

---

# DUKUNGAN KELUARGA MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE DI RUMAH SAKIT

<sup>1</sup>Imas Yoyoh, <sup>2</sup>Eriyono Budi Wijoyo, <sup>3</sup>Elly Purnamasari, <sup>3</sup>Popy Irawati, <sup>3</sup>Ahmad Burhanudin

<sup>1</sup>Universitas Muhammadiyah Tangerang, Jl. Perintis Kemerdekaan Cikokol

<sup>2</sup>Prodi Ners, Universitas Muhammadiyah Tangerang, Jl. Perintis Kemerdekaan Cikokol

<sup>3</sup>Prodi Sarjana Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Tangerang, Jl. Perintis Kemerdekaan Cikokol, [perawatners@gmail.com](mailto:perawatners@gmail.com)

---

## INFORMASI ARTIKEL:

---

### Riwayat Artikel:

Tanggal di Publikasi: Desember 2021

---

### Kata kunci:

Dukungan keluarga

Kualitas hidup

Gagal jantung kongestif

## ABSTRAK

---

Jumlah 17,5 juta jiwa atau setara dengan 31% dari angka kematian di dunia disebabkan oleh penyakit jantung. Sedangkan 7,2 % penduduk Indonesia menderita penyakit jantung. Fenomena kematian pasien *Congesive Heart Failure* di Rumah Sakit Mayapada Tangerang juga meningkat 5% setiap tahun seiring dengan bertambahnya usia pasien, dengan jumlah kematian terbanyak terjadi pada pasien laki-laki dibandingkan dengan pasien *Congesive Heart Failure* pada pasien wanita. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien *Congesive Heart Failure* di Rumah Sakit Mayapada Tangerang. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian survey yang bersifat deskriptif dan desain *Cross Sectional*. Jumlah sampel sebanyak 101 orang responden. Hasil analisis tabulasi silang, menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga tergolong sudah baik dan kualitas hidup juga sudah baik. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,017$  dan Odds Rasio 3,27 (1,32-8,13), sehingga dapat disimpulkan ada hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien *Congesive Heart Failure* di Rumah Sakit Mayapada Tangerang. Hasil penelitian ini diharapkan perawat dapat melaksanakan peran sebagai edukator saat di poliklinik, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kualitas hidup pasien yang terdiagnosis gagal jantung.

---

## PENDAHULUAN

Penyakit jantung masih menjadi penyebab kematian nomor satu didunia. Menurut Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization*), sedikitnya 17,5 juta setara dengan 31% dari angka kematian di dunia disebabkan oleh penyakit jantung (WHO, 2016). Di Indonesia penyakit jantung menempati nomor satu penyebab kematian salah satunya *CHF* (*Congestive Heart Failure*) dan memiliki angka yang cukup tinggi berdasarkan data yang dilakukan oleh Kemenkes pada tahun 2015, prevalensi penyakit gagal jantung sendiri diperkirakan sekitar 229.696 atau sebesar 0,13% dan sekitar 0,3 atau 530.068 orang dengan gejala atau diagnosis tersebut oleh dokter pada tahun 2013.

Data Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan Indonesia tahun 2015 yaitu terdapat 7,2 % penduduk Indonesia menderita penyakit jantung. Sedangkan angka mortalitasnya sebanyak 31,9% di Indonesia disebabkan oleh penyakit kardioserebrovaskuler yaitu penyakit jantung, stroke, dan pembuluh darah perifer. Provinsi Banten merupakan provinsi dengan jumlah terbanyak nomor 3 yaitu sebanyak 43.361 orang, setelah Jawa Timur dengan jumlah 54.826 orang dan Jawa Barat dengan jumlah 45.027 orang dari 33 provinsi yang ada di Indonesia (PUSDATIN, 2019). Sedangkan di Kota Tangerang sendiri untuk prevalensi penyakit gagal jantung tahun 2018 sebesar 0,13% atau diperkirakan sekitar 696 orang sedangkan berdasarkan gejala yang muncul sebesar 0,3% atau diperkirakan sekitar 1.068 orang. Estimasi jumlah pasien penyakit gagal jantung di Kota Tangerang setiap

tahunnya sebanyak 943 orang (0,25%) (Kementrian Kesehatan RI, 2019).

