rehabilitasi														Rata-rata	
	1		2		3		4		5		6		7			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
1. Perawatan diri dengan bantuan orang lain.	26	72%	36	100%	36	100%	36	100%	36	100%	36	100%	36	100%	34,57	96%
2. Posisi duduk selama 15 menit sampai 30 menit	13	36%	21	58%	30	83%	35	97%	35	97%	36	100%	36	100%	29,43	82%

tanpa bantuan orang lain																			
3. Posisi duduk dengan waktu tak terbatas dan pindah ruangan dengan pengawasan.	3	8%	5	14%	14	39%	21	58%	26	72%	29	81%	34	94%	18,86	52%			
4. Dapat meninggalkan tempat tidur kapan saja tanpa bantuan	2	6%	3	8%	12	33%	13	36%	21	58%	28	78%	34	94%	16,14	45%			
5. Mampu berjalan ke ruang tunggu	0	0%	1	3%	15	42%	9	25%	17	47%	25	69%	29	81%	13,71	38%			
6. Melakukan aktivitas, dengan pengawasan	0	0%	0	0%	5	14%	7	19%	15	42%	21	58%	25	69%	10,43	29%			
7. Mampu melanjutkan aktifitas terdahulu.	0	0%	0	0%	4	11%	4	11%	8	22%	10	28%	14	39%	5,71	16%			

Berdasarkan tabel diatas, maka gambaran perkebangan aktivitas fisik pasien gagal jantung pada rehabilitasi fase I di RSUD Dr. Moewardi Surakarta adalah sebagai berikut:

3.1.1 Melakukan perawatan diri dengan bantuan orang lain seperti makan, duduk di kursi selama 15 menit dua kali sehari

Kemampuan aktivitas fisik pasien tentang melakukan perawatan diri dengan bantuan orang lain yang meliputi makan dan duduk di kursi selama 15 menit dua kali sehari menunjukkan pada hari pertama terdapat 26 pasien (72%) yang mampu melakukannya, selanjutnya pada hari kedua hingga hari ketujuh menunjukkan semua pasien yaitu 36 pasien (100%) telah mampu melakukan perawatan diri dengan bantuan orang lain yang meliputi makan dan duduk di kursi selama 15 menit dua kali sehari.

3.1.2 Melakukan posisi duduk selama 15 menit sampai 30 menit dilakukan 3 kali sehari tanpa bantuan orang lain

Aktivitas fisik pasien yaitu melakukan posisi duduk selama 15 menit sampai 30 menit dilakukan 3 kali sehari tanpa bantuan orang lain pada hari pertama terdapat 13 pasien (36%) telah dapat melakukannya, selanjutnya pada hari kedua terdapat 21 pasien (58%) yang mampu melakukannya, pada hari ketiga terdapat 28 pasien (78%) yang mampu melakukannya, pada hari keempat terdapat 33 pasien (92%) yang mampu melakukannya, pada hari kelima dan keenam terdapat 34 pasien (94%) yang mampu melakukannya dan pada hari ketujuh semua pasien atau 36 orang (100%) telah mampu melakukannya.

3.1.3 Melakukan posisi duduk dengan waktu tak terbatas. Mampu pindah ruangan seperti pergi ke toilet dengan pengawasan

Gambaran kemampuan melakukan posisi duduk dengan waktu tak terbatas dan mampu pindah ruangan seperti pergi ke toilet dengan pengawasan pada hari pertama menunjukkan terdapat 3 pasien (8%) yang mampu melakukannya, selanjutnya pada hari kedua terdapat 5 pasien (14%) yang dapat melakukan, hari ketiga terdapat 14 pasien (39%) yang mampu, hari keempat terdapat 21 pasien (58%), pada hari kelima terdapat 26 pasien (72%) yang mampu melakukan, hari keenam terdapat 29 pasien (81%) yang mampu melakukan dan hari ketujuh terdapat 34 pasien (94%) yang mampu melakukan.

