

PENERAPAN TEKNIK BERPIKIR POSITIF DAN AFIRMASI POSITIF PADA KLIEN KETIDAKBERDAYAAN DENGAN GAGAL JANTUNG KONGESTIF

Nurul Jannah*, Yossie Susanti Eka Putri **

1. Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Kampus FIK UI, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Depok, Jawa Barat – 16424
2. Departemen Keilmuan Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Kampus FIK UI, Jl. Prof. Dr. Bahder Djohan, Depok, Jawa Barat – 16424

E-mail: nurul.jannah01.nj@gmail.com

ABSTRAK

Urbanisasi yang tidak terkendali menyebabkan peningkatan penyakit degeneratif pada masyarakat perkotaan, salah satunya adalah gagal jantung kongestif. Penyakit gagal jantung kongestif merupakan ketidakmampuan jantung memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan tubuh akan oksigen dan nutrisi. Secara global, penyakit kardiovaskular seperti gagal jantung merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Indonesia sendiri menempati urutan Negara nomor 4 (empat) dengan jumlah kematian terbanyak akibat penyakit kardiovaskuler. Penyakit gagal jantung bukan hanya menimbulkan masalah fisik, akan tetapi juga masalah psikososial. Masalah psikososial yang sering terjadi pada klien dengan gagal jantung kongestif adalah ketidakberdayaan. Ketidakberdayaan merupakan perasaan yang timbul akibat ketidakmampuan seseorang mengontrol situasi termasuk persepsi bahwa sesuatu tidak akan bermakna. Intervensi keperawatan ketidakberdayaan antara lain latihan berpikir positif dan afirmasi positif. Teknik afirmasi positif terbukti efektif dalam menurunkan rasa ketidakberdayaan pada klien dengan gagal jantung kongestif.

Kata Kunci: *Ketidakberdayaan, Gagal jantung kongestif, Latihan berfikir positif, Latihan afirmasi positif.*

PENDAHULUAN

Kemajuan yang pesat baik dari segi ekonomi maupun teknologi menjadi daya tarik tersendiri bagi wilayah perkotaan. Hal ini menyebabkan tingginya angka urbanisasi. WHO (2013) menyebutkan bahwa pada tahun 2009 untuk pertama kalinya dalam sejarah manusia, lebih dari setengah populasi dunia tinggal di wilayah perkotaan. Lebih lanjut, lebih dari 80% populasi di 33 negara di dunia tinggal di perkotaan. Di Negara berkembang seperti Indonesia, lebih dari 43% penduduk Indonesia tinggal di wilayah perkotaan dan diprediksi pada tahun 2025 lebih dari 60% populasi akan tinggal di pusat kota (Depkes, 2010). Pergeseran demografis yang luar biasa ini memiliki efek mendalam pada kesehatan masyarakat perkotaan (McMichael, 2006 dalam St Pierre Schneider et al., 2009).

Peningkatan kepadatan lingkungan akibat tingginya angka urbanisasi dapat berdampak pada meningkatnya risiko terjadinya masalah kesehatan pada masyarakat perkotaan, baik fisik maupun psikososial. Allender (2010) menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan masyarakat perkotaan antara lain lingkungan fisik, lingkungan sosial dan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan dan layanan sosial. Lingkungan fisik menurut Galea et al (2005) terdiri dari udara, air, persediaan makanan, lingkungan dan cuaca. Penelitian yang dilakukan oleh AC Nielsen (2008) menunjukkan bahwa sebanyak 69% masyarakat perkotaan di Indonesia mengkonsumsi makanan cepat saji. Di sisi lain, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan RI menunjukkan bahwa persentase penduduk usia ≥ 15 tahun yang merokok

adalah sebesar 34,7 %, yang terdiri dari 28,2% perokok setiap hari dan 6,5% perokok kadang-kadang (Depkes, 2010).

Selain itu, penggunaan alat transportasi di wilayah perkotaan yang terus meningkat tiap tahunnya menyebabkan aktivitas fisik masyarakat kota menurun. Peningkatan penggunaan alat transportasi terlihat dari jumlah kendaraan bermotor tahun 2011 yang mencapai lebih dari 85 juta unit, yang terdiri dari sepeda motor, truk, bis dan mobil (Badan Pusat Statistik, 2012). Gaya hidup tidak sehat yang tidak segera diubah seperti seringnya mengkonsumsi makanan cepat saji, kebiasaan merokok dan kurangnya aktivitas fisik dapat menjadi faktor risiko timbulnya penyakit degeneratif, seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, gagal ginjal, stroke dan penyakit kronis lainnya (Haynes & Winearls, 2010). Hal ini diperkuat dengan hasil Riskesdas tahun 2013 yang menyatakan bahwa prevalensi kejadian penyakit gagal jantung yang di diagnosis dokter lebih tinggi di perkotaan dibanding di pedesaan.

