

Fatigue Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Rawat Inap Rsau Dr. M. Salamun

Nisa Utami¹, Ero Haryanto², Anisa Fitri³

¹Poltekes TNI AU Ciumbuleuit Bandung, nisautami.idris@gmail.com

²Poltekes TNI AU Ciumbuleuit Bandung, eroharyanto@poltekestniau.ac.id

³Poltekes TNI AU Ciumbuleuit Bandung, annisafitri577@gmail.com

ABSTRAK

Gagal jantung merupakan kelainan fungsi jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Penyakit gagal jantung menempati peringkat ke-4 dari 10 penyakit rawat inap terbanyak di RSAU dr. M Salamun. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran *fatigue* pada pasien gagal jantung di Ruang Rawat Inap RSAU dr. M Salamun. *Fatigue* adalah kondisi patologis yang menyebabkan penurunan produktivitas dalam kegiatan sehari-hari dan kualitas hidup. Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian *deskriptif kuantitatif* dengan jumlah sampel 30 responden dan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling*. Instrumen yang digunakan adalah *Fatigue Assessment for Chronic Illness Therapy (FACIT) Fatigue Scale* yang telah diuji validitas dengan hasil *r* hitung 0,331 – 0,636 dan diuji realibilitas dengan nilai *Alpha Cronbach* 0,646. Hasil penelitian didapatkan sebanyak 18 responden (60%) mengalami kelelahan berat. Saran bagi perawat di RSAU dr. M Salamun untuk meningkatkan pengkajian mengenai *fatigue* guna menentukan intervensi yang tepat dalam asuhan keperawatan.

Kata kunci: Gagal jantung, *Fatigue*.

*Heart failure is a dysfunction of the heart to pump blood throughout the body. Heart failure is ranked 4th out of the 10 most hospitalized diseases in RSAU dr. M Salamun. The purpose of this study was to determine the description of fatigue in heart failure patients in the ward of RSAU dr. M Salamun. Fatigue is a pathological condition that causes a decrease in productivity in daily activities and quality of life. The type of this study is quantitative descriptive with a sample of study is 30 respondents using accidental sampling technique. The instrument used is Fatigue Assessment for Chronic Illness Therapy (FACIT) Fatigue Scale which has been tested for validity with the results of *r* count 0,331 – 0,636 and tested reliability with Cronbach Alpha value 0.646. The results showed that 18 respondents (60%) experienced severe fatigue. Advice for nurses at RSAU dr. M Salamun to improve the assessment of fatigue in order to determine the right intervention in nursing care.*

Keywords: Heart failure, *Fatigue*.

PENDAHULUAN

Congestive Heart Failure (CHF) atau gagal jantung merupakan suatu keadaan dimana kelainan fungsi jantung yang menyebabkan kegagalan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan jaringan, atau hanya dapat memenuhi kebutuhan jaringan dengan meningkatkan tekanan pengisian (Katimenta, Carolina & Kusuma, 2016). Pada tahun 2018, prevalensi gagal jantung di Indonesia dan Jawa Barat mengalami peningkatan menjadi 1,5% dari 0,3% (Riskesdas, 2018).

Manifestasi klinis pada pasien dengan gagal jantung kongestif adalah sesak napas, nadi cepat, intoleransi aktivitas, retensi cairan, penurunan kadar oksigen darah arteri, edema paru, edema perifer, ketidaknyamanan (Nugraha, Pebrianti & Platini, 2018) dan gangguan pola tidur (Yancy et al., 2013). Selain itu, muncul permasalahan non fisik seperti ketakutan, kecemasan, depresi, dan stress yang secara simultan dapat memperburuk kondisi pasien gagal jantung berkaitan dengan respon neurohormonal pasca stress yang menimbulkan *fatigue* atau kelelahan (Nugraha, Pebrianti & Platini, 2018).

