# SKRIPSI

**KEPATUHAN MINUM OBAT TERHADAP KEKAMBUHAN PADA PASIEN GAGAL JANTUNG**

***LITERATURE REVIEW***



**Oleh ;**

**ANGGIE SAFITRI AMIRA ZAIN**

**NIM. 1610013**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# SKRIPSI

**KEPATUHAN MINUM OBAT TERHADAP KEKAMBUHAN PADA PASIEN GAGAL JANTUNG**

***LITERATURE REVIEW***

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.)**

**Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**



**Oleh :**

**ANGGIE SAFITRI AMIRA ZAIN**

**NIM. 161.0013**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anggie Safitri Amira Zain

NIM : 161.0013

Tanggal Lahir : Surabaya, 29 Maret 1999

Program Studi : S-1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul “ **Kepatuhan Minum Obat terhadap Kekambuhan pada Pasien Gagal Jantung (*Literature review)***”,saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 24 Juli 2020



**Anggie Safitri Amira Zain**

**NIM. 161.0013**

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

# HALAMAN PERSETUJUAN

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Anggie Safitri Amira Zain |
| NIM | : 161.0013 |
| Program Studi | : S-1 Keperawatan |
| Judul | : Kepatuhan minum obat terhadap kekambuhan pada pasien gagal jantung (Literature review) |

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pembimbing I**D:\SCAN LP3M DAN ttd.jpeg**Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc****NIP.03006** | **Pembimbing II****Nisha Dhamayanti, S.Kep.,Ns.,M.Si****NIP.03045** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

# HALAMAN PENGESAHAN

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Anggie Safitri Amira Zain |
| NIM | : 161.0013 |
| Program Studi | : S-1 Keperawatan |
| Judul | : Kepatuhan minum obat terhadap kekambuhan pada pasien gagal jantung (Literature review) |

 Skripsi dari

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Penguji I : Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep** 

 **NIP. 03028**

**Penguji II : Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc**

** NIP. 03006**

**Penguji III : Nisha Dhamayanti, S.Kep.,Ns.,M.Si**

 **NIP. 03045**

|  |
| --- |
| **Mengetahui,****STIKES HANG TUAH SURABAYA****C:\Users\ABUSIRI\Documents\PENGESAHAN ABU SIRI2.jpg** |

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 27 Juli 2020

# KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Kepatuhan minum obat terhadap kekambuhan pada pasien Gagal Jantung (Literature review) ” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari kata sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan.
3. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan.
4. Ibu Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji 1 terima kasih atas segala arahannya serta sarannya dalam pembuatan dan penyelesaian skripsi ini.
5. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku dosen pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, serta saran demi kelancaran dan kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Nisha Dhamayanti, S.Kep.,Ns.,M.Si selaku dosen pembimbing 2 yang telah memberikan arahan dan masukan serta dukungan kepada penulis demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
7. Seluruh dosen, staf dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing dan membantu kelancaran proses belajar selama menuntut ilmu di Program Studi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surbaya.
8. Kedua orang tua, beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
9. Teman-teman seperjuangan angkatan 22 di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga semua dukungan yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Peneliti berusaha untuk dapat menyelesaikan skripsi ini dengan sebaik-baiknya. Peneliti menyadari bahwa masih banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan peneliti berharap bahwa skripsi ini dapat bermanfaat terutama bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

Surabaya, 27 juli 2020

Penulis

# ABSTRAK

Kepatuhan Minum Obat terhadap Kekambuhan pada Pasien Gagal Jantung : Literature Review

**Latar Belakang :** Gagal jantung merupakan kumpulan gejala klinis akibat kelainan structural ataupun fungsional jantung yang menyebabkan gangguan kemampuan pengisian ventrikel dan ejeksi darah ke seluruh tubuh. Gagal jantung merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang peningkatannya bisa dikatakan pesat Kekambuhan tersebut merupakan dampak dari faktor sikap yang tidak dapat dihindari oleh individu. untuk mencegah terjadinya kekambuhan penderita gagal jantung harus menerapkan beberapa hal seperti beristirahat dengan cukup, berolahraga yang tidak berlebihan, melaksanakan terapi pengobatan sesuai anjuran dokter, serta mengatur beban kerja yang dilakukan setiap hari. Kepatuhan minum obat perlu diperhatikan untuk mencegah terjadinya kekambuhan penyakit jantung.

**Metode :** Desain penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan metode studi kepustakaan atau *literature review.* Pencarian literatur dalam literature review ini menggunakan tiga database dengan kriteria kualitas tinggi, sedang dan kualitas rendah, yaitu ProQuest, Scient Direct dan Google Schoolar. Pencarian jurnal menggunakan keyword Bahasa Inggris. Dari seluruh jurnal yang sesuai dengan tema dan kriteria inklusi adalah 10 jurnal, yaitu 4 jurnal bahasa inggris dan 6 jurnal bahasa Indonesia dengan rata-rata mulai dari tahun 2015-2020 dengan kata kunci kepatuhan minum obat, tingkat kekambuhan, gagal jantung

**Hasil :** Hasil temuan terbaru yang sudah dilakukan analisa oleh pereview secara keseluruhan dirumuskan bahwa “ada hubungan kepatuhan minum obat terhadap kekambuhan pada pasien gagal jantung. Penelitian yang ditelaah dalam artikel ini menunjukkan kepatuhan minum obat merupakan salah satu dari pencegahan tingkat kekambuhan pada pasien gagal jantung yang dapat digunakan dalam salah satu intervensi keperawatan, karena dari hasil riset dari sepuluh jurnal menunjukkan adanya hubungan antara kepatuhan minum obat dengan tingkat kekambuhan pasien gagal jantung.

**Implikasi :** Pasien gagal jantung yang menjalankan kepatuhan minum obat secara patuh akan sangat berpengaruh untuk meminimalkan kejadian kekambuhan pada pasien gagal jantung, sehingga diharapkan adanya dukungan keluarga dalam mengawasi pengobatan dan mengantarkan ke puskesmas atau ke rumah sakit untuk pasien gagal jantung dalam melaksanakan control agar terhindar dari kejadian kekambuhan. Maka dari itu pada pasien dengan gagal jantung yang menjalankan kepatuhan minum obat secara patuh dapat mengurangi ataupun mencegah tingkat kekambuhan pasien gagal jantung. Untuk tenaga kesehatan hal yang harus dilakukan yaitu memperhatikan dan mengingatkan agar pasien mematuhi minum obat agar dapat meminimalkan angka kekambuhan pada pasien gagal jantung.

**Kata Kunci :** Kepatuhan minum obat, Tingkat kekambuhan, Gagal jantung.

# ABSTRACT

Compliance with Medication for Recurrence in Heart Failure Patients: Literature Review

**Background:** Heart failure is a collection of clinical symptoms due to structural or functional abnormalities of the heart that cause impaired ventricular filling ability and blood ejection throughout the body. Heart failure is a cardiovascular disease whose increase can be said to be rapid. The recurrence is the effect of attitude factors that cannot be avoided by individuals. to prevent the recurrence of patients with heart failure must implement several things such as adequate rest, exercising that is not excessive, carry out treatment therapy according to doctor's recommendations, and manage the workload that is done every day. Adherence to taking medication needs to be considered to prevent recurrence of heart disease.

**Methods:** The design of this study was research using a literature study method or *literature review.* The literature search in this literature review uses three databases with high, medium and low quality criteria, namely ProQuest, Scient Direct and Google Schoolar. Search journals using English keywords. From all journals that fit the theme and inclusion criteria, there were 10 journals, namely 4 English language journals and 6 Indonesian language journals with an average starting from 2015-2020 with keywords Adherence to take medication, recurrence rate, heart failure.

**Results:** Recent findings that have been analyzed by reviewers as a whole are formulated that "there is a relationship between medication adherence and relapse in heart failure patients. Research examined in this article shows adherence to taking medication is one of the prevention of recurrence rates in heart failure patients that can be used in one of the nursing interventions, because the results of research from ten journals show a relationship between adherence to taking medication with the recurrence rate of heart failure patients .

**Implication:** Heart failure patients who adhere to medication compliance will be very influential to minimize recurrence in heart failure patients, so that family support is expected to oversee treatment and deliver to the health center or hospital for heart failure patients to carry out control in order to avoid recurrence event. Therefore in patients with heart failure who adhere to medication compliance can obediently reduce or prevent the recurrence rate of patients with heart failure. For health workers, the thing to do is to pay attention and remind patients to comply with taking medication so as to minimize the recurrence rate in patients with heart failure.

**Keywords:** Adherence to take medication, recurrence rate, heart failure.

# DAFTAR ISI

[HALAMAN JUDUL i](#_Toc46423871)

[HALAMAN PERNYATAAN ii](#_Toc46423872)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc46423873)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc46423874)

[KATA PENGANTAR v](#_Toc46423875)

[DAFTAR ISI viii](#_Toc46423876)

[DAFTAR TABEL x](#_Toc46423877)

[DAFTAR GAMBAR xi](#_Toc46423878)

[DAFTAR LAMPIRAN xii](#_Toc46423879)

[DAFTAR SINGKATAN xiii](#_Toc46423880)

[BAB I PENDAHULUAN 1](#_Toc46423881)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc46423882)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc46423883)

[1.3 Tujuan 3](#_Toc46423884)

[1.3.1 Tujuan Umum 3](#_Toc46423885)

[1.4 Manfaat Penelitian 4](#_Toc46423886)

[BAB II](#_Toc46423887) [TINJAUAN TEORI 5](#_Toc46423888)

[2.1 Konsep Gagal Jantung 5](#_Toc46423889)

[2.1.1 Definisi Gagal Jantung 5](#_Toc46423890)

[2.1.2 Anatomi Jantung 5](#_Toc46423891)

[2.1.3 Etiologi 6](#_Toc46423892)

[2.1.4 Patofisiologi Gagal Jantung 7](#_Toc46423893)

[2.1.5 Klasifikasi Gagal Jantung 9](#_Toc46423894)

[2.1.6 Penatalaksanaan Gagal Jantung 11](#_Toc46423895)

[2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 14](#_Toc46423896)

[2.2 Konsep Kekambuhan 16](#_Toc46423897)

[2.2.1 Definisi Kekambuhan 16](#_Toc46423898)

[2.2.2 Gejala-gejala kekambuhan pada gagal jantung 16](#_Toc46423899)

[2.3 Konsep Kepatuhan Minum Obat 17](#_Toc46423900)

[2.3.1 Kepatuhan Minum Obat 17](#_Toc46423901)

[2.3.2 Ketepatan Meminum Obat 20](#_Toc46423902)

[2.4 Konsep Keperawatan 23](#_Toc46423903)

[2.5 Hubungan Antar Konsep 27](#_Toc46423904)

[2.6 Konsep Literatur Review 28](#_Toc46423905)

[2.6.1 Pengertian Literatur Review 28](#_Toc46423906)

[2.6.2 Tujuan Literatur Review 29](#_Toc46423907)

[2.6.3 Teknik Literatur Review 29](#_Toc46423908)

[2.6.4 Langkah-langkah Menyusun Literatur Review 30](#_Toc46423909)

[2.6.5 Sumber Literatur Review 32](#_Toc46423910)

[2.6.6 Analisis Jurnal Dengan Metode PICOT 33](#_Toc46423911)

[BAB 3](#_Toc46423912) [KERANGKA KOSEPTUAL DAN HIPOTESIS 34](#_Toc46423913)

[3.1 Kerangka Konsep 34](#_Toc46423914)

[3.2 Hipotesis Penelitian 35](#_Toc46423915)

[BAB 4](#_Toc46423916) [metode penelitian 36](#_Toc46423917)

[4.1 Strategi Pencarian *Literature* 36](#_Toc46423918)

[4.1.1 Protokol dan Registrasi 36](#_Toc46423919)

[4.1.2 Database Pencarian 36](#_Toc46423920)

[4.1.3 Kata Kunci 36](#_Toc46423921)

[4.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi 37](#_Toc46423922)

[4.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas 38](#_Toc46423923)

[4.3.1 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi 38](#_Toc46423924)

[BAB 5](#_Toc46423925) [HASIL DAN PEMBAHASAN 40](#_Toc46423926)

[5.1 Hasil dan Analisis 40](#_Toc46423927)

[5.1.1 Karakteristik Studi 40](#_Toc46423928)

[5.2 Pembahasan 59](#_Toc46423929)

[5.2.1 Kepatuhan Minum Obat 59](#_Toc46423930)

[5.2.2 Kekambuhan pada Pasien Gagal Jantung 63](#_Toc46423931)

[BAB 6](#_Toc46423932) [KESIMPULAN DAN SARAN 66](#_Toc46423933)

[6.1 Kesimpulan 66](#_Toc46423934)

[6.2 Saran 66](#_Toc46423935)

[6.2.1 Bagi Responden 66](#_Toc46423936)

[6.2.2 Tim Kesehatan 67](#_Toc46423937)

[6.2.3 Peneliti Selanjutnya 67](#_Toc46423938)

[DAFTAR PUSTAKA 68](#_Toc46423939)

[LAMPIRAN 71](#_Toc46423940)

# DAFTAR TABEL

**Tabel 2.1** Klasifikasi gagal jantung menurut NYHA

# DAFTAR GAMBAR

**Gambar 2.1** Anatomi jantung.

**Gambar 2.5** Kerangka Teori Lawrence Green (1980)

**Gambar 3.1** Kerangka Konseptual Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kekambuhan pada pasien Gagal Jantung Surabaya

# DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae

Lampiran 2 Motto dan Persembahan

Lampiran 3 Surat Pengajuan Judul

# DAFTAR SINGKATAN

ACE : Angiotensin*, Converting, Emzyne*

ACEI : Angiotensin, *Converting, Emzyne*, Inhibtor

AF : Atrium, Fibrilasi

AHA : *American heart assosiation*

CHF : *Congiental heart failure*

EKG : Elektrokardiogram

IV :Intra vena

NYHA : *New York Heart Assosiation*

RSU : Rumah Sakit Umum

WHO : *World Health Organozation*

# BAB IPENDAHULUAN

## Latar Belakang

Gagal jantung merupakan kumpulan gejala klinis akibat kelainan struktural ataupun fungsional jantung yang menyebabkan gangguan kemampuan pengisian ventrikel dan ejeksi darah ke seluruh tubuh (American heart assosiation, 2016) Gagal jantung merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang peningkatannya bisa dikatakan pesat Kekambuhan tersebut merupakan dampak dari faktor sikap yang tidak dapat dihindari oleh individu. Padahal untuk mencegah terjadinya kekambuhan penderita gagal jantung harus menerapkan beberapa hal seperti beristirahat dengan cukup, berolahraga yang tidak berlebihan, melaksanakan terapi pengobatan sesuai anjuran dokter, serta mengatur beban kerja yang dilakukan setiap hari. Dan mendapatkan dukungan dari keluarga Apabila penderita gagal jantung dapat menerapkan sikap yang baik dalam menyikapi penyakit tersebut maka kekambuhan gagal jantung dapat dicegah, tetapi pada kenyataannya mereka tidak mengetahui hal-hal tersebut dan cenderung meremehkan**.**(Hidayah and Wahyuningtyas, 2018)

Menurut *World Health Organization* (WHO), penyakit kardiovaskular akan menjadi penyebab terbanyak kasus kematian di seluruh dunia. Di Indonesia, penyakit gagal jantung telah menjadi pembunuh nomor satu. Prevalensi penyakit jantung di Indonesia dari tahun ke tahun semakin meningkat. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun (2013), provinsi dengan prevalensi penyakit jantung koroner pada umur ≥ 15 tahun menurut diagnosis dokter ialah Provinsi Nusa Tenggara Timur (4,4%). Kemudian disusul oleh Sulawesi Tengah (3,8%)

dan Sulawesi Selatan (2,9%). Sedangkan prevalensi terendah terdapat di Provinsi Riau (0,3%), Lampung (0,4%), Jambi (0,5%), dan Banten (0,2%) estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%) (Umara, 2017) Angka rehospitalisasi pasien gagal jantung terus meningkat sampai 30% dalam 60 hingga 90 hari setelah dipulangkan, berdasarkan hasil dari studi pendahuluan di RSU Haji Surabaya didapatkan data pasien rawat jalan dengan diagnosa gagal jantung berdasarkan rekam medis sebanyak 79 pasien dalam kurung waktu tiga bulan terakhir.

Gagal jantung disebabkan karena jantung tidak mampu membawa darah secara efektif untuk kebutuhan metabolik, karena adanya disfungsi bilik jantung yang biasanya terjadi karena adanya aritmia dan karena kelebihan cairan sehingga menyebabkan perubahan fungsi jantung. Hal ini bisa terjadi apabila penderita gagal jantung tidak meminum obat secara rutin. Gagal jantung menyebabkan disfungsi progresif ventricular sistol dan diastolik dengan spektrum gejala tergantung pada tingkat keparahan. The New York Heart Assotiation (NYHA) mengklasifikasi penurunan output jantung menjadi empat yaitu, Kelas I penderita tanpa batasan aktivitas, kelas II penderita memiliki sedikit keterbatasan pada aktivitas normal, kelas III ditandai dengan keterbatasan aktivitas dimana hanya merasa nyaman ketika beristirahat dan kelas IV dimana penderita harus beristirahat total (Sari *et al.*, 2017). Menurut Koto (2015) salah satu kekambuhan gagal jantung yaitu karena ketidakpatuhan minum obat, tidak mendapatkan dukungan dari keluarga dan melakukan aktifitas fisik yang berlebihan dan penelitian yang dilakukan didapatkan hasil kepatuhan minum obat pada pasien gagal jantung kongestif terhadap rehospitalisasi sebagian besar tidak patuh, dan ada hubungan kepatuhan minum obat, tidak mendapatkan dukungan dari keluarga dan tidak melakukan aktifitas fisik pada pasien gagal jantung dengan rehospitalisasi. Pasien gagal jantung sering mengalami kekambuhan karena pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan misalnya tidak mampu melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, tidak mendapatkan dukungan dari keluargannya atau tidak mematuhi tindak lanjut medis, melakukan aktivitas fisik yang berlebih dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan (Hidayah and Wahyuningtyas, 2018)

Salah satu upaya untuk mencegah terjadinya kekambuhan pada pasien gagal jantung kambuh lagi yaitu dengan mematuhi pengobatan untuk penyakitnya. Peneliti juga beranggapan bahwa penelitian ini juga dapat digunakan untuk meminimalkan kejadian kekambuhan sehingga dapat menurunkan angka rehospitalisasi. Berdasarkan masalah diatas maka peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan pada pasien gagal jantung.

##  Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan terhadap pasien gagal jantung ?

## Tujuan Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan terhadap pasien gagal jantung

## Manfaat Penelitian

Studi ini diharapkan dapat memberi ide penelitian selanjutnya tentang kepatuhan minum obat terhadap kekambuhan pada pasien gagal jantung.

# BAB II

# TINJAUAN TEORI

Pada bab ini akan di jelaskan landasan teoritis yang mendasari masalah yang akan diteliti, meliputi : 1) Konsep Gagal Jantung, 2) Konsep Kekambuhan 3) Konsep Kepatuhan minum obat, 4) Konsep Keperawatan, 5). Hubungan antar Konsep, 6).

## Konsep Gagal Jantung

### Definisi Gagal Jantung

Gagal jantung atau payah jantung adalah ketidakmampuan jantung memompa darah yang cukup ke seluruh tubuh yang ditandai dengan sesak nafas pada saat beraktifitas dan atau saat tidur terlentang tanpa bantal, dan atau tungkai bawah membengkak. Didefinisikan sebagai penyakit gagal jantung jika pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita penyakit gagal jantung tetapi mengalami gejala atau riwayat: sesak napas pada saat aktifitas dan sesak napas saat tidur terlentang tanpa bantal, kapasitas aktivitas fisik menurun atau mudah lelah dan tungkai bawah bengkak (Ratnasari, 2016)

### Anatomi Jantung

Jantung merupakan suatu organ otot berongga yang terletak di pusat dada. Bagian kanan dan kiri jantung masing-masing memiliki ruang sebelah atas (*atrium* yang mengumpulkan darah dan ruang sebelah bawah (*ventrikel*) yang mengeluarkan darah. Agar darah hanya mengalir dalam satu arah, maka ventrikel memiliki satu katup pada jalan masuk dan satu katup pada jalan keluar. Fungsi utama jantung adalah menyediakan oksigen ke seluruh tubuh dan membersihkan tubuh dari hasil metabolisme. Jantung melaksanakan fungsi tersebut dengan mengumpulkan darah yang kekurangan oksigen dari seluruh tubuh dan memompanya ke dalam paru-paru, dimana darah akan mengambil oksigen dan membuang karbondioksida. Jantung kemudian mengumpulkan darah yang kaya oksigen dari paru-paru dan memompanya ke jaringan di seluruh tubuh.(Ratnasari, 2016)



Gambar 2.1 Anatomi jantung.

Sumber : (Netter, 2014)

### Etiologi

Penyebab gagal jantung dapat dibagi menjadi dua yaitu penyakit miokard sendiri dan gangguan mekanik pada miokard. Penyakit pada miokard sendiri, antara lain penyakit jantung koroner, kardiomiopati, miokarditis, dan penyakit jantung rematik, penyakit infiltratif, iatrogenik akibat obat-obat seperti adriamisin dan diisopiramid, atau akibat radiasi Dalam menilai pasien gagal jantung, penting untuk mengetahui penyebab yang mendasari timbulnya penyakit jantung. Pada keadaan gagal jantung, curah jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh, atau dapat memenuhi kebutuhan, namun dengan peningkatan tekanan pengisian (*preload*). Mekanisme kompensasi mungkin dapat mempertahankan curah jantung saat istirahat, namun mungkin tidak cukup saat menjalani latihan fisik. Fungsi jantung akhirnya menurun dan gagal jantung menjadi berat (*dekompensasi*) (Farhah, 2018)

Hal ini dapat dicetuskan oleh penyakit akut lain, stres, dan obat-obatan. Gagal jantung terutama merupakan penyakit usia lanjut. Gagal jantung terjadi pada 2% pasien berusia dibawah 50 tahun, namun lebih dari 10% pasien berusia di atas 65 tahun. Harapan hidup 5 tahun <50%. Penyakit jantung iskemik dan hipertensi merupakan faktor resiko utama (Aaronson and Ward, 2010). Jantung memiliki mekanisme kompensasi di dalam mengatasi penurunan fungsi pompa jantung, sehingga pada umumnya pasien gagal jantung akan tetap asimtomatik, hingga adanya faktor presipitasi yang memperberat keadaan, sehingga pada pasien mulai timbul gejala, faktor-faktor yang dapat bertindak sebagai faktor presipitasi dalam gagal jantung adalah infeksi, aritmia, infark jantung, anemia, hipertiroid dan kehamilan, emosi atau konsumsi garam berlebih, emboli paru, hipertensi, miokarditis, demam reumatik, dan endokarditis infektif. (Farhah, 2018)

### Patofisiologi Gagal Jantung

Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal, bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung, bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncuplah yang harus menyesuaikan, volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadari kalsium), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untum memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriol), Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun. (Oktavianus, 2014)

Kelainan fungi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi, aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi mi okardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung, terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat), infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung, hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung, efek tersebut (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagal mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung, tetapi untuk alasan tidak jelas, hipertrofi otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal, dan akhirnya akan terjadi gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun, ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah, gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal ventriel kanan. Gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut, karena curah ventrikel berpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. (Oktavianus, 2014)

### Klasifikasi Gagal Jantung

*New York Heart Association* (NYHA) mengklasifikasikan gagal jantung sesuaidengan tingkat keparahan gejala untuk membatasi aktifitas fisik pasien (NYHA, 2016). *American Heart Association* (AHA) mengklasifikasikan gagal jantung sesuai dengan kondisi pasien untuk menyediakan kerangka kerja yang komprehensif, mengevaluasi, mencegah dan mengobati gagal jantung. Berikut adalah tabel klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA) dan *American Heart Association* (Association, 2016)

Tabel 2.1 Klasifikasi gagal jantung menurut NYHA

|  |  |
| --- | --- |
| KELAS 1 | Tidak terdapat batasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik tidak menyebabkan kelelahan yang berlebihan, palpitasi, dispnea (sesak nafas). |
| KELAS 2 | Keterbatasan muncul dengan sedikit aktivitas fisik. Nyaman saat istirahat. Aktifitas fisik seperti biasa dapat menyebabkan kelelahan, palpitasi, dispnea (sesak nafas). |
| KELAS 3 | Keterbatasan muncul dengan aktifitas fisik. Nyaman saat istirahat. Aktifitas yang kurang dari biasa dapat menyebabkan kelelahan, palpitasi, atau dispnea. |
| KELAS 4 | Gejala gagal jantung terjadi bahkan saat istirahat. Jika aktivitas fisik dilakukan, maka ketidaknyamanan akan meningkat. |

Menurut (khairul umam, 2013) berdasarkan presentasinya gagal jantung dibagi menjadi gagal jantung akut, gagal jantung kronik, dan *acute on chronic heart failure*.

1. Gagal Jantung Akut

Timbulnya sesak napas secara cepat (<24 jam) akibat kelainan fungsi jantung, gangguan fungsi sistolik atau diastolik atau irama jantung, atau kelebihan beban awal (*preload*), beban akhir (*afterload*) atau kontraktilitas. Keadaan ini mengancam jiwa jika tidak ditangani dengan cepat

1. Gagal Jantung Kronik

Sindrom klinis yang kompleks akibat kelainan structural fungsional yang mengganggu kemampuan pompa jantung atau mengganggu pengisian jantung

1. Gagal Jantung Kiri

Gagal jantung kiri adalah akibat dari terjadinya kongesti pasif, stasis darah pada ruang sisi kiri, dan perfusi yang tidak memadai dari hilir jaringan yang mengarah ke disfungsi organ. Keadaan tersebut sering disebabkan oleh panyakit jantung iskemik, hipertensi, penyakit katup aorta dan mitral, serta penyakit miokard primer. Gagal jantung kiri ada dua macam yaitu systolic failure dan diastolic failure

1. Gagal Jantung Kanan

Pada pasien yang mengalami gagal jantung kanan, ventrikel kanan tidak dapat berkontraksi secara optimal. Gagal jantung kanan biasanya disebabkan oleh gagal jantung kiri, karena setiap peningkatan tekanan di sirkulasi paru dari kegagalan di sisi kiri pasti akan membebani sisi kanan jantung. Sehingga, ventrikel kanan tidak dapat berkontraksi secara optimal bahkan sampai tidak bisa memompa darah keluar. Penyebab dari gagal jantung kanan mencakup semua yang menginduksi gagal jantung kiri. Gagal jantung kanan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu gagal jantung kanan akut dan gagal jantung kanan kronis

1. Gagal Jantung Kongestif

Gagal jantung kongestif merupakan suatu kondisi dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk memenuhi kebutuhan organ dan jaringan akan nutrisi dan oksigen. Hal ini dapat menyebabkan terjadinya peregangan ruang jantung (dilatasi) untuk menampung darah lebih banyak yang kemudian dipompakan ke seluruh tubuh atau mengakibatkan otot jantung menjadi kaku dan menebal. Akibatnya, jantung hanya mampu memompa darah dalam waktu yang singkat dan dinding otot jantung menjadi melemah sehingga tidak mampu memompa dengan kuat