Data mengenai pasien *CHF* yang berkunjung ke Rumah Sakit Mayapada Tangerang yaitu sebanyak 660 pasien pada tahun 2018, kemudian tahun 2019 yang berkunjung ke Rumah Sakit Mayapada Tangerang sebanyak 728 pasien *CHF* atau meningkat 10% dibandingkan tahun 2018. Pasien *CHF* yang berkunjung ke Rumah Sakit Mayapada Tangerang tahun 2019 ada sebanyak 764 pasien atau meningkat 5% dibandingkan tahun 2018. Di samping itu dari data pasien yang menjalani perawatan di ruang rawat inap pada tahun 2019 ditemukan sekitar 75 % dari total pasien yang dirawat merupakan pasien *CHF*. Beberapa di antaranya mengalami hospitalisasi berulang atau kualitas hidup menurun dalam rentang waktu yang berdekatan selang waktu tiga sampai sembilan bulan setelah hospitalisasi sebelumnya. Jumlah pasien *CHF* yang meninggal dengan kualitas hidup buruk pada tahun 2017 sebanyak 33 orang, tahun 2018 sebanyak 36 orang atau meningkat 11% dibandingkan tahun 2017. Kemudian pasien *CHF* yang meninggal tahun 2019 ada sebanyak 42 orang atau meningkat 19% dibandingkan tahun 2018.

Berdasarkan survey pendahuluan yang penulis lakukan dengan melakukan wawancara kepada 10 pasien *CHF* di Rumah Sakit Mayapada Tangerang tentang kualitas hidup diperoleh temuan bahwa sebanyak 6 (60%) pasien mengalami dampak yang cukup serius seperti penurunan kesehatan fisik, yaitu badan terasa lemas, hilangnya kekuatan fisik, merasa nyeri dada, dan pasien mengatakan sering tidak nyenyak saat tidur. Dalam aspek psikologis, mereka

kadang-kadang merasa rendah diri, segala aspek aktifitas mulai terbatas dan kadang membutuhkan bantuan dari orang lain. Dari aspek sosial, pasien merasa senang karena adanya dukungan dari keluarga untuk menjalani perawatan di rumah sakit, memberikan motivasi untuk segera sembuh. Aspek lingkungan dari 10 pasien diketahui 7 (70%) orang sudah menikah dan tinggal bersama pasangan hidupnya, sedangkan anggota keluarga seperti anak, telah mandiri dan tidak hidup satu rumah dengan pasien. Dengan penyakit yang diderita pasien masalah dalam perawatan menjadi persoalan sendiri yang membebankan pasien untuk semangat dalam hidupnya.

Jumlah kematian pasien *CHF* akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia pasien tersebut, dengan jumlah kematian terbanyak terjadi pada pasien laki-laki (71,8%) dibandingkan dengan pasien pada pasien wanita yaitu sebesar (39,1%) (Nadia, Dewa, dan Zullies, 2015). Penelitian Hooley menunjukkan bahwa 20-40% pasien *CHF* akan mengalami gejala depresi, sehingga meningkatkan morbiditas dan mortalitas serta menurunkan kualitas hidup (Hooley *et al.*, 2015). Pasien *CHF* dalam beraktivitas mengalami keterbatasan sehingga dapat menjadi sangat rentan mengalami depresi, stress, cemas, dan sulit mengendalikan emosi. Pasien juga berfikir tentang biaya pengobatan, prognosis penyakitnya, dan lama penyembuhan dapat menyebabkan kualitas hidup pasien *CHF* menurun (*American Heart Association*, 2016). Gejala yang timbul akibat perubahan struktur dan fungsi jantung akan berdampak secara langsung pada status fungsional pasien itu sendiri. Keterbatasan fungsional menjadi suatu hal yang sering terjadi pada pasien *CHF*. Ketidakmampuan pasien *CHF* untuk

beradaptasi terhadap penyakitnya termasuk di dalamnya mengenal secara dini gejala penyakit (seperti sesak nafas, intoleransi aktivitas dan kelelahan) akan mempengaruhi kehidupan yang dijalannya setiap hari (Driscoll, Davidson, Clark, Huang, & Aho, 2015). Peningkatan kualitas hidup pasien *CHF* tidak terlepas dari monitoring secara teratur dan berkelanjutan baik oleh petugas kesehatan maupun keluarga. Ukuran kualitas hidup juga dipengaruhi oleh faktor lain, seperti disfungsi ventrikel kiri, derajat *New York Heart Association* (NYHA), keparahan gagal jantung, resiko mortalitas dan kesehatan mental. Gejala yang ditimbulkan akibat gangguan jantung baik berupa variasi fisik (dyspnea, lelah, edema, kehilangan nafsu makan) maupun psikologis (kecemasan dan depresi) mempengaruhi kualitas hidup (Pelegriano *et al.*, 2015). Faktor yang mempengaruhi aspek psikologis pada pasien *CHF* adalah dukungan keluarga. Dukungan keluarga adalah kehadiran orang lain yang dapat membuat individu percaya bahwa dirinya dicintai, diperhatikan dan merupakan bagian dari kelompok sosial, yaitu keluarga (Sheril dan & Radmacher, 2015). Smet (2015), menyatakan bahwa dukungan keluarga menjadi suatu faktor yang penting yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