3.1.4 Dapat meninggalkan tempat tidur kapan saja, jalan ke kamar mandi tanpa bantuan

Aktivitas fisik pasien berupa mampu meninggalkan tempat tidur kapan saja dan jalan ke kamar mandi tanpa bantuan pada hari pertama menunjukkan hanya 2 pasien (6%) yang mampu, selanjutnya hari kedua terdapat 3 pasien (8%) yang mampu, hari ketiga terdapat 12 pasien (33%) yang mampu, hari keempat terdapat 13 pasien (36%) yang mampu, pada hari kelima terdapat 21 responden (58%) yang mampu, hari keenam terdapat 28 pasien (78%) yang mampu dan pada hari ketujuh terdapat 34 pasien (94%) yang mampu.

3.1.5 Mampu berjalan ke ruang tunggu

Gambaran aktivitas berupa mampu berjalan ke ruang tunggu menunjukkan pada hari pertama tidak terdapat pasien yang mampu melakukannya, pada hari kedua terdapat satu responden (3%) yang mampu melakukannya, pada hari ketiga terdapat 15 responden (42%) pada hari keempat terdapat 9 pasien (25%) yang mampu melakukannya, pada hari kelima terdapat 17 pasien (47%) yang dapat melakukannya, pada hari keenam terdapat 25 pasien (69%) yang mampu melakukannya, dan pada hari ketujuh terdapat 29 pasien (81%) yang mampu melakukannya.

3.1.6 Melakukan aktivitas, dengan pengawasan

Gambaran kemampuan aktivitas fisik berupa melakukan aktivitas tanpa pengawasan menunjukkan bahwa pada hari pertama hingga hari kedua tidak terdapat pasien yang mampu melakukannya, selanjutnya pada hari ketiga terdapat 5 pasien (14%) yang mampu melakukannya, pada hari keempat terdapat 7 pasien (19%) yang mampu melakukannya, pada hari kelima terdapat 15 pasien (42%) yang mampu melakukannya, pada hari keenam terdapat 21 pasien (58%) yang mampu melakukannya, dan hari tujuh terdapat 25 pasien (69%) yang mampu melakukannya.

3.1.7 Mampu melanjutkan aktifitas terdahulu

Gambaran kemampuan aktivitas fisik berupa melanjutkan aktivitas fisik terdahulu menunjukkan bahwa pada hari pertama hingga hari kedua tidak terdapat pasien yang mampu melakukannya, selanjutnya pada hari ketiga terdapat 4 pasien (11%) yang mampu melakukannya, pada hari keempat terdapat 4 pasien (11%) yang mampu melakukannya, pada hari kelima terdapat 8 pasien (22%) yang mampu melakukannya, pada hari keenam terdapat 10 pasien (28%) yang mampu melakukannya, dan hari tujuh terdapat 14 pasien (39%) yang mampu melakukannya.

Berdasarkan interpretasi tabel tentang kemampuan aktivitas fisik pasien gagal jantung yang menjalani rehabilitasi fase I menunjukkan bahwa pada akhir fase rehabilitasi menunjukkan bahwa (1) 100% pasien telah mampu melakukan perawatan diri dengan bantuan orang lain seperti makan, duduk di kursi selama 15

menit dua kali sehari, (2) 100% pasien telah mampu melakukan posisi duduk selama 15 menit sampai 30 menit dilakukan 3 kali sehari tanpa bantuan orang lain, (3) 94% pasien telah mampu melakukan posisi duduk dengan waktu tak terbatas. Mampu pindah ruangan seperti pergi ke toilet dengan pengawasan, (4) 94% pasien telah mampu meninggalkan tempat tidur kapan saja, jalan ke kamar mandi tanpa bantuan, (5) 81% pasien telah mampu berjalan ke ruang tunggu, (6) 69% pasien telah mampu melakukan aktivitas tanpa pengawasan, dan (7) 39% responden telah mampu melakukan aktivitas-aktivitas terdahulu.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Karakteristik Responden

Karakteristik jenis kelamin responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah laki-laki (53%). Persentase penderita gagal jantung laki-laki yang lebih tinggi dibanding dengan perempuan dalam penelitian ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa laki-laki memiliki resiko gagal jantung 2x lebih besar daripada perempuan pada usia 55-64 tahun (Pugsley, 2006). Sebelum menopause, peluang perempuan untuk terkena gagal jantung lebih kecil daripada laki-laki karena pembuluh darah perempuan dilindungi oleh hormon estrogen. Hormon estrogen meningkatkan rasio *high density lipoprotein* (HDL) yang merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses atherosclerosis (Soeharto, 2006).