### Penatalaksanaan Gagal Jantung

Tujuan umum penanganan gagal jantung adalah: meniadakan tanda klinik seperti batuk dan dispne, memperbaiki kinerja jantung sebagai pompa, menurunkan beban kerja jantung, dan mengontrol kelebihan garam dan air. Obat yang digunakan untuk penanganan gagal jantung bervariasi tergantung pada etiologi, keparahan gagal jantung, spesies penderita, dan faktor lainnya.Untuk mencapai tujuan dalam penanganan gagal jantung dapat dilakukan dengan cara:(Rispawati, 2019)

1. Membatasi aktivitas fisik. Latihan/aktivitas akan meningkatkan beban jantung dan juga meningkatkan kebutuhan jaringan terhadap oksigen. Pada pasien yang fungsi jantungnya mengalami tekanan, latihan dapat menimbulkan kongesti. Karena itu maka kerja jantung harus diturunkan dengan istirahat atau membatasi aktivitas.(Ponco, 2013)
2. Membatasi masukan garam. Pada pasien yang mengalami CHF, aktivitas renin-angiotensi-aldosteron mengalami peningkatan. Hal tersebut akan merangsang ginjal untuk menahan natrium dan air sehingga ekskresi natrium dan air akan berkurang. Bila ditambah pakan yang mengandung natrium tinggi maka retensi air dan peningkatan volume darah akan semakin parah, dan pada gilirannya akan menimbulkan kongesti dan edema.(Rispawati, 2019)
3. Menghilangkan penyebab atau faktor pemicu gagal jantung. Menghilangkan penyebab gagal jantung merupakan tindakan yang paling baik. Malformasi kongenital seperti *patent ductus arteriosus* dapat diperbaiki dengan cara operasi dengan tingkat keberhasilan yang tinggi. Ballon valvuloplasti telah berhasil digunakan untuk menangani stenosis katup pulmonik. CHF yang disebabkan oleh penyakit perikardium dapat ditangani sementara atau permanen dengan perikardiosentesis atau perikardektomi. Tetapi sayangnya hal tersebut sering tidak mungkin dilakukan dengan berbagai alasan.(Rispawati, 2019)
4. Menurunkan *preload*. Karena adanya retensi garam dan air oleh ginjal pada pasien CHF, maka *preload* jantung pada umumnya tinggi. Hal tersebut akan mengakibatkan kongesti pada sistem sirkulasi. Oleh karena itu, penurunan *preload* akan menurunkan kongesti dan edema pulmoner, yang akan memperbaiki pertukaran gas pada paru-paru pada kasus CHF jantung kiri, dan menurunkan kongesti vena sistemik dan asites pada CHF jantung kanan. *Preload* ditentukan oleh volume cairan intravaskular dan tonusvena sistemik.(Rispawati, 2019)

 Tujuan dari pengobatan gagal jantung adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, mencegah memburuknya fungsi jantung (mengurangi beban kerja jantung), mengurangi gejala gagal jantung (pengurangan overload dan meningkatkan kontraktilitas miokard), mencegah atau meminimalkan rawat inap, memperlambat perkembangan penyakit, dan memperpanjang kelangsungan hidup pasien (Ponco, 2013)

1. Terapi Non Farmakologi

 Terapi non-farmakologi yang dapat dilakukan dan menguntungkan bagi pasien gagal jantung yaitu olahraga, diet, dan pemenuhan kebutuhan nutrisi. Pembatasan aktivitas dapat menyebabkan terjadinya penurunan fungsi fisik, sehingga aktivitas fisik harus didorong. Namun, pembatasan kegiatan yang sesuai selama eksaserbasi gagal jantung akut dan pada pasien dengan dugaan miokarditis. Pasien tidak diperkenankan untuk melakukan aktivitas fisik yang berat dan olahraga lengkap. Pasien gagal jantung dianjurkan untuk membatasi aktivitas fisik sesuai dengan beratnya keluhan yang dirasakan (kelas fungisional) Selain itu, pasien dengan gagal jantung dianjurkan untuk diet rendah garam, pembatasan asupan cairan pada pasien dengan retensi cairan, pada pasien gagal jantung dengan diabetes, dislipidemia atau obesitas harus diberi diet yang sesuai untuk menurunkan gula darah, lipid, dan berat badan (Ponco, 2013)

1. Terapi Farmakologi

 Sesuai dengan American Heart Association (AHA), pasien pada kelas A untuk terapi yang di sarankan adalah dengan melakukan kontrol terhadap faktor resiko dari gagal jantung, obat-obatan yang di sarankan yaitu golongan ACE (Angiotensin Converting Enzyne) inhibitor, dan ARB (Angiotensin Reseptor Blocker). Pada pasien kelas B, terapi yang disarankan yaitu obat-obatan golongan ACE (Angiotensin Converting Enzyne) inhibitor, ARB (Angiotensin Reseptor Blocker), dan β-Blocker. Kemudian pada pasien kelas C, terapi yang disarankan yaitu obat-obatan golongan ACE (Angiotensin Converting Enzyne) inhibitor, ARB (Angiotensin Reseptor Blocker), β-Blocker, Digoxin, Diuretik, dan ISDN. Serta terapi pada pasien kelas D yaitu adanya dukungan sirkulasi mekanik, IV (Intra Vena) Inotropik Positif, dan transplantasi jantung (Wulandari, 2017)

### Pemeriksaan Penunjang

1. Elektrokardiografi

Pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) harus dikerjakan pada semua pasien yang diduga mengalami penyakit gagal jantung. Abnormalitas EKG sering dijumpai pada kondisi gagal jantung. Abnormalitas EKG memiliki nilai prediktif yang kecil dalam mendiagnosis gagal jantung, jika nilai EKG normal, maka diagnosis gagal jantung khususnya dengan disfungsi sistolik sangat kecil (< 10%). Alat ini dapat mendeteksi terjadinya aritmia, gangguan konduksi dan iskemik miokard serta temuan lain terkait dengan gangguan metabolik yang mengancam jiwa seperti adanya hiperkalemia dan peningkatan kemungkinan terjadinya kematian jantung secara mendadak (Harigustian, 2016)

1. Foto Toraks

Foto toraks merupakan komponen penting dalam melaksanakan diagnosis gagal jantung. Foto toraks dapat mendeteksi terjadinya kardiomegali, kongesti paru, efusi pleura dan dapat mendeteksi adanya penyakit atau infeksi paru yang menyebabkan atau memperberat sesak nafas. Kardiomegali dapat tidak ditemukan pada gagal jantung akut dan kronik (Harigustian, 2016)

1. Pemeriksaan Laboratorium

 Pemeriksaan laboratorium rutin pada pasien diduga gagal jantung adalah darah perifer lengkap (hemo-globin, leukosit, trombosit), elektrolit, kreatinin, laju filtrasi glomerulus, glukosa, tes fungsi hati dan urinalisis. Pemeriksaan tambahan laindipertimbangkan sesuai tampilan klinis. Gangguan hematologis atau elektrolit yang bermakna jarang dijumpai pada pasien dengan gejala ringan sampai sedang yang belum diterapi, meskipun anemia ringan, hiponatremia, hiperkalemia dan penurunan fungsi ginjal sering dijumpai terutama pada pasien dengan terapi menggunakan diuretik dan/atau ACEI (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*), ARB (*Angiotensin Receptor* *Blocker*), atau antagonis aldosterone (Harigustian, 2016)

## Konsep Kekambuhan

### Definisi Kekambuhan

Kambuh didefinisikan sebagai berulangnya atau kambuhnya gejala penyakit serupa yang telah terjadi atau dialami sebelumnya. Pasien gagal jantung yang sering kembali dirawat inap ulang di rumah sakit karena adanya kekambuhan. Kebanyakan kekambuhan gagal jantung kongestif terjadi karena pasien tidak memenuhi terapi yang dianjurkan misalnya, melanggar pembatasan diet, melakukan aktifitas fisik yang berlebihan dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan (Febtrina dan Nurhayati, 2017)

### Gejala-gejala kekambuhan pada gagal jantung

Tanda-tanda utama serangan jantung adalah sebagai berikut (Oktavianus, 2014) :

1. Rasa nyeri di dalam dada

Rasa nyeri dalam dada atau infark miokard ini dikarenakan pembuluh nadi coroner tersumbat akibat pembekuan darah. Pada umunya perasaan ini terjadi di bagian depan dada pada tulang dada (sternum).dari sana perasaan tersebut akan menyebar ke seluruh dada khususnya di bagian lengan kiri. Rasa sakit tersebut seperti mengejang seperti ada tekanan berat.

1. Shock

Shock adalah hal yang umum terjadi pada orang yang mengalami infark dan terjadi pada setiap tahap. Dalam serangan jantung yang ringan, shock itu akan terjadi secara ringan dan hanya sebentar. Shock dapat meningkat menjadi shock cardiac pada keadaan yang lebih parah. Gejala umum shock adalah rasa lemah, pusing, berkeringat, muntah-muntah, pucat kebiru-biruan dan bahkan pingsan.

1. Gejala gagal jantung

Gejala kegagalan jantung ini terjadi karena jantung tidak mampu melakukan tugasnya secara normal. Gejala yang terjadi telah dijelaskan diatas yaitu kesulitan untuk bernafas ( dyspnea). Dyspnea sering disertai asma cardiac (asma jantung yang disebabkan karena kegagalan ventrikel kiri). Ini berarti bahwa darah tidak dapat dipompakan melalui paru-paru, sehingga ada desakan yang lebih besar untuk mencukupkan nafas ke seluruh sistem tersebut. Selain itu ketidakteraturan nafas juga sering terjadi.

1. Ketidakteraturan denyut jantung

Ketidakteraturan denyut jantung timbul karena kontraksi dini jantung yang bebas dari irama jantung normal juga sering terjadi. Hal ini akan diikuti dengan denyut jantung yang terus tidak teratur baik kecepatannya maupun kekuatannya.

## Konsep Kepatuhan Minum Obat

### Kepatuhan Minum Obat

 Kepatuhan adalah perilaku untuk menaati saran dari dokter atau prosedur tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului dengan cara konsultasi antara pasien dengan dokter sebagai penyedia jasa medis (Toulasik, 2017)

 Pengobatan dilakukan agar penderita merasa lebih nyaman dalam melakukan berbagai aktivitas fisik, dan bisa memperbaiki kualitas hidup serta meningkatkan harapan hidupnya. Pendekatannya dilakukan melalui 3 segi, yaitu mengobati penyakit penyebab gagal jantung, menghilangkan faktor-faktor yang bisa memperburuk gagal jantung dan mengobati gagal jantung. Tujuan pengobatan gagal jantung adalah untuk mengurangi gejala-gejala gagal jantung sehingga memperbaiki kualitas hidup penderita. Cara dan golongan obat yang dapat diberikan antara lain mengurangi penumpukan cairan (dengan pemberian diuretik), menurunkan resistensi perifer (pemberian vasodilator), memperkuat daya kontraksi miokard (pemberian inotropik). (Wulandari, 2017)

1. Diuretik digunakan pada semua keadaan dimana dikehendaki peningkatan pengeluaran air, khususnya pada hipertensi dan gagal jantung. Diuterik yang sering digunakan golongan *diuterik loop* dan *thiazide.* Diuretik Loop (bumetamid, furosemid) meningkatkan ekskresi natrium dan cairan ginjal dengan tempat kerja pada ansa henle asenden, namun efeknya bila diberikan secara oral dapat menghilangkan pada gagal jantung berat karena absorbs usus. Diuretik ini menyebabkan hiperurisemia. Diuretik Thiazide (bendroflumetiazid, klorotiazid, hidroklorotiazid, mefrusid, metolazon). Menghambat reabsorbsi garam di tubulus distal dan membantu reabsorbsi kalsium. Diuretik ini kurang efektif dibandingkan dengan diuretic loop dan sangat tidak efektif bila laju filtrasi glomerulus turun dibawah 30%. Penggunaan kombinasi diuretic loop dengan diuretic thiazude bersifat sinergis. Tiazide memiliki efek vasodilatasi langsung pada arterior perifer dan dapat menyebabkan intoleransi karbohidrat.
2. Digoksin, pada tahun 1785, William Withering dari Birmingham menemukan penggunaan *ekstrak foxglove (Digitalis purpurea)*. Glikosida seperti digoksin meningkatkan kontraksi miokard yang menghasilkan inotropisme positif yaitu memeperkuat kontraksi jantung, hingga volume pukulan, volume menit dan dieresis diperbesar serta jantung yang membesar menjadi mengecil. Digoksin tidak meneyebabkan perubahan curah jantung pada subjek normal karena curah jantung ditentukan tidak hanya oleh kontraktilitas namun juga oleh beban dan denyut jantung. Pada gagal jantung, digoksin dapat memperbaiki kontraktilitas dan menghilangkan mekanisme kompensasi sekunder yang dapat menyebabkan gejala.
3. Vasodilator dapat menurunkan afterload jantung dan tegangan dinding ventrikel, yang merupakan determinan utama kebutuhan oksigen moikard, menurunkan konsumsi oksigen miokard dan meningkatkan curah jantung. Vasodilator dapat bekerja pada system vena (nitrat) atau arteri (hidralazin) atau memiliki efek campuran vasodilator dan dilator arteri (penghambat ACE, antagonis reseptor angiotensin, prazosin dan nitroprusida). Vasodilator menurukan prelod pada pasien yang memakan diuterik dosis tinggi, dapat menurunkan curah jantung dan menyebabkan hipotensi postural. Namun pada gagal jantung kronis, penurunan teka nan pengisian yang menguntungkan biasanya mengimbangi penurunan curah jantung dan tekanan darah. Pada gagal jantung sedang atau berat, vasodilator arteri juga dapat menurunkan tekanan darah.
4. *Beta Blocker* (carvedilol, bisoprolol, metoprolol). Penyekat *beta adrenoreseptor* biasanya dihindari pada gagal jantung karena kerjainotropik negatifnya. Namun, stimulasi simpatik jangka panjang yang terjadi pada gagal jantung menyebabkan regulasi turun pada reseptor *beta* jantung. Dengan memblok paling tidak beberapa aktivitas simpatik, penyekat *beta* dapat meningkatkan densitas reseptor *beta* dan menghasilkan sensitivitas jantung yang lebih tinggi terhadap simulasi inotropik katekolamin dalam sirkulasi. Juga mengurangi aritmia dan iskemi miokard. Penggunaan terbaru dari metoprolol dan bisoprolol adalah sebagai obat tambahan dari diuretic dan ACE-blokers pada dekompensasi tak berat. Obat-obatan tersebut dapat mencegah memburuknya kondisi serta memeperbaiki gejala dan keadaan fungsional. Efek ini bertentangan dengan khasiat inotrop negatifnya, sehingga perlu dipergunakan dengan hati-hati.
5. Antikoagolan adalah zat-zat yang dapat mencegah pembekuan darah dengan jalan menghambat pembentukan fibrin. Antagonis vitamin K ini digunakan pada keadaan dimana terdapat kecenderungan darah untuk memebeku yang meningkat, misalnya pada trombosis. Pada trobosis koroner (infark), sebagian obat jantung menjadi mati karena penyaluran darah kebagian ini terhalang oleh tromus disalah satu cabangnya. Obat-obatan ini sangat penting untuk meningkatkan harapan hidup penderita.
6. Antiaritmia dapat mencegah atau meniadakan gangguan tersebut dengan jalan menormalisasi frekuensi dan ritme pukulan jantung. Kerjanya berdasarkan penurunan frekuensi jantung. Pada umumnya obat-obatn ini sedikit banyak juga mengurangi daya kontraksinya. Perlu pula diperhatikan bahwa obat-obatan ini juga dapat memeperparah atau justru menimbulkan aritmia. Obat antiaritmia memepertahankan irama sinus pada gagal jantung memberikan keuntungan simtomatik, dan amiodaron merupakan obat yang paling efektif dalam mencegah AF dan memperbaiki kesempatan keberhasilan kardioversi bila AF tetap ada.

