

**PENGARUH PEMBERIAN COGNITIVE SUPPORT TERHADAP KOPING
PADA PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE
DI RSU Dr SOETOMO SURABAYA**

Kushariyadi*

Abstract

Fact exist in patient congestive heart failure show maladaptive coping like difficulty maintain oxygenize adequate, so that tend to jumpy and worry because difficult breathe. Its expectation after gift of cognitive support (information) of patient congestive heart failure show coping which adaptive so that quicken healing process. Target research to identify coping, and analyze influence of gift of cognitive support (information) to coping patient congestive heart failure.

Research design used is pra-experiment (one group pre test - post test design) by sample patient congestive heart failure in space cardiology RSU Dr Soetomo Surabaya as much 23 responder. The tehnic of sample use consecutive of sampling by using statistical wilcoxon signed ranks test with storey level of significant $p < 0.05$.

The result of research obtained it mean for pre test 19.96 and post test 55.74. Its meaning at pre test coping yielded maladaptive (with assessment 1 - 30), while coping at post test yielded adaptive (with assessment 31 - 60). At wilcoxon signed ranks test $p = 0.000$ ($p < 0.05$) and $z = -4.210^$, of hence H_0 refused. Its meaning there is influence of gift cognitive support (information) to coping patient congestive heart failure.*

It can be concluded there are influence which significant at gift information to coping patient congestive heart failure. And as suggestion that information gift which adequate will be formed coping which adaptive so that can quicken healing.

Keyword : cognitive support (information), coping, congestive heart failure.

Abstrak

Fakta yang ada pada pasien congestive heart failure menunjukkan coping maladaptive seperti kesulitan mempertahankan oksigenasi adekuat, sehingga cenderung gelisah dan cemas karena sulit bernapas. Harapannya setelah pemberian cognitive support (informasi) pasien congestive heart failure menunjukkan coping yang adaptif sehingga mempercepat proses penyembuhan. Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi coping, dan menganalisa pengaruh pemberian cognitive support (informasi) terhadap coping pada pasien congestive heart failure.

Desain penelitian yang digunakan adalah pra-experiment (one group pre test – post test design) dengan sampel pasien congestive heart failure di ruang SMF Penyakit Jantung & Pembuluh Darah RSU Dr Soetomo Surabaya sebanyak 23 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan consecutive sampling dengan menggunakan uji statistik wilcoxon signed ranks test dengan tingkat signifikan $p < 0.05$.

Hasil penelitian diperoleh mean untuk pre test 19.96 dan post test 55.74. Artinya pada pre test coping yang dihasilkan maladaptif (dengan penilaian 1- 30), sedangkan pada post test coping yang dihasilkan adaptif (dengan penilaian 31 – 60). Pada uji wilcoxon signed ranks test diperoleh $p = 0.000$ ($p < 0.05$) dan $z = -4.210^$, maka H_0 ditolak. Artinya ada perbedaan coping secara statistik sebelum dan sesudah diberikan informasi.*

Dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian informasi terhadap coping pasien congestive heart failure. Dan sebagai saran bahwa pemberian informasi yang adekuat akan terbentuk coping yang adaptif sehingga dapat mempercepat penyembuhan.

Kata kunci : congestive heart failure, cognitive support (informasi), coping.

** Staff Akademik Pada Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Malang*

Latar Belakang

Koping sebagai proses individu mencoba mengelola jarak yang ada antara tuntutan yang berasal dari individu dan lingkungan dengan sumber daya yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi stress (Cohen & Lazarus, 1983). Perilaku koping adaptif diperlukan oleh pasien *congestive heart failure* untuk menurunkan keadaan tegang, energi dibebaskan, dan diarahkan langsung pada penyembuhan. Sebaliknya perilaku koping maladaptif mengakibatkan ketidakseimbangan fungsi fisiologi dan psikologi, respon pikiran dan tubuh akan meningkat berupaya untuk mengembalikan keseimbangan. Pasien *congestive heart failure* menunjukkan koping maladaptif seperti kesulitan mempertahankan oksigenasi adekuat, sehingga cenderung gelisah dan cemas karena sulit bernapas. Gejala ini cenderung memburuk pada malam hari, kegelisahan dan kecemasan terjadi akibat gangguan oksigenasi jaringan, stress akibat kesulitan bernapas dan jantung tidak berfungsi dengan baik. Begitu terjadi cemas, terjadi juga disprnu, yang memperberat kecemasan (Hudak, 1997; Smeltzer, 2001; Smet, 1994).

Insiden *congestive heart failure* 80 % akan mengalami kelelahan setelah melakukan aktivitas fisik, 20 % mengalami depresi dan ansietas. Di Amerika, 40 % penyakit jantung adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas dari seluruh kematian. 80 % adalah penyakit jantung iskemik, 5–10 % adalah penyakit jantung hipertensi (Robbin, 1999). Data pasien *congestive heart failure* di Ruang Kardiologi RSUD Dr Seotomo Surabaya periode bulan Mei sampai Desember 2004 sebanyak \pm 188 orang, dan yang mengalami koping maladaptif sebanyak 23 responden (Data Pasien Pada Ruang Kardiologi RSUD Dr Seotomo, 2004).

Penyebab dari tidak adaptifnya perilaku koping pasien *congestive heart failure* adalah: kurangnya informasi terhadap penyakit dan pola hidup, tidak mematuhi terapi yang dianjurkan, seperti tidak mampu melaksanakan terapi pengobatan dengan tepat, melanggar pembatasan diet, tidak mematuhi tindak lanjut medis, melakukan aktifitas fisik yang berlebihan dan tidak dapat mengenali gejala kekambuhan. Hal tersebut akan berdampak pada timbulnya masalah psikologis, sosiologis dan finansial serta beban fisiologis pasien akan menjadi lebih serius. Organ tubuh tentunya akan rusak. Serangan berulang dapat menyebabkan fibrosis paru, sirosis hepatitis, pembesaran limpa dan ginjal, dan bahkan kerusakan otak akibat kekurangan oksigen selama episode akut. Sehingga pasien sering kembali ke klinik dan rumah sakit akibat kekambuhan gagal jantung (Smeltzer, 2001).

Salah satu upaya yang saat ini dapat dilakukan adalah pemberian informasi. Dengan memberikan penyuluhan pada pasien dan melibatkannya dalam implementasi pro-

gram terapi akan memperbaiki kerja sama dan kepatuhan. Pasien dibimbing untuk secara bertahap ke gaya hidup dan aktifitas sebelum sakit sedini mungkin. Aktifitas kegiatan hidup sehari – hari harus direncanakan untuk meminimalkan periode apnu dan kelelahan. Berbagai penyesuaian kebiasaan, pekerjaan, dan hubungan interpersonal harus dilakukan. Setiap aktifitas yang menimbulkan gejala harus dihindari atau dilakukan adaptasi. Pasien harus dibantu untuk mengidentifikasi stress emosional dan menggali cara – cara untuk menyelesaikannya, juga memahami bahwa gagal jantung dapat dikontrol, menjaga berat badan yang stabil, membatasi asupan natrium, pencegahan infeksi, menghindari bahan berbahaya seperti kopi dan tembakau (Smeltzer, 2001).

Congestive Heart Failure

Definisi

Gagal jantung kongestif atau *congestive heart failure* adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Smeltzer, 2001).

Etiologi

Kelaianan otot jantung. Gagal jantung paling sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelaianan fungsi otot mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial, dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi (Smeltzer, 2001).

Aterosklerosis koroner. 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 (Smeltzer, 2001).

Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan *after load*). Hal ini meningkatkan beban kerja jantung dan mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung. Efek tersebut (hipertropi miokard) dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan mengakibatkan kontraktilitas jantung. Tetapi untuk alasan yang tidak jelas, hipertropi otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal, dan akhirnya terjadi gagal jantung (Smeltzer, 2001).

Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif. Hal ini berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun (Smeltzer, 2001).