Fatigue merupakan permasalahan fisik maupun psikologis yang ditemukan pada pasien gagal jantung yang terjadi akibat penurunan jumlah energi strategis tubuh sebagai konsekuensi dari penurunan sirkulasi di jaringan (Nugraha, Pebrianti & Platini, 2018). Dampak negatif *fatigue* pada pasien gagal jantung adalah penurunan kualitas hidup yang disebabkan oleh penurunan produktifitas pasien. Pasien mengalami intoleransi aktivitas. (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017). Rumah sakit di Kota Bandung terdiri dari beberapa rumah sakit milik swasta, pemerintah dan TNI yang menjadi rumah sakit rujukan. Jumlah pasien dengan gagal jantung di RSAU dr. M. Salamun merupakan peringkat ke-4 dari 10 penyakit rawat inap pada tahun 2018 yaitu sebanyak 393 orang (Rekam Medik RSAU dr. M. Salamun) sedangkan di RSUD Kota

Bandung, jumlah pasien gagal jantung menempati peringkat ke-5 dari 10 penyakit rawat inap pada tahun 2018 yaitu sebanyak 343 orang (Profil RSUD Kota Bandung).

Berdasarkan hasil perbandingan studi pendahuluan dilakukan di RSAU dr. M. Salamun khususnya Ruang Rawat Inap Parkit, Merak dan Rajawali kepada 8 pasien yang mempunyai penyakit gagal jantung. Dari hasil studi pendahuluan, didapatkan tiga dari delapan pasien diantaranya mengalami *fatigue* yang berdampak pada kesulitan beraktivitas dan tidak hilang setelah diistirahatkan. Tiga diantaranya mengalami kelelahan setelah beraktivitas dan hilang setelah diistirahatkan. Dua responden lainnya mengatakan tidak mengalami *fatigue*.

Dampak negatif dari *fatigue* adalah penurunan kerja jantung dan kualitas hidup. Sedangkan pada penderita gagal ginjal *fatigue* berdampak pada penurunan persepsi terhadap proses hemodialisa. Oleh karena itu, perawat perlu untuk mengidentifikasi *fatigue* guna menentukan intervensi yang tepat khususnya pada pasien gagal jantung yang mengalami *fatigue*. Maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai gambaran *fatigue* pada pasien gagal jantung di Ruang Rawat Inap RSAU dr. M Salamun.

KAJIAN LITERATUR

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen dan nutrien (Smeltzer and Bare, 2012). Etiologi gagal jantung adalah kelainan otot jantung yaitu aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit degeneratif atau inflamasi, Aterosklerosis koroner yang mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung)

biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun, Hipertensi sistemik atau pulmonal menyebabkan peningkatan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif yang berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung menyebabkan kontraktilitas menurun, penyakit jantung lain seperti gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katup semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, perikardium, perikarditis restriktif, atau stenosis AV), peningkatan mendadak afterload, dan faktor sistemik seperti meningkatnya laju metabolisme (misal: demam), hipoksia dan anemia diperlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung (Wijaya dan Putri, 2013). Patofisiologi gagal jantung ditandai dengan satu respon hemodinamik, ginjal, saraf dan hormonal yang nyata serta suatu keadaan patologik berupa penurunan fungsi jantung. Salah satu respon hemodinamik yang tidak normal adalah peningkatan tekanan pengisian (*filling pressure*) dari jantung atau preload. Respon terhadap jantung menimbulkan beberapa mekanisme kompensasi yang bertujuan untuk meningkatkan volume darah, volume ruang jantung, tahanan pembuluh darah perifer dan hipertrofi otot jantung. Kondisi ini juga menyebabkan aktivasi dari mekanisme kompensasi tubuh yang akut berupa penimbunan air dan garam oleh ginjal dan aktivasi system saraf adrenergik (Kumalasari, 2013).