### Ketepatan Meminum Obat

Tepat obat adalah ketepatan pemilihan obat dengan mempertimbangkan:

1. Ketepatan kelas terapi dan jenis obat sesuai dengan efek terapi yang diperlukan
2. Kemanfaatan dan keamanan obat sudah terbukti baik resiko efek sampingnya maupun adanya kontraindikasi
3. Jenis obat paling mudah didapat
4. Sedikit mungkin jumlah jenis obat yang dipakai.
5. Tepat pemberian dosis dan lama pemberian obat.

Untuk mendapatkan efek obat yang maksimal diperlukan penentuan dosis cara dan lama pemberian obat yang tepat. Besarnya dosis cara dan frekuensi pemberian obat umumnya didasarkan pada sifat farmakokinetik dan farmakodinamik obat serta kondisi pasien, sedangkan lama pemberian obat berdasarkan pada sifat penyakit apakah penyakit akut atau kronis kambuh berulang dan sebagainya.(Oktaviani, 2015)

* 1. Tepat dosis adalah ketepatan jumlah obat yang diberikan pada pasien dimana dosis berada dalam range dosis terapi yang direkomendasikan serta disesuaikan dengan usia dan kondisi pasien misalnya pasien anak usia pasien anak dengan berat lebih dari 60 kilo biasanya disarankan menggunakan dosis dewasa usia lanjut atau pasien dengan kerusakan ginjal dan hati biasanya memerlukan penyesuaian dosis.
	2. Tepat cara pemberian obat adalah ketepatan pemilihan bentuk sediaan obat yang diberikan sesuai dengan diagnosa kondisi pasien dan sifat obat. Misalnya per oral atau melalui mulut atau melalui dubur, per vaginal atau melalui vagina, parenteral melalui suntikan bisa intravena intramuskular subkutan atau topikal dioleskan di kulit seperti krim, gel, salep. Jika obat masih bisa diberikan melalui oral, hindari pemberian melalui parenteral. Jika terapi cukup secara lokal melalui obat-obatan topikal tidak perlu diberikan obat oral.
	3. Tepat frekuensi atau interval pemberian obat adalah ketepatan penentuan frekuensi atau interval pemberian obat sesuai dengan sifat obat dan profil farmakokinetik. Misal setiap 4 jam, 6 jam, 8 jam, 12 Jam atau 24 jam Jika obat dalam tubuh akan habis dalam 8 jam sebaiknya obat diberikan 3 kali sehari.
	4. Tepat lama pemberian obat adalah penetapan lama pemberian obat sesuai dengan diagnosa penyakit dan kondisi pasien. Apakah obat cukup diminum hingga gejala hilang saja atau obat perlu diminum selama 3 hari 5 hari 3 bulan dan lain-lain.
	5. Tepat saat pemberian obat adalah ketepatan menentukan saat terbaik pemberian obat sesuai dengan sifat obat dan kondisi pasien. Apakah obat diberikan sebelum makan, sesudah makan, saat makan sebelum operasi atau sesudah operasi dan lain-lain.

Menurut (Oktaviani, 2015) ada berbagai alasan mengapa tenaga kesehatan perlu menetapkan diantaranya:

1. Mencegah dampak penggunaan obat yang tidak tepat dapat membahayakan pasien.
2. Mempermudah dan membuka akses seluas-luasnya bagi masyarakat untuk memperoleh obat dengan harga terjangkau.
3. Meningkatkan efektivitas dan efisiensi belanja obat di institusi institusi seperti RSUD Puskesmas dan lain-lain sebagai salah satu upaya cost effective medical intervention.
4. Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan.

## Konsep Keperawatan

Teori keperawatan Lawrence Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu faktor perilaku (behavior causes) dan faktor luar lingkungan (nonbehavior causes). Untuk mewujudkan suatu perilaku kesehatan, diperlukan pengelolaan manajemen program melalui tahap pengkajian, perencanaan, intervensi sampai dengan penilaian dan evaluasi.

Model ini mengkaji masalah perilaku manusia dan faktor-faktor yang memengaruhinya, serta cara menindaklanjutinya dengan berusaha mengubah, memelihara atau meningkatkan perilaku tersebut kearah yang lebih positif. Proses pengkajian atau pada tahap precede dan proses penindaklanjutan pada tahap proceed. Dengan demikian suatu program untuk memperbaiki perilaku kesehtan adalah penerapan keempat proses pada umumnya ke dalam model pengkajian dan penindaklanjutan.

1. Kualitas hidup adalah sasaran utama yang ingin dicapai di bidang pembangunan sehingga kualitas hidup ini sejalan dengan tingkat sesejahteraan. Diharapkan semakin sejahtera maka kualitas hidup semakin tinggi. kualitas hidup ini salah satunya dipengaruhi oleh derajat kesehatan. Semakin tinggi derajat kesehatan seseorang maka kualitas hidup juga semakin tinggi.
2. Derajat kesehatan adalah sesuatu yang ingin dicapai dalam bidang kesehatan, dengan adanya derajat kesehatan akan tergambarkan masalah kesehatan yang sedang dihadapi. Pengaruh yang paling besar terhadap derajat kesehatan seseorang adalah faktor perilaku dan faktor lingkungan.
3. Faktor lingkungan adalah faktor fisik, biologis dan sosial budaya yanglangsung/tidak memengaruhi derajat kesehatan.
4. Faktor perilaku dan gaya hidup adalah suatu faktor yang timbul karena adanva aksi dan reaksi seseorang atau organisme terhadap lingkungannya.

Faktor perilaku akan terjadi apabila ada rangsangan, sedangkan gaga hidup merupakan pola kebiasaan seseorang atau sekelompok orang yang dilakukan karena jenis pekerjaannya mengikuti trend yang berlaku dalam kelompok sebayanya, ataupunhanya untuk meniru dari tokoh idolanya Dengan demikian suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu. Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor:

1. Faktor-faktor predisposisi (predisposing factor), merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah individu untuk berperilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (enabling factors), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan.
3. Faktor-faktor pendorong (reinforcing factor) merupakan faktor yang menguatkan perilaku, yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, teman sebaya, orang tua, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Faktor Predisposisi

*(Predisposing factors)*

1. Pengetahuan
2. Kepercayaan
3. Sikap
4. Nilai dan norma

(kebudayaan)

Faktor Pendukung

*(Enabling factors)*

1. Adanya sarana kesehatan
2. Terjangkaunya sarana kesehatan
3. Peraturan kesehatan
4. Keterampilan terkait kesehatan

Spesifik

Permasalahan

Perilaku

Faktor Pendukung

*(Reinforcing factors)*

1. Keluarga
2. Guru
3. Sebaya
4. Petugas kesehatan
5. Tokoh masyarakat
6. Pengambil keputusan

Gambar 2.5 Kerangka Teori Lawrence Green (1980)

Ketiga faktor penyebab tersebut di atas dipengaruhi oleh faktor penyuluhan dan faktor kebijakan, peraturan serta organisasi. Semua faktor faktor tersebut merupakan ruang lingkup promosi kesehatan. Faktor lingkungan adalah segala faktor baik fisik, biologis maupun sosial budaya yang langsung atau tidak langsung dapat memengaruhi derajat kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, dan sebagainya dari orang atau masyarakat yang bersangkutan. Di samping itu, ketersediaan fasilitas,sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.(Nursalam, 2013)

## Hubungan Antar Konsep

Model keperawatan yang dikembangkan oleh Lawrence Green yaitu menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Untuk mewujudkan suatu perilaku kesehatan, diperlukan pengelolaan manajemen program melalui tahap pengkajian, perencanaan, intervensi sampai dengan penilaian dan evaluasi. Penerapan teori Lawrence ini membantu pasien memperbaiki gaya hidup pasien dengan kondisi penyakit gagal jantung supaya tidak mengalami kekambuhan dan bertambahnya derajat klasifikasi keparahan penyakit.

Pasien gagal jantung tidak dapat melakukan berbagai jenis aktivitas fisik, Hal ini dapat terjadi karena tubuh membutuhkan oksigen dan nutrisi selama aktivitas fisik. Jantung tidak dapat memompa cukup darah untuk memberikan nutrisi bagi tubuh. Ketidakmampuan berolahraga, bahkan untuk berjalan pada kecepatan normal, dibatasi oleh rasa lelah ( fatigue ) dan sesak napas (Muhlisin Ahmad, Mediskus 2018). Ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat-obatan merupakan hal yang sering terjadi pada pasien dengan penyakit gagal jantung yang tidak menuntaskan terapi obat yang diberikan oleh dokter sehingga dapat mengalami kekambuhan. pada pasien gagal jantung kongestif merupakan salah satu terapi pengendalian penyakit. Dukungan keluarga dan orang terdekat yang tinggi pada pasien gagal jantung berhubungan dengan menurunnya angka kekambuhan dan meningkatnya tingkat kepatuhan pengobatan dengan baik. Hal ini di hubungkan dengan menurunnya tingkat kekambuhan pada pasien gagal jantung yang mendapat dukungan keluarga dengan baik. Dalam keterkaitannya dengan rehospitalisasi pasien gagal jantung, peran dukungan keluarga juga turut berperan dalam menurunkan masalah tersebut.

## 2.6 Konsep Literatur Review

### 2.6.1 Pengertian Literatur Review

Penelitian kepustakaan dan studi pustaka/riset pustaka meski bisa dikatakan mirip akan tetapi berbeda. Studi pustaka merupakan pengertian lain dari kajian pustaka, tinjauan pustaka, kajian teoritis, landasan teori, telaah putsaka (*literature review*), dan tinjauan teoritis. Kepustakaan adalah penelitian yang dilakukan hanya berdasarkan atas karya tertulis, termasuk hasil penelitian baik yang telah maupun yang belum dipublikasikan (Melfianora, 2017)

Meskipun merupakan sebuah penelitian, penelitian studi literatur tidak harus turun ke lapangan dan kontak dengan responden. Data yang dibutuhkan dalam penelitian didapatkan dari sumber pustaka atau dokumen. Pada riset pustaka (l*ibrary research*) penelusuran pustaka tidak hanya untuk langkah awal menyiapkan kerangka penelitian (*research design*) tetapi juga memanfaatkan sumber-sumber perpustakaan untuk memperoleh data penelitian (Melfianora, 2017)

### Tujuan Literatur Review

1. Membantu peneliti agar lebih memahami permasalahan yang sedang di teliti sesuai dengan kerangka berpikir ilimiah, sehinngga peniliti memahami bagaimana penelitian tersebut dalam dilaksanakan
2. Mengetahui tentang uraian teori, temuan dan bahan penelitian lain yang didapatkan dari bahan acuan guna dijadikan landasan dalam kegiatan penelitian
3. Menyusun kerangka pemikiran dalam pemecahan masalah
4. Mendapatkan gambaran yang berkaitan dengan apa yang sudah dikerjakan orang lain sebelumnya, dimana gambaran ini berhubungan dengan penelitian yang dilakukan (Wahono, 2015)

### Teknik Literatur Review

1. Mencari Kesamaan (*Compare*) teknik melakukan review dengan cara mencari kesamaan diantara beberapa literatur & diambil kesimpulannya.
2. Mencari Ketidaksamaan (*Contrast*) teknik melakukan review dengan cara mencari perbedaan diantara beberapa literatur & diambil kesimpulannya.
3. Memberikan Pandangan (*Criticize*) teknik melakukan review dengan membuat pendapat sendiri terhadap sumber yang dibaca.
4. Membandingkan (*Synthesize*) teknik melakukan review dengan menggabungkan beberapa sumber menjadi sebuah ide.
5. Meringkas (*Summarize)* teknik melakukan review dengan menulis kembali sumbernya dengan kalimat sendiri (*pharaprase*) (Wahono, 2015)