Penyakit jantung lain. Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya tidak secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme yang biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah melalui jantung (misal stenosis katup semilunier), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (misal tamponade perikardium, perikarditis restriktif, atau stenosis katup AV), atau pengosongan jantung abnormal (misal insufisiensi katup AV). Peningkatan mendadak *after load* akibat meningkatnya tekanan darah sistemik (hipertensi "maligna") dapat menyebabkan gagal jantung meskipun tidak ada hipertropi miokardial (Smletzer, 2001).

Faktor sistemik. Terdapat sejumlah faktor yaitu meningkatnya laju metabolisme (misal demam, tirotoksikosis), hipoksia, dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia atau anemia menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis (respiratorik atau metabolik) dan abnormalitas elektrolit dapat menurunkan kontraktilitas jantung. Disritmia jantung dapat terjadi dengan sendirinya atau secara sekunder akibat gagal jantung menurunkan efisiensi keseluruhan fungsi jantung (Smletzer, 2001).

Patofisiologi

Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi gangguan kemampuan kontraktilitas jantung, menyebabkan curah jantung lebih rendah dari normal. Konsep curah jantung paling baik dijelaskan dengan persamaan $CO = HR \times SV$, di mana curah jantung (CO: *cardiac output*) adalah fungsi frekuensi jantung (HR: *heart rate*) x volume sekuncup (SV: *stroke volume*) (Smletzer, 2001).

Frekuensi jantung adalah fungsi sistem saraf otonom. Bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung. Bila mekanisme kompensasi ini gagal untuk mempertahankan perfusi jaringan yang memadai, maka volume sekuncup jantunglah yang harus menyesuaikan diri untuk mempertahankan curah jantung.

Tetapi pada gagal jantung dengan masalah utama kerusakan dan kekakuan serabut otot jantung, volume sekuncup berkurang dan curah jantung normal masih dapat dipertahankan (Smletzer, 2001).

Volume sekuncup. Jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi tergantung pada tiga faktor yaitu: *preload*, *contractility*, *afterload* (Smletzer, 2001).

Preload sinonim dengan Hukum Starling pada jantung yang menyatakan bahwa jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang

ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung (Smletzer, 2001).

Contractility mengacu pada perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel dan berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadar kalsium (Smletzer, 2001).

Afterload mengacu pada besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arterioli (Smletzer, 2001).

Pada gagal jantung, jika satu atau lebih dari ketiga faktor tersebut terganggu, hasilnya curah jantung berkurang. Kemudahan dalam menentukan pengukuran hemodinamik melalui prosedur pemantauan invasif telah mempermudah diagnosa gagal jantung kongestif dan mempermudah penerapan terapi farmakologis yang efektif (Smletzer, 2001).

Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis tergantung banyak faktor antara lain: etiologi kelainan jantung, umur, berat atau ringannya, terjadinya secara mendadak atau perlahan, ventrikel mana yang menjadi pencetus (Noer, 1999).

Tanda dan gejala gagal jantung mencerminkan derajat kerusakan miokardium dan kemampuan serta besarnya respon kompensasi, antara lain: dispnea, oliguria, lemah, lelah, pucat dan berat badan bertambah. Pada auskultasi terdapat ronki basah, bunyi jantung ketiga (akibat dilatasi jantung dan ketidaklenturan ventrikel waktu pengisian cepat). Pada elektrokardiogram terdapat takikardia. Dan pada radiogram dada terdapat kardiomegali, kongesti vena pulmonalis, redistribusi vaskular ke lobus atas (Price, 1994).

Sesak napas: peningkatan tekanan pengisian bilik kiri (*left ventricular filling pressure*) menyebabkan transudasi cairan ke jaringan paru. Penurunan regangan (*compliance*) paru menambah kerja napas. Sensasi sesak napas juga disebabkan penurunan aliran darah ke otot pernapasan. Awalnya, sesak napas timbul saat beraktifitas, dan jika gagal jantung makin berat sesak napas timbul bahkan saat istirahat (Cleland, 1994).

Ortopnea: kesulitan bernapas terjadi beberapa menit setelah berbaring. Pada saat posisi berbaring, maka terdapat penurunan aliran darah di perifer dan peningkatan volume darah di sentral (rongga dada). Pada penderita gagal jantung hal ini berakibat peningkatan tekanan pengisian bilik kiri dan sembab paru. Kapasitas vital juga menurun pada posisi berbaring adalah salah satu faktor penyebab ortopnea (Chung, 1988).

Paroxymal Nocturnal Dyspnca: sering dijumpai, akibat terjadinya sembab paru yang terjadi saat setelah berbaring. Batuk: terjadi akibat sembab pada bronkus dan penekanan pada bronkus oleh atrium kiri yang dilatasi (Davies, 1994).

Takikardia: peningkatan denyut jantung akibat peningkatan tonus simpatik. Penurunan curah jantung dan tekanan darah meningkatkan denyut jantung melalui baroreseptor di aorta dan arteri karotis. Pernapasan cheyne-stokes: mekanisme pernapasan yang belum jelas pada gagal jantung akut. Diduga ada peningkatan sensitifitas pusat pernapasan terhadap peningkatan tekanan karbondioksida dalam darah (Lilly, 1993; Packer, 1992).

Sianosis: penurunan tekanan oksigen di jaringan perifer dan peningkatan ekstraksi yang terjadi pada gagal jantung akut akan mengakibatkan peningkatan ekstraksi oksigen yang terjadi pada gagal jantung akut mengakibatkan peningkatan methemoglobin ($\text{reduced Hb} \pm 5 \text{ g} / 100 \text{ ml}$, sehingga timbul sianosis (Ross, 1985).

Pulsus alternans: terdapat pada gagal jantung akut berat karena terdapat variasi tekanan sistolik $> 5 \text{ mmHg}$. Ini ditengarai dengan palpasi pada nadi perifer atau memakai spigmomanometer (Young, 1995).

Rales: terdapat akibat sembab paru pada gagal jantung akut. Suara jantung: intensitas suara P2 akan meningkat jika terdapat hipertensi pulmonal. Suara S3 dan S4 terdengar yang menunjukkan adanya insufisiensi mitral, akibat dilatasi bilik kiri atau disfungsi otot papilaris (Vinson, 1990).

Edema dan kongesti portal, sistemik dan perifer (misal kaki, tumit, sakrum) dan efusi (pleura dan peritoneal atau asites). Hepatomegali dengan kongesti dan atropi sentrilobuler. Splenomegali kongestif dengan dilatasi sinusoidal, perdarahan fokal dan deposit hemosiderin serta fibrosis. Kongesti ginjal, cedera hipoksik dan nekrosis tubuler akut (Robbins, 1999).

Gagal jantung dapat menyebabkan kematian mendadak (misal pada fibrilasi ventrikel atau emboli udara), syock kardiogenik, gagal jantung kongestif kronik (Ganong, 1998).

Klasifikasi

Gejala gagal jantung dapat terjadi dalam berbagai derajat beratnya penyakit. Diklasifikasikan oleh Killip dalam empat kelas: I, tidak ada kegagalan; II, kegagalan ringan sampai sedang; III, edema pulmonal akut; IV, syok kardiogenik (Hudak, 1997).

Pada awalnya, kegagalan ringan (Killip kelas II) dan kronik sering dicirikan dengan S3, peningkatan frekuensi jantung (biasanya irama sinus), dan kemungkinan crackles halus paska batuk rejan (rales) pada dasar paru. Selain itu, kongesti vaskular pulmonal (sering tanpa edema pulmonal) sering terlihat pada ronsenogram dada, dan disritmia mungkin ada: kontraksi atrium prematur, fibrilasi atrium, flutter atrium, takikardi atrium paroksismal, dan irama pertemuan. Pasien mungkin merasa nyaman pada istirahat atau mengalami curah jantung rendah atau kongesti vaskular pulmonal. Gejala – gejala meningkat pada aktifitas (Hudak, 1997).

Edema pulmonal akut (Killip kelas III) adalah situasi yang mengancam hidup yang dicirikan oleh transudasi cairan dari kapiler pulmonal ke dalam area alveolar, dengan akibat dispneu ekstrem dan ansietas. Perawatan segera diperlukan untuk menyelamatkan hidup pasien (Hudak, 1997).

