BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berjalan, berdiri dan duduk termasuk fase rehabilitasi ke I yang merupakan *Activity of daily living* (ADL). Kemandirian pasien dalam melakukan *Activity of daily living* (ADL)adalah sangat penting untuk dijaga, karena ketika seorang pasien yang tidak bisa memenuhi *Activity of daily living* (ADL) dapat menyebabkan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar pasien. *Activity of daily living* (ADL)yang lain meliputi: ke toilet, makan minum, berpakaian, berdandan, mandi, berjalan dan berpindah tempat (Renna Lisdiana, 2024).

Sesak napas saat beraktivitas dan cepat lelah dapat menjadi tanda prognosis buruk pada pasien gagal jantung sehingga dapat menimbulkan ketidaknyaman serta mengganggu *Activity of daily living* (ADL)pasien. Gagal jantung menjadi salah satu penyebab utama rawat inap pada usia dewasa dan usia tua serta sangat erat kaitannya dengan morbiditas dan mortalitas serta tingkat rehospitalisasi yang masih tergolong tinggi, dimana tirah baring menjadi salah satu penyebab penurunan activity of daily living pasien gagal jantung dirumah sakit (Gala, 2023). Pasien gagal jantung dengan curah jantung rendah biasanya mengalami penurunan aktivitas fisik sehari-hari (Teng et al., 2018). Selain itu, Pasien gagal jantung sering mengungkapkan manifestasi yang dirasakan seperti adanya penurunan kemampuan fungsional, toleransi aktivitas, dan sesak napas saat beraktivitas yang mengakibatkan

kualitas hidup memburuk/menurun (Giannitsi, S et al.,2019). Oleh sebab itu toleransi terhadap aktivitas fisik merupakan masalah umum pada pasien gagal jantung.

Dalam sebuah studi dari Amerika (AS), Prevalensi aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL) pada pasien dengan gagal jantung (HF) yang dilaporkan dalam penelitian saat ini berkisar antara 11,1% hingga 70,5%. Satu studi dari Eropa (Polandia) menunjukkan bahwa prevalensi gangguan *Activity of daily living* (ADL) adalah 26.3%. Namun, ADL impairment prevalension Asia (Jepang) adalah 70,5% (Lu et al., 2022). Badan Pusat Statistik (2022) menyatakan bahwa persentase penduduk Indonesia non-produktif (usia ≤ 14 tahun dan usia ≥ 65 tahun) yang bergantung pada orang lain adalah sebesar 44,67%. Hal ini berarti bahwa 44-45 penduduk non produktif harus didukung oleh 100 orang penduduk produktif (usia 15-64 tahun) (Renna Lisdiana, 2024). Pasien gagal jantung mengalami penurunan dalam kemampuan perawatan diri, yaitu sebesar 56,2% pasien gagal jantung memiliki kemampuan perawatan diri yang kurang baik (Wahyudi & Widaryati, 2019).

Latihan *activity daily* merupakan latihan yang berfokus pada individu itu sendiri (pasien) dimana tenaga kesehatan merangsang pasien untuk melakukan aktivitas sebanyak mungkin dalam perawatan diri sehari-hari / aktivitas mereka secara mandiri sepanjang hari termasuk dalam perawatan diri seperti: berpakaian, mandi, dan makan secara mandiri. Sebagai salah satu kemampuan paling mendasar, *Activity of daily living* (ADL) mengacu pada tindakan utama berulang yang harus dilakukan orang dalam kehidupan sehari-hari mereka

untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka. Ini adalah alat ukur untuk kondisi objektif tubuh, serta indikasi kesehatan (Dewanti, 2019).

1.2 Rumusan masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana Gambaran *Activity Daily Living* (ADL) Pada Pasien *Congestive Heart Failure* di RSUD Lawang.

1.3 Tujuan Penelitian

13.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi gambaran *activity daily living* (ADL) berjalan, berdiri dan duduk pada pasien *congestive heart failure* di RSUD Lawang..

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi *Activity Daily Living* (ADL) berjalan
2. Mengidentifikasi *Activity Daily Living* (ADL) berdiri

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan keterampilan menulis bagi peneliti serta dapat mengembangkan wawasan penelitian dalam melatih kemampuan peneliti untuk menulis karya tulis ilmiah.

1.4.2 Manfaat Praktik

1. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan serta sebagai referensi bagi peserta didik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang terhadap pengembangan ilmu kesehatan dan keperawatan.

2. Manfaat Bagi Perawat

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi perawat dalam pemahaman yang lebih baik mengenai *Activity Daily Living* (ADL) Pada Pasien *Congestive Heart Failure.*

3. Manfaat Bagi Pasien

   Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang mendalam mengenai penyakit jantung. Diharapkan pasien dapat mengetahui *Activity Daily Living* (ADL).

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep *Activity Daily Living* (ADL)

2.1.1 Definisi

Aktivitas kehidupan harian yang biasanya dilakukan tanpa bantuan orang lain dapat dikatakan sebagai *Activity of daily living* (ADL)atau dalam istilah bahasa inggris di singkat ADL merupakan kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari. *Activity of daily living* (ADL) antara lain: ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), berpindah tempat (Srisuharny et al., 2020). *Activity Daily Living* (ADL) diartikan sebagai suatu pengukuran keberhasilan seseorang untuk memenuhi kebutuhan dasar harian secara individu (Lara Era Yunia, 2022).

Activity of daily living (ADL) adalah aktivitas kehidupan sehari-hari yang merupakan segala bentuk aktivitas yang dilakukan oleh seseorang dalam rangka perawatan diri secara mandiri. *Activity of daily living* (ADL) sangat penting bagi seseorang untuk dapat hidup mandiri dan tidak bergantung pada orang lain. *Activity of daily living* (ADL) juga dapat menjadi indikator kesehatan seseorang, baik fisik maupun mental (Fian, 2024). Menurut International Classification of Functioning (ICF) dari World Health Organisation (WHO), kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) merupakan komponen dari partisipasi. *Activity of daily living* (ADL) adalah operasionalisasi dari fungsi sehari-hari, termasuk individu dengan Intellectual Disabilities (ID). Aktivitas sehari-hari tidak hanya mempengaruhi kualitas hidup seseorang tetapi

juga berhubungan dengan kebutuhan akan dukungan dan/atau perhatian dari orang lain (Putri, 2021).