### Langkah-langkah Menyusun Literatur Review

1. Langkah 1 : Membaca artikel atau jurnal terkait
2. Tahap 1 memperhatikan struktur dan teks seperti daftar isi, abstrak, heading dan sub-headings, guna melihat apakah teks tersebut sesuai dengan tujuan peneliti.
3. Tahap 2 Apabila teks terlihat sesuai dengan tujuan maka baca dengan lebih seksama untuk mencari penelitian tertentu yang akan mendukung *Literature Review*. Teknik ini memungkinkan untuk mengidentifikasi materi yang sesuai dengan membaca secara teliti dan untuk memperoleh pengertian umum mengenai literatur yang sesuai dengan penelitian
4. Langkah 2 : Mengevaluasi semua tulisan ilmiah yang dibaca, tulisan ilmiah berkualitas adalah Jurnal yang terindeks oleh *database* atauditerbitkan oleh jurnal yang telah diakreditasi

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam mengevaluasi tulisan ilmiah:

1. Akurasi

Memastikan apakah literatur ini akurat dengan cara mengecek apakah penelitian yang sama diacu di sumber lain atau apakah sumber ini tidak konsisten dengan sumber lain. astikan literatur berasal dari sumber terpercaya

1. Obyektivitas
2. Dipastikan ada bukti bias dalam artikel. contohnya apakah peneliti percaya riset dari pabrik rokok yang menyatakan bahwa merokok tidak membahayakan kesehatan?
3. Dipastikan ada statistik sesuai dengan publikasi lain. Apabila tidak, apakah argument (metode, rancangan penelitian dll) yang dipakai dasar cukup meyakinkan?
4. Peneliti mengetahui jika data yang dimuat adalah benar. Dan data pendukung apa yang tersedia?
5. Kemutahiran
6. Dipastikan kapan tanggal publikasi
7. Dipastikan apakah ada informasi yang lebih terbaru dan menimbulkan keraguan atau menentang beberapa temuan yang sudah ada.
8. Cakupan
9. Informasi dari literatur yang tersedia harus lengkap dan mencakup bidang yang diteliti.
10. Dipastikan apakah ada penelitian lebih lanjut yang tidak disebut atau secara sengaja dihilangkan dari penemuan?
11. Langkah 3 : Membuat ringkasan publikasi-publikasi tersebut dan buatlah catatan saat membaca literatur mengenai yang pertama yaitu menentukan poin/teori/masalah utama yang diangkat dalam teks seperti buku atau artikel kemudian merangkum poin utama yang diajukan pengarang serta mencatat lengkap kuotasi, atau halaman referensi yang dianggap berguna dalam Literature Review dan memastikan peneliti memiliki semua informasi seperti pengarang, tanggal dan tahun, judul buku, sumber, penerbit buku/jurnal, halaman, tujuan penelitian, hipotesis, metode penelitian, material, desain eksperimen, dan hasil/data. Setelah itu mencatat bagaimana pengarang menggunakan materi asal. Apabila peneliti menggunakan kata-kata pengarang secara langsung pastikan peneliti memberikan dalam tanda petik dan menyebut halamannya. Kemudian menentukan kesimpulan yang dibuat oleh pengarang, menetukan poin apa yang mendukung kesimpulan, dan menulis juga pendapat peneliti tentang bacaan tersebut. Hal ini akan berguna saat peneliti melihat kembali catatan yang di buat atau menggunakannya saat menulis.
12. Langkah 4 : Mengabungkan menjadi satu artikel ilmiah yang lengkap mengenai suatu permasalahan

(Wahono, 2015)

### Sumber Literatur Review

Sumber-sumber literatur dapat berupa sumber utama yang berasal dari jurnal, laporan penelitian, informasi dari wawancara/email, sumber lanjutan yang merupakan analisa terhadap sumber utama dan sumber yang berasal dari komunitas professional.

1. Cara Membaca Sumber
2. Skimming adalah proses membaca dokumen objek secara cepat sambil mengambil inti-inti dari setiap paragraf. Skimming dapat membantu melakukan review dengan lebih cepat dan menyeluruh.
3. Paragraph Statement (Kalimat Utama di dalam suatu paragraph) adalah membaca kalimat terpenting di dalam suatu paragraf yang berguna untuk membantu mengerti paragraph objek
4. Document Statement (Kalimat Permasalahan/Tema Penelitian) adalah membaca statement utama dalam dokumen objek yang berguna untuk membantu mengerti tema keseluruhan (Wahono, 2015).

### Analisis Jurnal Dengan Metode PICOT

1. Population *(Patient, Population, Problem*) *:* Kata-kata mewakili pasien, populasi, dan masalah yang diangkat dalam karya ilmiah yang ditulis
2. Intervension (*Intervension, Prognostic Factor,Exposure*) : Kata ini mewakili intervensi, faktor prognostik atau paparan yang akan diangkat dalam karya ilmiah
3. Comparison (*Comparison*) : Kata ini mewakili perbandingan atau intervensi yang ingin dibandingkan dengan intervensi atau paparan pada karya ilmiah yang akan ditulis
4. Outcome (*Outcome*) : Kata ini mewakili target apa yang ingin dicapai dari suatu penelitian misalnya pengaruh atau perbaikan dari suatu kondisi atau penyakit tertentu (Prasetyo, 2019).

# BAB 3

# KERANGKA KOSEPTUAL DAN HIPOTESIS

## Kerangka Konsep

**Model Konsep keperawatan Lawrence Green**

**Faktor Penguat:**

1. Dukungan Keluarga
2. Teman sebaya
3. Guru
4. Pimpinan
5. Penyedia layanan kesehatan

**Faktor Pemungkin:**

1. Sarana kesehatan
2. Peraturan kesehatana
3. Sumber informasi
4. Keterampilan terkait kesehatan

**Faktor Predisposisi**:

1. Pengetahuan
2. Kepercayaan
3. Nilai dan norma
4. Kepercayaan
5. Nilai dan norma

(Nursalam, 2013)

1. Sikap

Kekambuhan pada Pasien Gagal Jantung

Dukungan Keluarga

Aktivitas Fisik

Minum obat

Patuh

Tidak Patuh

Keterangan:

 : Diteliti : Berhubungan

 : Tidak Diteliti : Berpengaruh

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Kepatuhan minum obat terhadap Kekambuhan pada pasien Gagal Jantung Surabaya

## Hipotesis Penelitian

Ada hubungan kepatuhan minum obat dengan kekambuhan pasien gagal jantung

**BAB 4**

**metode penelitian**

## 4.1 Strategi Pencarian *Literature*

### 4.1.1 Protokol dan Registrasi

Rangkuman menyeluruh dalam bentuk *literature review* mengenai Kepatuhan Minum Obat Terhadap Kekambuhan pada Pasien Gagal Jantung. Protokol pada studi ini menggunakan *The Centre for Review* sebagai panduan dalam asesmen kualitas dari studi yang akan dirangkum. Evaluasi dari *literatur review* akan menggunakan tabel PICO untuk menentukan penyeleksian studi yang telah ditemukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *literatur review*.

### 4.1.2 Database Pencarian

Literature review yang merupakan rangkuman menyeluruh beberapa studi penelitian yang ditentukan berdasarkan tema tertentu. Pencarian literatur dilakukan pada bulan April – Juni 2020. Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data sekunder yang diperoleh tidak dari pengamatan langsung, tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang diperoleh berupa artikel jurnal bereputasi baik nasional ataupun internasional dengan tema yang sudah ditentukan. Pencarian literatur dalam literature review ini menggunakan tiga database dengan kriteria kualitas tinggi, sedang dan kualitas rendah, yaitu ProQuest, Scient Direct dan Google Schoolar.

### 4.1.3 Kata Kunci

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan *keyword* dan *boolean* operator (*AND, OR NOT or AND NOT*) yang digunakan untuk memperluas atau

 menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* (MeSH) dan terdiri dari sebagai berikut:

Tabel 4.1 Kata Kunci

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adherence** | **Relapse** | **Heart Failure** |
| *Therapeuctic Adherence* | *Recurrence* | *Heart Failure* |
| *OR* | OR | *OR* |
| *Treatment Adherence* | *Relapse* |  *Congestive Heart Failure* |
| *OR* |  | *OR* |
| *Medication Non- Adherence* |  | *Heart Failure, Congestive* |

## 4.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Tabel 4.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriteria** | **Inklusi** | **Eksklusi** |
| *Population* | * + - * 1. *Outpatients in cardiac poly*
				2. *Heart failure patients who are willing to be respondents*
 | 1. *patients who are not willing*
2. *patients with complications (diabetes) and decreased consciousness*
 |
| *Intervension* | *No Intervension*  |  |
| *Comparators* | *No Comparator* |  |
| *Outcomes* | *there is a relationship between medication adherence with relapse* | *No described relationship between medication adherence with relapse* |
| *Study Design and Publication type* | *Cross Sectional, Quantitatif Research* | *No Exclusion* |
| *Publication Years* | *Post 2010-2020* | *Pre 2010* |
| *Language* | *English and Indonesian* | *Language other than English and Indonesian* |

## 4.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

## 4.3.1 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi

Berdasarkan hasil pencarian literatur melalui publikasi di tiga *database* dan menggunakan kata kunci yang sudah disesuaikan dengan MeSH, peneliti mendapatkan total artikel 2.960 didapatkan melalui *database yaitu ProQuest* 911*, Scient Direct* 819dan Google schoolar 1.230 dan yang sesuai dengan kata kunci tersebut dan tersisa 120 artikel. Peneliti kemudian melakukan skrining berdasarkan judul (n = 120), abstrak (n = 30) dan *full text* (n = 10) yang disesuaikan dengan tema *literature review*. *Assessment* yang dilakukan berdasarkan kelayakan terhadap kriteria inklusi dan eksklusi diperoleh sebanyak 10 artikel yang bisa dipergunakan dalam *literature review*. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam Diagram Flow di bawah ini :

*Excluded* (n=90)

*Participants*

*Does not focus on adherence treatment Heart Failure* (n = 40)

 *Intervention*

*Irrelevant with adherence treatment*  *Heart Failure* (n = 20)

 *Outcome*

*Does not Adherence to take medication for recurrence in patients with heart failure*

 *(n =30)*

*Research identified through data base Google Schoolar*

N = 2.960

*Record after duplicats removed*

N= 120

 *Titles identified and sreened*

N= 120

*Abstract identified and screened*

N= 30

*Excluded* (n = 20)

*Participants*

*Does not focus on adherence treatment* (n = 10)

*Intervention adherence to take medication for recurrencce*

(n = 5)

 *Outcome*

*Does not Adherence to take medication for recurrence in patients with heart failure* (n = 5)

*Study included in synthesis*

N=10

Gambar 4.3 Diagram Alur *Review Journal*

# BAB 5

# HASIL DAN PEMBAHASAN

## 5.1 Hasil dan Analisis

### 5.1.1 Karakteristik Studi

Dari kesepuluh artikel yang membahas tentang Kepatuhan Minum Obat Terhadap Kekambuhan pada Pasien Gagal Jantung. Dari kesepuluh artikel tersebut semuanya membahas tentang kepatuhan minum obat pada pasien gagal jantunga. Artikel yang dianalisis ini mengemukakan kepatuhan minum obat terhadap kekambuhan pada pasien gagal jantung. Metode penelitian yang digunakan oleh beberapa jurnal beragam mulai dari uji *Chi square* yang digunakan oleh 5 jurnal, Retrospektif, *Quantitative and qualitative,* Regresi logistik dan analisis survival, Analisis sekunder dan Analisis survival.

Jumlah Rata- rata peserta beragam mulai dari lebih dari puluhan hingga ratusan responden. Secara keseluruhan, setiap penelitian membahas tentang hubungan yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien gagal jantung. Studi yang sesuai dengan tinjauan sistematis ini dilakukan di Di Tangerang (Anisa Ufara, Elly Purnamasari, Usniah, 2016), Magelang (Nurul Hidayah, Eka Sakti Wahyuningtyas, 2018), Pekanbaru (Rizka Febtrina, Nurhayati,2017), Lampung (Dwi Amalia Anggraeini, Septi Kurniasari,2016), Pontianak (Tri Wulandari, Nurmainah, Robiyanto,2017), Riau (Fifi Oktaviani, Safri, Riri Novayelinda, 2018), New York (Brooke Aggarwal, Ashley Pender, Lori Mosca, and Heidi Mochari-Greenberger, 2015), Amerika Serikat (Jia-Rong Wu dan Debra K. Moser,2018), Amerika Serikat (Emily C. Gathright, Mary A. Dolansky.