Syok kardiogenik (Killip kelas IV) adalah sindroma kegagalan memompa yang paling mengancam dan dihubungkan dengan mortalitas paling tinggi, meskipun dengan perawatan yang agresif. Syok kardiogenik diketahui melalui: 1) Tekanan sistolik darah kurang dari 80 mmHg (sering tidak dapat diukur). 2) Nadi lemah yang sering cepat. 3) Kulit pucat, dingin dan berkeringat yang sering kali sianosis. 4) Gelisah, kekacauan mental dan apatis. 5) Kemungkinan perubahan status mental. 6) Penurunan atau tak adanya haluaran urin (Hudak, 1997).

Manifestasi syok ini menunjukkan ketidakadekuatan jantung sebagai pompa dan biasanya menunjukkan kerusakan dalam jumlah besar dari otot jantung (40 % atau lebih massa ventrikel kiri) (Hudak, 1997).

Pada beberapa pasien dengan hipertensi arteri jangka panjang bermakna akan mempunyai manifestasi syok kardiogenik pada tekanan normal secara relatif. Orang ini memerlukan tekanan tinggi untuk perfusi organ vital dan mempertahankan viabilitas. Pengetahuan tentang riwayat tekanan darah sebelumnya adalah sangat penting. Tidak semua situasi klinis syok kardiogenik dihubungkan dengan curah jantung tidak adekuat. Tergantung pada perubahan situasi, seperti demam, curah jantung kadang mungkin normal atau bahkan meningkat (Hudak, 1997).

Kegagalan untuk menurunkan mortalitas di bawah 10 % sampai 20 % adalah karena secara besar hanya bentuk perbaikan dalam penatalaksanaan dan mortalitas sindrom kegagalan memompa berat, khususnya syok kardiogenik. Laju mortalitas syok kardiogenik masih pada 81 %, lebih dari sepertiga kasus ditemukan autopsy pembuluh koroner

mayor, kerusakan struktur miokard berat (Hudak, 1997).

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien dengan gagal jantung meliputi psikologis, dukungan sosial, istirahat dan aktifitas, serta diit (Smeltzer, 2001).

Pada psikologis, pasien yang mengalami gagal jantung mengalami kesulitan mempertahankan oksigenasi yang adekuat, maka mereka cenderung gelisah dan cemas karena sulit bernapas. Menaikkan kepala tempat tidur dan membiarkan lampu menyala di malam hari sering sangat membantu. Oksigen dapat diberikan selama stadium akut untuk mengurangi kerja pernapasan dan untuk meningkatkan kenyamanan pasien. Morfin dosis kecil dapat diberikan untuk dispneu yang berat dan hipnotis juga dapat diberikan untuk membantu pasien tidur. Pasien yang sangat cemas tidak akan mampu beristirahat dengan cukup. Stress emosional mengakibatkan vasokonstriksi, tekanan arteri meningkat dan denyut nadi cepat. Memberikan kenyamanan fisik, dan menghindari situasi yang menyebabkan kecemasan dan agitasi dapat membantu pasien untuk rileks (Smeltzer, 2001).

Pada dukungan sosial, peran keluarga dalam membantu pasien untuk menyelesaikan masalah psikologinya yaitu dengan mencari dukungan sosial. Kehadiran anggota keluarga memberi rasa aman pada pasien (Smeltzer, 2001).

Pada istirahat dan aktifitas, pasien perlu sekali beristirahat baik secara fisik maupun emosional. Istirahat akan mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan, dan menurunkan tekanan darah. Lamanya berbaring juga merangsang diuresis karena berbaring akan memperbaiki perfusi ginjal. Istirahat juga mengurangi kerja otot pernapasan dan penggunaan oksigen. Frekuensi jantung menurun, yang akan memperpanjang periode diastole jantung sehingga memperbaiki efisiensi kontraksi jantung. Posisi kepala tempat tidur harus ditinggikan 20 sampai 30 cm (8 sampai 10 inci) atau pasien didudukkan di kursi. Pada posisi ini aliran balik vena ke jantung (*preload*) dan paru berkurang, kongesti paru berkurang, dan penekanan hepar ke diafragma menjadi minimal. Lengan bawah harus disokong dengan bantal untuk mengurangi kelelahan otot bahu akibat berat lengan yang menarik secara terus – menerus. Pasien yang dapat bernapas hanya pada posisi tegak (*ortopneu*) dapat didudukkan di sisi tempat tidur dengan kedua kaki disokong kursi, kepala dan lengan diletakkan di meja tempat tidur dan vertebra lumbosakral disokong dengan bantal. Bila terdapat kongesti paru maka lebih baik pasien didudukkan di kursi karena posisi ini dapat memperbaiki perpindahan cairan dari paru. Edema yang biasanya terdapat di bagian bawah, berpindah ke daerah sacral

ketika pasien dibaringkan di tempat tidur. Pasien yang tidak dapat tidur di tempat tidur di malam hari dapat duduk dengan nyaman di kursi. Posisi ini menyebabkan sirkulasi serebral maupun sistemik membaik, sehingga kualitas tidur menjadi lebih baik. Penurunan perfusi jaringan yang terjadi pada gagal jantung adalah akibat tingkat sirkulasi oksigen yang tidak adekuat dan stagnasi darah di jaringan perifer. Oksigenasi yang adekuat dan diuresis yang sesuai juga dapat memperbaiki perfusi jaringan. Diuresis yang efektif dapat mengurangi pengenceran darah, sehingga meningkatkan kapasitas pengangkutan oksigen dalam sistem vaskuler. Istirahat yang memadai sangat penting untuk memperbaiki perfusi jaringan yang adekuat. Bahaya yang dapat timbul pada tirah baring, adalah dekubitus, dan emboli pulmoner. Perubahan posisi, napas dalam, kaos kaki elastik, dan latihan tungkai semuanya dapat memperbaiki tonus otot, membantu aliran balik vena ke jantung (Smeltzer, 2001).

Pada diit, rasionalnya adalah mengatur diit sehingga kerja dan ketegangan otot jantung minimal, dan status nutrisi terpelihara, sesuai dengan selera dan pola makan pasien. Pembatasan natrium ditujukan untuk mencegah, mengatur, atau mengurangi edema, seperti pada hipertensi atau gagal jantung. Dalam menentukan aturan, sumber natrium harus spesifik dan jumlahnya perlu diukur dalam miligram. Hindari kata – kata makanan “rendah garam” atau “bebas garam”. Kesalahan yang sering terjadi biasanya disebabkan akibat penerjemahan yang tidak konsisten dari garam ke natrium. Harus diingat bahwa itu tidak 100 % natrium. Terdapat 393 mg, atau sekitar 400 mg natrium dalam 1 g (1000 mg) garam. Meskipun sumber utama pada kebanyakan adalah garam, berbagai jenis makanan alamiah mengandung berbagai kadar natrium. Maka meskipun tidak ada penambahan garam dalam masakan dan meskipun makanan asin sudah dihindari tetapi diit harian masih tetap mengandung kurang lebih 1000 sampai 2000 mg natrium. Sumber natrium dapat ditemukan pada berbagai makanan yang telah diproses. Bahan tambahan makanan seperti natrium alginate yang dapat memperbaiki tekstur, natrium benzoat berfungsi sebagai bahan pengawet, dan natrium fosfat yang dapat memperbaiki kualitas masakan pada berbagai makanan. Pasien yang harus menjalani diit rendah natrium harus dianjurkan untuk jangan membeli makanan olahan dan membaca label dengan teliti terhadap kata – kata “natrium” dan “garam” khususnya makanan kaleng. Diit yang memerlukan kadar natrium kurang dari 1000 mg, susu rendah lemak, roti rendah garam dan mentega bebas garam. Pasien yang diit natrium harus diingatkan untuk tidak meminum obat – obat tanpa resep seperti antasida, sirup obat batuk, pencahar, penenang atau pengganti garam, Karena produk tersebut mengandung natrium atau jumlah kalium yang berlebihan. Pemberian diuretik dalam dosis besar dan berulang juga dapat mengakibatkan hipokalemia, ditandai

dengan denyut nadi lemah, suara jantung menjauh, hipertensi, otot kendor, penurunan reflek tendon dan ketahanan umum. Hipokalemia menambah masalah baru pada pasien jantung, karena komplikasi yang dapat muncul, hipokalemia adalah kelemahan kontraksi jantung yang mencetuskan keracunan digitalis pada individu yang mendapat digitalis, keduanya meningkatkan terjadinya disritmia. Pengkajian elektrolit berkala terhadap adanya hipokalemia dan hiponatremia. Untuk mengurangi resiko hipokalemia dan komplikasi yang menyertainya, maka pasien yang mendapat pengobatan diuretik harus diberi tambahan kalium (kalium klorida). Pisang, jus jeruk, plum kering, kismis, aprikot, kurma, persik dan bayam adalah sumber kalium dalam diet (Smeltzer, 2001).