Konsep *Activities of Daily Living* (ADL) berfokus pada kemampuan individu untuk melakukan tugas-tugas sehari-hari yang diperlukan untuk hidup secara mandiri dan memenuhi kebutuhan dasar mereka. Konsep ini sering digunakan dalam konteks perawatan kesehatan untuk menilai kemandirian seseorang, terutama pada lansia atau individu dengan kondisi medis tertentu.Fokus pada sistem dalam konteks *Activity of daily living* (ADL)bisa merujuk pada beberapa hal:

a. Sistem tubuh individu: Seperti sistem muskuloskeletal, saraf, atau kardiovaskular, yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menjalankan *Activity of daily living* (ADL).
b. Sistem dukungan: Mencakup aspek sosial dan lingkungan, seperti keluarga, teman, atau teknologi asistif, yang membantu individu dalam melaksanakan *Activity of daily living* (ADL).
c. Sistem perawatan kesehatan: Pendekatan dalam diagnosis, perawatan, dan rehabilitasi individu yang kesulitan dalam melakukan *Activity of daily living* (ADL).

2.1.2 Fase Rehabilitasi

Rehabilitasi medik jantung atau kardiovaskular adalah program rawat inap, rawat jalan terkait dengan edukasi dan aktivitas fisik yang dirancang untuk membantu pasien meningkatkan kesehatan dan pulih dari penyakit jantung. Rehabilitasi jantung meliputi terapi latihan ,

dukungan moral, dan edukasi tentang gaya hidup sehat.Program rehabilitasi medik jantung dibagi menjadi beberapa fase (Deasy Erika, 2024).

Fase I: Dilakukan saat pasien masih dalam perawatan medis di rumah sakit. Tujuannya untuk menghindari tirah baring dalam waktu lama serta mengurangi rasa nyeri setelah operasi sekaligus relaksasi.

Fase II: Dilakukan setelah pasien selesai perawatan. Tujuannya untuk menekan risiko penyakit jantung dan memulihkan kondisi fisik, mental, dan sosial pasien. Fase ini bisa berlangsung selama 3-6 bulan.

Fase III: Dilakukan seusai rehabilitasi medik fase II. Tujuannya untuk memastikan faktor risiko terkontrol dan kebiasaan hidup sehat bisa diterapkan secara mandiri. Fase ini bisa berjalan selama 6-12 bulan.

Fase IV: Program jangka panjang menyangkut aktivitas fisik untuk menjaga fungsi jantung dan gaya hidup sesuai dengan kondisi pasien.

Macam-macam fase I :

1. Sitting balance yaitu membantu pasien untuk duduk di sisi tempat tidur dengan bantuan yang diperlukan (Berger & Williams, 1992)
    1) Dengan satu lengan di bawah punggung pasien dan satu lengan di bawah paha pasien, pindahkan pasien dengan posisi dangling (Thomson, 2002). Dangling adalah pasien duduk dengan kaki menjuntai di tepi tempat tidur.

2) Beri instruksi untuk menggoyangkan kaki selama beberapa menit (Bai, 2009). Jangan terlalu memaksakan pasien untuk banyak melakukan pergerakan pada saat bangun untuk menghindari kelelahan.

2. Standing balance yaitu melatih berdiri dan berjalan. Perhatikan waktu pasien turun dari tempat tidur apakah menunjukan gejala-gejala pusing, sulit bernafas dan lain lain. Tidak jarang pasien tiba-tiba lemas akibat hipotensi orthostatik. Menurut (Berger & Willians, 1992) memperhatikan pusing sementara adalah proses pencegahan yang sangat penting saat mempersiapkan pasien untuk mobilisasi dini. Bahkan bedrest jangka pendek, terutama setelah cedera atau tindakan pembedahan dapat disertai hipotensi orthostatik. Hipotensi orthostatik adalah komplikasi yang sering terjadi pada bedrest jangka pendek, meminta pasien duduk di sisi tempat tidur untuk beberapa menit sebelum berdiri biasanya sesuai untuk hipotensi orthostatik yang benar. Lakukan istrahat sebentar, ukur denyut nadi (Asmadi, 2008). Ketika membantu pasien turun dari tempat tidur perawat harus berdiri tepat di depannya. Pasien meletakan tangannya di pundak perawat, dan perawat meletakan tangannya di bawah ketiak pasien,pasien dibiarkan berdiri sebentar untuk memastikan tidak merasa pusing. Bila telah terbiasa dengan posisi berdiri, pasien dapat mulai untuk berjalan. Perawat harus berada di sebelah pasien untuk memeberikan dukungan dan dorongan fisik, harus hati-hati untuk tidak membuat pasien merasa

letih: lamanya periode mobilisasi dini pertama beragam tergantung pada jenis prosedur bedah dan kondisi fisik serta usia pasien (Brunner & Suddarth, 2002)

3. Walking seperti halnya tindakan lainya, membantu pasien berjalan memerlukan persiapan. Perawat mengkaji toleransi pasien terhadap aktivitas, kekuatan, adanya nyeri, koordinasi dan keseimbangan pasien untuk menentukan jumlah bantuan yang diperlukan pasien. Aktifitasi ini mungkin memerlukan alat seperti kruk, tongkat, dan walker. Namun pada prinsipnya perawat dapat melakukan aktivitas ini meskipun tanpa alat.
    1) Minta pasien untuk meletakan tangan di samping badan atau memegang telapak tangan pasien
    2) Berdiri di samping pasien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien
    3) Bantu pasien untuk berjalan

(Deasy Erika, 2024)

2.1.3 Faktor Yang Mempengaruhi *Activity Daily Living* (ADL)

Kemampuan seseorang melakukan aktivitas sehari-hari akan mempengaruhi kemandirian seseorang dalam memenuhi kebutuhan dasar. Kemandirian adalah kemampuan individu untuk mengurus diri sendiri tanpa bergantung kepada orang lain (Indiyana et al., 2022). Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan tingkat kemandirian dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari yaitu umur dan status perkembangan, kesehatan fisiologis, fungsi kognitif, fungsi psikososial,

tingkat stress, ritme biologi, status mental, dan pelayanan kesehatan (Mayasari et al., 2019). Hardywinoto (2007) dalam Rahmadiar (2018), mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi activity daily living (ADL)sebagai berikut:

1. Umur dan status perkembangan

   Umur dan status perkembangan merupakan suatu tanda individu memiliki kemauan dan kemampuan dalam melakukan activity daily living. Ketergantungan semasa bayi perlahan akan berubah menjadi mandiri ketika dewasa.