Distribusi jenis kelamin pasien gagal jantung dalam penelitian ini sebagian besar adalah laki-laki. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Hamzah (2016) yang menyebutkan bahwa distribusi pasien gagal jantung di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebagian besar adalah laki-laki.

Tendensi statistik umur responden menunjukkan umur terendah adalah 38 tahun, tertinggi 65 tahun, rata-rata 49,2 tahun, median 46 tahun dan standar deviasi 7,6 tahun. Karakteristik umur responden menunjukkan rata-rata responden memiliki umur 49 tahun. Hal tersebut sesuai dengan asumsi yang menyatakan bahwa prevalensi gagal jantung meningkat seiring pertambahan usia dan prevalensi tertinggi gagal jantung adalah terjadi pada kelompok usia lansia. Hal

ini sebagaimana dikemukakan oleh Soeharto (2006) yang mengemukakan bahwa usia memang merupakan faktor resiko dari penyakit gagal jantung. Peningkatan resiko kejadian penyakit jantung peningkatan umur sebagaimana dikemukakan oleh Iskandar (2017) yang menyampaikan bahwa setiap peningkatan usia akan disertai dengan peningkatan sejumlah penderita penyakit jantung.

Hal ini dikarenakan secara jenis kelamin, kerentanan seseorang terhadap penyakit gagal jantung dipengaruhi oleh peranan hormon perempuan yaitu estrogen yang bersifat memproteksi perempuan dari berbagai penyakit kardiovaskuler. Oleh karenanya laki-laki rentan terhadap penyakit gagal jantung pada usia 50 tahun sedangkan perempuan pada usia 65 tahun atau setelah menopause (Rahim, dkk, 2016).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ewika (2007) yang menunjukkan bahwa *Congestive Heart Failure* atau gagal jantung kongestif paling banyak terjadi pada umur < 60 tahun atau pada kelompok umur dewasa dibanding pada kelompok umur lanjut atau > 60 tahun yaitu dengan persentase 55,55%.

Karakteristik diagnosa medis responden menunjukkan sebagian besar responden didiagnosa mengalami *Congestive Heart Failure* atau gagal jantung kongestif (31%). *Congestive Heart Failure* (CHF) atau sering dikenal dengan gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk mencukupi kebutuhan nutrien dan oksigen sel – sel tubuh secara adekuat sehingga mengakibatkan peregangan ruang jantung (dilatasi) yang berfungsi untuk menampung darah lebih banyak untuk dipompakan keseluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung kaku dan menebal (Udjianti, 2010).

3.2.2 Gambaran Umum Aktivitas Fisik

Gambaran umum kemampuan aktivitas fisik pasien gagal jantung yang menjalani rehabilitasi fase I menunjukkan bahwa pada akhir fase rehabilitasi menunjukkan bahwa (1) 100% pasien telah mampu melakukan perawatan diri dengan bantuan orang lain seperti makan, duduk di kursi selama 15 menit dua kali sehari, (2) 100% pasien telah mampu melakukan posisi duduk selama 15 menit sampai 30 menit dilakukan 3 kali sehari tanpa bantuan orang lain, (3) 94% pasien telah

mampu melakukan posisi duduk dengan waktu tak terbatas. Mampu pindah ruangan seperti pergi ke toilet dengan pengawasan, (4) 94% pasien telah mampu meninggalkan tempat tidur kapan saja, jalan ke kamar mandi tanpa bantuan, (5) 81% pasien telah mampu berjalan ke ruang tunggu, (6) 69% pasien telah mampu melakukan aktivitas tanpa pengawasan, dan (7) 39% responden telah mampu melakukan aktivitas-aktivitas terdahulu.

Proses rehabilitasi pasien gagal jantung dibagi menjadi tiga fase, yaitu fase I yaitu program rehabilitasi yang diterima oleh pasien selama di rumah sakit, fase II yaitu program rehabilitasi yang dilakukan segera setelah pasien pulang dari rumah sakit, dan fase III yaitu fase pemeliharaan pada fase ini secara klinis pasien harus sudah memiliki respon hemodinamik dan kardiovaskular yang stabil.