Tirah baring penting bagi pengobatan *congestive heart failure* tahap akut dan sulit disembuhkan. Karena melalui inaktivitas, kebutuhan pemompaan jantung diturunkan. Juga menurunkan beban kerja dengan menurunkan volume intravaskuler melalui induksi diuresis berbaring. Sehingga jumlah darah yang ada untuk dipompakan oleh jantung (*pre load*), kompensasi jantung dapat ditingkatkan (Hudak, 1997).

Diuretik menyebabkan perubahan elektrolit serum (kalium dan klorida). Untuk itu, pengaturan elektrolit serum penting (Hudak, 1997).

Bila ginjal mendeteksi adanya penurunan volume darah yang ada untuk filtrasi, ginjal berespon dengan menahan natrium dan air untuk meningkatkan volume darah sentral dan aliran balik vena. Pada peningkatan volume sirkulasi darah dan aliran balik vena ke jantung, terdapat peningkatan pada panjang serat diastolik akhir (dilatasi) dalam batas teretentu, peningkatan isi sekuneup dan curah jantung. Pada *congestive heart failure*, peningkatan volume sirkulasi dapat menjadi beban yang terlalu besar bagi ventrikel dan kegagalan dapat menjadi lebih buruk (Hudak, 1997).

Kognitif

Definisi

Kognitif adalah perolehan, penataan dan penggunaan pengetahuan yang meliputi setiap perilaku mental yang berhubungan dengan pemahaman, pertimbangan, pengolahan informasi, pemecahan masalah, kesenjangan dan keyakinan (Herawani, 2001).

Cognitive support (Informasi) adalah keterangan atau pemberitahuan atau berita (Tim Penyusun Kamus Pusat Pembinaan & Pengembangan Bahasa, 1996).

Untuk dapat menyajikan informasi yang terpilih maka harus diketahui sifat – sifat informasi yaitu: 1) Informasi

yang relevan yaitu informasi yang ada hubungannya dengan atau ada kepentingannya bagi sipenerima, sedangkan informasi yang tidak relevan yaitu informasi yang tidak ada atau sedikit sekali kepentingan bagi sipenerima. 2) Informasi dapat berguna dan kurang berharga. 3) Informasi dapat tepat waktunya apabila dapat mencapai sipenerima sebelum ia melakukan pengambilan keputusan. Tetapi jika informasi tersebut terlambat datangnya setelah keputusan diambil, maka informasi tersebut tidak tepat waktunya. 4) Informasi dapat valid jika informasi itu benar. Tetapi dapat tidak valid jika informasi yang diberikan kepada seseorang merupakan informasi yang keliru (Wijaya, 1993).

Fungsi informasi yaitu sebagai bahan baku untuk mengambil keputusan, di mana setiap orang dalam setiap saat akan mengambil keputusan yang tepat memerlukan informasi yang relevan, berguna, tepat, dan benar (Wijaya, 1993).

Pembentukan Kognitif

Kognitif dapat dibentuk oleh suatu informasi dan pengetahuan (Soedirham, 1997).

Perubahan pembentukan kognitif umumnya dimulai dengan perubahan – perubahan dalam keinginan dan informasi. Bahwa informasi baru yang diperoleh seseorang dapat terjadi perubahan dalam pemikirannya. Ini suatu permulaan untuk memahami perbuatan kognitif (Krech, 1996).

Pertama, informasi baru yang sama tersebut menyebabkan perubahan – perubahan yang amat berbeda dalam kognisi yang serupa. Terdapat hubungan antara efektifitas informasi dalam menimbulkan perubahan kognitif dan multikompleksitas, penyesuaian dan antar kaitan dari sistem kognitif yang sudah ada sebelumnya (Krech, 1996).

Kedua, perubahan dalam keinginan individu. Bahwa terdapat kaitan antara keinginan, tujuan dan hambatan terhadap perubahan kognitif. Sifat perubahan kognitif memungkinkan individu untuk menyingkirkan hambatan dan mencapai tujuan mulai yang sederhana sampai yang kompleks (Krech, 1996). Tahap – tahap pembentukan kognitif:

1) Kognisi Dan Struktur Kognitif

Kognisi adalah proses sentral yang menghubungkan peristiwa – peristiwa di eksternal dan internal diri – sendiri. Kognisi adalah elemen – elemen kognitif, yaitu hal – hal yang diketahui oleh seseorang tentang dirinya sendiri, tingkah lakunya, dan keadaan di sekitarnya. Kognisi adalah proses yang mengubah, mereduksi, memperinci,

menyimpan, mengungkapkan, dan memakai setiap masukan yang datang dari alat indera (Sarwono, 1995).

Struktur kognitif adalah serangkaian sifat – sifat yang terorganisir yang digunakan oleh individu untuk mengidentifikasi dan mendiskriminasi suatu objek atau peristiwa tertentu. Struktur kognitif adalah struktur yang terdiri dari elemen – elemen berupa ide – ide yang secara sadar dipertahankan oleh seseorang atau satu set ide – ide yang dipertahankan oleh orang yang bersangkutan dan setiap waktu tersedia bagi kesadaran (Sarwono, 1995).

2) Rangsang

Rangsang ada tiga macam, berdasarkan elemen dari proses penginderaan, yaitu: 1) Rangsang yang merupakan objek dalam bentuk fisiknya (rangsangan distal). 2) Rangsang sebagai keseluruhan hal yang tersebar dalam lapang proksimal (belum menyangkut proses system saraf). 3) Rangsang sebagai representasi fenomenal (gejala yang dikesankan) dari objek yang ada di luar (Sarwono, 1995).

3) Respon

Respon adalah proses pengorganisasian rangsang. Rangsang proksimal diorganisasikan sedemikian rupa sehingga terjadi representasi fenomenal dari rangsang proksimal itu. Pada individu telah mempunyai unit untuk merespon informasi yang dibuat khusus untuk menangani representasi fenomenal dari keadaan di luar yang ada dalam diri individu (lingkungan internal). Lingkungan internal digunakan memperkirakan peristiwa yang terjadi di luar (Sarwono, 1995).

4) Arti

Arti adalah konsep utama dalam teori kognitif dan memainkan peran dalam menerangkan tentang segala proses psikologi yang kompleks. Atau arti adalah hasil dari proses belajar yang berwujud gejala idiosinkrasi. Dalam proses belajar, arti yang terpendam dalam simbol – simbol dikonversikan dalam isi kognitif yang berbeda – beda. Perubahan dari struktur kognitif yang disebabkan oleh masuknya isi baru inilah yang menimbulkan arti yang baru. Adanya proses fisiologi (saraf) dalam peristiwa tersebut di atas, menyatakan bahwa proses fisiologi itu dengan timbulnya arti yang baru tidak ada hubungan sebab akibat (Sarwono, 1995).

Faktor Yang Mempengaruhi Kognitif

Faktor yang mempengaruhi kognitif yaitu: 1) Memberi perhatian pada penilaian stress meliputi: seberapa besar bahaya yang dihadapi, apa yang harus dilakukan untuk mengatasi hal tersebut, dan konsekuensi yang akan terjadi. 2) Mekanisme koping untuk mengatasinya antara lain:

tindakan langsung pada stress yang timbul (mengurangi atau menghilangkan), modifikasi respon internal individu terhadap stimulus. (Niven, 2000). Faktor yang lain yaitu dukungan sosial sebagai kognitif terdiri dari informasi atau nasehat verbal dan non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Gottlieb, 1983).