2. Kesehatan fisiologis

   Kesehatan fisiologis dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam activity of daily living, contoh sistem saraf akan mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Selanjutnya, sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem saraf sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit atau trauma injuri dapat mengganggu pemenuhan activity of daily living.

3. Fungsi kognitif

   Fungsi kognitif seseorang berpengaruh terhadap kemampuan melakukan activity daily living. Kognitif adalah proses penerimaan, pengorganisasian, dan penginterpretasian suatu stimulus dalam berpikir dan menyelesaikan masalah. Gangguan mental akan berkontribusi terhadap fungsi kognitif sehingga akan mengganggu

proses berpikir logis dan menghambat kemandirian melakukan activity daily living

4. Fungsi psikososial

   Fungsi psikososial merupakan fungsi yang menunjukkan proses dalam mengingat dan memberikan informasi secara realistis terhadap sesuatu. Fungsi psikososial merupakan interaksi dari perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan perilaku intrapersonal meliputi gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi, sedangkan gangguan pada interpersonal akan menyebabkan masalah komunikasi dan gangguan dalam interaksi sosial atau disfungsi peran yang dapat mempengaruhi activity daily living.

5. Tingkat stress

   Stress merupakan suatu keadaan yang dapat disebabkan oleh tuntutan, lingkungan, dan situasi sosial yang tidak terkontrol (Ambarwati et al., 2019). Stres merupakan suatu respon fisik nonspesifik terhadap berbagai kebutuhan manusia. Stres dapat berasal dari luar maupun dari dalam diri yang menyebabkan terganggunya keseimbangan tubuh. Stresor dapat berupa injuri atau gangguan psikososial (Rahmadiar, 2018).

6. Ritme biologi

   Pada manusia, bioritme atau ritme biologi dikontrol oleh tubuh dan disesuaikan dengan faktor lingkungan seperti cahaya, kegelapan, gravitasi, dan stimulus elektromagnetik. Bentuk ritme biologi yang paling umum adalah sirkardian ritme yang melengkapi siklus 24 jam.

Sirkardian ritme merupakan salah satu dari beberapa irama dalam tubuh yang diatur oleh hipotalamus. Sirkardian ritme berfungsi mengatur berbagai irama tubuh antara lain irama bangun tidur, tekanan darah, pola sekresi hormone dan temperatur tubuh .

7. Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan berdampak pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental (Rahmadliar, 2018).

2.1.4 Sistem yang berperan dalam ADL

1. Musculo

Fokus pada sistem muskuloskeletal dalam konteks *Activities of Daily Living* (ADL) mengacu pada bagaimana struktur dan fungsi otot, tulang, sendi, dan jaringan ikat mendukung kemampuan seseorang untuk melakukan tugas-tugas dasar dalam kehidupan sehari-hari. Sistem muskuloskeletal sangat penting untuk mobilitas, kekuatan, keseimbangan, dan koordinasi tubuh, yang memungkinkan seseorang untuk beraktivitas, seperti berjalan, berdiri, berpakaian, makan, dan melakukan tugas-tugas dasar lainnya (Indiyana et al., 2022).. Peran Sistem Muskuloskeletal dalam *Activities of Daily Living* (ADL) Sistem muskuloskeletal terdiri dari:

Tulang: Memberikan dukungan struktural dan melindungi organ internal.

Otot: Bertanggung jawab untuk pergerakan tubuh dan pemeliharaan postur.

Sendi: Menghubungkan tulang dan memungkinkan pergerakan.

Ligamen dan Tendon: Menyediakan stabilitas dan fleksibilitas pada sendi dan otot.

2. Skeletal

Pada pasien dengan *congestive heart failure* (CHF), sistem skeletal atau kerangka tubuh memainkan peran penting dalam mendukung aktivitas sehari-hari (*Activity of Daily Living*, ADL). *congestive heart failure* (CHF), adalah kondisi di mana jantung tidak dapat memompa darah secara efektif, yang dapat berdampak pada berbagai sistem tubuh, termasuk tulang dan sendi. Berikut adalah beberapa pengaruh sistem skeletal terhadap *Activity of daily living* (ADL) pada pasien *congestive heart failure* (CHF),:

a. Pengaruh pada Postur dan Keseimbangan
b. Osteoporosis dan Risiko Fraktur
c. Pengaruh Pembengkakan dan Edema
d. Keterbatasan Mobilitas Akibat Nyeri Sendi
e. Kelemahan Otot yang Memengaruhi Fungsi Skeletal
f. Pembatasan Rentang Gerak
g. Pengaruh Obat-obatan

3. Saraf

Fokus pada sistem saraf dalam konteks *Activities of Daily Living* (ADL) mengacu pada bagaimana sistem saraf, yang

mencakup otak, sumsum tulang belakang, dan saraf perifer, mengatur dan mengkoordinasi gerakan serta fungsi tubuh yang memungkinkan seseorang untuk melakukan tugas-tugas sehari-hari. Sistem saraf memainkan peran kunci dalam kontrol motorik, keseimbangan, koordinasi, dan persepsi tubuh, yang semuanya sangat penting dalam pelaksanaan aktivitas dasar sehari-hari. Sistem saraf berfungsi untuk mengirimkan sinyal antara otak dan bagian tubuh lainnya, memungkinkan kontrol dan pelaksanaan gerakan yang diperlukan dalam berbagai aktivitas *Activities of Daily Living* (ADL).

4. Ligament

Fokus pada sistem ligamen dalam konteks *Activities of Daily Living* (ADL) mengacu pada peran ligamen dalam mendukung mobilitas dan kemampuan seseorang untuk melakukan tugas-tugas dasar sehari-hari, seperti berjalan, berdiri, atau berpindah dari satu posisi ke posisi lain. Ligamen adalah jaringan ikat yang menghubungkan tulang satu dengan tulang lainnya, memberikan stabilitas dan mengatur gerakan sendi. Ketika ligamen mengalami cedera atau kerusakan, hal ini dapat sangat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas *Activities of Daily Living* (ADL) Peran Ligamen dalam *Activities of Daily Living* (ADL) (Indiyana et al., 2022).

Ligamen memiliki peran penting dalam menjaga stabilitas sendi, yang memungkinkan seseorang untuk melakukan berbagai aktivitas sehari-hari tanpa rasa sakit atau ketidakstabilan.

2.15 Penyebab keterbatasan dalam aktivitas sehari-hari

Penurunan atau gangguan fungsi fisik muncul akibat banyak kondisi .