### 5.1.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Peneliti / Pengarang** | **Kriteria Inklusi** | **Kriteria Ekslusi** |
| 1. | Anisa ufara, elly purnamasari, usniah, 2016 | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi  | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi |
| 2. | Nurul Hidayah, Eka Sakti Wahyuningtyas, 2018 | * 1. Bersedia menjadi responden
	2. Bisa membaca & menulis
	3. Pasien yang pernah dirawat ulang di ICCU RSUD
 | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi |
| 3. | Rizka Febtrina, Nurhayati, 2017 | 1. Bisa membaca & menulis
2. Hemodinamik stabil
3. Pernah dirawat 1bulan terakhir
4. Penelitian dilakukan saat responden berada di RS
 | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi |
| 4. | Dwi Amalia Anggraeini, Septi Kurniasari, 2016 | 1. Bersedia menjadi responden
2. Pernah dirawat sebelumnya dengan penyakit jantung koroner
3. Diagnosis sakit jantung koroner di ruang jantung
 | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi |
| 5. | Tri Wulandari, Nurmainah, Robiyanto, 2017 | Pasien yang terdiagnosis GJK dengan kode ICD-10 | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi |
| **6.** | Fifi Oktaviani, Safri, Riri Novayelinda, 2018 | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi |
| **7.** | Brooke Aggarwal, Ashley Pender, Lori Mosca, and Heidi Mochari-Greenberger, 2015. | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi. | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi. |
| **8.** | Jia-Rong Wu dan Debra K. Moser, 2018 | 1. Pasien kardiologi rawat inap & jalan
2. Pasien yang didiagnosis gagal jantung kronis
 | Pasien memiliki gangguan kognitif yang jelas/ terminal yang ada bersama. |
| **9.** | Emily C. Gathright, Mary A. Dolansky, John Gunstad, Joseph D. Redle, Richard Josephson, Shirley M. Moore, and Joel W. Hughes, 2017 | 1. Bersedia menjadi responden
2. Bisa membaca & menulis
3. Didiagnosis heart failure dalam waktu 36 bulan.
4. Berusia 50-85 tahun.
5. Klasifikasi NYHA kelas II & III
 | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi. |
| **10.** | Jia-Rong Wu, Terry A. Lennie, Rebecca L. Dekker, Martha J. Biddle, Debra K. Moser, 2013 | 1. Pasien dari klinik kardiologi rawat jalan & rawat inap
2. Pasien tanpa disfungsi sistolik
3. Pasien didiagnosis gagal jantung kronis
 | Pasien memiliki gangguan kognitif yang jelas/ terminal yang ada bersama. |

**5.1.2 Karakteristik Demografi Responden**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Peneliti/Pengarang | Populasi | Pendidikan | Usia | Jenis Kelamin | Pekerjaan |
| 1.  | Anisa ufara, elly purnamasari, usniah, 2016 | 28 responden | SD : 9SMP : 12SMA : 5PT : 2 | 40-45 tahun : 146-50 tahun : 351-55 tahun : 356-60 tahun : 961-65 tahun : 466-70 tahun : 772-75 tahun : 2 | Laki-laki : 12Perempuan : 16  | Bekerja : 4Tidak Berkerja : 24 |
| 2 | Nurul Hidayah, Eka Sakti Wahyuningtyas, 2018 | 27 responden | Tidak Sekolah : 5SD : 14SMP : 4SMA : 2Diploma : 1Sarjana : 1 | < 60 Tahun : 6> 60 Tahun : 21 | Laki-laki : 18Perempuan : 9 | IRT : 6Pegawai Swasta : 4PNS : 1Wiraswasta : 16 |
| 3 | Rizka Febtrina, Nurhayati, 2017 | 30 responden | Pendidikan responden terbanyak adalah SMP yaitu sebanyak 14 orang responden | Usia terbanyak berada pada lansia akhir yaitu sebanyak 13 orang  | Mayoritas jenis kelamin responden terbanyak adalah responden laki-laki yaitu sebanyak 16 orang responden | Pekerjaan responden terbanyak adalah responden dengan pekerjaan Wiraswasta yaitu sebanyak 11 orang responden. |
| 4 | Dwi Amalia Anggraeini, Septi Kurniasari, 2016 | 46 responden | Peneliti tidak menjelaskan Pendidikan terakhir responden. | Peneliti tidak menjelaskan usia responden . | Peneliti tidak menjelaskan jenis kelamin responden . | Peneliti tidak menjelaskan perkerjaan responden. |
| 5 | Tri Wulandari, Nurmainah, Robiyanto, 2017 | 31 responden  | Peneliti tidak menjelaskan Pendidikan terakhir responden. | Dewasa (18-59) : 11Lanjut Usia (≥ 60) : 20 | Laki-laki : 14 Perempuan : 17 | Peneliti tidak menjelaskan perkerjaan responden. |
| 6 | Fifi Oktaviani, Safri, Riri Novayelinda, 2018 | 20 responden | Pendidikan Dasar : 15Pendidikan Menengah : 4 Pendidikan Tinggi : 1 | Dewasa Awal : 2Dewasa Akhir : 6Lansia Awal : 5Lansia Akhir : 7 | Laki-laki : 9 Perempuan : 11  | Bekerja : 4Tidak bekerja : 16  |
| 7 | Brooke Aggarwal, Ashley Pender, Lori Mosca, and Heidi Mochari-Greenberger, 2015 | 10 responden | Peneliti tidak menjelaskan Pendidikan terakhir responden. | Peneliti tidak menjelaskan usia responden . | Peneliti tidak menjelaskan jenis kelamin responden | Peneliti tidak menjelaskan perkerjaan responden. |
| 8 | Jia-Rong Wu dan Debra K. Moser, 2018 | 219 responden | Peneliti tidak menjelaskan Pendidikan terakhir responden. | Usia rata-rata pasien dalam sampel adalah 60 ± 12 tahun | Sekitar dua pertiga pasien adalah laki-laki. Lima belas persen pasien adalah orang Amerika keturunan Afrika.  | Peneliti tidak menjelaskan perkerjaan responden. |
| 9 | Emily C. Gathright, Mary A. Dolansky, John Gunstad, Joseph D. Redle, Richard Josephson, Shirley M. Moore, and Joel W. Hughes, 2017 | 308 responden | Peneliti tidak menjelaskan Pendidikan terakhir responden. | Usia rata-rata 68,5 ± 9,64 tahun | Peneliti tidak menjelaskan jenis kelamin responden | Peneliti tidak menjelaskan perkerjaan responden. |
| 10 | Jia-Rong Wu, Terry A. Lennie, Rebecca L. Dekker, Martha J. Biddle, Debra K. Moser, 2013 | 216 responden | Peneliti tidak menjelaskan Pendidikan terakhir responden. | Usia rata-rata pasien dalam sampel adalah 60 ± 12 tahun | Sekitar sepertiga pasien adalah perempuan | Peneliti tidak menjelaskan perkerjaan responden. |

**5.1.3 Analisis Jurnal**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Peneliti/Pengarang, dan Tahun | JenisPenelitian/Metode | Sampel/Responden | Random/Acak | Instrumen  | Kontrol | Hasil |
| Variabel | TemuanPenelitian |
| 1 | Hubungan kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung kongestif di RSU Kabupaten Tangerang, (Anisa ufara, ey purnamasari, usniah, 2016)  | Uji Chi square | 28 orang  | Ya | Panduan kuesioner MMAS-8 dengan melihat rekam medis |  | 1. Kepatuhan minum obat
2. Kejadian rawat inap ulang psien gagal jantung
 | Hasil uji statistik menggunakan Chi-Square diperoleh p = 0,557 (p value > 0,05) maka Ho diterima artinya tidak ada hubungan antara kepatuhan minum obat dengan kejadian rawat inap ulang pada pasien gagal jantung kongestif di RSU Kabupaten Tangerang. Diharapkan untuk dapat meningkatkan pengawasan terhadap pasien pada saat minum obat, memberikan konseling secara bertahap, serta mengobservasi pasien minum obat di depan perawat. |
| 2 | Hubungan kepatuhan penggunaan obat dengan *rehospitalisasi* pasien *congestive heart failure* (CHF) di ICCU RSUD Tidar Kota Magelang, (Nurul Hidayah, Eka Sakti Wahyuningtyas,2018) | Uji Chi-square | 27 orang  | Ya | Menggunakan kuesioner dengan cara melakukan wawancara terhadap pasien | - | 1. Kepatuhan penggunaan obat2. Dependen : *Rehospitalisasi* pasien CHF | Hasil uji statistik memperlihatkan responden yang tidak patuh penggunaan obat sejumlah 17 orang (94,4%) dengan frekuensi rehospitalisasi > 1 kali, sementara yang patuh terhadap penggunaan obat terdapat 2 orang (22,2%) dengan frekuensi rehospitalisasi > 1 kali. Responden yang tidak patuh terhadap penggunaan obat sejumlah 1 orang (5,6%) dengan frekuensi rehospitalisasi 1 kali, sementara yang patuh terhadap penggunaan obat terdapat 7 orang (77,8%) dengan frekuensi rehospitalisasi 1 kali. |
|  3 | Hubungan Gaya Hidup Dengan Kejadian Rawat Ulang Pasien Gagal Jantung Di Rsud Arifin Achmad (Rizka Febtrina, Nurhayati, 2017) | Uji *Chi-Square* | 30 orang  | Ya | Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah korelasi dengan pendekatan retrospektif | - | * 1. Kepatuhan penggunaan obat
	2. Rehospitalisasi pasien CHF
 | Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 18 responden (60,0%) responden mengalami gaya hidup tidak sehat dan 16 responden (53,3%) yang mengalami rawat ulang dalam kurun waktu < 30 hari. Rekomendasi penelitan ini diharapkan pasien gagal jantung kongestif menerapkan gaya hidup yang lebih baik dan diharapkan perawat ruangan memberikan discharge planning mengenai gaya hidup yang lebih baik dan bagi penelitian selanjutnya dapat mengembangkan penelitan tentang faktor yang mempengaruhi rawat ulang |
| 4 | Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian rawat ulang pasien penyakit jantung koroner di ruang jantung RSU dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (Dwi Amalia Anggraeini, Septi Kurniasari, 2016).  | Uji *Chi-Square* | 46 orang | Ya  | Penelitian ini adalah kuantitatif. Desain penelitian analitik dengan pendekatan cross sectional | - | 1. Faktor-faktor yang berhubungan
2. Kejadian rawat ulang pasien penyakit jantung koroner
 | Hasil penelitian, menunjukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara aktivitas fisik р-value 0,013, kepatuhan diet р-value 0,040, dukungan keluarga р-value 0,016 dan kepatuhan program terapi р-value 0,025 dengan kejadian rawat ulang. Saran, petugas kesehatan agar memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang aktivitas fisik, kepatuhan diet, kepatuhan program terapi, dukungan keluarga hal tersebut dapat mempengaruhi kejadian rawat ulang sebelum pasien pulang kerumah dengan begitu diharapkan dapat meningkatkan kesembuhan pasien dan mencegah kejadian rawat ulang. |
| 5 | Gambaran Penggunaan Obat Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Rawat Inap Di Rumah Sakit Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Pontianak (Tri Wulandari, Nurmainah, Robiyanto, 2017). | Uji Chi-Square | 31 orang | Tidak  | Penelitian observasional yang dirancang menggunakan rancangan studi potong lintang (cross sectional) yang bersifat deskriptif. | - | 1. Gambaran penggunaan obat
2. Pasien gagal jantung kongestif
 | Hasil penelitian menunjukkan persentase pasien GJK yang terbanyak adalah perempuan 54,84% dan laki-laki 45,16%. Terapi obat yang diberikan dari 31 sampel menunjukkan bahwa penggunaan obat yang paling sering diberikan adalah obat golongan diuretik 62,50%, ARB 23,75%, ACE inhibitor 7,50%, dan beta bloker 6,25%. Kesimpulan dari penelitian ini adalah obat yang paling dominan digunakan di Rumah Sakit Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Pontianak adalah obat golongan diuretik yaitu obat furosemid 37,50%. |
| 6 | Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pada pasien *congestive heart failure* di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau (Fifi Oktaviani, Safri, Riri Novayelinda, 2018).  | Retrospektif | 20 orang  | Ya | Penelitian ini menggunakan desain korelasi deskriptif dengan pendekatan cross sectional. | - | 1. Faktor-faktor yang berhubungan
2. Kepatuhan minum obat pada pasien congestive heart failure
 | Hasil penelitian ini bahwa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pada pasien CHF adalah jarak ke tempat perawatan dengan nilai p 0, 015 (p <0,05), dukungan keluarga dengan 0, 015 (p <0,05), pengetahuan dengan nilai p 0, 017 (p <0,05). Hasil dari penelitian ini adalah merekomendasikan bahwa pelayanan kesehatan untuk memberikan informasi dalam kepatuhan pengobatan dan mencegah kekambuhan karena ketidaksesuaian untuk minum obat pada pasien gagal jantung kongestif pasien. |
| 7 | *Factors associated with medication adherence among heart failure patients and their caregivers(*Brooke Aggarwal, Ashley Pender, Lori Mosca, and Heidi Mochari-Greenberger, 2015).  | menggunakan metode kuantitatif dan kualitatif | 10 orang  | Ya  | Wawancara individu semi-terstruktur dilakukan untuk menilai minat individu pasien dan kuesioner yang tervalidasi | -- | 1. Factors associated
2. Medication adherence
 | Dalam penelitian ini 60% pasien dilaporkan terkadang lupa minum obat. Faktor paling umum yang terkait dengan ketidakpatuhan termasuk pelupa (50%), memiliki obat lain untuk diambil (20%), dan bebas dari gejala (20%). Pada follow-up 30 hari, setengah dari pasien melaporkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan mereka, dan 1 dari 10 melaporkan dirawat di rumah sakit dalam sebulan terakhir. |
| 8 | *Medication Adherence Mediates the Relationship Between Heart Failure Symptoms and Cardiac Event-Free Survival in Patients with Heart Failure (*Jia-Rong Wu dan Debra K. Moser, 2018) | Regresi logistik dan analisis survival  | 219 pasien  | Ya  | Observasi  | - | 1. Medication adherene mediates
2. Heart failure symptoms and cardiac event free survival
 | Dalam penelitian ini, kepatuhan pengobatan yang buruk dikaitkan dengan kelangsungan hidup bebas penyakit jantung yang lebih buruk (p = 0,006). Dalam regresi Cox, pasien dengan gejala gagal jantung memiliki risiko 2 kali lebih besar untuk kejadian jantung daripada pasien tanpa gejala gagal jantung (p = 0,042). |
| 9 | The impact of medication non-adherence on the relationship between mortality risk and depression in heart failure (Emily C. Gathright, Mary A. Dolansky, John Gunstad, Joseph D. Redle, Richard Josephson, Shirley M. Moore, and Joel W. Hughes, 2017).  | Analisis Survival | 308 orang | Ya  | Observasi  | -- | 1. The impact of medication non-adherence
2. Mortality risk and depression in heart failure
 | Dalam penelitian ini analisis yang disesuaikan, depresi dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian semua penyebab, (SDM: 1,87; 95% CI: 1,04 - 3,37). Depresi tidak berhubungan dengan mortalitas kardiovaskular, berpotensi karena rendahnya jumlah kematian terkait jantung. Ketika pengobatan ketidakpatuhan ditambahkan ke model, ketidakpatuhan (HR: 1,01; 95% CI: 1,004 - 1,02), |
| 10 | *Medication Adherence, Depressive Symptoms, and Cardiac Event-Free Survival in Patients with Heart Failure (*Jia-Rong Wu, Terry A. Lennie, Rebecca L. Dekker, Martha J. Biddle, Debra K. Moser, 2013) | Analisis Survival | 216 Orang | - | secara obyektif menggunakan Sistem Pemantauan Kejadian Obat (MEMS). | - | 1. Medication adherence, Depressive symptoms
2. Cardiac Event free survival
 | Dalam penelitian ini pasien dalam kelompok yang tidak patuh memiliki gejala depresi yang lebih (p = 0,018) dan skor kecemasan yang lebih tinggi (p = 0,009) dibandingkan pasien dalam kelompok yang patuh. |