Meningkatkan Kognitif

Kognitif dapat ditingkatkan oleh perubahan keyakinan, perubahan emosi dan perubahan perilaku (Abraham, 1997). Cara lain dengan pendekatan sosial kognitif misalnya perilaku kesehatan yaitu dengan usaha mencari cara menerangkan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan dimulai dari pertimbangan orang – orang mengenai kesehatan. Juga melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari keyakinan atau penilaian kesehatan (Smet, 1994).

Koping

Definisi

Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1998).

Pembentukan Koping

Perilaku koping terbentuk melalui perubahan cara berpikir (kognitif), perubahan perilaku atau lingkungan yang bertujuan untuk menyelesaikan stress yang dihadapi (Keliat, 1998). Perilaku koping juga terbentuk melalui proses belajar, mengingat dan relaksasi. Belajar di sini adalah kemampuan menyesuaikan diri (adaptasi) pada pengaruh faktor internal dan eksternal (Nursalam, 2003; Putra, 2003). Tahap – tahap pembentukan koping yaitu:

1) Input

Input berasal dari internal individu dan diidentifikasi sebagai suatu stimulus yang merupakan unit informasi, kejadian atau energi dari lingkungan. Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu direpson sebagai suatu input dalam system adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut tergantung dari stimulus yang didapat berdasar kemampuan individu. Tingkat respon antara individu sangat unik dan bervariasi tergantung pengalaman yang didapat sebelumnya, status kesehatan dan stressor yang diberikan (Nursalam, 2003).

2) Proses

Mekanisme koping digunakan untuk menjelaskan proses

kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Beberapa mekanisme koping adalah genetik, misalnya sel – sel darah putih dalam melawan bakteri yang masuk dalam tubuh. Mekanisme lainnya adalah penggunaan antiseptik mengobati luka. Mekanisme tersebut terdiri dari sistem regulator dan kognator (Nursalam, 2003).

Sistem regulator mempunyai komponen input, proses internal dan output. Stimulus input berasal dari dalam atau luar individu. Perantara sistem regulator dinamakan kimiawi, saraf atau endokrin. Reflek otonomik, sebagai respon neural berasal dari batang otak dan spinal cord, diartikan sebagai perilaku output dari sistem regulasi. Organ target (endokrin) dan jaringan di bawah kontrol endokrin juga memproduksi perilaku output regulator, yaitu terjadinya juga peningkatan ACTH kemudian diikuti peningkatan kadar kortisol darah. Banyak proses fisiologis dapat diartikan sebagai perilaku subsistem regulator. Contoh proses regulator terjadi ketika stimulus eksternal divisualisasikan dan ditransfer melalui saraf mata menuju pusat saraf otak dan pada bagian bawah pusat saraf otonomik. Saraf simpatetik dari bagian ini mempunyai dampak yang bervariasi pada visseral, termasuk peningkatan tekanan darah dan *heart rate*. Proses ingatan jangka panjang yang terjadi pada keadaan stress yang kronis menimbulkan perubahan adaptasi dari jaringan atau sel. Adaptasi jaringan atau sel imun memiliki hormon kortisol terbentuk bila dalam waktu lain menderita stress (Nursalam, 2003).

Sistem kognator. Stimulus terhadap subsistem kognator juga berasal dari faktor internal dan eksternal. Perilaku *output* subsistem regulator dapat menjadi umpan balik terhadap stimulus subsistem kognator. Proses control kognator mempunyai kontrol berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan dan emosi. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan. Belajar berhubungan dengan proses imitasi atau meniru dan *reinforcement*. Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan merupakan proses internal yang berhubungan dengan keputusan dan khususnya emosi untuk mencari kesembuhan, dukungan yang efektif dan kebersamaan. Dalam mempertahankan integritas seseorang, regulator dan kognator bekerja secara bersamaan. Tingkat adaptasi seseorang sebagai suatu sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkat rangsangan di mana individu dapat merespon secara positif. Mekanisme belajar merupakan proses di dalam sistem adaptasi yang meliputi mempersepsikan suatu informasi dalam bentuk implisit atau eksplisit. Belajar implisit bersifat reflektif dan tidak memerlukan kesadaran. Ini ditemukan pada perilaku

kebiasaan, sensitisasi dan keadaan (Nursalam, 2003).

3) Efektor

Proses internal yang terjadi pada individu sebagai sistem adaptasi disebut sistem efektor. Empat efektor atau gaya adaptasi tersebut meliputi: fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Mekanisme regulator dan kognator bekerja pada mode tersebut. Perilaku yang berhubungan dengan mode tersebut merupakan manifestasi dari tingkat adaptasi individu dan mengakibatkan penggunaan mekanisme koping. Dengan mengobservasi perilaku seseorang berhubungan dengan model adaptasi, dapat mengidentifikasi adaptif atau ketidakefektifan respon sehat dan sakit (Nursalam, 2003).

4) Output

Perilaku seseorang berhubungan dengan metode adaptasi. Koping yang tidak konstruktif berdampak pada respon sakit (maladaptif). Jika seseorang masuk pada zona maladaptif maka ia mempunyai masalah adaptasi (Nursalam, 2003).

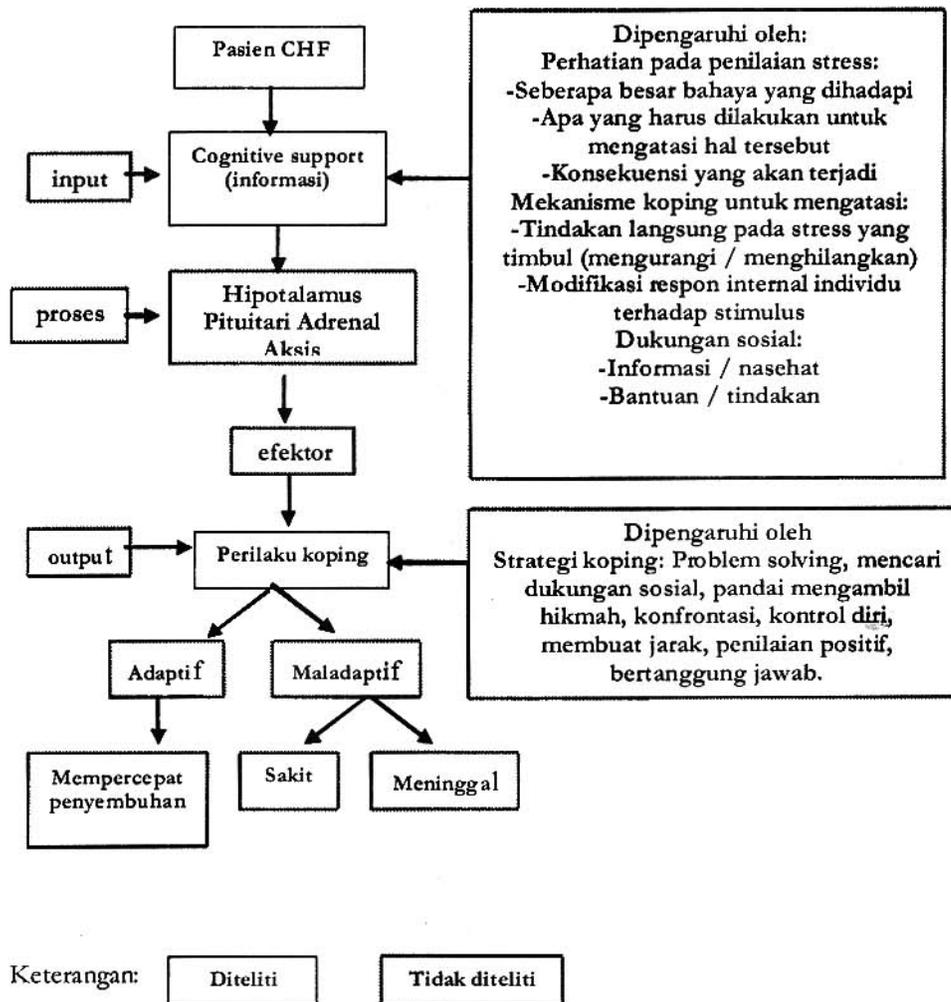
Faktor Yang Mempengaruhi Koping

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan koping yaitu koping yang sesuai dengan jenis stress dan situasi (Ruther, 1983). Bahwa keberhasilan koping lebih tergantung pada penggabungan strategi koping yang sesuai dengan ciri masing – masing kejadian yang penuh stress, dari pada mencoba menemukan satu strategi koping yang paling berhasil. Faktor lain yaitu strategi koping misalnya: konfrontasi, mencari dukungan sosial, merencanakan pemecahan masalah. Strategi koping lainnya memfokuskan pada pengaturan emosi misalnya: kontrol diri, membuat jarak, penilaian kembali secara positif, menerima tanggung jawab dan menghindar (Taylor, 1991). Strategi koping yang lain yaitu: problem solving, mencari dukungan sosial, pandai mengambil hikmah (Putra, 2003).