Penting dibedakan antara kemampuan jantung untuk memompa

(*pump function*) dengan kontraktilitas otot jantung (*myocardial function*). Pada beberapa keadaan ditemukan beban berlebihan sehingga timbul gagal jantung sebagai pompa tanpa terdapat depresi pada otot jantung intrinsik. Sebaliknya dapat pula terjadi depresi otot jantung intrinsik tetapi secara klinis tidak tampak tanda-tanda gagal jantung karena beban jantung yang ringan. Pada awal gagal jantung akibat CO yang rendah, di dalam tubuh terjadi peningkatan aktivitas saraf simpatis dan sistem renin angiotensin aldosteron, serta pelepasan arginin vasopressin yang kesemuanya merupakan mekanisme kompensasi untuk mempertahankan tekanan darah yang adekuat (Kumalasari, 2013).

Penurunan kontraktilitas ventrikel akan diikuti penurunan curah jantung yang selanjutnya terjadi penurunan tekanan darah dan penurunan volume darah arteri yang efektif. Hal ini akan merangsang mekanisme kompensasi neurohumoral. Vasokonstriksi dan retensi air untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah sedangkan peningkatan preload akan meningkatkan kontraktilitas jantung melalui hukum Starling. Apabila keadaan ini tidak segera teratasi, peninggian afterload, peninggian preload dan hipertrofi dilatasi jantung akan lebih menambah beban jantung sehingga terjadi gagal jantung yang tidak terkompensasi. Dilatasi ventrikel menyebabkan disfungsi sistolik (penurunan fraksi ejeksi) dan retensi cairan meningkatkan volume ventrikel (dilatasi). Jantung yang berdilatasi tidak efisien secara mekanis (hukum Laplace). Jika persediaan energi terbatas (misal pada penyakit koroner) selanjutnya bisa menyebabkan gangguan kontraktilitas (Kumalasari, 2013). Selain itu kekakuan ventrikel akan menyebabkan terjadinya disfungsi ventrikel.

Pada gagal jantung kongestif terjadi stagnasi aliran darah, embolisasi sistemik dari trombus mural, dan disritmia ventrikel refrakter. Disamping itu, keadaan penyakit jantung koroner sebagai salah satu etiologi gagal jantung akan menurunkan aliran darah ke

miokard yang akan menyebabkan iskemik miokard dengan komplikasi gangguan irama dan sistem konduksi kelistrikan jantung (Kumalasari, 2013)

Beberapa data menyebutkan bradiaritmia dan penurunan aktivitas listrik menunjukkan peningkatan presentase kematian jantung mendadak, karena frekuensi takikardi ventrikel dan fibrilasi ventrikel menurun. WHO menyebutkan kematian jantung mendadak bisa terjadi akibat penurunan fungsi mekanis jantung, seperti penurunan aktivitas listrik, ataupun keadaan seperti emboli sistemik (emboli pulmo, jantung) dan keadaan yang telah disebutkan diatas (Kumalasari, 2013).

Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi gangguan kemampuan kontraktilitas jantung, yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal. Konsep curah jantung paling baik dijelaskan dengan persamaan $CO = HR \times SV$ dimana curah jantung adalah fungsi frekuensi jantung \times volume sekuncup. Curah jantung yang berkurang mengakibatkan sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung, bila mekanisme kompensasi untuk mempertahankan perfusi jaringan yang memadai, maka volume sekuncup jantunglah yang harus menyesuaikan diri untuk mempertahankan curah jantung. Tapi pada gagal jantung dengan masalah utama kerusakan dan kekakuan serabut otot jantung, volume sekuncup berkurang dan curah jantung normal masih dapat dipertahankan (Kumalasari, 2013). Tanda dan gejala gagal jantung adalah *dispnea*, *orthopnea*, *fatigue*, nafas cepat dan dangkal, batuk pada malam hari, gelisah dan cemas, edema perifer, hepatomegali, asites, kehilangan nafsu makan, mual, lemah, peningkatan berat badan (Wijaya dan Putri, 2013).