Salah satu indikator dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien *CHF* adalah dukungan emosional, dukungan pengharapan, dukungan instrumental dan dukungan informatif. Pentingnya dukungan keluarga juga terlihat dalam hasil penelitian Nolte & Osborne (2013) kualitas hidup pasien *CHF* dapat meningkat salah satunya dengan cara dukungan emosional keluarga. Dukungan keluarga yang tepat akan membantu pasien *CHF* bagaimana

cara merawat penyakitnya dengan lebih baik. Peran aktif keluarga diperlukan dalam mendukung pasien *CHF* yang mandiri, sehingga pasien mampu untuk mengelola penyakitnya (Ibrahim, Taufik, & Abudari, 2016). Penelitian Endar (2018) tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif, menyebutkan bahwa Gagal jantung kongestif merupakan suatu kondisi dimana organ jantung tidak mampu memompa darah keseluruh tubuh secara adekuat. Kondisi ini dapat mengakibatkan sesak nafas, batuk serta mudah lelah, sehingga mengakibatkan intoleransi aktivitas yang berdampak pada kualitas hidup. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan untuk membantu pasien mencapai kondisi yang lebih baik. Hasil penelitian Endar menyebutkan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif dengan nilai  $p\text{-value} = 0,000$ . Penelitian Endar memiliki kelemahan yaitu faktor dukungan keluarga tidak dilakukan secara detail, misalnya tidak diuraikan dukungan keluarga emosional, dukungan instrumental dan dukungan informasi. Sedangkan keterbatasan penelitian Endar yaitu jumlah sampel minimum yang sangat terbatas hanya 30 responden dalam penelitian, sehingga hasil penelitiannya belum mewakili jumlah populasi secara keseluruhan pasien gagal jantung kongestif di Rumah Sakit dan perlu dilakukan penelitian lebih lanjut.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit.

## **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah metode analitik yaitu suatu penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi, selanjutnya melakukan analisis dinamika kolerasi antar fenomena tersebut (Sulistyaningsih, 2014). Menurut Notoatmodjo (2015), penelitian *cross sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika kolerasi antara faktor-faktor resiko atau variabel independen dengan efek atau variabel dependen yang diobservasi atau pengumpulan datanya sekaligus pada suatu saat yang sama. Variabel independen dalam penelitian ini adalah *Dukungan keluarga* dan motivasi diri yang diukur bersamaan dengan variabel dependen yaitu kualitas hidup Pasien CHF. Tempat penelitian dilaksanakan di RS Mayapada Tangerang, pada bulan Juli-Agustus 2020. Populasi dalam penelitian ini yaitu sebanyak 1.009 orang. Sedangkan sample penelitian sebanyak 101 dengan kriteria inklusi yaitu pasien CHF, pasien yang dapat merawat dirinya sendiri, pasien yang tidak ada kontraindikasi, pasien yang dapat membaca dan menulis. Kriteria ekclusinya pasien CHF dengan keterbatasan fisik dan kognitif.

Kuesioner kualitas hidup menggunakan WHOQOL dan kuesioner dukungan keluarga dengan menggunakan Skala Guttman. Rencana analisa data univariat jenis kelamin, Pendidikan, dukungan keluarga, kualitas hidup pasien CHF. Analisa yang digunakan yaitu proporsi dari masing-masing kategori pada variable yang diteliti. Sedangkan analisis bivariat digunakan untuk mencari hubungan antara dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat yang di lakukan

dengan uji *Chi-square* yaitu uji statistik yang di gunakan untuk menguji signifikansi dua variable.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden

Data penelitian dikumpulkan dari 101 pasien *congestive heart failure*. Penilaian diisi oleh responden untuk menilai usia, pendidikan dan pekerjaan pasien *congestive heart failure*. Gambaran tentang karakteristik responden dalam penelitian ini ditunjukkan dalam tabel dibawah ini. Karakteristik responden meliputi usia, pendidikan dan pekerjaan pasien *congestive heart failure* adalah sebagai berikut.

**Tabel 1**  
**Distribusi Frekuensi Usia Pasien**  
***Congestive heart failure* di Rumah**  
**Sakit (n=101)**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia ≤ 30 Tahun	0	0%
31 – 35 Tahun	0	0%
36 – 40 Tahun	30	30%
41 – 45 Tahun	58	57%
46 – 50 Tahun	13	13%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 1 di atas, dari 101 responden, mayoritas pasien *congestive heart failure* berusia antara 41-45 tahun sebanyak 58 orang (57%), usia antara 36-40 tahun sebanyak 30 orang (30%) dan usia 46 – 50 tahun sebanyak 13 orang (13%).