Secara umum, kemajuan teknologi di wilayah perkotaan dapat menyebabkan perbaikan status kesehatan masyarakat. Hal ini berdampak pada peningkatan harapan hidup yang mengakibatkan meningkatnya jumlah penduduk lansia. Menurut Komnas Lanjut Usia (2013) melaporkan bahwa pada tahun 2005 jumlah penduduk lanjut usia di Indonesia sebanyak lebih dari 16,8 juta jiwa, lalu meningkat pada tahun 2007 menjadi 18,96 juta dan jumlah ini terus meningkat setiap tahunnya hingga pada tahun 2012 dilaporkan jumlah lansia di Indonesia menjadi 19 juta orang. Lansia mengalami perubahan dan penurunan fungsi pada semua sistem tubuh, sehingga lansia berisiko lebih tinggi terkena berbagai penyakit. Lebih lanjut, Smeltzer dan Bare (2010) menjelaskan bahwa perubahan pada sistem kardiovaskuler lansia seperti menurunnya kardiak output, menebalnya ventrikel, pembuluh darah yang menjadi lebih kaku, dan digantikannya otot jantung oleh kolagen membuat lansia lebih beresiko terhadap masalah kardiovaskuler. Hasil Riskesdas tahun 2013 juga menyatakan bahwa

prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya umur dan kasus tertinggi berada pada umur 65-74 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa lansia merupakan kelompok yang rentan terkena penyakit kardiovaskular.

Perbaikan tingkat hidup berpengaruh pada perubahan pola hidup masyarakat. Cara hidup yang berubah diduga ada hubungannya dengan perubahan pola penyakit (Alwi, et al, 2010). Pola penyakit berubah dari penyakit infeksi dan rawan gizi ke penyakit-penyakit degeneratif, diantaranya adalah penyakit jantung dan pembuluh darah atau kardiovaskuler. WHO (2013) menyebutkan bahwa penyakit kardiovaskular ini merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Lebih lanjut, data yang diterbitkan oleh WHO tahun 2013 menunjukkan bahwa sebanyak 17,3 miliar orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler dan diprediksikan akan mencapai angka 23,3 miliar penderita yang meninggal dunia pada tahun 2020. Indonesia sendiri menempati urutan Negara nomor 4 (empat) dengan jumlah kematian terbanyak akibat penyakit kardiovaskuler (WHO, 2013).

Satu-satunya penyakit kardiovaskular yang insiden dan prevalensinya terus meningkat adalah gagal jantung kongestif (Suryadipraja, 2007). Brunner (2010) menjelaskan bahwa gagal jantung kongestif adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Gagal jantung kongestif menyebabkan kerusakan fisik dan fungsional secara progresif yang menyebabkan pasien mengalami sesak napas, kelelahan, bengkak pada pergelangan kaki dan atau perut, pusing, krisis yang mengancam kehidupan secara tiba-tiba dan rawat inap yang berulang (Jeon et al, 2010). Secara global, prevalensi gagal jantung kongestif sebanyak 23 juta kejadian di dunia (Bui, 2011). Di Indonesia, hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan penyakit gagal jantung termasuk sepuluh besar penyakit tidak menular. Sedangkan, provinsi Jawa Barat sebesar 0,3% prevalensi gagal jantung di

dapat dari diagnosa dokter dan angka ini terus meningkat setiap tahunnya (Riskesdas, 2013).

Salah satu rumah sakit besar di Jawa Barat, khususnya di Kota Bogor didapatkan data bahwa kasus gagal jantung kongestif merupakan urutan ke-7 (tujuh) dalam 10 besar diagnosa rawat inap dan urutan ke-3 (tiga) dalam 10 besar diagnosa rawat jalan pada triwulan I tahun 2015. Di salah satu ruang rawat inap di RS Bogor tersebut juga didapatkan bahwa penyakit gagal jantung kongestif termasuk lima besar penyakit yang sering terjadi yaitu sebesar lebih dari 9% kejadian dari total semua kasus kejadian penyakit dari bulan Januari hingga Mei 2015.

Gagal jantung kongestif tidak dapat disembuhkan dan memiliki prognosis penyakit yang buruk. Gagal jantung bukan hanya menyebabkan masalah pada fisik, tetapi juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien (Garin et al, 2009). Jeon et al (2010) menyatakan bahwa pasien dengan gagal jantung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan masyarakat pada umumnya. Hal ini terjadi karena adanya gejala yang progresif, ketidakmampuan melakukan aktifitas sehari-hari dan rawat inap berulang (Chu et al, 2014). Lebih lanjut, Chu et al., menjelaskan bahwa pasien gagal jantung memiliki kesulitan dalam mempertahankan kehidupan sosial dan kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari karena manifestasi klinis dari gagal jantung antara lain sesak napas, kelelahan, nyeri, mood yang buruk, kehilangan nafsu makan, kurang tidur dan konstipasi. Sehingga, pasien dengan gagal jantung sangat rentan mengalami masalah psikososial.