Faktor resiko pada gagal jantung diantaranya Faktor resiko mayor meliputi usia, jenis kelamin, hipertensi, hipertrofi pada ventrikel kiri, infark miokard, obesitas, diabetes, faktor resiko minor meliputi merokok, dislipidemia, gagal ginjal kronik, albuminuria, anemia,

stress, *lifestyle* yang buruk, sistem imun, yaitu adanya hipersensitifitas, infeksi yang disebabkan oleh virus, parasit, bakteri, toksik yang disebabkan karena pemberian agen kemoterapi (antrasiklin, siklofosamid, 5 FU), terapi target kanker (transtuzumab, tyrosine kinase inhibitor), NSAID (*Non Steroid Anti Inflammation Drugs*), kokain, alkohol dan faktor genetik seperti riwayat keturunan keluarga (Ford *et al*, 2015).

Klasifikasi gagal jantung terdapat 4 kelas, yaitu Kelas I dimana aktivitas fisik tidak dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal tidak menyebabkan dyspnea, kelelahan, atau palpitasi, kelas II dimana aktivitas fisik sedikit dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal menyebabkan kelelahan, dyspnea, palpitasi, serta angina pektoris (*mild CHF*), Kelas III dimana aktivitas fisik sangat dibatasi, melakukan aktivitas fisik sedikit saja mampu menimbulkan gejala yang berat (*moderate CHF*), Kelas IV dimana pasien dengan diagnosa kelas IV tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun, bahkan dalam keadaan istirahat mampu menimbulkan gejala yang berat (*severe CHF*).

Fatigue merupakan kondisi patologis dimana terjadi penurunan kapasitas fisik pasien sehingga pasien mengalami penurunan produktivitas dalam kegiatan sehari-hari (Nugraha, Pebrianti & Platini, 2018). Penyebab kelelahan umumnya disebabkan oleh faktor internal maupun eksternal. Faktor internal biasanya berasal dari dalam tubuh itu sendiri berupa faktor somatis (umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, kondisi kesehatan, status gizi) dan faktor psikis (motivasi, kepuasan kerja, keinginan, dll). Sedangkan faktor eksternal berupa waktu beraktivitas, istirahat, pekerjaan dan lingkungan. Faktor penyebab *fatigue* diantaranya adalah umur, aktivitas monoton, kecemasan, status gizi, lingkungan dan kondisi kesehatan (Widyasari, 2010).

Fatigue pada gagal jantung diawali dengan gangguan pada otot jantung, katup jantung, vaskularisasi jantung (arteri koronaris) maupun anomali

vaskuler pada umumnya. Selain itu, stimulasi saraf simpatis dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan respon simpatis dimana akan memicu peningkatan aktivitas kerja jantung dan vasokonstriksi. Peningkatan kerja jantung yang disertai dengan vasokonstriksi dalam waktu yang lama akan mengarah pada gagal jantung sebagai akibat meningkatnya beban kerja jantung (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017).

Salah satu kondisi yang memicu respon simpatis adalah kecemasan dan stress psikologis dalam rentang waktu yang lama. Ketika jantung mengalami kegagalan dalam mempertahankan sirkulasi maka tubuh akan memulai serangkaian upaya kompensatorik. Jika suplai darah berkurang maka akan menurunkan tekanan darah di perifer. Sensor tekanan darah yang di sinus karotikus akan mengirim sinyal ke otak. Otak akan merespon dengan cara meningkatkan kontraktilitas serta memerintahkan pembuluh darah untuk berkonstriksi. Dimulai proses tersebut maka tubuh akan mengalami neurohormonal yang akan mempengaruhi aspek fisik maupun psikologis pasien. Perubahan tersebut melibatkan renin-angiotensin-aldesteron dan memicu pengeluaran neurotransmitter spesifik seperti katekolamin sebagai upaya kompensatorik tubuh dalam merespon kegagalan sirkulasi (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017).

Aktivasi sistem renin-angiotensin-aldesteron (RAA) semakin memperburuk kerja jantung karena akan mengaktifasi respon saraf simpatis yang akan memperberat beban awal jantung. Peningkatan beban awal jantung mengakibatkan terjadinya hipertrofi ventrikel. Hipertrofi terjadi sebagai respon kompensatorik meningkatnya beban awal jantung. Hipertrofi ventrikel menyebabkan penurunan stroke volume dan akan memperburuk sirkulasi karena jumlah darah yang dipompakan akan semakin menurun (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017).