Pada penelitian ini analisis yang dilakukan pada program rehabilitasi fase I. Program latihan inpatient dapat dilakukan sejak 48 jam setelah gangguan jantung sepanjang tidak terdapat ada kontraindikasi. Latihan fisik yang dilakukan terbatas pada aktivitas sehari-hari misalnya gerakan tangan dan kaki dan perubahan postur. Program latihan biasanya berupa terapi fisik *ambulatory* yang diawasi. Pada fase ini perlu dilakukan monitoring ECG untuk menilai respon terhadap latihan. Latihan pada fase ini harus menuntut kesiapan tim yang dapat mengatasi keadaan gawat darurat apabila pada saat latihan terjadi serangan jantung. Manfaat dari latihan fisik pada fase ini adalah sebagai bahan surveillance tambahan, melatih pasien untuk dapat menjalankan aktivitas pada aktivitas sehari-hari, dan untuk menghindari efek fisiologis dan psikologis negatif pada bedrest. Tujuan dari latihan fisik fase pertama ini harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pasien dengan aktivitas rendah mungkin hanya memerlukan latihan fisik untuk menunjang kegiatan sehari-hari (ADL: *activity of daily life*). Pasien dengan kapasitas fisik yang lebih baik dapat menjalankan program latihan untuk pencegahan tertier dan mengikuti program jangka panjang untuk meningkatkan ketahanan kardiorespirasi, komposisi tubuh, fleksibilitas dan ketahanan otot (Arova, 2010).

Latihan fisik merupakan faktor yang harus dilakukan untuk mengantisipasi kemungkinan munculnya gangguan pada pasien gagal jantung. Hal tersebut

sebagaimana dikemukakan oleh Dunlay et al, (2012) kami menemukan bahwa kesulitan dengan Kegiatan aktivitas sehari-hari adalah umum pada pasien dengan gagal jantung, berkembang dari waktu ke waktu dibanyak individu dan merupakan penanda kuat dari prognosis buruk. Batasan dalam kegiatan hidup sehari-hari disebabkan oleh dyspnea merupakan temuan umum pada pasien dengan gagal jantung kelas fungsional III dan IV.

Gagal jantung merupakan penyakit melumpuhkan yang sering mempengaruhi kegiatan instrumental hidup sehari-hari (Kegiatan aktivitas sehari-hari instrumental). Meskipun tingginya tingkat kecacatan pada populasi ini, sedikit yang diketahui tentang efek dari penurunan kognitif pada Kegiatan aktivitas sehari-hari berperan dalam populasi ini. Pada orang dengan Gagal Jantung, kinerja kognitif merupakan prediktor independen kemerdekaan dalam berkendara dan manajemen obat. Strategi untuk mempertahankan atau meningkatkan fungsi kognitif di Gagal Jantung dapat membantu pasien tetap fungsional independen dalam kehidupan sehari-hari mereka (Alosco, 2016).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa aktivitas fisik yang dapat dilakukan oleh pasien setelah melalui rehabilitasi fase I adalah pasien telah mampu melakukan perawatan diri dengan bantuan orang lain seperti makan, duduk di kursi selama 15 menit dua kali sehari, pasien telah mampu melakukan posisi duduk selama 15 menit sampai 30 menit dilakukan 3 kali sehari tanpa bantuan orang lain, pasien telah mampu melakukan posisi duduk dengan waktu tak terbatas. Mampu pindah ruangan seperti pergi ke toilet dengan pengawasan.

Adanya penurunan atau keterbatasan kemampuan aktivitas fisik merupakan dampak dari adanya kejadian gagal jantung. Ahmad (2016) mengemukakan bahwa pada umumnya pasien gagal jantung akan mengalami gangguan aktivitas fisik baik yang disebabkan oleh keterbatasan energy pada tubuh akibat gangguan sirkulasi darah dalam tubuh, juga disebabkan apabila terjadi aktivitas tubuh yang terlalu berat dapat memicu terjadinya serangan jantung, yaitu dengan meningkatkannya kebutuhan oksigen didalam jantung.