Masalah psikososial sangat rentan terjadi pada lansia. Hal ini sejalan dengan teori Erikson yang mengatakan bahwa tahap perkembangan lansia berada pada integritas ego versus putus asa, yakni individu yang berhasil melampaui tahap ini akan dapat mencapai integritas diri, sebaliknya individu yang gagal maka akan melewati tahap ini dengan keputusasaan. Seperti yang diketahui

bahwa lansia dihadapkan oleh berbagai kendala, baik karena kemunduran fisik maupun karena kehilangan peran sosialnya yang menyebabkan lansia rentan mengalami masalah psikososial atau bahkan kejiwaan. Doris et al (2007) dalam jurnalnya yang berjudul "*Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people*" menyebutkan bahwa lansia dengan gagal jantung mengalami gejala depresi, merasa tidak berdaya dan putus asa dan ketidakmampuan mempertahankan peran sosial.

Salah satu masalah psikososial yang timbul pada lansia dengan gagal jantung adalah ketidakberdayaan. Ketidakberdayaan adalah pengalaman tentang kurangnya kontrol seseorang terhadap situasi termasuk persepsi bahwa sesuatu tidak akan bermakna mampu mempengaruhi terhadap hasil yang ingin dicapai (NANDA, 2014). Ketidakberdayaan umum terjadi pada pasien dengan penyakit kronik seperti gagal jantung. Ketidakberdayaan timbul akibat adanya keterbatasan dan ketidakmampuan pasien yang dikarenakan kekurangan energi sehingga menimbulkan perasaan tidak aman pada dirinya dan lingkungan (Yu et al, 2008). Lebih lanjut, Rebecca et al (2009) menyebutkan bahwa satu dari tiga pasien yang dirawat karena gagal jantung menderita depresi berat dan 40% diantaranya masih menderita depresi berat pada satu tahun berikutnya. Sehingga, pada pasien gagal jantung bukan hanya masalah fisik yang diatasi tetapi juga penting untuk menangani masalah psikososial seperti ketidakberdayaan.

Masalah psikososial ketidakberdayaan perlu diintervensi dengan tepat karena jika tidak mendapat penanganan yang baik, bukan hanya mempengaruhi kualitas hidup pasien tetapi juga dapat berkembang menjadi masalah psikologis yang lebih serius. Ketidakberdayaan yang tidak ditangani dapat berkembang menjadi risiko bunuh diri dan keputusasaan. Selain itu, Rebecca et al (2009) dalam jurnalnya yang berjudul "*Living with Depressive Symptoms: Patients with Heart Failure*" menyebutkan bahwa pasien dengan gagal jantung yang memiliki

gejala depresi seperti ketidakberdayaan dapat meningkatkan tingkat mortalitas dan rawat inap ulang. Oleh karena itu, penanganan masalah psikososial pada pasien gagal jantung kongestif sangat penting untuk dilakukan. Sehingga, penulis tertarik untuk melakukan dan mengoptimalkan asuhan keperawatan ketidakberdayaan pada klien dengan gagal jantung kongestif.

METODE

Penulisan ini dilakukan dengan menggunakan metode studi kasus. Penulis melakukan penelitian di sebuah RS di Kota Bogor. Penelitian ini dilakukan pada salah satu klien yang menderita penyakit gagal jantung kongestif dan memiliki masalah psikososial, terutama ketidakberdayaan. Prosedur pengambilan data diperoleh melalui wawancara klien dan keluarga, observasi klien, rekam medik dan catatan keperawatan. Penulis memberikan semua intervensi perawat generalis dalam mengatasi ketidakberdayaan.

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara holistik. Asuhan keperawatan dilakukan dengan proses pengkajian, analisa data, penetapan diagnosa fisik dan psikososial, menyusun rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi berdasarkan rencana asuhan yang telah disusun dan melakukan evaluasi berdasarkan implementasi yang telah dilakukan. Penulis menganalisis kesenjangan antara teori dan hasil yang didapatkan berdasarkan asuhan keperawatan yang diberikan untuk melihat keefektifan intervensi tersebut dalam menyelesaikan masalah ketidakberdayaan.