**Tabel 2**  
**Gambaran Karakteristik Responden**  
**Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien**  
***Congestive heart failure* di Rumah**  
**Sakit Tangerang Tahun 2019 (n=101)**

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Perempuan	32	32
Laki-laki	69	68
<b>Jumlah</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 2, diketahui distribusi frekuensi responden pasien *congestive*

*heart failure* di Rumah Sakit berdasarkan jenis kelamin diperoleh gambaran bahwa dari 101 responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 69 responden (68%) dan perempuan sebanyak 32 responden (32%).

**Tabel 3 Distribusi Frekuensi**  
**Pendidikan Pasien *Congestive heart***  
***failed* di Rumah Sakit (n=101)**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pendidikan Tidak Sekolah	0	0%
SD	0	0%
SMP	26	26%
SMA	68	67%
Perguruan Tinggi	7	7%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Sumber : Data primer

Berdasarkan tabel 3 di atas, dari 101 responden, mayoritas pasien *congestive heart failure* berpendidikan SMA sebanyak 68 orang (67%), pendidikan SMP 26 orang (26%) dan perguruan tinggi sebanyak 7 orang (7%).

**Tabel 4**  
**Distribusi Frekuensi Pekerjaan**  
**Pasien *Congestive heart failure* di**  
**Rumah Sakit (n=101)**

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pekerjaan Tidak bekerja	33	33%
Pegawai Swasta	56	55%
PNS	12	12%
Wiraswasta	0	0%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Sumber : Data diolah SPSS Tahun 2020

Berdasarkan tabel 4 di atas, dari 101 responden, mayoritas pasien *congestive heart failure* bekerja sebagai pegawai swasta ada sebanyak 56 orang (55%), tidak bekerja sebanyak 33 orang (33%) dan PNS sebanyak 12 orang (12%). Analisis univariat yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti, yaitu Dukungan keluarga dengan Kualitas hidup pasien *congestive heart failure*.

**Tabel 5 Distribusi Frekuensi Dukungan keluarga di Rumah Sakit (n=101)**

Dukungan keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1. Kurang	28	28%
2. Baik	73	72%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Sumber : Data Primer

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan distribusi frekuensi dukungan keluarga di Rumah Sakit, didapatkan bahwa pasien *congestive heart failure* yang mendapatkan dukungan keluarga dengan baik ada sebanyak 73 orang (72%).

**Tabel 6 Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit (n=101)**

Kualitas Hidup	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1. Rendah	34	34%
2. Tinggi	67	66%
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Sumber : Data Primer

Berdasarkan Tabel 6 menunjukkan distribusi frekuensi kualitas hidup pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit Mayapada Tangerang, didapatkan bahwa pasien *congestive heart failure* yang memiliki kualitas hidup yang tinggi adasebanyak 67 orang (66%).

**Tabel 7 Hubungan dukungan keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit**

Dukungan keluarga	Kualitas Hidup Pasien CHF				Total	P Value	OR 95%CI
	Rendah		Tinggi				
	f	%	f	%			
Kurang	15	54	13	46	28	100	0,017 3,279 (1,32 - 8,13)
Baik	19	26	54	74	73	100	

JUMLAH 34 34 67 66 101 100

Sumber : Data Primer

Hasil analisis dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit, diketahui dari 101 responden, sebanyak 54 (74%)

responden memiliki *dukungan keluarga* yang baik dan kualitas hidup yang tinggi. Sedangkan 13 (46%) responden memiliki dukungan keluarga kurang baik, akan tetapi memiliki kualitas hidup yang tinggi.

Hasil uji statistik *chi square* hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien *congestive heart failure* diperoleh nilai  $p = 0,017$  artinya  $p. value \leq \alpha (0,05)$ , sehingga dapat disimpulkan hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak dan hipotesis alternatif ( $H_a$ ) diterima atau ada hubungan yang signifikan antara *dukungan keluarga* dengan kualitas hidup pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit.

Hasil uji diperoleh nilai OR = 3,279 yang artinya pasien *congestive heart failure* yang memiliki dukungan keluarga baik mempunyai peluang 3 kali kualitas hidup yang lebih tinggi begitupun sebaliknya pasien *congestive heart failure* yang memiliki dukungan keluarga kurang baik mempunyai peluang 3 kali kualitas hidup yang lebih rendah.

## Pembahasan

Hasil penelitian hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit dengan menggunakan uji statistik *chi square*. Hasil analisis menunjukkan bahwa:

Berdasarkan hasil analisis univariat menunjukkan bahwa distribusi frekuensi lebih banyak responden yang memiliki usia 36-45 tahun yaitu sebanyak 64% responden. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian M. Nur Busjra (2014) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien *congestive heart failure* menyebutkan sebagian besar berusia 36-45 tahun. Distribusi penyakit CHF

meningkat pada usia 40 tahun keatas. Hal ini berkaitan dengan proses menua yang menyebabkan peningkatan proses aterosklerosis pada pembuluh darah. Aterosklerosis menyebabkan terganggunya aliran darah ke organ jantung sehingga terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dengan suplai oksigen.