Sejak terjadinya gangguan sirkulasi akibat kelainan pada jantung maka akan memicu respon kompensatorik. Respon tersebut akan memperparah penyakit karena beban awal jantung semakin meningkat serta jumlah darah yang dipompakan sedikit. Upaya kompensasi yang dilakukan tubuh dalam rangka mempertahankan sirkulasi diawali oleh perubahan biokimiawi tubuh terutama perubahan neurohormonal. Perubahan tersebut menyebabkan masalah fisik maupun psikologis pada pasien gagal jantung. Kondisi tersebut menstimulasi produksi sitokin berlebihan sebagai mediator inflamasi. Produksi sitokin secara langsung mengaktifasi sistem saraf pusat, kelenjar hipotalamus dan kelenjar adrenal yang dapat menyebabkan *fatigue* terutama melalui respon saraf simpatis (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017).

Selain itu, sitokin juga berhubungan dengan gangguan tidur, depresi, kecemasan dan penurunan fungsi fisik yang menimbulkan *fatigue*. Dalam jumlah berlebih, sitokin menimbulkan efek secara sistemik dan menimbulkan gejala dari semua keluhan yang menandai *fatigue*. Sehingga pasien yang mengalami *fatigue* akan mengalami kelelahan dan kelemahan karena pada waktu istirahatpun energi dalam tubuh dipicu oleh kegiatan peningkatan metabolisme karena sitokin (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017).

Penyebab lain *fatigue* adalah stress psikologis. Kondisi stress yang berkepanjangan akan menstimulasi otak memproduksi hormon stress terutama (glukokortikoid) atau kortisol. Kortisol dapat mengaktifkan inhibitor Nuclear Factor Kappa B (NF- κ B). Penghambat pada transkripsi NF- κ B ini akan menghentikan gen-gen pembuat sitokin sehingga dapat menekan jumlah sitokin dalam tubuh. Akan tetapi, peningkatan kortisol ini berefek pada rentannya seseorang mengalami stress. Oleh karena itu pasien yang mengalami *fatigue* seringkali mengalami masalah psikologis berupa kecemasan hingga stress (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017).

Fatigue terjadi akibat gangguan sirkulasi yang menyebabkan penurunan suplai nutrisi dan oksigen ke jaringan. Penurunan suplai darah maka akan mengakibatkan penurunan metabolisme sehingga energi yang dihasilkan mengalami pengurangan maka kapasitas fisik akan mengalami penurunan dan timbulah *fatigue* (Nugraha, Pebrianti & Platini, 2018).

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien gagal jantung yang mengalami *fatigue* atau kelelahan menurut Bulechek *et al* (2016) dalam NIC (*Nursing Interventions Classification*) adalah manajemen Energi, pada pasien gagal jantung dilakukan guna menurunkan skala kelelahan dengan tindakan intervensi diantaranya pembatasan aktivitas sehari-hari, manajemen Lingkungan, dilakukan untuk meningkatkan produktivitas misalnya pengaturan cahaya ruangan, penataan *furniture*, pengaturan ventilasi ruangan, dan hal lain yang menunjang kenyamanan pasien, manajemen nutrisi, pada pasien gagal jantung berkaitan dengan pemenuhan energi guna memenuhi kebutuhan, pasien diajarkan untuk melaksanakan diet sesuai anjuran. Manajemen nutrisi dapat mempengaruhi kerja jantung, pengurangan kecemasan pada pasien gagal jantung yang mengalami *fatigue* adalah hal yang penting karena salah satu faktor utama dari *fatigue* adalah kecemasan. Tindakan yang dapat dilakukan dalam pengurangan kecemasan diantaranya ciptakan rasa aman nyaman pada pasien, bantu klien dalam mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, dukung penggunaan mekanisme koping yang sesuai, libatkan keluarga dalam pengambilan keputusan dan sebagainya, manajemen pengobatan, pengobatan yang dilakukan pada pasien yang mengalami penyakit kronis diantaranya gagal jantung berlangsung lama, maka perlu dilakukan tindakan monitoring dari pemberian obat, diantaranya efektifitas pemberian obat yang sesuai, efek terapeutik obat, tanda gejala toksisitas obat dan efek samping