1. Penuaan merupakan proses alami yang dapat menyebabkan penurunan status fungsional pasien dan merupakan penyebab umum hilangnya aktivitas sehari-hari.
2. Kondisi muskuloskeletal, neurologis, sirkulasi, atau sensorik dapat menyebabkan penurunan fungsi fisik, yang berujung pada gangguan aktivitas sehari-hari.
3. Penurunan kognitif atau mental juga dapat menyebabkan gangguan aktivitas sehari-hari.
4. Fluktuasi kognitif yang parah pada pasien demensia memiliki hubungan yang signifikan dengan gangguan keterlibatan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari yang berdampak negatif pada kualitas hidup.
5. Isolasi sosial dapat menyebabkan gangguan dalam aktivitas instrumental kehidupan sehari-hari. Faktor lain, seperti efek samping obat, isolasi sosial, atau lingkungan rumah pasien, dapat memengaruhi kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
6. Rawat inap dan penyakit akut juga dikaitkan dengan penurunan aktivitas sehari-hari.

(Peter F. et al., 2023)

2.2 Konsep *Congestive Heart Failure* (CHF)

2.2.1 Definisi *Congestive Heart Failure*(CHF)

Penyakit CHF merupakan salah satu gangguan metabolisme yang terjadi karena adanya penurunan kadar oksigen pada sirkulasi disebabkan oleh kegagalan jantung mempertahankannya (Setianingsih & Hastuti, 2022). Gagal jantung kongestif (*Congestive Heart Failure* / CHF) didefinisikan sebagai suatu kumpulan gejala kompleks yang diakibatkan adanya gangguan pada proses kerja jantung, baik itu secara struktural maupun fungsional (Lilik & Budiono, 2021).

Gagal jantung kongestif merupakan sekumpulan temuan klinis akibat gangguan struktural dan fungsional terhadap pengisian ventrikel dan ejeksi darah. Gagal jantung biasanya bukanlah suatu kondisi penyakit primer, melainkan merupakan komplikasi tahap akhir dari penyakit lain yang menjadi etiologinya (Yekti Widadi et al., 2024). Gagal jantung adalah fase kronis yang dapat menyebabkan kerusakan fungsional jantung akibat banyaknya gejala, sehingga banyaknya gejala yang dialami oleh pasien gagal jantung memepengaruhi kesehatanya (Purnamawati, 2018).

2.2.2 Klasifikasi *Congestive Heart Failure(*CHF)

1. American Heart Association

   Berdasarkan AHA (2012) di dalam (Chhabra., 2023). klasifikasi dari gagal jantung kongestif yaitu sebagai berikut :

   1) Grade A:

      Grade A merupakan klasifikasi dimana pasien mempunyai resiko tinggi, tetapi belum ditemukannya kerusakan struktural pada jantung serta tanpa adanya tanda dan gejala (*symptom*) dari gagal jantung tersebut. Pasien yang didiagnosa gagal jantung Grade A umumnya terjadi pada pasien dengan hipertensi, penyakit jantung koroner, diabetes melitus, atau pasien yang mengalami keracunan pada jantungnya (*cardiotoxins*).

   2) Grade B:

      Pasien dikatakan mengalami gagal jantung Grade B apabila ditemukan adanya kerusakan struktural pada jantung tetapi tanpa menunjukkan tanda dan gejala dari gagal jantung tersebut. Grade B pada umumnya ditemukan pada pasien dengan infark miokard, disfungsi sistolik pada ventrikel kiri ataupun penyakit valvular asimptomatik.

   3) Grade C:

      Grade C menunjukkan bahwa telah terjadi kerusakan struktural pada jantung bersamaan dengan munculnya gejala sesaat ataupun setelah terjadi kerusakan. Gejala yang timbul dapat berupa nafas pendek, lemah, tidak dapat melakukan aktivitas berat..

4) Grade D:

Pasien dengan Grade D adalah pasien yang membutuhkan penanganan ataupun intervensi khusus dan gejala dapat timbul bahkan pada saat keadaan istirahat, serta pasien yang perlu dimonitoring secara ketat.

2. *The New York Heart Association*

Berdasarkan NYHA di dalam (Chhabra., 2023) gagal jantung diklasifikasikan dalam empat kelas, meliputi :

1) Grade I

Pasien dengan kelainan jantung tetapi aktivitas fisik tidak dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal tidak menyebabkan dyspnea, kelelahan, atau palpitasi. Istilah disfungsi ventrikel kiri yang asimptomatis

2) Grade II

Pasien dengan kelainan jantung yang menyebabkan aktivitas fisik sedikit dibatasi, melakukan aktivitas fisik secara normal menyebabkan kelelahan, dyspnea, palpitasi, serta angina pektoris (mild CHF).

3) Grade III

Pasien dengan kelainan jantung yang menyebabkan aktivitas fisik sangat dibatasi, melakukan aktivitas fisik sedikit saja mampu menimbulkan gejala yang berat(moderate CHF).

4) Grade IV

Pasien dengan diagnosa Grade IV, Pasien dengan kelainan jantung tidak dapat melakukan aktivitas fisik apapun, bahkan dalam keadaan istirahat mampu menimbulkan gejala yang berat (severe CHF)

Klasifikasi gagal jantung baik klasifikasi menurut AHA maupun NYHA memiliki perbedaan yang tidak signifikan. Klasifikasi menurut AHA berfokus pada faktor resiko dan abnormalitas struktural jantung, sedangkan klasifikasi menurut NYHA berfokus pada pembatasan aktivitas dan gejala yang ditimbulkan yang pada akhirnya kedua macam klasifikasi ini menentukan seberapa berat gagal jantug yang dialami oleh pasien.

2.3.3 CHF Grade 3

Gagal jantung kongestif (*Congestive Heart Failure* / CHF) grade 3 merujuk pada kondisi jantung yang sudah cukup parah, di mana jantung tidak dapat memompa darah secara efektif untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Pada grade 3 atau Kelas III gagal jantung, pasien mengalami gejala yang cukup berat dan keterbatasan yang signifikan dalam aktivitas sehari-hari (Yekti Widadi et al., 2024). Gejala umum yang bisa muncul meliputi:

a. Sesak napas (dispnea) saat melakukan aktivitas fisik ringan.
b. Kelelahan yang berlebihan, bahkan saat melakukan aktivitas yang lebih ringan dari sebelumnya.

c. Pembengkakan pada kaki, pergelangan kaki, atau abdomen akibat penumpukan cairan (edema).
d. Peningkatan frekuensi napas atau napas pendek saat beraktivitas.