Menurut Azwar (2010) umur merupakan salah satu faktor yang menentukan kematangan seseorang dalam berfikir, bertindak, maupun belajar. Kematangan dalam berfikir seseorang dapat mempengaruhi baik pengetahuan, sikap, maupun praktek seseorang. Tahapan kehidupan seseorang yang dapat memberikan pengalaman yang tidak mudah dilupakan.

Menurut Hou, et al (2014) menyebutkan bahwa usia merupakan faktor risiko utama terhadap penyakit jantung dan penyakit kronis lainnya termasuk di dalamnya gagal jantung. Menurut Karavidas, et al (2010), pertambahan umur dikarakteristikan dengan disfungsi progresif dari organ tubuh dan berefek pada kemampuan mempertahankan homeostasis. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ewika (2017) menunjukkan bahwa CHF paling banyak terjadi pada usia < 60 tahun atau pada kelompok usia dewasa dibanding pada kelompok usia lanjut atau > 60 tahun yaitu dengan persentase 55,55%.

Menurut Elizabeth (2009), umur merupakan usia individu yang dihitung pada saat dilahirkan sampai pada saat ulang tahun. Semakin meningkat usia seseorang maka akan mengalami penurunan sistem imun dan menimbulkan kekhawatiran terhadap kesehatannya. Diketahui juga bahwa 54% pasien dengan akibat gangguan kesehatan berasal dari golongan usia

dewasa akhir menjelang usia lanjut (umur 46-55 tahun) dan golongan ekonomi lemah. Usia diatas 40 tahun merupakan suatu periode kehidupan seseorang yang telah berkembang matang dan utuh (Irmayati, 2017).

Menurut analisa peneliti, seiring dengan bertambahnya usia seseorang beresiko mengalami penyakit gagal jantung dikarenakan semakin bertambahnya usia maka terjadi penurunan fungsi jantung. Umur merupakan salah satu faktor risiko terjadinya gagal jantung, semakin tua seseorang maka akan semakin besar kemungkinan menderita gagal jantung. Hal ini dikarenakan kemampuan tubuh, termasuk otot jantung dan pembuluh darah semakin menurun sehingga kemungkinan untuk menderita gagal jantung meningkat. Pada penelitian ini, peningkatan jumlah penderita terjadi sesuai dengan peningkatan umur. Proporsi umur penderita CHF berdasarkan klasifikasi gagal jantung tertinggi terdapat pada kelompok umur 36-45 tahun.

Berdasarkan hasil analisis univariat untuk jenis kelamin menunjukkan bahwa distribusi frekuensi lebih banyak responden berjenis kelamin Laki-laki sebanyak 68% responden. Hal ini sejalan dengan penelitian Maulidta (2015) dengan judul Gambaran Karakteristik Pasien CHF di Instalasi Rawat Jalan RSUD Tugurejo Semarang. Hasil penelitian menyebutkan pasien yang dirawat lebih banyak berjenis laki-laki sebesar 63,3%. laki-laki memiliki kecenderungan lebih cepat terkena gagal jantung bila dibandingkan dengan perempuan. Responden laki-laki lebih besar dibandingkan dengan responden perempuan dengan proporsi reponden laki-laki perempuan terlindungi oleh hormon estrogen yang mencegah

kerusakan pembuluh darah yang berkembang menjadi proses aterosklerosis.

Penelitian Ditha (2018) tentang karakteristik supportive educative system pada pasien Gagal Jantung diperoleh karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin pasien Gagal Jantung adalah laki-laki. Hal ini selaras dengan Pudiarifanti, N, et al., (2015) menyatakan kejadian gagal jantung lebih banyak laki-laki daripada perempuan. Hal ini berkaitan dengan hormon, hormon estrogen pada perempuan diduga memiliki efek dalam mencegah kejadian gangguan kardiovaskular dengan menurunkan stress oksidatif.

Hal ini juga sesuai dengan teori Semeltzer (2016) yang mengungkapkan bahwa laki-laki memiliki risiko mengalami penyakit jantung koroner 2-3 kali daripada perempuan sebelum menopause hal ini karena laki-laki memiliki kecenderungan lebih cepat terkena gagal jantung dibandingkan dengan perempuan. Menurut analisa peneliti, sebagian besar pasien *congestive heart failure* adalah laki-laki, karena mempunyai resiko lebih besar dari perempuan dan mendapat serangan lebih awal dalam kehidupannya dibandingkan wanita dikarenakan kebanyakan faktor risikonya tidak mau diubah, seperti merokok, alkohol, dan kadar HDL yang lebih rendah, dan sebelum menopause estrogen memberikan perlindungan kepada wanita dari penyakit jantung. Hormon estrogen meningkatkan rasio high density lipoprotein (HDL) yang merupakan faktor pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis.