obat, Terapi Relaksasi, pada pasien yang mengalami gagal jantung memberikan efek yang signifikan, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tauhid, M. (2017) teknik relaksasi yoga dapat memberikan dampak terhadap tingkat *fatigue* pada penderita kanker payudara yang dalam program kemoterapi, namun untuk hasil lebih baik perlu dilakukan dalam jangka waktu yang lebih lama dengan pertimbangan lain yang lebih baik.

METODE

Desain penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang dilakukan pada sekumpulan objek untuk melihat gambaran fenomena dalam suatu populasi tertentu (Notoatmodjo, 2018) dan penelitian kuantitatif adalah data yang dipaparkan dalam bentuk angka-angka (Riwidikdo, 2013). Penelitian ini menggunakan metode deskriptif untuk mengidentifikasi gambaran *fatigue* pada pasien gagal jantung di Ruang Rawat Inap RSAU dr. M Salamun Bandung.

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gagal jantung yang dirawat di Ruang Rawat Inap RSAU dr. M. Salamun diantaranya Ruang Merak, Rajawali dan Parkit pada saat penelitian dengan jumlah 30 pasien.

Pengambilan sampel pada pasien dilakukan dengan metode *non random sampling* yaitu pengambilan berdasarkan kemungkinan yang dapat diperhitungkan, semata-mata hanya berdasarkan segi kepraktisan (Notoadmojo, 2018). Teknik *non random sampling* yang digunakan adalah *accidental sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, 2018). Pengambilan sampel dilakukan dalam waktu 3 minggu, responden diperoleh berdasarkan mengikuti kriteria inklusi dan eksklusi, Kriteria inklusi diantaranya pasien yang terdiagnosis gagal jantung dirawat di

Ruang Rawat Inap yaitu Parkit, Merak dan Rajawali, pasien sadar dan pasien bisa berbahasa Indonesia dan kriteria eksklusi pasien yang tidak bersedia menjadi responden dan pasien tiba-tiba dalam keadaan tidak stabil.

Peneliti menentukan sampel dengan cara melihat data pasien di ruangan yang telah terdiagnosis gagal jantung dan menentukan sampel yang akan diteliti menurut kriteria diatas.

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dengan membagikan angket yang merupakan alat ukur berupa kuisioner yang berisi beberapa pernyataan. Teknik pengolahan data terdiri dari 6 langkah yaitu *editing* dimana pada tahap ini dilakukan pengecekan untuk memastikan kuisioner sudah terisi, *scoring* skor diberikan sesuai dengan jawaban responden kemudian dijumlahkan, *coding* yaitu pengkodean merubah bentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan, *coding* yang digunakan pernyataan peneliti adalah 1: *severe fatigue* dan 2: *mild fatigue*, *processing* memproses data atau memasukkankuisioner kedalam program komputer entri data membuat distribusi frekuensi.

HASIL

Tabel 1. Distribusi frekuensi *fatigue* pada pasien gagal jantung di Ruang Rawat Inap RSAU dr. M Salamun

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
<i>Severe Fatigue</i>	18	60
<i>Mild Fatigue</i>	12	40
Total	30	100

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 30 responden didapatkan hasil *fatigue* yang dimiliki oleh pasien gagal jantung adalah pada kategori kelelahan berat sebanyak 60%. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Nugraha (2016) yaitu sebagian besar pasien gagal jantung

memiliki kategori kelelahan berat sebanyak 76%. Dalam penelitian ini *fatigue* pada pasien gagal jantung dipengaruhi oleh faktor umur dan kecemasan sesuai dengan prediktor kelelahan. Peningkatan tingkat kelelahan seiring dengan bertambahnya umur pasien. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Vogel (2013) yaitu menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan tingkat kecemasan (prediktor kelelahan). Semakin tua umur seseorang maka semakin tinggi kecemasan yang dialaminya yang ditandai dengan peningkatan protein jantung sebagai akibat proses degeneratif.