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Kepatuhan Minum Obat

Pada sepuluh jurnal didapatkan lima jurnal membahas kepatuhan minum obat. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Hidayah and Wahyuningtyas, 2018) menyatakan bahwa didapatkan Kepatuhan ini berpengaruh terhadap beberapa faktor, antara lain pasien, jenis terapi, sosial ekonomi, pelayanan kesehatan, dan kondisi lingkungan sekitar (Smeltzer dan Bare, 2013). Jumlah sampel sebanyak 28 responden. Metode pengumpulan data menggunakan kuesioner MMAS-8 yang berisi pertanyaan kepatuhan minum obat dan melihat rekam medis (RM) atau lembar observasi untuk kejadian rawat inap ulang, data diolah menggunakan aplikasi (SPSS 16). Hasil penelitian ini memperlihatkan responden yang tidak patuh penggunaan obat sejumlah 17 orang (94,4%) dengan frekuensi rehospitalisasi > 1 kali dan responden yang tidak patuh penggunaan obat sejumlah 1 orang (5,6%) dengan frekuensi rehospitalisasi 1 kali. faktor perilaku seperti tidak patuhnya penggunaan obat dapat meningkatkan angka kejadian rehospitalisasi pasien CHF. Kondisi kepatuhan yang harus selalu dievaluasi adalah penggunaan obat pada pasien CHF, Kepatuhan penggunaan obat erat kaitannya dengan perilaku perawatan diri pasien CHF. Peran perawat di sini adalah menanamkan kesadaran kepada pasien CHF dengan cara mematuhi penggunaan obat, sehingga angka kejadian rawat inap ulang (rehospitalisasi) dapat diminimalkan.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Wulandari, Nurmainah and Robiyanto, 2017) menyatakan bahwa jenis kelamin yang mempunyai resiko tinggi adalah perempuan menopause dikarenakan kadar estrogen akan berkurang atau hilang yang menyebabkan peningkatkan kadar trigliserda dan penurunan lemak total. Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif berdasarkan catatan rekam medik pasien GJK rawat inap di Rumah Sakit Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Pontianak tahun 2017. Hasil penelitian menunjukkan terapi obat yang diberikan dari 31 sampel menunjukkan bahwa penggunaan obat yang paling sering diberikan adalah obat golongan diuretic, ARB, ACE inhibitor , dan beta bloker. Hal ini sesuai dengan tatalaksana penyakit gagal jantung bahwa obat lini yang digunakan adalah obat golongan diuretik. Obat diuretik bermanfaat untuk mengatasi retensi cairan yang terjadi pada pasien dengan gagal jantung, akan tetapi penggunaan diuretik tidak dapat mengurangi mortilitas. Kesimpulan dari penelitian ini adalah obat yang paling dominan digunakan di Rumah Sakit Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Pontianak adalah obat golongan diuretik yaitu obat furosemide.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Brooke Aggarwal, Ashley Pender, Lori Mosca, 2015) menyatakan bahwa Hubungan antara depresi dan ketidakpatuhan pengobatan telah didokumentasikan sebelumnya patuh terhadap pengobatan. Penelitian ini menggunakan metode wawancara individu semi-terstruktur dilakukan untuk menilai minat individu pasien, tingkat kepatuhan pengobatan dan rawat inap dinilai di antara pasien pada kunjungan pasca-klinik selama 30 hari melalui survei dan Pada follow-up 30 hari, setengah dari pasien melaporkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan mereka, dan 1 dari 10 melaporkan dirawat di rumah sakit dalam sebulan terakhir. Sementara penelitian kami tidak secara resmi menguji hubungan sebab akibat antara depresi dan ketidakpatuhan, data menunjukkan bahwa mengidentifikasi pasien yang mengalami depresi dapat membantu mendeteksi mereka yang berisiko tidak patuh. penelitian ini memberikan wawasan penting tentang pengalaman pasien gagal jantung dengan ICD dan pengasuh informal mereka yang dapat digunakan untuk menginformasikan desain intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan. Data ini menunjukkan bahwa pasien dan perawatnya dapat menerima teknologi baru yang ditujukan untuk meningkatkan kepatuhan. Antusiasme dari pasien dan pengasuh ini dihalangi oleh potensi beban, dan harus dipertimbangkan ketika merancang intervensi untuk meningkatkan kepatuhan.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Gathright *et al.*, 2017) menyatakan bahwa 7 hari pertama pemantauan terjadi antara kunjungan studi kedua dan ketiga dan dianggap sebagai gangguan perilaku untuk memungkinkan para peserta kesempatan untuk belajar menggunakan kotak obat dan memasukkan kotak obat ke dalam rutinitas mereka. Selama masa tindak lanjut, 51 kematian (16,8%) terjadi. Empat puluh tiga persen (n = 22) kematian diklasifikasikan sebagai kardiovaskular. Dari sampel, 104 pasien (34,3%) diklasifikasikan sebagai paling sedikit mengalami depresi ringan (PHQ-9 ≥ 5). Dari individu yang mengalami depresi, 22 (21,2%) mengalami hasil utama (yaitu, kematian) pada akhir masa tindak lanjut. Delapan peserta yang diklasifikasikan sebagai depresi meninggal karena sebab kardiovaskular, gejala depresi ringan dikaitkan dengan kepatuhan yang lebih rendah dan peningkatan risiko kematian kardiovaskuler semua-sebab dan penyebab pada gagal jantung. Ketidakpatuhan pengobatan juga terkait dengan risiko kematian; karena ketidakpatuhan pengobatan meningkat 1%, risiko kematian meningkat sebesar 1%, menunjukkan bahwa peningkatan ketidakpatuhan pengobatan 10% mencerminkan peningkatan 12% dalam risiko kematian 2,7 tahun. Ketidakpatuhan pengobatan melemahkan hubungan antara gejala depresi dan semua penyebab kematian.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Jia-Rong Wu *et al,.* 2012) penelitian ini bertujuan menguji hubungan antara kepatuhan pengobatan, gejala depresi, dan kelangsungan hidup bebas penyakit jantung pada pasien dengan gagal jantung. Pasien kemudian dibagi menjadi 4 kelompok: (1) kepatuhan pengobatan tanpa gejala depresi; (2) pengobatan yang patuh dengan gejala depresi; (3) pengobatan yang tidak patuh tanpa gejala depresi; dan (4) obat yang tidak patuh dengan gejala depresi. Penelitian ini menyatakan bahwa kepatuhan pengobatan dan gejala depresi secara independen memprediksi kelangsungan hidup bebas penyakit jantung pada pasien dengan gagal jantung. Konsisten dengan temuan peneliti sebelumnya, pasien gagal jantung yang patuh terhadap obat yang diresepkan memiliki risiko lebih rendah terhadap kejadian jantung dibandingkan dengan mereka yang tidak patuh. Demikian juga, pasien gagal jantung yang memiliki gejala depresi memiliki risiko lebih tinggi untuk kunjungan UGD, rawat inap, atau kematian daripada mereka yang tidak memiliki gejala depresi. Penelitian ini menemukan bahwa kesulitan mengambil obat, aspek ketidakpatuhan pengobatan, dan gejala depresi pada pasien dengan gagal jantung adalah prediktor independen dari skor status kesehatan yang lebih buruk pada Kardiomiopati. Temuan kami konsisten dengan temuan para peneliti sebelumnya bahwa gejala ketidakpatuhan obat dan gejala depresi memprediksi hasil yang buruk. Namun, efek gabungan dari kepatuhan pengobatan dan gejala depresi tidak diperiksa dalam penelitian ini. Penelitian kami memajukan pemahaman kami tentang hubungan ini dengan menunjukkan bahwa kombinasi obat nonadherence dan depresi, memprediksi kelangsungan hidup bebas penyakit jantung yang lebih buruk pada pasien dengan gagal jantung sebelum dan sesudah mengendalikan beberapa kovariat penting. Oleh karena itu, dokter harus memperhatikan kepatuhan pengobatan dan gejala depresi dengan serius.

### Kekambuhan pada Pasien Gagal Jantung

Dari 5 penelitian yang sudah dilakukan kekambuhan pada pasien gagal jantung dipengaruhi oleh faktor usia, jenis kelamin, gaya hidup, dukungan keluarga, pengetahuan serta jarak tempat responden dan fasilitas Kesehatan. Faktor usia dan jenis kelamin mempengaruhi kekambuhan dikarenakan orang dengan usia lanjut mengalami perubahan anatomis, fisiologis dan patologi anatomis. Perubahan anatomis yang dimaksud adalah terjadinya penebalan dinding ventrikel kiri, meski tekanan darah relatif normal. Begitu juga katup jantung mengalami fibrosis dan kalsifikasi terutama pada anulus mitral dan katup aorta. Selain itu terdapat pengurangan jumlah sel pada nodus sinoatrial (SA Node) yang menyebabkan hantaran listrik jantung mengalami gangguan usia. Dan faktor jenis kelamin dikarenakan risiko dalam perembangan gagal jantung dan prognosis pasien memperlihatkan perbedaan antara laki-laki dan perempuan, penyebab utama gagal jantung pada perempuan adalah hipertensi dan penyakit vaskula. Sedangkan laki – laki penyebab mendasarnya adalah coronary artery disease (CDA). Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh (Ufara, Purnamasari and Usniah, 2017) menyatakan bahwa pravelensi pasien gagal jantung congestive meningkat kira-kira 10% pada pasien yang berusia 60 tahun dan cenderung akan dirawat ulang seiring bertambah usia hal ini menunjukan bahwa Congestive Heart Failure atau gagal jantung kongestif paling banyak terjadi pada usia < 60 tahun atau pada kelompok usia dewasa dibanding pada kelompok usia lanjut atau > 60 tahun. Pada penelitian juga menyatakan bahwa jenis kelamin merupakan faktor utama dari gagal jantung yang paling banyak dialami oleh perempuan karena perempuan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan penyakit vascular. Pendidikan erat kaitann ya dengan tingkat pengetahuan seseorang bahwa kebanyakan kekambuhan gagal jantung kongestif dan kejadian rawat inap ulang di rumah sakit terjadi karena ketidakmampuan pasien dalam mengenali gejala kekambuhan.

Faktor gaya hidup mempengaruhi kekambuhan dikarenakan pasien gagal jantung kongestif harus merubah gaya hidup yang lebih baik untuk mendapatkan kesehatan yang optimal. Gagal jantung kongestif disebabkan oleh hal-hal yang dapat melemahkan atau merusak miokardium (Gheorghiade, Vaduganathan, Fonarow, & Bonow, 2013). Menurut asumsi peneliti bahwa gaya hidup yang tidak sehat bisa menyebabkan resiko terjadinya gagal jantung. Modernisasi selalu meningkatkan pola hidup atau gaya hidup seseorang seperti kebiasaan makan berlebih, kurangnya aktivitas fisik dan merokok. Gaya hidup seperti kebiasaan merokok sangat tidak baik untuk kesehatan jantung karena merokok dapat menyebabkan penimbunan plak didalam pembuluh darah yang nantinya berakibat terjadi penyumbatan pembuluh darah. Zat nikotin dalam asap rokok membuat jantung bekerja lebih cepat dan meningkatkan tekanan darah. Sedangkan karbon monoksida mengambil oksigen dalam darah lebih banyak. Hal ini akan beresiko terjadinya gagal jantung. Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh (Febtrina and Nurhayati, 2017) pada penelitian ini menyatahkan bahwa gaya hidup mempengaruhi kejadian rawat ulang pasien gagal jantung kongestif. Faktor yang mempengaruhi gaya hidup yang buruk seperti kebiasaan merokok dan mengkonsumsi makanan siap saji dapat menimbulkan berbagai macam penyakit seperti gagal jantung. Pasien dengan gagal jantung harus bisa menjaga kesehatan seperti membatasi aktifitas fisik, mengatur pola makan serta menghindari gaya hidup yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok. Jika hal tersebut tidak dilakukan dengan baik maka bisa menyebabkan kekambuhan dan rawat ulang pada pasien gagal jantung.