Berdasarkan hasil analisis univariat menunjukkan bahwa distribusi frekuensi lebih banyak responden yang memiliki pendidikan SLTA sebanyak

67% responden. Hal ini sesuai penelitian Septian (2017) yang berjudul pengaruh *Dukungan keluarga* dengan kualitas hidup pada pasien *congestive heart failure* di RSUD Dr. Mowardi Surakarta. Hasil penelitian menyebutkan bahwa pendidikan tinggi (SMA-PT) yaitu sebanyak 54.8%. Pendidikan mempunyai peranan penting dalam menentukan derajat kesehatannya. Hasil penelitian Septian menyimpulkan bahwa seseorang yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mudah menyerap informasi dan memiliki pengetahuan yang lebih baik dari pada seseorang dengan tingkat pendidikan yang rendah. Semakin tinggi pendidikan yang dimiliki seseorang maka semakin mudah menerima informasi yang diberikan. Penelitian lain dilakukan oleh Bradke (2009), bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pasien dirawat inap berulang pada pasien gagal jantung di rumah sakit adalah rendahnya tingkat pendidikan.

Notoatmodjo (2012), bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi harapan dan persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan. Siagian (2009), menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin besar pula keinginan dan harapannya, maka tingkat pendidikan yang tinggi akan cenderung menyebabkan tingkat kepuasan yang rendah sehingga diperlukan pelayanan yang berkualitas tinggi untuk mendapatkan kepuasan. Responden yang menyatakan manajemen *Self Care* yang baik dan tingkat kualitas hidup tinggi adalah responden yang memiliki pendidikan tinggi. Sebaliknya, responden yang menyatakan manajemen *Self Care* yang kurang baik dan tingkat kualitas hidup rendah adalah responden yang memiliki pendidikan rendah. Pendidikan

adalah sebuah proses pengubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok serta usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Semakin tinggi pendidikan semakin banyak pengetahuan yang didapatkan (Irmayati, 2009).

Menurut analisa peneliti, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin besar keinginan pasien untuk sembuh dari penyakitnya. Sebagian besar pasien berpendidikan SLTA, karena semakin tinggi pendidikan seseorang akan membuat seseorang semakin mengerti akan arti kesehatannya, sehingga menyebabkan semakin banyak tuntutan dan harapannya akan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Sedangkan responden yang berpendidikan rendah pada umumnya hanya menerima pelayanan kesehatan yang diberikan tanpa menuntut dan berharap yang lebih.

Berdasarkan hasil analisis univariat menunjukkan bahwa distribusi frekuensi lebih banyak responden yang memiliki pekerjaan swasta sebanyak 56% responden. Hal ini sesuai penelitian Penelitian Wahyu (2015) yang berjudul Pengaruh manajemen *Self Care* dengan tingkat kualitas hidup tinggi di Puskesmas Kecamatan Kebakkramat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 60% pasien CHF bekerja sebagai pegawai swasta. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Salim (2013) di Rumah Sakit HAM Medan pada tahun 2012 yang menyatakan bahwa proporsi tertinggi penderita gagal jantung berdasarkan pekerjaan terdapat pada pensiunan (tidak bekerja) (52,8%).

Menurut Atika (2016) etos kerja dan kinerja yang tinggi sulit dicapai apabila pegawai swasta mengalami stress kerja. Seseorang yang mengalami stress mempunyai resiko terkena penyakit

hipertensi, hipertensi dapat menyebabkan terjadinya hipertrofi ventrikel kiri yang dihubungkan dengan terjadinya disfungsi diastolik dan meningkatkan resiko gagal jantung. Pekerjaan yang berat, terus menerus dan kurang beristirahat dapat meningkatkan kerja jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan tubuh dalam beraktivitas (Kaplan dan Schub, 2015). Pekerjaan yang berat diketahui dapat menjadi beban dan menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan, terutama pada sistem kardiovaskuler (Rochmi, 2010 dalam Yenni et all, 2014).

Menurut analisa peneliti, jenis pekerjaan dapat berkaitan dengan aktivitas fisik seseorang. Kurangnya aktifitas fisik dan stres selama bekerja menyebabkan seseorang mudah terkena penyakit gagal jantung dan berpengaruh pada kualitas hidupnya. Karena seseorang yang kurang melakukan aktifitas fisik akan berpengaruh terhadap kerja jantung. Pada penderita yang sudah pensiun kemungkinan risiko untuk mengalami gagal jantung lebih besar karena berhubungan dengan usia yang menua serta berkurangnya aktifitas, namun dalam penelitian ini proporsi tertinggi penderita gagal jantung berdasarkan pekerjaan bukanlah pada pensiunan.