Meningkatkan Koping

Dengan cara meningkatkan dukungan sosial, meningkatkan kontrol pribadi atau kontrol yang dirasakan, mengatur kehidupan yang lebih baik (misal pengaturan waktu), mempersiapkan diri terhadap kejadian yang penuh stress, fitness, modifikasi perilaku (Leventhal, 1983; Safarino, 1990; Taylor, 1991).

Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 kerangka konseptual Pengaruh Pemberian *Cognitive Support* Terhadap Koping Pada Pasien *Congestive Heart Failure*.

Pasien gagal jantung diberikan *cognitive support* (informasi) yang mana informasi tersebut dipengaruhi oleh: 1) Perhatian pada penilaian stress yang meliputi seberapa besar bahaya yang dihadapi, apa yang harus dilakukan untuk mengatasi hal tersebut dan konsekuensi yang akan terjadi. 2) Mekanisme koping untuk mengatasi tindakan langsung pada stress yang timbul (mengurangi atau menghilangkan) dan memodifikasi respon internal individu terhadap stimulus. 3) Dukungan sosial meliputi: informasi atau nasihat dan tindakan.

Kemudian setelah pemberian informasi, perilaku koping terbentuk melalui perubahan cara berpikir, perubahan perilaku atau lingkungan yang bertujuan untuk menyelesaikan stress yang dihadapi serta untuk mempertahankan keseimbangan atau homeostasis yang dikontrol oleh saraf dan endokrin yang dikenal dengan hipotalamus pituitary adrenal aksis. Di mana tahap –

tahap pembentukan koping melalui input, proses, efektor dan output. Perilaku koping tersebut dipengaruhi oleh strategi koping yang sesuai dengan ciri masing – masing kejadian yang penuh stress meliputi *problem solving*, mencari dukungan social dan pandai mengambil hikmah.

Sehingga koping yang timbul adalah adaptif yang dapat mempercepat penyembuhan serta maladaptif yaitu koping yang tidak konstruktif berdampak pada respon sakit bahkan meninggal.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian eksperimental dan rancangan penelitian *pra-eksperiment (One-Group Pratest-Posttest Design)* yaitu suatu kelompok sebelum dikenai perlakuan tertentu diberi

pre-test, setelah perlakuan diadakan *post-test* lagi untuk mengetahui akibat dari perlakuan (Nursalam, 2003).

Cara pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* (berurutan) yaitu pemilihan sampel dengan menempatkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu (Sastroasmoro & Ismail, 1995).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Penelitian tentang pengaruh pemberian *cognitive support* (informasi) terhadap koping pada pasien *congestive heart failure* di Bagian / SMF Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah RSUD Dr Soetomo Surabaya mulai tanggal 23 Desember 2004 sampai dengan 8 Januari 2005 dengan jumlah sampel dari perhitungan rumus adalah sebanyak 23 orang.

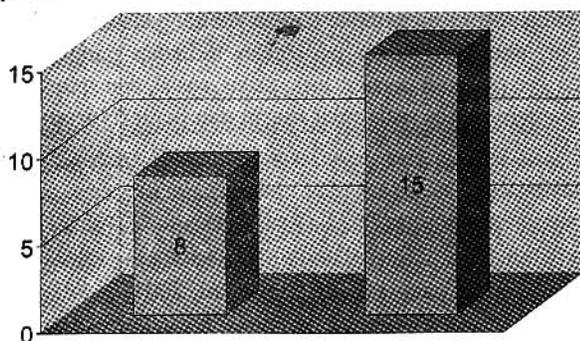
Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSU Dr Soetomo Surabaya merupakan RSU tipe A pusat rujukan untuk daerah Propinsi Jawa Timur dan juga sebagai RS pendidikan yang bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian diadakan di Bagian / SMF Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah RSUD Dr Soetomo Surabaya, yang terdiri dari ruang kelas 1,2, dan 3.

Karakteristik Data Umum

1) Jenis Kelamin

Pengelompokan berdasarkan jenis kelamin responden yaitu:

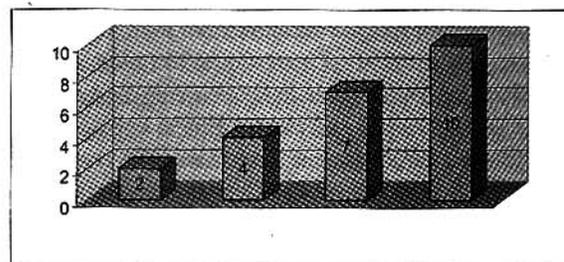


Gambar 5.1 diagram batang jenis kelamin pada responden di ruang Kardiologi RSUD Dr Soetomo Surabaya Desember 2004 sampai dengan Januari 2005.

Dari diagram di atas tampak responden yang mempunyai jenis kelamin laki – laki sebanyak 15 orang (65.22 %).

2) Usia

Pengelompokan berdasarkan usia responden yaitu:

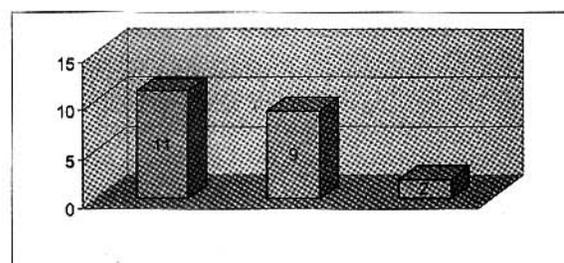


Gambar 5.2 diagram batang usia pada responden di ruang Kardiologi RSUD Dr Soetomo Surabaya Desember 2004 sampai dengan Januari 2005.

Dari diagram di atas tampak responden lansia masa senium (≥ 65 tahun) sebanyak 10 orang (43.50 %).

3) Pendidikan

Pengelompokan berdasarkan pendidikan responden yaitu:



Gambar 5.3 diagram batang pendidikan pada responden di ruang Kardiologi RSUD Dr Soetomo Surabaya Desember 2004 sampai dengan Januari 2005.

Dari diagram di atas tampak sebagian besar responden adalah berpendidikan SD sebanyak 11 orang (47.83 %).

Variabel Yang Diukur

1) Identifikasi Koping Pasien *Congestive Heart Failure*

Hasil yang diperoleh dari perhitungan dengan menggunakan uji *wilcoxon sign rank test* pada *mean* (rata – rata) untuk *pre test* = 19.96, hal ini menunjukkan pada *pre test* koping pasien *congestive heart failure* yang dihasilkan adalah maladaptif (dengan penilaian: 1 – 30). Sedangkan pada *post test* = 55.74, hal ini menunjukkan pada *post test* koping pasien *congestive heart failure* yang dihasilkan adalah adaptif (dengan penilaian: 31 – 60).

Pengaruh Pemberian *Cognitive Support* (informasi) Terhadap Koping Pada Pasien *Congestive Heart Failure*

Hasil yang diperoleh dari perhitungan menggunakan uji *wilcoxon sign rank test* adalah $z = -4.210^*$ dan $p = 0.000$ ($p < 0.05$), sehingga H_0 ditolak. Artinya terdapat pengaruh pemberian *cognitive support* (informasi) terhadap koping pasien *congestive heart failure*.

Pembahasan

Identifikasi Koping Pasien *Congestive Heart Failure*

1) *Pre test*

Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan uji *wilcoxon sign rank test* pada *pre test* didapatkan koping yang maladaptif oleh karena kurang informasi.