HASIL

Tn. A berusia 64 tahun berasal dari suku Sunda, namun dominan menggunakan bahasa Indonesia dalam komunikasi. Klien masuk ke RS pada tanggal 27 April 2015 dengan diagnosa medis LBP (*low back pain*), riwayat gagal jantung kongestif, bronkopneumonia dan *dyspepsia*. Pengkajian pada klien dimulai sejak klien masuk ruang rawat dengan narasumber klien sendiri, istri dan rekam medik. Klien masuk dengan

keluhan utama nyeri pinggang kiri sejak 3 (tiga) jam sebelum masuk rumah sakit hingga klien tidak dapat bangun dari tempat tidur. Selain itu, klien mengeluhkan kelemahan, terkadang sesak napas, nyeri perut dan mual. Klien terdiagnosa gagal jantung kongestif sejak setahun yang lalu. Pada bulan April, ini merupakan kedua kalinya klien dirawat di rumah sakit. Awal April, klien dirawat dengan keluhan sesak napas dan fatik karena gagal jantung kongestif.

Hasil pemeriksaan fisik pada pengkajian tanggal 29 April 2015 didapatkan tekanan darah 110-120/70-80 mmHg, nadi 75-90 x/menit, RR: 20-28x/menit. Denyut jantung teraba lemah dan sedikit cepat. Palpasi pada paru menunjukkan taktil fremitus paru kanan lebih redup dari pada paru kiri, dan semakin ke bawah semakin redup. Auskultasi paru-paru didapatkan suara bronchial, bronkovesikuler, vesikuler, ronchi kering pada lapang paru kanan. Pada auskultasi jantung didapatkan bunyi jantung S1, S2, S3, dan terdengar cepat. Kaki pasien tampak agak bengkak dan teraba keras, edema grade 1 tanpa pitting edema. Pasien mengalami asites, shifting dullness (+), lingkar perut 96 cm. Berat badan klien 64 kg, tinggi badan 160 cm dengan IMT=25 (*overweight*).

Keadaan umum klien bersih, kesadaran compos mentis dengan GCS E₄V₅M₆. Tn.A terdiagnosis gagal jantung kongestif sejak setahun yang lalu, ini merupakan kali keempat Tn.A dirawat. Tn.A tidak mengontrol makannya, ia sangat gemar makan daging. Selain itu, Tn.A memiliki riwayat perokok berat dan minum minuman beralkohol. Aktifitas sehari-hari adalah mengojek dan tidak pernah berolahraga. Klien sehari-hari diharuskan mengonsumsi clopidogrel 75mg dan domperidone 10 mg secara teratur, akan tetapi klien mengatakan tidak minum obat jika tidak terasa sesak dan tanda gejala lainnya.

Klien terlihat tegang saat berbicara, intonasi bicaranya cepat serta kontak mata cenderung minimal saat berbincang. Klien berbicara selalu menyalahkan dirinya sendiri. Selain itu, klien juga mengatakan kondisinya kian

hari kian memburuk dan ia lelah dengan semua pengobatan. klien juga merasa sudah tidak berdaya dengan kondisinya karena tidak dapat menghasilkan uang selama kurang lebih setahun ini. Ia juga merasa tidak dapat menjadi kepala keluarga yang baik. Ia merasa anak-anak dan menantunya tidak menghormati dan menghargainya lagi. Istri klien mengatakan bahwa semenjak sakit, klien jadi mudah marah dan tersinggung. Selain itu, klien seringkali absen dan cenderung menolak dalam pengambilan keputusan terkait tindakan pengobatan. Klien merasa tidak yakin dengan segala hal yang dia lakukan akan membuatnya kembali sembuh.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa klien memiliki tanda-tanda ketidakberdayaan. Proses keperawatan selanjutnya adalah memberikan intervensi keperawatan untuk klien. Penulis mengajarkan teknik berpikir positif, afirmasi positif dan teknik mengontrol ketidakberdayaan. Berdasarkan hasil intervensi yang diberikan, kombinasi latihan berpikir positif yang diikuti oleh latihan afirmasi positif terbukti efektif dalam menurunkan tanda dan gejala ketidakberdayaan pada klien.

DISKUSI

Pengkajian yang dilakukan pada Tn. A menunjukkan bahwa klien memiliki pola hidup berisiko, seperti pola makan yang tidak seimbang, jarang berolahraga, obesitas, riwayat perokok berat dan pecandu alkohol. Menurut Majid (2010), pola makan tinggi kolestrol tanpa diimbangi dengan olahraga yang cukup dapat mempengaruhi perkembangan penyakit gagal jantung. Black dan Hawks (2009) menyatakan bahwa obesitas juga mempengaruhi perkembangan penyakit gagal jantung karena dapat memperberat kerja jantung. Selain itu, Majid (2010) juga menyebutkan bahwa merokok dapat mempengaruhi perkembangan gagal jantung. Kebiasaan minum minuman beralkohol juga dapat menjadi penyebab gagal jantung (Black & Hawks, 2009). Alkohol dapat berefek secara langsung pada jantung, baik menimbulkan gagal jantung akut atau gagal jantung akibat aritmia.