Pada tahap ini, pengobatan dan perawatan sangat penting untuk mencegah progresi penyakit dan untuk mengelola gejala. Terapi medis mungkin termasuk penggunaan obat-obatan seperti:

a. Diuretik untuk mengurangi penumpukan cairan.
b. ACE inhibitors atau ARB untuk membantu mengurangi beban kerja jantung.
c. Beta-blockers untuk mengatur detak jantung dan mengurangi stres pada jantung.
d. Antagonis aldosteron untuk mengurangi efek dari hormon yang memperburuk retensi cairan.

Selain itu, pasien pada tahap ini mungkin perlu mempertimbangkan perubahan gaya hidup, seperti pembatasan garam dalam diet, pemantauan berat badan, serta meminimalkan stres fisik dan emosional. Perawatan medis yang tepat dan pemantauan yang terus-menerus sangat penting untuk memperlambat perkembangan gagal jantung dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

2.3.4 Etiologi *Congestive Heart Failure*(CHF)

Penyebab awal gagal jantung kongestif adalah adanya gangguan pada dinding-dinding otot jantung yang melemah yang berdampak pada kegagalan jantung dalam memompa dan mencukupi pasokan darah yang dibutuhkan oleh tubuh (Lilik & Budiono, 2021).

1. Kelainan otot jantung

   Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup ateriosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit degeneratif atau inflamasi.

2. *Aterosklerosis coroner*

   Mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asidosis (akibat penumpukan asam laktat). Infark miokardium (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

3. Hipertensi sistemik atau pulmonal

   Peningkatan afterload, meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek tersebut dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung. Tetapi untuk alasan yang tidak

jelas, hipetrofi otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal dan akhirnya akan terjadi gagal jantung.

4. Peradangan dan penyakit miokardium degenerative

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

5. Penyakit jantung lain

   Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katup semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, perikardium, perikarditif konstriktif, atau stenosis AV), peningkatan mendadak afterload akibat meningkatnya tekanan darah sistemik (hipertensi maligna) dapat menyebabkan gagal jantung meskipun tidak ada hipertrofi miokardial.

6. Faktor sistemik

   Terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung. Meningkatnya laju metabolisme (misal: demam), hipoksia dan anemia diperlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung. Disritmia jantung

yang dapat terjadi dengan sendirinya atau secara sekunder akibat gagal jantung menurunkan efisiensi keseluruhan fungsi jantung.

(Mutiudin et al., 2019)

2.3.5 Manifestasi Klinis *Congestive Heart Failure* (CHF)

Tabel 2 1 Manifestasi Klinis

Tanda	**Gejala**
Tipikal	**Spesifik**
1. Peningkatan JVP 2. Refluks hepatojugular 3. Suara jantung S3 (gallop) 4. Apex jantung bergeser ke lateral 5. Bising jantung	1. Sesak nafas 2. Ortopneu 3. Paroxysmal nocturnal dyspnoe (PND) 4. Toleransi aktifitas yang berkurang 5. Mudah lelah 6. Bengkak di pergelangan kaki
Kurang tipikal	**Kurang tipikal**
1. Batuk di malam/dini hari 2. Mengi 3. Berat badan bertambah > 2 kg/minggu 4. Berat badan turun 5. Perasaan kembung/begah 6. Nafsu makan menurun 7. Perasaan bingung (pada pasien usia lanjut) 8. Depresi 9. Berdebar 10. Pingsan	1. Edema perifer 2. Krepitasi pulmonal 3. Suara pekak di basal paru pada perkusi 4. Takikardia 5. Nadi irreguler 6. Nafas cepat 7. Hepatomegali 8. Asites Kaheksia

(Nurkhalis & Adista, 2020)

2.3.6 Patofisiologi *Congestive Heart Failure*(CHF)

Terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokardium. Hal tersebut akan menyebabkan menurunnya curah jantung. Bila curah jantung tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, maka jantung akan memberikan respon mekanisme kompensasi untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompa darah secara adekuat. Bila mekanisme tersebut telah secara maksimal digunakan dan curah jantung normal tetap tidak terpenuhi, maka setelahnya akan itu timbul gejala gagal jantung (Nurkhalis & Adista, 2020) .

Terdapat tiga mekanisme primer yang dapat dilihat dalam respon kompensatorik, yaitu meningkatnya aktivitas adrenergik simpatis, meningkatnya beban awal akibat aktivasi Sistem Renin Angiotensin Aldosteron (RAAS), dan hipertrofi ventrikel (Mentzer G, 2019). Menurunnya volume sekuncup pada gagal jantung akan membangkitkan respon simpatis kompensatorik. Hal ini akan merangsang pengeluaran katekolamin dari saraf-saraf adrenergik jantung dan medula adrenal. Denyut jantung dan kekuatan kontraksi akan meningkat untuk menambah curah jantung (Nurkhalis & Adista, 2020).

Selain itu juga terjadi vasokonstriksi arteri perifer untuk menstabilkan tekanan arteri dan redistribusi volume darah untuk mengutamakan perfusi ke organ vital seperti jantung dan otak (Pagani FD., 2020). Aktivasi sistem renin angiotensin aldosteron akan menyebabkan retensi natrium dan air oleh ginjal, meningkatkan volume

ventrikel dan regangan serabut. Peningkatan beban awal ini akan menambah kontraktilitas miokardium sesuai dengan mekanisme Frank Starling (Nurkhalis & Adista, 2020).

Respon kompensatorik yang terakhir pada gagal jantung adalah hipertrofi miokardium atau bertambahnya ketebalan otot jantung. Hipertrofi akan meningkatkan jumlah sarkomer dalam sel-sel miokardium. Sarkomer dapat bertambah secara paralel atau serial bergantung pada jenis beban hemodinamik yang mengakibatkan gagal jantung. Awalnya, respon kompensatorik sirkulasi ini memiliki efek yang menguntungkan. Namun, pada akhirnya mekanisme kompensatorik dapat menimbulkan gejala dan meningkatkan kerja jantung. Hasil akhir dari peristiwa di atas adalah meningkatnya beban miokardium dan terus berlangsungnya gagal jantung (Nurkhalis & Adista, 2020).