Bahwa koping maladaptif pasien *congestive heart failure* dengan informasi tidak adekuat akan cenderung gelisah, cemas karena sulit bernapas. Pasien cemas tidak mampu beristirahat cukup dan stres mengakibatkan vasokonstriksi, tekanan arteri meningkat, denyut jantung cepat. Ketidaknyamanan yang dialami merupakan manifestasi dari stres. Stres yang dialami akan memberikan pengaruh besar pada penurunan respon imun, hal ini dibuktikan Robert Ader (1885) bahwa penderita yang mengalami kegoncangan jiwa akan mudah terserang penyakit, karena pada kondisi stres akan terjadi penekanan sistem imun (Smeltzer, 2001).

Pada jenis kelamin perempuan (khususnya melankolis) mempunyai koping yang maladaptif sehingga lebih rentan terhadap penyakit (Putra, 2003).

Pada usia yang semakin tua menunjukkan adanya penurunan atau gangguan daya ingat dan konsentrasi serta kesulitan psikomotor (Smet, 1994).

Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, melalui poros hipotalamus hipofisis adrenal, bahwa stres psikologis akan berpengaruh pada hipotalamus, kemudian hipotalamus akan mempengaruhi hipofise sehingga hipofise akan mengekskresikan ACTH (*adrenal cortico tropic hormone*) yang akhirnya dapat mempengaruhi kelenjar adrenal, di mana kelenjar ini menghasilkan kortisol (Putra, 1999).

Apabila stres yang dialami sangat tinggi, maka kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol dalam jumlah banyak sehingga dapat menekan sistem imun. Adanya penekanan sistem imun inilah nampaknya akan berakibat pada penghambatan proses penyembuhan (Clancy, 1998).

Selye (1956) mengenalkan teori "sindroma stres" dan mengatakan bahwa sindrom ini timbul sebagai respon terhadap semua stimulus yang mengakibatkan stres. Respon tubuh terhadap stimulus yang mengakibatkan stres terjadi dalam tiga tahap yang disebut *general adaptation syndrome*. 1) Tahap reaksi peringatan, yaitu efek aktivasi sistem saraf autonom dan adanya penurunan resistensi tubuh terhadap stres. Jika stres awal terlalu berat, organisme dapat mati pada tahap ini. 2) Tahap

resistensi. Hipofisis terus mengeluarkan ACTH untuk merangsang korteks adrenal untuk mensekresi glukokortikoid, yang penting untuk resistensi terhadap stres. Resistensi terhadap stres yang khusus meningkat dan kemudian respon akan hilang. Banyak penyakit yang berhubungan dengan stres timbul pada tahap ini. Mungkin berhubungan dengan efek dari hormon glukokortikoid yang menghambat pembentukan antibodi dan menurunkan pembentukan sel darah putih. 3) Tahap kelelahan. Jika stres yang khusus tersebut terus berlanjut, kemampuan tubuh untuk menahannya dan untuk menghindari stres yang lain pada akhirnya akan gagal (Niven, 2000).

2) *Post test*

Berdasarkan hasil penelitian dengan perhitungan menggunakan uji *wilcoxon sign rank test* pada *post test* didapatkan koping yang adaptif.

Berdasarkan teori bahwa pada pasien *congestive heart failure* dengan koping adaptif akan memberikan kenyamanan fisik, menghindari situasi yang cenderung menyebabkan cemas, agitasi dapat membantu pasien untuk rileks (Smeltzer, 2001).

Apabila mekanisme koping berhasil, maka akan dapat beradaptasi terhadap perubahan tersebut. Mekanisme koping dapat dipelajari sejak awal timbulnya stresor dan menyadari dampaknya. Kemampuan koping individu tergantung dari temperamen, persepsi, kognisi, latar belakang budaya dan norma di mana dia dibesarkan. Mekanisme koping terbentuk melalui proses belajar dan mengingat. Belajar adalah kemampuan menyesuaikan diri (adaptasi) pada pengaruh faktor internal dan eksternal. Koping adaptif menempati tempat sentral pada ketahanan tubuh dan daya tahan penolakan terhadap gangguan, serangan penyakit bersifat fisik, psikis, sosial, dan spiritual. Perhatian koping pada sakit ringan dan berat (Nursalam, 2003).

Tingkat pendidikan berpengaruh pada penerimaan penyuluhan untuk merubah perilaku seseorang sehingga timbul koping yang adaptif (Herawani, 2001).

Pandangan tentang jenis kelamin mengisyaratkan bahwa perbedaan biologis akan bertanggung jawab pada perbedaan dalam pola perilaku (Abraham, 1997).

Lipowski membagi koping menjadi: 1) *Coping style*: mekanisme adaptasi individu meliputi psikologis, kognitif, dan persepsi. Sifat *coping style* mengurangi makna konsep yang dianut, misal penolakan atau pengingkaran yang bervariasi yang tidak realistis atau berat (psikotik) hingga tingkatan sangat ringan. 2) *Coping strategy* adalah koping

yang digunakan secara sadar dan terarah dalam mengatasi sakit atau stresor yang dihadapinya. Terbentuk melalui proses belajar dan relaksasi. Apabila individu mempunyai mekanisme koping yang efektif dalam menghadapi stresor, maka stresor tidak akan menimbulkan stres yang berakibat kesakitan (*disease*), tetapi stresor justru menjadi stimulan yang mendatangkan *wellness* dan prestasi (Putra, 2003).

Dalam membantu koping pasien, perlu mengkaji keefektifan perilaku koping pasien dan dukungannya, membantu pasien memodifikasi koping atau mengajarkan perilaku koping baru. Perilaku koping dapat langsung mengurangi stres penyakit atau ansietas, sehingga perlu mengevaluasi tiap perilaku apakah berfungsi untuk memulihkan ke keadaan menetap (Hudak, 1997).

Strategi koping dalam menanggulangi dan mengurangi stres yaitu: 1) Strategi pemecahan masalah. 2) Mencoba untuk melepaskan dan meletakkan sesuatu dalam perspektif (sebenarnya). 3) Menjaga masalah pada diri sendiri. 4) Melibatkan diri sendiri dalam pekerjaan dan bekerja lebih keras dalam waktu yang lebih lama. 5) Menerima pekerjaan apa adanya dan mencoba agar pekerjaan tersebut tidak menyedihkan anda. 6) Strategi pasif. Kategori koping yang digunakan individu dalam menanggulangi stres yaitu: koping yang berfokus pada emosi (mengubah perasaan – perasaan) dan koping yang berfokus pada masalah (pemecahan sumber stres) (Abraham, 1997).

Kategori respon koping adaptif antara lain: kognitif aktif berfokus pada emosi, koping kognitif aktif berfokus pada masalah, dan koping perilaku aktif berfokus pada masalah, serta penghindaran berfokus pada emosi (Niven, 2000).

Langkah yang dilakukan untuk penyesuaian diri terhadap stres adalah: 1) Menilai situasi stres, yaitu menggolongkan jenis stres, memperkirakan bahayanya. 2) Merumuskan alternatif tindakan yang dapat dilakukan dan menentukan tindakan. 3) Melakukan tindakan. 4) Melihat *feedback* (Slamet, 2003).

Analisa Pengaruh Pemberian *Cognitive Support* (informasi) Terhadap Koping Pasien *Congestive Heart Failure*

Berdasarkan hasil penelitian dengan perhitungan menggunakan uji *Wilcoxon sign rank test* bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara pemberian *cognitive support* (informasi) terhadap koping pada pasien *congestive heart failure*.

Hal ini sesuai dengan teori – teori yang berorientasi kognitif, bahwa teori tersebut menitikberatkan pada proses – proses sentral (misalnya: sikap atau perilaku, ide, harapan) untuk menerangkan tingkah laku atau perilaku koping. Menurut teori – teori konsistensi kognitif, bahwa teori kognitif berpangkal pada sebuah posisi umum, yaitu bahwa kognisi (informasi dan kesadaran) yang tidak konsisten dengan kognisi – kognisi lain menimbulkan keadaan mekanisme koping psikologik yang tidak menyenangkan dan keadaan ini mendorong orang untuk bertingkah laku agar tercapai konsistensi antar kognisi – kognisi tersebut, yang akan menimbulkan rasa senang (Sarwono, 1995).