Lebih lanjut, proses penuaan pada klien juga menjadi salah satu faktor risiko yang dapat menyebabkan kelemahan pada jantung. Proses penuaan akan menyebabkan penurunan fungsi sistem tubuh, termasuk fungsi sistem kardiovaskular (Stanley & Bare, 2007). Lebih lanjut, penurunan fungsi sistem kardiovaskular terjadi meliputi kekakuan dinding ventrikel kiri akibat peningkatan kolagen, penurunan penggantian sel miosit yang telah mati, kekakuan dinding arteri, dan gangguan sistem konduksi kelistrikan jantung akibat penurunan jumlah sel *pace maker*. Hal ini menyebabkan klien kelolaan yang sudah tergolong lansia memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita gagal jantung.

Perawatan klien kali ini merupakan episode kekambuhan gagal jantung yang disertai dengan beberapa penyakit penyerta. Yu et al (2008) menyebutkan bahwa gejala gagal jantung yang sudah berat dapat menimbulkan perasaan yang tidak menentu dan ketidakberdayaan. Ketidakberdayaan dapat terjadi karena adanya gejala yang progresif, ketidakmampuan melakukan aktifitas sehari-hari dan rawat inap berulang pada penderita gagal jantung (Chu et al, 2014). Lebih lanjut, Chu et al., menjelaskan bahwa pasien gagal jantung memiliki kesulitan dalam mempertahankan kehidupan sosial dan kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari karena manifestasi klinis dari gagal jantung antara lain sesak napas, kelelahan, nyeri, mood yang buruk, kehilangan nafsu makan, kurang tidur dan konstipasi. Hasil pengkajian didapatkan klien mengatakan sedih terhadap kondisi sakitnya saat ini, ia merasa tidak berdaya karena tidak dapat melakukan apapun lagi. Ia juga mengatakan lelah karena penyakitnya tidak kunjung sembuh dan semakin bertambah parah.

Adanya keterbatasan-keterbatasan dalam melakukan aktivitas dan saat melakukan aktivitas yang sangat ringan dapat menimbulkan lelah, palpitasi, sesak nafas seperti yang terjadi pada Tn.A. Hal ini menunjukkan bahwa Tn.A berada di gagal jantung derajat III menurut NYHA (*New York Heart Association*). Conley et al (2015)

dalam penelitiannya menyebutkan bahwa semakin tinggi klasifikasi gagal jantung pasien berdasarkan NYHA, maka makin tinggi pula tingkat depresi pasien. Stuart (2013) menyebutkan bahwa gejala depresi yang biasa terjadi pada pasien gagal jantung antara lain mood yang menurun, perasaan bersalah, ketidakberdayaan, harga diri rendah, kelelahan, gangguan tidur, tidak nafsu makan, dan sulit berkonsentrasi.

Penderita gagal jantung sangat rentan mengalami masalah psikososial, khususnya ketidakberdayaan. Braga dan Da Cruz (2008) terkait pengembangan instrumen untuk menilai diagnosa keperawatan ketidakberdayaan menyebutkan bahwa ketidakberdayaan sering dipersepsikan secara subjektif dengan ketidakmampuan klien mengambil keputusan dan ketidakmampuan mengontrol perasaan emosional. Hal ini sesuai dengan kondisi klien yang tampak sedih, murung, menggebu dan menangis saat menceritakan perasaannya. Selain itu, klien juga pasif dan tidak ikut serta dalam pengambilan keputusan terkait tindakan pengobatan.

Selain karena penyakit gagal jantung, masalah psikososial pada klien seperti ketidakberdayaan sangat rentan terjadi di tahap perkembangan lansia. Lansia menurut teori perkembangan Erikson berada di tahap integritas ego versus keputusasaan. Integritas merupakan tahap perkembangan psikososial Erikson yang terakhir. Integritas didefinisikan sebagai suatu keadaan yang dicapai seseorang setelah ia berhasil melakukan penyesuaian diri terhadap kegagalan dan keberhasilan yang terjadi sepanjang masa hidupnya (Mauk, 2010). Bila seorang lansia tidak berhasil dalam melakukan penyesuaian diri terhadap kegagalan semasa hidupnya, maka lansia tersebut akan jatuh kepada kondisi keputusasaan. Seperti yang terjadi pada klien, klien seringkali berbicara menyalahkan dirinya sendiri di masa lampau, sehingga klien merasa tidak berdaya yang dapat berujung kepada keputusasaan.