Hubungan dukungan keluarga dengan Kualitas hidup pada Pasien *Congestive heart failure* di Rumah Sakit. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Riegel et al (2014), bahwa Dukungan keluarga tidak berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif. Seseorang pasien CHF yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun dianggap mampu. Dukungan keluarga adalah kemampuan

untuk melakukan fungsi yang berhubungan dengan aktivitas hidup sehari-hari yaitu kemampuan untuk hidup mandiri di masyarakat tanpa atau sedikit bantuan dari orang lain. Dukungan keluarga ini dapat diketahui melalui aktivitas hidup sehari-hari yang hanya memerlukan kemampuan tubuh untuk berfungsi sederhana misalnya, bangun dari tempat tidur, berpakaian, makan, ke kamar mandi atau WC, berkomunikasi, berdandan, berpindah tempat.

Flynn et al (2013) dalam penelitiannya juga menyatakan adanya hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penyakit hipertensi. Dukungan keluarga merupakan faktor dasar yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang untuk mengambil keputusan dalam melaksanakan keluarga. Dukungan keluarga yang kuat akan berdampak positif terhadap perilaku mempertahankan kualitas hidup pasien CHF. Menurut analisa peneliti, Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa dukungan keluarga pasien gagal jantung lebih banyak baik dibandingkan dengan dukungan keluarga yang kurang baik. Adanya hubungan yang bermakna secara signifikan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien dengan gagal jantung. Peluang responden yang memiliki keluarga yang kurang baik memiliki penurunan kualitas hidup enam kali lebih besar dibandingkan dengan keluargayang baik. Hal ini disebabkan oleh sebagian besar dari responden belum dapat mengambil keputusan untuk mempertahankan fungsi kesehatan, diantaranya responden mengatakan bahwa tidak mengontrol makanan mereka dan kurang aktivitas karena beranggapan bahwa aktivitas akan membuat sesak nafas. Selain itu, yang paling terutama sekali adalah tidak

teratur minum obat karena lupa, tidak pernah kontrol berat badan dan cairan, serta ketidaktahuan pasien mengenali gejala perubahan kesehatan. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa kurangnya perhatian terhadap diri sendiri pasien gagal jantung dalam menjaga penyakitnya sehingga mengganggu kualitas hidup.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut: Sebagian besar pasien *congestive heart failure* berusia 45 tahun, berjenis kelamin perempuan 70%, berpendidikan SMA sebanyak 67% dan tidak bekerja 55%. Dukungan keluarga pada pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit tergolong sudah baik bahwa mayoritas pasien CHF mempunyai dukungan keluarga yang baik yaitu sebanyak 72% yang menunjukkan pasien CHF mampu mengatur manajemen dirinya terkait penyakitnya dan mampu mengikuti pengobatan pasien CHF sampai selesai sesuai bimbingan dari ahli penyakit jantung. Kualitas hidup pada pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit tergolong baik hal ini menunjukkan semakin baik status kesehatan pasien CHF yaitu sebanyak 66%. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien *congestive heart failure* di Rumah Sakit dengan *P value* 0.017.

### Saran

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk keluarga dengan pasien CHF agar dapat memberikan dukungan fisik dan mental kepada pasien. Selain itu dapat dilakukan penelitian terkait dengan dukungan spiritual pada pasien CHF.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Allen, LA., Gheorghide, M., dkk. 2015. Identifying patients hospitalized with heart failure at risk for unvorable future quality of life. *Cardiovascular Quality and Outcomes*, 4, 389-398.
- Arikunto, Suharsimi. 2016. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Asdi Mahasatya.
- Barolia RI, Clark AM, & Higginbottom, GMA. 2013. Protocol for a qualitative study on promoting dietary change and positive food choices for poor people with low income who experience cardiovascular disease in Pakistan. *BMJ Open*, 3, 1-13.
- Black, JM dan Hawks, JH. 2013. *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positif Outcomes* (Edisi 8). Saunders Elsevier.
- Black, JM., dan Hawks, JH. 2012. *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positif Outcome* (Edisi 8). Saunders Elsevier.
- Bulechek GM., Butcher, HK., Dochterman, JM., dan Wagner, CM. 2012. *Nursing Interventions Classification (NIC)* (Edisi 6). Iowa: Elsevier Health Sciences.
- Butler, J. 2015. The management of heart failure. *Practice Nursing*, 21 (6), 290-296.
- Cook, NR., Cutler, JA., Obarzanek, E., Buring, JE., Rexrode, KM., Kumanyika, Sk., dkk. 2017. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*, 334 (7599), 885.
- Corwin, Ellizabeth J. 2014. *Patofisiologi: Buku Saku*. Jakarta: EGC.
- Crawford, MH. 2014. *Curent diagnostic & treatment cardiologi* (Edisi 3). McGraw: Hill Companies, Inc.
- Doengoes, Marylinn E. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan* (Edisi 3). Jakarta: EGC.
- Djarv, Therese., Wikman, Anna., dan Lagergren, Pernilla. 2012. Number and burden of cardiovascular diseases in relation to health related quality of life in a crosssectional population-based cohort study. *BMJ Open*, 10 (2), 1-7.
- Fallowfield, L. 2012. *The Quality of Life: The Missing Measurment in Health Care*. London: Sauvenir Press.
- Gray, HH., Dawkins, KD., dkk. 2013. *Lecture Notes: Kardiologi* (Edisi 4). Penerbit Erlangga.
- Hidayat, AA. Alimul. 2014. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data* Jakarta: Salemba Medika.
- Hoe, S., Doering, LV., dkk. 2018. Predictors and effect of physical syntom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Clinical Care*, 17 (2), 124-132.