PEMBAHASAN

Kelelahan yang dialami terjadi akibat penurunan fungsi jantung pada proses penuaan. Fakta tersebut senada dengan hasil penelitian Nugraha (2016) dan dikuatkan oleh hasil penelitian Hamzah & Widaryati (2017) yang menjelaskan bahwa umur merupakan faktor risiko dari penyakit gagal jantung. Semakin bertambahnya umur kecemasan cenderung meningkat sehingga pasien cenderung mengalami kelelahan. Pada penelitian ini responden yang mengalami kecemasan sebanyak 18 dari 30 orang (60%).

Faktor pertama yang menyebabkan *fatigue* pada pasien gagal jantung adalah umur, dalam penelitian ini rata-rata umur responden 55-65 tahun sebanyak 60%. sederhana dan tabulasi pembuatan tabel-tabel berisi data yang telah diberi kode sesuai analisis yang dibutuhkan.

Faktor kedua adalah kecemasan. Kecemasan merupakan masalah psikologis penyebab *fatigue*. Selain masalah psikologis, kelelahan pada pasien gagal jantung juga disebabkan oleh masalah fisiologis yang terjadi akibat penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan. ketika jantung mulai rusak maka kesehatan juga terancam, menjalani terapi pengobatan yang lama dan sering keluar masuk rumah sakit, prognosis penyakit dan manifestasi yang

memburuk, bagaimana cara pengobatan yang akan ditempuh selanjutnya, berapa besar biaya yang akan dihabiskan, berapa lama waktu penyembuhan penyakitnya, sampai memikirkan tentang kematiannya sehingga pasien terlihat gelisah, sulit istirahat dan tidak bergairah saat makan (Fitriyani, 2015).

Selain itu, *fatigue* pada pasien gagal jantung disebabkan oleh adanya gangguan sirkulasi akibat kelainan pada jantung. Gagal jantung diawali dengan gangguan pada otot jantung, katup jantung, vaskularisasi jantung (arteri koronaris) yang menyebabkan meningkatnya beban kerja jantung. Ketika jantung mengalami kegagalan dalam mempertahankan sirkulasi maka tubuh akan memulai serangkaian upaya kompensatorik. Jika suplai darah berkurang maka akan menurunkan tekanan darah di perifer. Sensor tekanan darah yang di sinus karotikus akan mengirim sinyal ke otak. Otak akan merespon dengan cara meningkatkan kontraktilitas serta memerintahkan pembuluh darah untuk kontriksi. Dimulai proses tersebut maka tubuh akan mengalami neurohormonal yang akan mempengaruhi aspek fisik maupun psikologis pasien diantaranya kecemasan dan stress pada waktu yang lama (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017).

Gangguan sirkulasi akibat kelainan pada jantung memicu respon kompensatorik. Respon tersebut akan memperparah penyakit karena beban awal jantung semakin meningkat serta jumlah darah yang dipompakan sedikit. Upaya kompensasi yang di lakukan tubuh dalam rangka mempertahankan sirkulasi diawali oleh perubahan biokimiawi tubuh terutama perubahan neurohormonal. Kondisi tersebut menstimulasi produksi sitokin berlebihan sebagai mediator inflamasi. Produksi sitokin secara langsung mengaktifasi sistem saraf pusat, kelenjar hipotalamus dan kelenjar adrenal yang dapat menyebabkan *fatigue* terutama melalui respon saraf simpatis (Nugraha, Fatimah & Kurniawan, 2017).