Hasil ini sesuai dengan penelitian Rita dan Ade (2016) yang meneliti gambaran aktivitas sehari-hari pada pasien gagal jantung kelas II dan III di Poli

Jantung RSUD Kabupaten Tangerang. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Aktivitas sehari-hari yang dilakukan seperti tentang mandi, berpakaian, aktivitas di toilet, berpindah, pengawasan diri dan makan.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa pada beberapa kemampuan aktivitas fisik yaitu meninggalkan tempat tidur kapan saja, jalan ke kamar mandi tanpa bantuan, berjalan ke ruang tunggu, melakukan aktivitas tanpa pengawasan, dan melakukan aktivitas-aktivitas terdahulu masih rendah. Beberapa faktor yang menyebabkan kemampuan aktivitas fisik pada pasien antara lain disebabkan faktor usia pasien, dimana

Hal tersebut sebagaimana ditunjukkan dalam penelitian bahwa sebagian besar responden hampir atau telah memasuki usia lansia. Hal tersebut sebagaimana disimpulkan dalam penelitian Mulyati, Syam & Sirajuddin (2011) menemukan sebagian besar responden telah berusia lanjut, sehingga sudah tidak mampu lagi melakukan aktivitas yang agak berat. Kondisi ini disebabkan bahwa aktivitas fisik yang berlebih pada fase rehabilitasi dapat memicu jantung berkerja kerja dalam memompa oksigen ke jantung sehingga jantung harus bekerja lebih keras dan menimbulkan kelelahan pada lansia (Wibowo & Ponco, 2015).

4. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

- a. Karakteristik pasien gagal jantung di RSUD Dr. Moewardi Surakarta sebagian besar adalah laki-laki dengan usia rata-rata 49,2 tahun dan telah menikah.
- b. Gambaran aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di RSUD Dr. Moewardi Surakarta menunjukkan sebagian besar pasien telah mampu melakukan aktivitas fisik berupa mampu melakukan perawatan diri dengan bantuan orang lain seperti makan (96%), pasien telah mampu melakukan posisi duduk selama 15 menit sampai 30 menit dilakukan 3 kali sehari tanpa bantuan orang lain (82%), pasien telah mampu melakukan posisi duduk dengan waktu tak terbatas (52%), mampu pindah ruangan seperti

pergi ke toilet dengan pengawasan (45%), dapat meninggalkan tempat tidur kapan saja tanpa bantuan orang lain (38%), mampu berjalan melakukan aktivitas dengan pengawasan(29%), mampu melanjutkan aktivitas terdahulu(16%) .

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Pasien Gagal Jantung

Pasien gagal jantung hendaknya senantiasa meningkatkan motivasinya dalam melakukan tindakan keperawatan di rumah sakit, termasuk proses rehabilitasi fisik fase I, sehingga proses kesembuhan dan pemulihan kemampuan aktifitas fisik dapat berjalan secara optimal.

4.2.2 Bagi Perawat

Perawat perlu diharapkan senantiasa memberikan motivasi kepada pasien terhadap gagal jantung agar pasien patuh dalam melaksanakan program-program rehabilitasi di rumah sakit, sehingga proses kesembuhan pasien dapat berjalan lebih optimal.

4.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat menambahkan faktor-faktor yang berhubungan dengan proses perkembangan aktivitas fisik pasien, misalnya faktor usia, jenis kelamin, motivasi dan sebagainya sehingga diketahui faktor-faktor apakah yang memiliki hubungan dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung.

DAFTAR PUSTAKA

- Achttien RJ. (2013). *Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: A practice guideline*. *Neth Heart J*. 2013;21:429–38.
- Adawi, K. I. T., Oldridge, N. B., Tarima, S. S., Stason, W. B., & Shepard, D.S. (2013). Cardiac Rehabilitation Patient and Organizational Factors: What Keeps Patients in Programs?. *The Journal of the American Heart Association*, 2 (418).
- Arikunto. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Rineka cipta. Jakarta.
- Arovah N,I. (2010). Program latihan fisik rehabilitatif pada penderita penyakit jantung. *Jurnal Medikora*. 5, (I): 11-12.