Klien dirawat di Rumah Sakit ditemani oleh istrinya. Istri klien mengatakan bahwa Tn.A

menjadi mudah tersinggung dan cepat marah semenjak sakit. Dari hasil obeservasi, Tn.A juga seringkali menyalahkan dirinya sendiri. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rebecca et al (2009) yang menyebutkan bahwa setengah dari pasien gagal jantung merasa menjadi lebih *irritable* yang menyebabkan pasien menjadi lebih mudah marah, frustrasi dan gagal mempertahankan hubungan sosial dengan orang terdekatnya.

Intervensi keperawatan pada masalah ketidakberdayaan sesuai dengan yang telah dikembangkan oleh Departemen Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia. Salah satu intervensi yang akan dianalisis adalah melatih pasien untuk mengembangkan harapan positif atau afirmasi positif. Afirmasi positif membantu klien untuk meningkatkan harga diri serta membebaskan diri dari pikiran negatif. Afirmasi positif membantu memvisualisasikan dan mempercayai hal yang ditegaskan pada diri sendiri, hal tersebut sangat berkaitan dalam membantu perubahan positif dalam individu (Smith, 2015). Berpikir positif diharapkan dapat menggantikan pemikiran yang negatif sehingga pasien mampu mengambil keputusan dan mencapai tujuan yang realistis dalam hidupnya serta mengontrol ketidakberdayaannya dengan mengendalikan situasi yang masih dapat dilakukan oleh pasien. Mahasiswa menanamkan pemikiran-pemikiran positif dalam hidupnya sehingga dapat mengembangkan harapan positif dalam kehidupan yang akan dijalannya nanti. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Naseem dan Khalid (2010) tentang peranan dari afirmasi positif dalam mereduksi stress, dan sebagai strategi koping yang efektif bagi seseorang.

Disamping itu, klien Tn.A juga memiliki riwayat ketidakpatuhan pengobatan dan seringkali menolak tindakan pengobatan. Penelitian yang dilakukan oleh Musyarofah, dkk (2013) menyebutkan bahwa afirmasi positif juga dapat meningkatkan tingkat kepatuhan minum obat pada pasien dengan penyakit kronik. Selain itu, pada pasien dengan ketidakberdayaan seperti Tn.A kerap

mengalami stres karena ketidakmampuannya mengontrol situasi. Penelitian yang dilakukan oleh Kholida & Alsa (2012) menyebutkan bahwa latihan berpikir positif terbukti efektif dalam menurunkan tingkat stress. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat berbagai manfaat dari latihan afirmasi positif pada pasien dengan masalah ketidakberdayaan.

Ketidakberdayaan dapat mempengaruhi kognitif klien dalam menjalani hidup. Penelitian mengenai efektifitas dari afirmasi positif dilakukan oleh Harris (2009) yang berjudul "*The impact of self-affirmation on health cognition, health behaviour and other health-related responses: A narrative review*" menyatakan bahwa self-affirmation berpengaruh positif terhadap kognitif dalam perubahan perilaku. Hal ini tentunya sangat penting dalam mengontrol rasa tidak berdaya pada klien dengan gagal jantung yang memerlukan pemikiran terbuka dalam menerima informasi atau keadaan dirinya yang menurun secara tiba-tiba. Selain itu, afirmasi positif ini juga membantu klien dengan gagal jantung dalam merubah perilaku seperti mematuhi regimen pengobatan dan diet.

Penelitian lain terkait self-affirmation juga dilakukan oleh Jessop et al (2013) didapatkan bahwa partisipan yang mendapatkan intervensi self-affirmation menunjukkan sikap yang lebih positif dan pengontrolan persepsi yang jauh lebih baik dibandingkan kelompok yang tidak diintervensi. Selanjutnya, penelitian yang spesifik menerapkan afirmasi positif pada klien dengan gagal jantung adalah penelitian yang dilakukan oleh Ware (2011). Ia meneliti 2818 pasien dengan penyakit jantung mengenai hubungan harapan pasien yang didapat dari afirmasi positif dalam mempengaruhi pemulihan dan kemampuan beraktifitas. Hasil yang didapatkan cukup mengejutkan. Pasien yang dilakukan afirmasi positif menjadi lebih optimis dan memiliki harapan yang positif pula, sehingga menurunkan sebesar 17% kemungkinan meninggal dunia selama 15 tahun masa penelitian. Secara detail dijelaskan bahwa pasien dengan harapan positif memiliki

kemungkinan 31,8% kematian dalam 100 pasien, sedangkan pasien dengan yang memiliki harapan buruk memiliki kemungkinan 46,2% kematian dalam 100 pasien. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa afirmasi positif sangat berpengaruh pada harapan hidup pasien dengan penyakit jantung.

Selain itu, afirmasi positif akan lebih efektif bila dilakukan dengan melibatkan keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rebecca et al (2009) yang menyakatan bahwa sebagian besar pasien gagal jantung sepakat bahwa dukungan sosial sangat penting dalam mengendalikan ketidakberdayaan. Sehingga, berpikir positif yang dilakukan bersamaan dengan afirmasi positif dan ditambahkan dengan dukungan keluarga akan menghasilkan pengendalian ketidakberdayaan yang lebih optimal.