2.3.7 Penatalaksanaan *Congestive Heart Failure*(CHF)

Terapi yang dilakukan kepada pasien gagal jantung dilakukan agar penderita merasa lebih nyaman dalam melakukan berbagai aktivitas fisik, dan bisa memperbaiki kualitas hidup serta meningkatkan harapan hidupnya. Pendekatannya dilakukan melalui tiga segi, yaitu mengobati penyakit penyebab gagal jantung, menghilangkan faktor-faktor yang bisa memperburuk gagal jantung, dan mengobati gagal jantung (Nurkhalis & Adista, 2020).

Terapi bagi penderita gagal jantung berupa terapi non-farmakologis dan terapi farmakologis. Tujuan dari adanya terapi yakni untuk meredakan gejala, memperlambat perburukan penyakit, dan

memperbaiki harapan. Terapi non-farmakologi pada penderita gagal jantung berbentuk

1. Manajemen perawatan mandiri. Manajemen perawatan mandiri diartikan sebagai tindakan-tindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung. Manajemen perawatan diri berupa ketaatan berobat, pemantauan berat badan, pembatasan asupan cairan, pengurangan berat badan (stadium C), pemantauan asupan nutrisi, dan latihan fisik.
2. Terapi non-farmakologis juga dapat dilakukan dengan restriksi garam,
3. Penurunan berat badan,
4. Diet rendah garam dan
5. Rendah kolesterol,
6. Tidak merokok, dan
7. Melakukan olahraga.

Sedangkan terapi farmakologis bertujuan untuk mengatasi gejala akibat gagal jantung, contohnya kongesti dan mengurangi respon kompensasi. Salah satu mekanisme respon kompensasi digambarkan dengan model neurohormonal. Adanya aktivasi neurohormonal akibat norepinefrin, angiotensin II, aldosteron, vasopressin, serta beberapa jenis sitokin menimbulkan respon kompensasi yang memperburuk kondisi gagal jantung . Oleh sebab itu, pengobatan pada pasien gagal jantung

biasanya memiliki mekanisme kerja yang berkaitan dengan aktivitas neurohormonal (Nurkhalis & Adista, 2020).

Selain untuk mengurangi gejala, terapi farmakologis juga digunakan untuk memperlambat perburukan kondisi jantung dan mengatasi terjadinya kejadian akut akibat respon kompensasi jantung. Adapun biasanya pengobatan baik untuk gagal jantung diastolik maupun sistolik adalah sama. Golongan obat-obatan yang digunakan adalah diuretik, antagonis aldosteron, ACE-inhibitor (Angiotensin Converting Enzyme inhibitor), ARB (Angiotensin Receptor Blocker), beta blocker, glikosida jantung, vasodilator, agonis beta, bypiridine, dan natriuretic peptide (Jia Q et.al., 2020).

Urutan terapi pada pasien gagal jantung biasanya diawali dengan diuretik untuk meredakan gejala kelebihan volume. Kemudian, ditambahkan Angiotensin Receptor Blocker atau ARB jika ACE inhibitor tidak ditoleransi. Namun, penambahan ARB dilakukan hanya setelah terapi diuretik diberikan secara optimal. Dosis diatur secara bertahap hingga dihasilkan curah jantung optimal. Beta blockers diberikan setelah pasien stabil dengan pemberian ACE-inhibitor. Sedangkan glikosida jantung (digoxin) diberikan jika pasien masih mengalami gagal jantung meskipun telah diberikan terapi kombinasi (Kitai T, 2020).

2.3.8 Pemeriksaan Penunjang *Congestive Heart Failure (*CHF)

Menurut Wajan Juni Udjianti (2019) pemeriksaan yang bisa dilakukan yaitu:

1. Hitung sel darah lengkap: anemia berat atau anemia gravis atau polisitemia vera.
2. Hitung sel darah putih: Lekositosis atau keadaan infeksi lain.
3. Analisa gas darah (AGD): menilai derajat gangguan keseimbangan asam basa baik metabolik maupun respiratorik.
4. Fraksi lemak: peningkatan kadar kolesterol, trigliserida, LDL yang merupakan resiko CAD dan penurunan perfusi jaringan.
5. Serum katekolamin: Pemeriksaan untuk mengesampingkan penyakit adrenal.
6. Sedimentasi meningkat akibat adanya inflamasi akut.
7. Tes fungsi ginjal dan hati: menilai efek yang terjadi akibat CHF terhadap fungsi hepar atau ginjal.
8. Tiroid: menilai peningkatan aktivitas tiroid.
9. Echocardiogram: menilai senosis/ inkompetensi, pembesaran ruang jantung, hipertropi ventrikel.
10. Cardiac scan: menilai underperfusion otot jantung, yang menunjang penurunan kemampuan kontraksi
11. Rontgen toraks: untuk menilai pembesaran jantung dan edema paru.
12. Kateterisasi jantung: Menilai fraksi ejeksi ventrikel.
13. EKG: menilai hipertropi atrium/ ventrikel, iskemia, infark, dan disritmia.

2.3 *Activity Daily of Living* (ADL) pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) *Grade* 3

2.3.1 Berjalan

Berjalan adalah salah satu *Activity of Daily Living* (ADL) yang sangat penting bagi pasien dengan *congestive heart failure* (CHF), namun dapat menjadi tantangan karena berbagai faktor yang terkait dengan kondisi tersebut. *Congestive Heart Failure* (CHF). adalah suatu kondisi di mana jantung tidak dapat memompa darah secara efektif, yang berdampak pada aliran darah dan oksigen ke seluruh tubuh, termasuk otot dan organ lainnya. Hal ini menyebabkan kesulitan dalam melakukan aktivitas fisik, termasuk berjalan.Berikut adalah beberapa aspek yang mempengaruhi kemampuan pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). dalam berjalan:

1. **Kelelahan dan Sesak Napas**

   Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF). sering mengalami kelelahan yang parah karena jantung yang tidak dapat memompa darah dengan cukup baik, menyebabkan penurunan oksigen yang sampai ke otot dan organ tubuh lainnya. Hal ini menyebabkan kelelahan dan sesak napas, bahkan dalam melakukan aktivitas ringan seperti berjalan.Sesak napas (dispnea) dapat menjadi lebih buruk saat berjalan atau beraktivitas fisik, sehingga pasien sering merasa perlu untuk berhenti dan beristirahat.