- Ignatavicius, D dan Marilyn, V. 2014. *Medical Surgical Nursing: A Nursing Process Approach*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Ignatavicius, DD dan Workman, ML. 2015. *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking for Collaborative Care* (Edisi 5). Missouri: Elsevier.
- Johansson, Anna. 2012. *Sleep-Wake-Activity and Health-Related Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease and evaluation of an individualized nonpharmacological programme to promote self-care in sleep*. Diakses dari <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:515825/FULLTEXT01.pdf> pada tanggal 6 Maret 2019.
- Kaawoan, Adeleida YA. 2012. *Hubungan Keluarga dan Depresi dengan Kualitas Hidup Pasien Hearth Failure di RSUP Prof DR R.D Kandao Manado*. Diakses dari <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20304605-T30728%20-%20Hubungan%20Self.pdf> tanggal 30 Agustus 2019.
- Karavidas A, Lazaros G, dkk. 2015. *Aging and the cardiovascular system*. *Hellenic Journal of Cardiology*, 51, 421-427.
- Kowalak, Jennifer P. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Levine, M., dan Granz, P. 2012. *Beyond the development of quality-of-life instruments: where do we go from here?*. *J Clin Oncol*, 20 (9), 2215.
- Meiner, S dan Lueckenotte, AG. 2016. *Gerontologic Nursing* (Edisi 3). St Louis Mosby.
- Mi Ja Kim, McFarland, G., McLane, A. 2015. *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, LM., dan Swanson, E. 2012. *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes* (Edisi 5). Iowa: Elsevier Health Sciences.
- Moser DK dan Watkins JF. 2012. *Conceptualizing keluarga in heart failure: a life cours model of patient characteristic*. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 205-218.
- Notoatmodjo, S. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan* (Edisi revisi). Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan* (Edisi revisi). Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan* (Edisi 2). Jakarta: Salemba Medika.
- Oka, RK., Conte, MS., dkk. 2012. *Efficacy of optimal long-term management of multiple cardiovascular risk factors (CVD) on walking and quality of life in patients with peripheral artery disease (PAD)*. *Vascular Medicine*. 17 (1), 17-28.

- Potter, PA dan Perry, AG. 2015. *Fundamental of Nursing (Edisi 7)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Regidor E, Barrio G, Fuente L, Domingo A, Rodriguez C, dan Alonso J. 2013. Association between educational level and health related quality of life in Spanish adult. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 53 (2), 75-82.
- Rockwell, J dan Riegel, B. 2011. Predictors of keluarga in person with heart failure. *Heart Lung*, 30 (11), 18-25.
- Ruhyandudin, Faqih. 2016. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. UPT. Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang.
- Schaefer, Christian. 2017. Quality of life and self-monitoring: CVD prevention in practice. The role of patient organization in CVD prevention. *European Heart Journal Supplements*, 9, 42-44.
- Smeltzer, SC., Bare, BG., dkk. 2015. *Brunner and Suddarth's Text Book of Medical Surgical Nursing (Edisi 11)*. Lippincott Williams & Wilknis.
- Stromberg, A., Jaarsma, T., dan Riegel, B. 2012. Self-care: who cares?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11 (2), 133-134.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan Riset*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2015. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Syamsudin. 2011. *Buku Ajar Farmakoterapi Kardiovaskular dan Renal*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tamher, S dan Noorkasiani. 2012. *Kesehatan Usia Lanjut dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Udjianti, Wajan J. 2015. *Keperawatan Kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.
- Wahab, A. Samik. 2015. *Kardiologi Anak: Penyakit Jantung Kongenital yang Tidak Sianotik*. Jakarta: EGC.
- Wethwriil, Douglas dan Kereiakes, Dean J. 2011. *Yang perlu anak ketahui: Penyakit Jantung*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- WHO. 2015. *Measuring Quality of Life: The WHOQOL-100 and WHOQOLBREF*. Diakses dari [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf). pada tanggal 28 Juni 2019
- WHO. 2017. *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-100*. Diakses dari [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_qol\\_field\\_trial\\_1995.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf) pada tanggal 28 Juni 2019