KESIMPULAN

Gagal jantung kongestif merupakan penyakit degeneratif yang sering muncul di masyarakat perkotaan akibat adanya perubahan gaya hidup yang berisiko, seperti seringnya mengkonsumsi makanan cepat saji, kebiasaan merokok, kurangnya aktivitas fisik, kebiasaan mengonsumsi alkohol. Penderita penyakit kronis seperti gagal jantung kongestif sering mengalami masalah psikososial, salah satunya adalah ketidakberdayaan. Asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakberdayaan harus diberikan secara komprehensif mencakup pengkajian ketidakberdayaan dan latihan berpikir positif, evaluasi ketidakberdayaan, manfaat mengembangkan harapan positif (afirmasi) dan latihan mengontrol perasaan ketidakberdayaan serta intervensi untuk keluarga yaitu penjelasan kondisi pasien dan cara merawat serta evaluasi peran keluarga merawat pasien, cara latihan mengontrol perasaan ketidakberdayaan dan follow up. Intervensi keperawatan latihan berpikir positif dan latihan afirmasi positif yang disertai dengan dukungan sosial terbukti efektif dalam mengatasi rasa ketidakberdayaan pasien dengan gagal jantung. Perawat memiliki peran penting dalam menentukan dan memberikan

intervensi yang tepat dalam menyelesaikan masalah keperawatan klien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Ns. Esti Diyah K, S.Kep selaku kepala ruang rawat tempat penulis melakukan penelitian serta Ibu Ns. Fauziyah, M.Kep. Sp.J selaku pembimbing klinik yang banyak memberi saran dan kritiknya.

REFERENSI

- A.C. Nielsen (2008) *Asia Pacific Retail and Shopper Trends 2005: Tren Pembeli dan Ritel Asia Pasifik 2005*.
<http://www.acnielsen.de/pubs/documents/RetailandShopperTrendsAsia2005.pdf>
- Ackley, B.J & Ladwig, G.B. (2008). *Nursing diagnosis handbook: an evidence based guide to planning care*. 9th edition. St.louis, Missouri. Mosby Elsevier.
- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2010). *Community health nursing: Promoting and protecting the public's health*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Alwi I., Simadibrata K. M., Setiati S., Setiyohadi B., Sudoyo A. W. (2010). *Buku ajar ilmu penyakit dalam (Jilid III Ed. V)*. Jakarta: Interna Publishing.
- Anderson, E.T. & McFarlane, J. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas: Teori dan praktek (edisi 3)*. Jakarta: EGC.
- Anshor & Sudarsono. (2008). *Kearifan Lingkungan*. Jakarta : Yayasan Obor Indonesia.
- Badan Pusat Statistik. (2012). *Perkembangan jumlah kendaraan bermotor menurut jenis tahun 1987-2011*.
http://www.bps.go.id/tab_sub/view.php?tabel=1&id_subyek=17¬ab=12
- Bekelman, et al. (2014). *Feasibility and Acceptability of a Collaborative Care Intervention To Improve Symptoms and Quality of Life in Chronic Heart Failure: Mixed Methods Pilot Trial*.
Journal of Palliative Medicine, Volume 17, Number 2.
- Black, Joice M. & Hawks, Jane H. (2009). *Medical surgical nursing: clinical management for positive outcomes (8th ed)*. Singapore: Elsevier
- Brown, Diane & Edwards, Helen. (2005). *Lewi's medical surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. Marricksville: Elsevier.
- Bui, L. B., Horwich, T. B., & Fonarow, G. C. (2011). *Epidemiology and Risk People of Heart Failure*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21060326>
- Cameron, L. D & Wally, C. M. (2015). *Chronic Illness, Pshycosocial Coping With*. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2nd edition, Volume 3.
- Carpenito, L.J., (2008). *Handbook of nursing diagnosis*.(12th.ed). Philadelphia: Lippincott Company
- Chu, et al. (2014). *Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure*. *Japan Journal of Nursing Science*, 11, 54–64.
- Conley, S., Feder, S., & Redeker, S. N. (2015). *The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure*. *Heart and Lung*: 107-112.
- Departemen Kesehatan RI. (2010). *Profil kesehatan Indonesia 2006*.
<http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%202010.pdf>
- Galea, S., Freudenberg, N., Vlahov, D., (2005). *Cities and population health*. *Social Science and Medicine* 60 (5), 1017–1033.
- Garin, O., Ferrer, M., Pont, A., Rue, M., Kotzeva, A., Wiklund, I. et al. (2009). *Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: A systematic review with meta-analyses*. *Quality of Life Research*, 18, 71–85.
- Harris PR, Epton T. (2009). *The impact of self-affirmation on health cognition, health behaviour and other health-related responses: A narrative review*. *Soc Personal Psychol Compass*. 3: 962-978.

