

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS  
HIDUP PASIEN GAGAL JANTUNG YANG BEROBAT DI RSUD Dr.  
SAIFUL ANWAR DAN RSI AISYIYAH KOTA MALANG**

**TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan**



**Oleh:**

**Yuliatin**

**NIM155070201111023**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
2019**

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS  
HIDUP PASIEN GAGAL JANTUNG YANG BEROBAT DI RSUD Dr.  
SAIFUL ANWAR DAN RSI AISYIYAH KOTA MALANG**

**TUGAS AKHIR**

**Untuk Memenuhi Persyaratan  
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan**



**Oleh:  
Yuliatin  
NIM155070201111023**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
MALANG  
2019**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**TUGAS AKHIR**

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN GAGAL JANTUNG YANG BEROBAT DI RSUD Dr. SAIFUL ANWAR  
DAN RSI AISYIYAH KOTA MALANG**

Oleh:

Yuliatin

NIM 155070201111023

Telah diuji pada

Hari : Senin

Tanggal : 20 Mei 2019

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I

Afrina Hany, S.Kp., MNg.(AC)  
NIP. 197804042002122001

Pembimbing-I/ Penguji-II,

Pembimbing-II/ Penguji-III,

dr. Budi Satrijo, Sp.JP(K)  
NIP. 197201052001121007

Ns. Ahmad Hasyim W., S.Kep., M.Kep  
NIP. 2013038607011001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Ns. Tony Suharsono, S.Kep., M.Kep.  
NIP. 198009022006041003

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yuliatin

NIM : 155070201111023

Program Studi : Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 24 April 2019

Yang membuat pernyataan,

(Yuliatin)

NIM. 155070201111023

## KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian tugas akhir ini dengan judul “Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Yang Berobat Di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang”. Ketertarikan penulisakan topik ini didasari oleh dampak perbaikan kualitas hidup pasien gagal jantung. Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal jantung.

Dalam penulisan penelitian tugas akhir ini, penulis menyadari bahwa tanpa dukungan, bantuan, dan bimbingan dari berbagai pihak sejak masa perkuliahan sampai pada penyusunan tugas akhir, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikannya. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. dr Wisnu Barlianto, M.Si.Med., SpA(K) sebagai dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan penulis kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
2. Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes, sebagai Ketua Jurusan Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya Malang.
3. Ns. Tony Suharsono, S. Kep., M.Kep., sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya
4. dr. Budi Satrijo, Sp.JP(K), sebagai pembimbing pertama atas waktu, tenaga, pikiran, koreksi, kemurahan hati, serta kesabarannya selama proses bimbingan dan penyusunan Tugas Akhir ini.
5. Ns. Ahmad Hasyim W., S.Kep., M.Kep.MN, sebagai pembimbing kedua atas kebaikan hati, waktu, tenaga, pikiran, koreksi, serta kesabarannya selama proses bimbingan dan penyusunan tugas akhir ini.
6. Afrina Hany, S.Kp., MNg.(AC), sebagai dosen Penguji Ujian Tugas Akhir yang telah memberikan arahan dan masukan untuk menyempurnakan naskah Tugas Akhir ini

7. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga penulis dapat melaksanakan Tugas Akhir dengan lancar.
8. Segenap dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya atas ilmu dan motivasi yang diberikan selama tiga tahun ke belakang.
9. Kedua orangtua yang sangat saya cintai dan alasan saya untuk mencapai cita-cita saya, yaitu Ibu Siti Maisa dan Bapak Sinarmo yang selalu memberikan cinta, perhatian, dukungan, doa, dan pengorbanan selama ini, serta kakak-kakak saya yaitu, Moh. Zaini dan Ainur Jannatul Laili atas semangat, doa dan senyum yang ditorehkan sejak dahulu.
10. Para sahabat saya Ana, Gesti, Sofiana, Puput, Hardi, Mahmud, Wahyu dan Kak Haryadi yang telah memberikan dukungan sehingga saya mampu menyelesaikan tugas akhir dengan baik
11. Semua teman-teman Program Studi Ilmu Keperawatan 2015 kelas Reguler 1 dan 2.
12. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun. Akhirnya, semoga Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi yang semua pihak.

Malang, 24 April 2019

Yuliatin

## ABSTRAK

Yuliatin. 2019. **Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.** Tugas Akhir, Progam Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Budi Satrijo, Sp.JP(K) (2) Ns. Ahmad Hasyim W., S.Kep., M.Kep.