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian kepada 30 responden mengenai gambaran *fatigue* pada pasien gagal jantung di Ruang Rawat Inap dr M. Salamun yang dilaksanakan pada 24 Maret-14 April 2019 dapat disimpulkan bahwa pasien gagal jantung yang dirawat memiliki kategori kelelahan berat yaitu sebanyak 60%.

Saran Penelitian:

Berdasarkan hasil penelitian, maka penulis memberikan saran sebagai berikut, bagi perawat di RSAU dr. M Salamun, berdasarkan hasil penelitian maka disarankan kepada perawat khususnya perawat ruang rawat inap di Ruang Rawat Inap RSAU dr. M Salamun (Parkit, Merak dan Rajawali) agar lebih meningkatkan proses pengkajian terutama mengenai *fatigue* guna dapat menentukan intervensi dalam asuhan keperawatan dan membantu proses penyembuhan pasien yang mengalami *fatigue*, bagi Poltekes TNI AU Ciumbuleuit Bandung, hasil penelitian ini dapat dijadikan tambahan informasi dan bahan pustaka bagi para pembaca serta sebagai data dasar ketika praktik di Rumah Sakit mengenai pengkajian keperawatan khususnya *fatigue*, bagi peneliti selanjutnya, hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi *fatigue* pada pasien yang mengalami penyakit kronis lainnya atau intervensi tindakan keperawatan lebih lanjut terhadap *fatigue* atau mengenai instrumen yang tepat untuk mengukur kecemasan bagi yang mengalami *fatigue*.

REFERENSI

- Bulechek, G, et al. (2016) *Nursing interventions Classification* (NIC), 6th edition. Alih bahasa: Nurjannah, I., & Tumanggor, R, D,. Yogyakarta: Mocomedia.
- Fitriyani, R. 2015. Hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur

- pasien congestive heart failure (CHF) di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Sruweng. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. Vol 11 no 1.
- Ford, E. W. *et al.* (2014) 'Increasing hand washing compliance with a simple visual cue,' *American Journal of Public Health*, hal. 1851–1856. doi: 10.2105/AJPH.2013.301477.
- Katimenta, K. Y., Carolina, M., & Kusuma, W. (2016). Hubungan tingkat stres dengan kualitas tidur pada pasien congestive heart failure (chf) di ruang iccu dr. doris sylvanus palangka raya. *Dinamika kesehatan jurnal kebidanan dan keperawatan*, 7(1), 229-235.
- Kumalasari, E. Y., & Leksana, E. (2013). *Angka Kematian Pasien Gagal Jantung Kongestif di HCU dan ICU RSUP dr. Kariadi Semarang* (Doctoral dissertation, Diponegoro University).
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nugraha, B. A. (2016). Fatigue pada pasien gagal jantung. *Jurnal Medika Cendikia*, 3(01), 58-67.
- Nugraha, B. A., Fatimah, S., & Kurniawan, T. (2017). Pengaruh pijat punggung terhadap skor kelelahan pasien gagal jantung. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 5(1).
- Nugraha, B. A., Pebrianti, S., & Platini, H. (2018). Gambaran kelelahan pada pasien gagal jantung. *Jurnal Medika Cendikia*, 5(01), 16-21.
- Riskesdas. (2018). Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Riwidikdo, H. 2013. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Rohima Press.
- Smeltzer, S. C. and Bare, B. G. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth. Edisi 8. Alih Bahasa H. Y. Kuncara, Monica Ester, Yasmin Asih, Jakarta : EGC.
- Tauhid, M. (2017). Manajemen Fatigue melalui Kombinasi Aerobik dengan Relaksasi Yoga pada Penderita Kanker Payudara dalam Program Kemoterapi. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(2), 29-37.
- Vogel, N. (2013). Anxiety disorder and inflammation in a large adult cohort. *Transl Psychiatry*
- Widyasari, J. K. (2010). Hubungan antara kelelahan kerja dengan stres kerja pada perawat di Rumah Sakit Islam Yarsis Surakarta (*Doctoral dissertation, Universitas Sebelas Maret*).
- Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H., ... Wilkoff, B. L. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: Executive summary: A report of the American college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*.