- American Heart Association. (2012). *Types of heart failure*. Januari 24, 2018. http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Types-of-Heart-Failure_UCM_306323_Article.jsp.
- Badriyah, L. Kadarsih, S. Pemasari, Y. (2013) . *Rehabilitasi Jantung Post Syndrome Koroner Akut Untuk Memperbaiki Hemodinamik dan EKG Di Wilayah Taman Sidoarjo*. 34-46.
- Craciun, L. (2009). *Benefit of Cardiac Rehabilitation Programme in Revascularized Coronary Patient*. *Timisoara Physical Education and Rehabilitation Journal*, 1(2), 60-65.
- Delima, Putri Puspa. Sriati,Aat. Nur'aeni,Aan. (2018). *Illness Cognition Pada Pasien Dengan Penyakit Jantung Koroner*. JNC- Volume 1 nomer 1 February 2018
- DiPiro J.T., Wells B.G., Schwinghammer T.L. and DiPiro C. V., (2015), *Pharmacotherapy Handbook*, Ninth Edit., McGraw-Hill Education Companies, Inggris.
- Dwiyanti, Ni Made Sri. (2014). *Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan melakukan rehabilitasi jantung fase I pada pasien PJK*. Universitas Udayana Denpasar.
- Ford, I., Robertson, M., Komadja, M., Bohm, M., Borer, J.S., Tavazzi, L., Swedberg, K., (2015), *Top ten risk factors for morbidity and mortality in patients with chronic systolic heart failure and elevated heart rate: The SHIFT Risk Model*, *IJC*, 184, 163-169.
- Grossman, William & Donald S. B.(2009).*Grossman's cardiac catheterization, angiography, and intervention, edisi 7*. Lippincott Williams & Wilkins 1-9
- Infodatin. (2014). *Situasi Kesehatan Jantung*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Jimmy, B. & Jose, J. (2011). *Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice*. *Oman Medical Journal*, 26 (3), Hal 155–159.
- Karson. (2012). *Buku Ajaran Gangguan System Kardiovaskuler*. Nuha Medika : Yogyakarta
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Riset Kesehatan Dasar 2014*. Diakses pada 24 Januari 2018, dari <http://www.litbang.depkes.go.id>.
- Kwan G, Balady GJ. (2012). *Cardiac rehabilitation 2012 advancing the field through emerging science*. *Circulation*. 2012;125:369-73.

- Lee, J. Y., Kang, S. J., Cho, Y. R., Park, G. M., Ahn, J. M., Kim, W. J., Park, D. W., Lee, S. W., Kim, Y. H., Lee, C. W., & Park, S. J. (2013). *Factors Influencing a Patient's Decision to Participation or Completion of Cardiac*.
- Lilly, L. (2011). *Pathophysiology of Heart Disease* (5th ed). (L. W. Wilkins, Ed.)
- Muttaqin, A (2009). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan System Kardiovaskular dan Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nabila, Chairani. (2015). *Hubungan Pengetahuan dengan Tingkat Kepatuhan Pasien Penyakit Kardiovaskular dalam Melaksanakan Latihan Aktivitas Fisik Rehabilitasi Jantung Fase I di RSUP H. Adam Malik Medan*. Skripsi. Universita Sumatra Utara.
- Nurchayati, S. Sabriana. F, Yenni. E, 2015. *Pengaruh pendidikan kesehatan latihan rehabilitasi jantung terhadap pengetahuan dan kemampuan mobilisasi dini pasien Congestive heart failure*. Hal 662 – 669.
- Rahmat, H. (2013). *Statistika Penelitian*. Bandung: Pustaka Setia.
- Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Roveny. (2017). *Rehabilitasi Jantung setelah infark miokard*. RSUD Kembangan, Jakarta, Indonesia. Jurnal: CDK-256/ Vol. 44 no. 9 th. 2017.
- Perry & Potter. (2010). *Fundamentals of nursing concepts, process, and practice. 4th ed*. St. Mosby Inc St. Louis.
- Saferi W, Andra., Mariza P, Yessie. (2013). *KMB 2 :Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Siregar, Syofian. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: PT Fajar Interpratama Mandiri.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D)*. Penerbit CV. Alfabeta: Bandung.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian manajeme*. Bandung : Alfabeta.
- Swarjana, I.K. (2016). *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*. Yogyakarta: ANDI.
- Tedjasukmana, D. (2010). *Rehabilitasi Jantung*. Diakses pada tanggal 12 Maret 2018, dari <http://kesehatan.kompasiana.com>
- Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika

- WHO. (2014). About Cardiovascular diseases. World Health Organization. Geneva. Cited January 15th 2018. Available from URL : http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/ accessed on.
- WHO. (2016). *Prevention of Cardiovascular Disease*. WHO Epidemiology Sub Region AFRD and AFRE. Geneva.
- Yancy. (2013). *Guideline For The Management Of Heart Failure*. American Heart Association