2. **Edema (Pembengkakan)**

   Salah satu gejala umum pada pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah edema atau pembengkakan, terutama di bagian bawah tubuh seperti kaki, pergelangan kaki, dan tungkai. Pembengkakan ini disebabkan oleh penumpukan cairan akibat gangguan pada sistem sirkulasi.Pembengkakan yang terjadi dapat membatasi mobilitas dan menyebabkan rasa tidak nyaman, yang menghambat kemampuan pasien untuk berjalan dengan lancar dan stabil.

3. **Kelemahan Otot**

   Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) sering mengalami kelemahan otot sebagai akibat dari berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otot-otot tubuh. Kelemahan otot ini memperburuk kemampuan pasien untuk mempertahankan postur tubuh dan stabilitas saat berjalan.Otot-otot kaki yang lemah membuat pasien lebih rentan terhadap kelelahan dan cedera saat berjalan.

4. **Gangguan Keseimbangan**

   Penurunan fungsi jantung dapat mempengaruhi keseimbangan tubuh, yang membuat pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) lebih rentan terjatuh saat berjalan. Keseimbangan yang buruk dapat mengganggu kemampuan untuk berjalan secara aman, terutama pada permukaan yang tidak rata atau saat menaiki tangga.Gangguan pada sistem muskuloskeletal dan saraf juga bisa memperburuk stabilitas saat berjalan.

5. **Nyeri Sendi**

   Beberapa pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) mungkin mengalami nyeri sendi atau artritis sebagai efek samping dari gaya hidup yang kurang aktif atau akibat pengobatan (seperti penggunaan kortikosteroid jangka panjang). Nyeri sendi, terutama pada lutut, pinggul, atau pergelangan kaki, dapat membatasi gerakan dan kenyamanan saat berjalan.

6. **Pengaruh Obat-obatan**

   Obat-obatan yang digunakan untuk mengelola *Congestive Heart Failure* (CHF) , seperti diuretik, dapat menyebabkan penurunan elektrolit dalam tubuh yang mengarah pada kram otot dan kelemahan otot. Penggunaan obat-obatan ini juga dapat mempengaruhi fungsi tubuh secara keseluruhan, yang berdampak pada kemampuan pasien untuk berjalan tanpa rasa sakit atau kelelahan.

7. **Pengaruh Psikologis**

   Kecemasan, depresi, dan stres terkait dengan kondisi medis dapat memperburuk persepsi pasien terhadap aktivitas fisik, termasuk berjalan. Ketakutan atau kecemasan terkait dengan sesak napas atau kelelahan dapat menyebabkan pasien menghindari berjalan, yang akhirnya memperburuk mobilitas dan kualitas hidup mereka.

2.3.2 Berdiri

Pada pasien dengan *congestive heart failure* (CHF), aktivitas *daily living* (ADL) seperti berdiri bisa menjadi tantangan yang signifikan. *congestive heart failure* (CHF), adalah kondisi di mana jantung tidak

dapat memompa darah dengan efektif, yang memengaruhi aliran darah dan oksigen ke seluruh tubuh, termasuk otot dan organ tubuh lainnya. Ini dapat mempengaruhi banyak aspek *Activity Daily Living* (ADL), termasuk kemampuan untuk berdiri. Berikut adalah beberapa aspek yang mempengaruhi kemampuan pasien *congestive heart failure* (CHF) untuk berdiri:

1. **Kelelahan dan Sesak Napas**

   Kelelahan: Pasien dengan *congestive heart failure* (CHF), sering mengalami kelelahan yang parah karena jantung yang tidak dapat memompa darah secara efektif. Oksigen yang tidak mencukupi ke otot dan organ tubuh menyebabkan pasien mudah merasa lelah, bahkan dalam melakukan aktivitas ringan seperti berdiri.

   Sesak napas: Gangguan pada sirkulasi darah dapat menyebabkan penurunan kapasitas paru-paru dan meningkatkan sesak napas. Pasien mungkin merasa kesulitan untuk berdiri lama, dan sesak napas bisa semakin parah jika mereka berusaha berdiri terlalu lama.

2. **Edema (Pembengkakan)**

   Pembengkakan pada kaki dan tungkai: Salah satu gejala umum pada *congestive heart failure* (CHF) adalah edema atau pembengkakan, terutama di bagian bawah tubuh seperti kaki, pergelangan kaki, dan tungkai. Pembengkakan ini disebabkan oleh penumpukan cairan akibat gangguan pada sistem sirkulasi darah. Pembengkakan dapat mengurangi fleksibilitas dan kenyamanan saat berdiri. Pasien mungkin merasa berat atau tidak nyaman untuk

mempertahankan posisi berdiri dalam waktu lama, yang dapat menyebabkan rasa sakit atau ketidakstabilan.

3. **Kelemahan Otot dan Keseimbangan**

   Kelemahan otot: Otot kaki dan tubuh bagian bawah bisa melemah pada pasien *congestive heart failure* (CHF),, terutama karena penurunan aliran darah yang memengaruhi suplai oksigen ke otot. Otot yang lemah dapat membuat pasien kesulitan untuk berdiri dari posisi duduk atau berbaring.

   Gangguan keseimbangan: Penurunan kekuatan otot dan sirkulasi yang buruk dapat mengganggu keseimbangan tubuh. Pasien mungkin merasa tidak stabil atau lebih rentan jatuh ketika mencoba berdiri, yang dapat mengurangi rasa aman dan kepercayaan diri mereka dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL).

4. **Pengaruh Nyeri dan Ketidaknyamanan**

   Pasien *congestive heart failure* (CHF), dapat merasakan nyeri sendi atau ketegangan otot, yang bisa membatasi kemampuan mereka untuk berdiri. Nyeri pada lutut, pinggul, atau punggung bawah bisa semakin terasa ketika berdiri untuk waktu yang lama atau berpindah posisi dari duduk ke berdiri.

5. **Pengaruh Pembatasan Fungsional Lainnya**

   Gangguan kardiovaskular: Pada beberapa pasien *congestive heart failure* (CHF),, jantung yang tidak berfungsi optimal dapat menyebabkan gangguan pada tekanan darah. Hal ini dapat membuat pasien merasa pusing atau pingsan saat berdiri, terutama ketika

mereka bergerak terlalu cepat atau tidak cukup lama berbaring (sindrom hipotensi ortostatik).