Disonansi (*dissonance*) bahwa antara elemen – elemen kognitif terjadi hubungan yang tidak pas yang menimbulkan disonansi (kejanggalan) kognitif, sehingga timbul desakan untuk mengurangi disonansi tersebut dan menghindari peningkatannya. Hasilnya berupa perubahan – perubahan pada kognisi, perubahan perilaku, dan menghadapkan diri pada informasi dan pendapat – pendapat baru yang sudah diseleksinya. Disonansi akan mendorong pencarian informasi – informasi baru. Kalau kadar disonansi pada taraf menengah, maka usaha pencarian informasi baru akan mencapai taraf maksimal (Sarwono, 1995).

Menggunakan informasi untuk membentuk gambaran kognitif dari kesakitan, untuk mengenalkan pasien bahwa ansietas melibatkan respon fisiologis seperti telapak tangan berkeringat, meningkatkan denyut jantung, otot menegang, dan interpretasi arti respon, jika pasien dapat diajarkan menggunakan tanda – tanda fisiologis ansietas sebagai tanda – tanda untuk menggunakan teknik koping, pengalaman ansietas dapat berkurang (Niven, 2000).

Informasi baru yang diperoleh seseorang, dapat terjadi perubahan – perubahan dalam pemikirannya. Informasi baru yang sama dapat menyebabkan perubahan yang amat berbeda dalam kognisi yang serupa. Informasi baru menyebabkan perubahan dalam keinginan individu. Perubahan keinginan individu dan informasinya saling berkaitan. Jika orang memperoleh keinginan baru, mereka terdorong mencari informasi baru untuk mengetahui lebih banyak mengenai suatu masalah, dapat timbul keinginan baru sehingga akan mendorong mereka untuk mengetahui lebih banyak lagi (Smet, 1994).

Pada pendidikan seseorang yang semakin tinggi, maka akan mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2003).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Identifikasi Koping Pasien *Congestive Heart Failure*

Pada *pre test* koping pasien *congestive heart failure* menunjukkan koping yang maladaptif. Sedangkan pada *post test* koping pasien *congestive heart failure* menunjukkan koping yang adaptif.

Pasien *congestive heart failure* di Ruang Kardiologi RSU Dr Soetomo sebelum diberi informasi mempunyai koping yang maladaptif.

Terdapat pengaruh yang signifikan pada pemberian *cognitive support* (informasi) terhadap koping pada pasien *congestive heart failure*. Yaitu ada perbedaan koping secara statistik sebelum dan sesudah diberikan informasi, semakin adekuat informasi yang diberikan maka semakin baik atau adaptif koping yang akan terbentuk.

Saran

- 1) Bagi Peneliti
Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pemberian *cognitive support* (informasi) di mana pemberian informasi yang adekuat akan terbentuk koping yang adaptif sehingga dapat mempercepat penyembuhan.
- 2) Bagi Institusi Pelayanan
Dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan terhadap pasien *congestive heart failure*, perawat dan dokter perlu memberikan *cognitive support* (informasi).
- 3) Bagi Tenaga Keperawatan
Sebagai masukan untuk menambah pengetahuan dan wawasan dalam memberikan penyuluhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C. (1997). *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. Jakarta. EGC.
- Chung, EK. Ed. (1988). *Congestive Heart Failure and Pulmonal Edema*. In: Manual of Acute Cardiac Disorders. Boston: Butterworth.
- Clancy, J. (1998). *Basic Concept In Immunology: Students Survival Guide*. New York. The Mc Graw-Hill Companies.
- Cleland, JGF (1994). *The Role of Neurohormonal Activation in Heart Failure*. In: Ball SG, Campbell RWF, Francis GS (eds) International Handbook of Heart Failure. United Kingdom: Arun Print Ltd.
- Cohen & Lazarus, RS. (1983). *Coping and Adaptation in Health and Illness*. In: Mechanic, D, Handbook of Health, Health Care and The Health Professions, London: The Free Press.
- Davies, MK. (1994). *Defining Heart Failure*. In: Ball SG, Campbell RWF, Francis GS (eds) International Handbook of Heart Failure. United Kingdom: Arun Print Ltd.
- Ganong, W. (1998). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Ed. 17. Jakarta. EGC.
- Gottlieb, BH. (1983). *Social Support Strategies, Guidelines for Mental Health Practice*, Sage Publications, Beverly Hills / London.
- Herawani. (2001). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. Jakarta. EGC.
- Hudak, C. (1997). *Keperawatan Kritis: Pendekatan Holistik*. Jakarta. EGC.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia / Tim Penyusun Kamus Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa. Ed 2. Jakarta. Balai Pustaka.
- Keliat, B. (1998). *Penatalaksanaan Stress*. Jakarta. EGC.
- Krech, D. (1996). *Individu Dalam Masyarakat. Buku Teks Mengenai Psikologi Sosial*. Jakarta. Pusat Pembinaan dan Pengembangan Bahasa Depdikbud.
- Leventhal, H. (1983). *Behavioral Medicine: Psychology in Health Care*, in: Mechanic, D, Handbook of Health, Health Care and The Health Professions, London: The Free Press.
- Lilly, LS. (1993). *Pathophysiology of Heart Disease*. Philadelphia: Lea & Febringer.
- Niven, N. (2000). *Psikologi Kesehatan: Pengantar Untuk Perawat Dan Profesional Kesehatan Lain*. Ed. 2. Jakarta. EGC.
- Noer. (1999). *Ilmu Penyakit Dalam*. FK Universitas Indonesia.
- Nursalam. (2003). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Ed. 1. Jakarta. Salemba Medika.
- Packer, M. (1992). *Pathophysiology of Chronic Heart Failure*. Lancet.

- Polit, DE & Hunglor, BP. (1993). *Essential Of Nursing Research. Methods. Appraisal, and Utilization*. Ed 3. Philadelphia: JB Lippincolt.
- Price, SA. (1994). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses – Proses Penyakit*. Ed 4. Jakarta: EGC.
- Putra, ST. (1999). *Konsep Psiconeuroimunologi dan Kontribusinya Pada Pengembangan IPTEKDOK*. Makalah. Surabaya. Gramik FK UNAIR.
- Putra, ST. (2003). *Materi Compact Disc: Psiconeuroimunologi dan Metodologi Riset*. Fak Kedokteran UNAIR.
- Robbins, S. (1999). *Buku Saku Dasar Patologi Penyakit*. Ed. 5. Jakarta. EGC.
- Ross, J. (1985). *Heart Failure, Hypertrophy and Other Abnormal Caediacirculatory State. Cardiovasculer system*. In: West JB (ed). *Best and Tailors Physiological Basis of Medical Practice*. Baltimore: Williams & Witkins.
- Ruther, M. (1983). *Stress, Coping and Development: Some Lesness and Some Qestions*, In: Garmezy, N & Ruther, M, (ed), 1983, *Stress, Coping and Development in Children*, New York: Mc Grawhill Book Company.
- Safatino, EP. (1990). *Heath Psychologi: Biopsichosocial Interactions*, New York: John & Sons.
- Sarwono, SW. (1995). *Teori – Teori Psikologi Sosial*. Ed 2. Jakarta. PT Raja Grafindo Persada.
- Sastroasmoro & Ismail. (1995). *Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta. Binarupa Aksara.
- Slamet, S. (2003). *Pengantar Psikologi Klinis*. Jakarta. UI Press.
- Smeltzer, S. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal – Bedah Brunner Dan Suddarth*. Ed. 8. Jakarta. EGC.
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta. PT Grasindo.
- Taylor, SE. (1991). *Health Psychology*, New York: Mc Graw Hill, Inc.
- Vinson, JM. (1990). *Early Readmission of Eldery Patients With Congestive Heart Failure*. J Am Geriatr Soc.
- Wijaya, AW.(1993). *Komunikasi: Komunikasi Dan Hubungan Masyarakat*. Ed 1. Jakarta. Bumi Aksara.
- Young, JB. (1995). *Contemporary Management of Patient With Heart Failure*. Med Clin N Amer.