Faktor dukungan keluarga mempengaruhi kekambuhan dikarenakan dari teori Niven dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan mekanisme koping individu dengan memberikan dukungan emosi dan saransaran mengenai strategi alternatif yang didasarkan pada pengalaman sebelumnya dan mengajak orang lain berfokus pada aspek-aspek yang lebih positif. Selain mendapat dukungan dari keluarga, pasien penyakit jantung koroner yang mengalami kecemasan sedang juga melakukan pendekatan religius dengan cara berdzikir, berdo’a sesuai dengan keyakinan masing-masing. Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh (Dwi Amalia Anggraeni, 2016) menyatakan bahwa dari 46 responden, sebagian besar (58,7%) melakukan aktivitas fisik, sebagian besar patuh (65,2%), sebagian besar responden memiliki dukungan keluarga yang baik (63,0%) dan sebagian besar responden patuh menjalani program terapi (56,5%), serta sebagian besar pasien mengalami rawat ulang yang ke-2 kali yaitu sebanyak 28 orang (60,9%). Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata pasien penyakit jantung koroner di ruang jantung RSUD dr. H. Abdoel Moeloek Provinsi Lampung mengalami kejadian rawat ulang yang ke-2 kali. Kejadian rawat ulang pada pasien gagal jantung dipengaruhi oleh aktivitas fisik, kepatuhan diet, hubungan dukungan keluarga, kepatuhan program terapi. Menurut pendapat peneliti responden yang tidak mematuhi program terapi dan mengalami kejadian rawat ulang yang ke-2 kali hal ini mungkin memiliki perilaku sehat dalam kehidupan sehari-hari seperti mengkonsumsi makanan rendah lemak, rendah garam, banyak makan sayuran dan buah segar, olahraga secara teratur, menghindari stres dan istirahat yang cukup, sehingga hal ini akan mencegah kekambuhan pasien untuk kejadian rawat ulang.

Faktor antara jarak rumah ke pelayanan Kesehatan dapat mempengaruhi kekambuhan dikarenakan setiap seseorang yang sakit akan mencari pengobatan ke tempat yang dianggap dapat memberikan pengobatan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Nandang (2013) yang menyatakan bahwa semakin jauh jarak rumah kepala keluarga ke tempat pelayanan kesehatan semakin sedikit penggunaan pelayanan kesehatan. Kemudahan dalam akses menuju fasilitas kesehatan sangat memungkinkan seseorang untuk memanfaatkannya. Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh (Oktaviani, Safri and Novayelinda, 2015) menyatakan bahwa jarak antar tempat, dukungan keluarga, pengetahuan merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien CHF. Semakin jauh jarak fasilitas Kesehatan maka semakin sedikit penggunaan pelayanan Kesehatan Kemudahan dalam akses menuju fasilitas kesehatan sangat memungkinkan seseorang untuk memanfaatkannya. Dukungan keluarga Dukungan keluarga merupakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan minum obat pada pasien CHF. Dukungan keluarga seperti mengantar langsung untuk diperiksa ke puskesmas maupaun di rumah sakit, dokter atau petugas kesehatan lainnya. Dukungan keluarga yang positif adalah berpartisipasi penuh pada pengobatan. Pengetahuan mempengaruhi kepatuhan Pengetahuan seseorang bisa mempengaruhi kepatuhan untuk minum obat, karena semakin tinggi pengetahuan seseorang maka akan semakin mudah untuk menerima informasi terkait dengan pengobatan. Semakin banyak informasi yang didapatkan tentang CHF, maka pengetahuan penderita tentang CHF akan baik.

Penelitian yang dilakukan oleh (Wu and Moser, 2018) penelitian ini menyatakan bahwa gejala gagal jantung dikaitkan dengan kepatuhan pengobatan. Sebanyak 46% pasien dengan gejala gagal jantung tidak patuh terhadap pengobatan dibandingkan dengan 32% pasien tanpa gejala gagal jantung Responden pada penelitian ini 80% melaporkan gejala gagal jantung lebih tidak patuh terhadap pengobatan. Gejala gagal jantung antara lain kesulitan bernafas, pembengkakan kaki, usia. Penelitian ini mengkonfirmasi hipotesis bahwa kepatuhan pengobatan yang lebih baik, salah satu perilaku perawatan mandiri utama, dikaitkan dengan lebih sedikit gejala gagal jantung.

# BAB 6

# KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini berisi simpulan dan saran berdasarkan hasil pembahasan *literature review****.***

## 6.1 Kesimpulan

Dari jurnal yang telah dianalisis didapatkan hasil bahwa kepatuhan minum obat paling dominan dipengaruhi oleh perawatan diri pasien CHF. Kondisi kepatuhan yang harus selalu dievaluasi adalah penggunaan obat pada pasien CHF, Kepatuhan penggunaan obat erat kaitannya dengan perilaku perawatan diri pasien CHF. Peran perawat di sini adalah menanamkan kesadaran kepada pasien CHF dengan cara mematuhi penggunaan obat, sehingga angka kejadian rawat inap ulang (rehospitalisasi) dapat diminimalkan. Kesadaran pada pasien dapat dilakukan dengan cara memberikn edukasi tentang perwatan pasien dirumah seperti meminum obat tepat waktu sehingga kejadian kekambuhan dapat di minimalkan.

## 6.2 Saran

Berdasarkan temuan hasil *literature review*, beberapa saran yang disampaikan pada pihak terkait adalah sebagai berikut :

### 6.2.1 Bagi Responden

Responden yang memiliki riwayat penyakit gagal jantung diharapkan dapat lebih memperbaiki gaya hidupnya dan juga meminta kepada keluarga untuk selalu mengingatkan untuk mengkonsumsi obat tepat waktu.

### 6.2.2 Tim Kesehatan

Untuk kedepannya bagi tim kesehatan untuk memperhatikan dan mengingatkan agar pasien mematuhi minum obat agar dapat meminimalkan angka kekambuhan pada pasien gagal jantung.

### 6.2.3 Peneliti Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian dengan tema sejenis namun mengenai faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kekambuhan pada pasien gagal jantung, dan lebih memfokuskannya Kembali.

# DAFTAR PUSTAKA

Association, A. H. (2016) ‘American Heart Association Annual Report: 2015-2016’.Availableat:http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@cmc/documents/downloadable/ucm\_490853.pdf.

Brooke Aggarwal, Ashley Pender, Lori Mosca, and H. M.-G. (2015) ‘Factors associated with medication adherence among heart failure patients and their caregivers’. doi: 10.5430/jnep.v5n3p22.Factors.

Dwi Amalia Anggraeni, S. K. (2016) ‘Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian Rawat Ulang Pasien Penyakit Jantung Koroner’, *Jurnal Kesehatan*.

Farhah, R. and Ritianingsih, N. (2018) ‘Gambaran Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor Tahun 2018’, 1.

Febtrina, R. and Nurhayati (2017) ‘Hubungan Gaya Hidup Dengan Kejadian Rawat Ulang Pasien Gagal Jantung Di Rsud Arifin Achmad’, *Jurnal Ipteks Terapan*, 11(4), pp. 331–338. doi: 10.22216/jit.2017.v11i4.1482.

Gathright, E. C. *et al.* (2017) ‘The impact of medication nonadherence on the relationship between mortality risk and depression in heart failure’, *Health Psychology*, 36(9), pp. 839–847. doi: 10.1037/hea0000529.

Harigustian, Y., Dewi, A. and Khoiriyati, A. (2016) ‘Gambaran Karakteristik Pasien Gagal Jantung Usia 45 – 65 Tahun Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gamping Sleman’, *Indonesian Journal of Nursing Practices*. doi: 10.18196/ijnp.1152.

Hidayah, N. and Wahyuningtyas, E. S. (2018) ‘Hubungan Kepatuhan Penggunaan Obat Dengan Rehospitalisasi Pasien Congestive Heart Failure (CHF) Di ICCU RSUD Tidar Kota Magelang The Relationship Between Compliance Use of Drugs and Readmission Case on Congestive Heart Failure ( CHF ) Patients at ICCU T’, *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 4(1), pp. 1–6. Available at: https://journal.stikespemkabjombang.ac.id/index.php/jikep/article/view/128.

Jia-Rong Wu, Terry A. Lennie, Rebecca L.Dekker, Martha J.Biddle, D. K. M. (2012) ‘Medication Adherence, Depressive Symptoms, and Cardiac Event-Free Survival in Patients with Heart Failure’, *Bone*, 23(1), pp. 1–7. doi: 10.1038/jid.2014.371.

Khairul umam, Muhammad; W. (2013) ‘Hubungan Klasifikasi Gagal Jantung Kongestif Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Jantung Kongestif Di RS Pku Muhammadiyah Yogyakarta’, pp. 1–42.

Melfianora (2017) ‘Penulisan Karya Tulis Ilmiah Dengan Studi Literatur’, *Studi Litelatur*.

Netter, F. H. (2014) *Atlas of Human Anatomy 25th*. Jakarta: EGC.

Nursalam (2013) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. 3rd edn. Jakarta: Salemba Medika.

Oktaviani, F., Safri and Novayelinda, R. (2015) ‘Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pada pasien’.

Oktavianus (2014a) *Asuhan Keperawatan pada Sistem Kardiovaskular Dewasa*. Yogyakarta: graha ilmu.

Ponco, S. hananto (2013) ‘Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Kejadian Gagal Jantung Di Rumah Sakit Muhammad Babat Kabupten Lamongan’, *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.

Prasetyo, W. (2019) ‘Literatur Review : Kesadaran dan Kesiapan Dalam Manajemen Bencana’.

Ratnasari, D., Ramdani, hasbi taobah and Wildansyah (2016) ‘Gambaran Pola Hidup Pasien Gagal Jantung Kongestif Paska Rawat Di RSUD dr. Slamet Garut Tahun 2016’, pp. 52–57. Available at: http://jurnalskhg.ac.id/index.php/medika/article/download/63/62/.

Rispawati, B. H. (2019) ‘Pengaruh Konseling Diet Jantung Terhadap Pengetahuan Diet Jantung Pasien Congestive Heart Failure (CHF)’, *Real in Nursing Journal*, 2(2), p. 77. doi: 10.32883/rnj.v2i2.523.

Sari, I. P. *et al.* (2017) ‘Kolesterol Total Dan Klasifikasi Klinis New York Heart Association Iii Dan Iv Pasien Gagal Jantung Kongestif’, *Idea Nursing Journal*, 8(2), pp. 43–49.

Toulasik, Y. A. (2017) *Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Hipertensi di RSUD Prof DR.WZ. Johannes KupangNTT*.Availableat:http://journal.ppnijateng.org/index.php/jikk/article/view/411.

Ufara, A. F., Purnamasari, E. and Usniah, U. (2017) ‘Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Kejadian Rawat Inap Ulang Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Rsu Kabupaten Tangerang’, *Jurnal JKFT*.

Wahono, R. S. (2015) ‘A Systematic Literature Review of Software Defect Prediction: Research Trends, Datasets, Methods and Frameworks’, *Journal of Software Engineering*.

Wu, J. R. and Moser, D. K. (2018) ‘Medication Adherence Mediates the Relationship between Heart Failure Symptoms and Cardiac Event-Free Survival in Patients with Heart Failure’, *Journal of Cardiovascular Nursing*. doi: 10.1097/JCN.0000000000000427.

Wulandari, T., Nurmainah and Robiyanto (2017) ‘Gambaran Penggunaan Obat Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Rawat Inap Di Rumah Sakit Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Pontianak’.

# Lampiran 1

## CURRICULUM VITAE

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Anggie Safitri Amira Zain |
| NIM | : 161.0013 |
| Program Studi | : S-1 Keperawatan |
| Tempat, Tanggal Lahir | : Surabaya, 29 Maret 1999 |
| Alamat | : Jl Tanjungsari Jaya gg3/39  |
| Agama | : Islam |
| Email | : safitrianggi72@gmail.com |
| Riwayat Pendidikan | : |
| 1. TK Muhajirin Surabaya
 | Lulus Tahun 2004 |
| 1. SDN Tandes Kidul II Surabaya
2. SMP Taman Pelajar Surabaya
 | Lulus Tahun 2010Lulus Tahun 2013 |
| 1. SMA Hang Tuah 1 Surabaya
 | Lulus Tahun 2016 |

# Lampiran 2

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

**MOTTO**

**Libatkan allah dalam setiap tawa dan tangismu**

**PERSEMBAHAN**

Alhamdulillah, Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberi kesehatan, kemampuan dan mencukupi kebutuhan dengan perantara keluarga untuk menyelesaikan pendidikan hingga Sarjana.

Proposal ini saya persembahkan kepada :

1. Orang Tua saya tercinta serta adik saya (Yudha, Rifky, Nafa ) dan nenek yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada saya dalam menuntut ilmu sehingga proposal saya dapat selesai dengan tepat waktu.
2. Terimakasih kepada pembimbing saya (Ibu Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc dan Ibu Nisha Dhamayanti, S.Kep.,Ns.,M.Si) yang telah banyak meluangkan waktu dan tenaga dalam memberi bimbingan dan arahan kepada saya selama pembuatan tugas akhir ini.
3. Terima kasih kepada Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing, memberi ilmu, serta membentuk jiwa keperawatan kepada saya.
4. Terima kasih kepada kelompok bimbingan skripsi saya (Abusiri, I Made Devin Satriya Paramtapa, Dina Dwi Pusvita, Eka Dian Pratiwi, Elza Maulidina) yang telah bersedia berproses bersama dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Terima kasih kepada sahabat seperjuangan (Desika Putri, Nimade Wahyu Chandra, Ainur Rahmah, Intan Maulida, Ika Putri, Afni Pravita) dan sahabat yang membantu saya dalam menyusun skripsi ini (Nur Khairiyah, Dwi Putri Ambarwati, Cindy Puspita Sari, Yolanda Hananis Shofiyullah, Aodra Eka Chandra) yang selalu dan tidak lupa memotivasi serta memberikan semangat sehingga skripsi ini dapat selesai dengan baik.
6. Teman-teman angkatan 22 yang telah berproses baik suka maupun duka, memberikan support dan melengkapi cerita hidup ini selama 4 tahun.

# Lampiran 3

##  SURAT PENGAJUAN JUDUL



# Lampiran 4

## SURAT PENGANTAR DARI STIKES HANG TUAH SURABAYA