Pengaruh obat-obatan: Beberapa obat yang digunakan untuk mengelola *congestive heart failure* (CHF), seperti diuretik, dapat menyebabkan dehidrasi atau ketidakseimbangan elektrolit. Ini dapat memperburuk kelemahan otot atau menyebabkan pusing saat berdiri.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini merupakan studi kasus deskriptif yang menggambarkan secara mendalam tentang *Activity Daily Living* (ADL) Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

3.2 Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah 2 Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF) (gagal jantung). Adapun kriteria inklusi dan kriteria eksklusi subjek penelitian yang diambil adalah :

1. Kriteria Inklusi
    a. Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).grade 3
    b. Responden di RSUD Lawang.
    c. Responden yang bersedia menjadi responden
2. Kriteria Eksklusi
    a. Responden yang tidak bersedia menjadi responden

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.3.1 Lokasi

Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan pada Pasien *Congestive Heart Failure* (gagal jantung) yang mengalami penyakit jantung di di RSUD Lawang.

3.3.2 Waktu

Penelitian ini dilaksanakan dalam pada bulan April 2025.

3.4 Fokus Studi dan Definisi Operasional

3.4.1 Fokus Studi

Dalam studi kasus ini yang menjadi fokus studi adalah untuk mengetahui tentang *Activity Daily Living* (ADL) Pada Pasien *Congestive Heart Failure (CHF).*

3.4.2 Definsi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3 1 Definisi Operasional

Definisi Operasional	**Paramduk**eter	**Alat Ukur**
Activity of Daily Living (ADL) mengacu pada kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas dasar yang diperlukan untuk menjalani kehidupan sehari-hari mereka.	1. ADL berjalan 2. ADL berdiri	Wawancara dan observasi
Congestive Heart Failure (CHF) adalah kondisi medis di mana jantung tidak dapat memompa darah secara efektif untuk memenuhi kebutuhan tubuh akan oksigen dan nutrisi.	Grade III	Oxymeter

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan pedoman lembar wawancara dan lembar observasi. Peneliti mengumpulkan data data penelitian sesuai dengan teknik pengumpulan data yang telah dipilih.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Dalam studi kasus ini metode pengumpulan data yang digunakan, sebagai berikut :

a. Wawancara

Dalam studi kasus ini peneliti menggunakan metode wawancara secara langsung kepada responden dan terstuktur. Peneliti menggunakan metode lembar wawancara yang sudah terstuktur untuk mengukur komponen-komponen *Activity Daily Living* (ADL) dan bagaimana gambaraan Gambaran *Activity Daily Living (*ADL) Pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).Kemudian peneliti akan menggali lebih dalam satu persatu poin pertanyaan tersebut untuk memperoleh informasi yang lebih lengkap yang ditujukan kepada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).

b. Observasi

Pada studi kasus ini peneliti ingin memperoleh data penunjang terkait komponen pada Pasien *Congestive Heart Failure* (CHF).Dengan cara ini peneliti ingin melihat secara langsung

mengenai apakah terdapat perubahan atau masalah pada kesehatan fisiknya. Observasi dilakukan selama 6 kali dalam 2 minggu.

3.6 Langkah-Langkah Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini prosedur yang dilakukan adalah sebagai berikut

1. Selama melakukan penelitian
    1) Peneliti mengidentifikasi atau mendata peserta didik yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.
    2) Peneliti mendatangi responden untuk menjelaskan maksud, tujuan, dan manfaat mengenai hal yang akan dilakukan selama penelitian kepada responden. Jika subjek bersedia menjadi responden maka peneliti meminta kerja sama responden untuk mendatangi informed consent sebelum dilakukan wawancara, dan jika subjek tidak bersedia maka peneliti tidak memaksa dan menghargai keputusannya.
    3) Peneliti memberikan daftar pertanyaan kepada subjek dan meminta responden untuk menjawab pertanyaan dengan jujur.
    4) Setelah dilakukan wawancara, peneliti memeriksa kelengkapan data dan tercatat dalam format pengumpulan data
2. Setelah melakukan penelitian
    1) Peneliti melakukan pengolahan data
    2) Peneliti menyajikan hasil dengan berupa narasi atau deskripsi yang disertai dengan ungkapan verbatim dari pernyataan responden.

3.7 Analisis Data dan Penyajian Data

3.7.1 Analisa Data

1. Reduksi data

   Mereduksi data berarti mencari tema dan pola, membuat rangkuman, memprioritaskan hal-hal penting, dan membuang yang dianggap tidak perlu. Oleh karena itu, data yang direduksi akan memberikan gambaran yang lebih spesifik dan akan mempermudah peneliti untuk mengumpulkan dan mencari lebih banyak data jika diperkirakan.

   Setelah data direduksi, langkah berikutnya dalam analisa adalah penyajian data. Untuk membuat data hasil reduksi lebih mudah untuk dipahami, penyajian data digunakan. Data dapat dalam berbagai bentuk, seperti uraian narasi, tema, sub tema, dan kategori. Menyajikan data dalam bentuk ini akan membantu peneliti memahami apa yang sedang terjadi dan merencanakan penelitian selanjutnya.

2. Menarik kesimpulan atau verifikasi

   Setelah melakukan penyajian data langkah selanjutnya adalah menarik kesimpulan. Kegiatan merumuskan kesimpulan peneliti ini bisa dibuat setiap data yang ditemukan pada saat penelitian berlangsung. Kesimpulan awal yang ditemukan bukti yang kuat yang mendukung tahap pengumpulan data berikutnya. Proses mendapatkan bukti ini disebut verifikasi data.

3.7.2 Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk narasi atau deskripsi yang disertai dengan ungkapan verbatim dari jawaban responden terhadap untuk menjabarkan secara tertulis dan mendetail dalam hasil wawancara dan observasi yang telah didapat.

3.8 Etika Penelitian

3.8.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Peneliti harus terlebih dahulu memberikan pemahaman mengenai penelitiannya sebelum melakukan informed consent. Tujuan dari informed consent yang berbentuk perjanjian ini adalah untuk memastikan bahwa subjek mengetahui dampak dan mengetahui maksud serta tujuan penelitian.

3.8.2 *Anonimity* (Tanpa Nama)

Untuk memastikan bahwa tidak akan ada pelanggaran data, anonymity mengacu pada pengkodean atau tidak menambahkan nama peserta pada lembar pengumpulan data.

3.8.3 *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Pernyataan kerahasiaan ini mengklarifikasi bahwa data dan isu partisipan harus dirahasiakan dalam penelitian. Peneliti menjamin privasi data, yang hanya dibagikan pada kumpulan data spesifik yang diperlukan untuk mengungkapkan temuan p enelitian.