- Haynes, R., & Winereals, C. (2010). *Chronic Kidney Disease Surgery*. 28:11.
- Heo, et al., (2009). *Heart Failure Patients' Perceptions on Nutrition and Dietary Adherence*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, v. 8, no. 5, p. 323–328.
- Jeon et al. (2010). *The Experience of Living with Chronic Heart Failure: A Narrative Review of Qualitative Studies*. *BMC Health Services Research*, 10:77.
- Jessop, et al. (2013). *Combining Self-Affirmation and Implementation Intentions: Evidence of Detrimental Effects on Behavioral Outcomes*. *The Society of Behavioral Medicine* 47:137–147.
- Kholida, N.E & Alsa.A. (2012) *Berpikir positif untuk menurunkan stress psikologis*. *Jurnal psikologi* Volume 39, 170 : 67-75
- Komisi Nasional Lanjut Usia. (2010). *Profil penduduk lanjut usia 2009*. Jakarta, Indonesia: Pemerintah Indonesia.
- Lannin, D. G. (2012). *The Effect of Self-Affirmation on Stigma Associated with Seeking Psychological Help*. Iowa: Iowa State University.
- Lubkin, I.M & Larsen P.O., (2006). *Chronic illness : impact and intervention*. Jones and Barlett Publisher, Inc Sudbuy Messachusetts.
- Majid, Abdul. (2010). *Analisis faktor yang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian rawat inap ulang pasien gagal jantung kongestif di RS Yogyakarta tahun 2010*.
- Mansyur, M. C. (2008). *Sosiologi Masyarakat Kota dan Desa*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Mauk, K. L. (2010). *Gerontological Nursing: Competencies fot Care. 2nd Ed*. Jones and Bartlett Publishers: USA.
- McMichael, A.J., (2006). *Population Health as The 'Bottom Line' of Sustainability: A Contemporary Challenge for Public Health Researchers*. *European Journal of Public Health* 16 (6), 579–581.
- Menzel, N. N. (2011). *Urban sustainability and nursing: A personal view*. *International Journal of Nursing Studies* 48. 1457–1458.
- NANDA (2012). *Nursing disgnoses: Definition and classification 2012-2014*. Philadelphia- USA. Nanda International
- Naseem, Z. & Khalid, R. (2010). *Positive thinking incoping with stress and health outcomes: Literature review*. *Journal of research and reflection in education*. Vol 4, No. 1, page 42-61.
- Nurhayati, E & Nuraini, I. (2009). *Gambaran Faktor Resiko Pada Pasien Penyakit Gagal Jantung Kongestif Di Ruang X.A Rsup Dr. Hasan Sadikin Bandung*. *Jurnal Kesehatan Kartika*: 40-52.
- Rebecca, et al. (2009). *Living with Depressive Symptoms: Patients with Heart Failure*. *American Journal of Critical Care*, Volume 18, No. 4.
- Riegel, B., Moser, D. K., Anker, S. D., Appel, L. J., Dunbar, S. B., Grady, K. L. et al. (2009). *State of the science: Promoting self-care in persons with heart failure: A scientific statement from the American Heart Association*. *Circulation*, 120, 1141–1163.
- Riskesdas. (2013). *Laporan riset kesehatan dasar 2013*. Diunduh dari <http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id>
- Sagestrom, S. & Sephton, S. (2010). *Optimistic expectancies and cell mediated immunity: The role of positive affect*. *Psychological science*, 21 (3), 448-55.
- Smeltzer, Suzanne C. & Bare, Brenda G. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing 12th ed*. Philadelphia: Lippincott.
- Stanley, M. & Beare, P.G. (2007). *Gerontological nursing: a health promotion or protection approach, 2nd ed*. (Nety J. dan Sari K., Penerjemah). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Suryadipraja. (2007). *Asuhan Keperawatan dengan Gagal Jantung*.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th Ed*. St. Louis, Mo: Elsevier.
- Sykes, C & Simpsons, S. (2011). *Managing The Psychosocial Aspects of Heart Failure: A Case Study*. *British Journal of Nursing*, Vol 20, No 5.

Ware, C. (2011). *Positive Thinking Helps Heart Patients*". Duke University Medical Center.

<http://www.m.webmd.com/heart-disease/news/20110227/positive-thinking-helps-heart-patients>

WHO. (2013). *Cardiovascular disease (CVDs)*.

http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp

Yu, et al. (2008). *Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people*. *Journal of Advanced Nursing* 61(5), 474–483.