Gagal jantung merupakan kumpulan gejala klinis yang diakibatkan kelainan fungsional ataupun struktural jantung sehingga menyebabkan ketidakmampuan pengisian ventrikel ke seluruh tubuh. Kondisi ini dapat mengakibatkan kelelahan dan sesak nafas, sehingga mengakibatkan intoleransi aktivitas yang berdampak pada kualitas hidup. Dukungan keluarga sangat dibutuhkan untuk membantu pasien mencapai kondisi yang lebih baik. Tujuan: untuk mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang. Desain penelitian: observasional secara *cross sectional* dengan jumlah sampel sebanyak 83 pasien gagal jantung dengan cara *consecutive sampling*. Data diperoleh dengan menggunakan kuesioner dukungan keluarga dan SF-36 versi Bahasa Indonesia. Data dianalisis dengan uji statistik korelasi Spearman. Hasil penelitian didapatkan rata-rata dukungan keluarga pasien gagal jantung adalah 58,08 termasuk dalam kategori dukungan keluarga tinggi. Nilai rata-rata kualitas hidup responden adalah 65,48 termasuk dalam kategori kualitas hidup baik. Hasil uji statistik korelasi Spearman mempunyai *p-value* 0,000 dengan nilai koefisien korelasi sebesar 0,793 yang artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung dengan tingkat hubungan yang tinggi dan hasil yang positif menunjukkan adanya hubungan yang searah. Kesimpulan: dukungan keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

Kata kunci: Dukungan Keluarga, Kualitas Hidup, Gagal Jantung

## ABSTRACT

Yuliatin. 2019. **The Relationships Between Family Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure who have Medical Treatment in RSUD Dr. Saiful Anwar and RSI Aisyiyah at Malang City.** Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine Brawijaya University. Supervisors: (1) dr. Budi Satrijo, Sp.JP (K) (2) Ns. Ahmad Hasyim W., S.Kep., M.Kep.

Heart failure is a set of clinical symptoms caused by functional or structural heart's abnormalities which causes the inability of filling the ventricles throughout the body. This condition can lead to fatigue and shortness of breath, resulting in activity intolerance that have an impact on quality of life. Family support is needed to help patients achieve better conditions. This study aims to identify the relationship between family support and quality of life in patients with heart failure who have medical treatment in RSUD Dr. Saiful Anwar and RSI Aisyiyah at Malang city. Design: observational cross-sectional with a total sample of 83 patients with heart failure by consecutive sampling. Data was obtained using the family support questionnaire and SF-36 Indonesian language version. Data was analyzed by Spearman correlation. The results: mean family support of heart failure patients is 58.08, included in the category of high family I support. The mean of quality of life is 65.48, included in the category of good quality of life. The Spearman correlation have a p-value of 0,000 with a correlation coefficient of 0.793 which means that there is a relationship between family support and quality of life in patients with heart failure have high level of relationship and positive results indicating a unidirectional relationship. The conclusion: family support can improve quality of life in patients with heart failure.

Keywords: Family Support, Quality of Life, Heart Failure



## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan .....	i
Halaman Judul/Sampul Dalam.....	ii
Halaman Pengesahan .....	iii
Halaman Pernyataan Keaslian Tulisan .....	iv
Halaman Kata Pengantar.....	v
Halaman Abstrak .....	vii
Halaman Abstract .....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Gambar .....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan Penelitian .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.4 Manfaat Penelitian .....	8
1.4.1 Manfaat Akademik .....	8
1.4.2 Manfaat Praktisi .....	8
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Gagal Jantung .....	9
2.1.1 Definisi Gagal Jantung .....	9
2.1.2 Etiologi .....	10
2.1.3 Patofisiologi .....	12
2.1.4 Klasifikasi Gagal Jantung .....	13
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	15
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik .....	15
2.1.7 Penatalaksanaan .....	16
2.2 Dukungan Keluarga .....	21



2.2.1	Definisi Dukungan Keluarga .....	21
2.2.2	Bentuk Dukungan Keluarga .....	22
2.2.3	Tipe-tipe Keluarga .....	23
2.2.4	Pengukuran Dukungan Keluarga Pasien Gagal Jantung .....	24
2.2.5	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga .....	24
2.2.6	Fungsi Keluarga .....	26
2.2.7	Keluarga di Bidang Kesehatan .....	27
2.3	Kualitas Hidup .....	27
2.3.1	Definisi Kualitas Hidup .....	27
2.3.2	Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung .....	28
2.3.3	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung .....	29
2.3.4	Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung .....	32
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN</b>		
3.1	Kerangka Konsep .....	34
3.2	Hipotesis Penelitian .....	35
<b>BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN</b>		
4.1	Rancangan Penelitian .....	36
4.2	Populasi dan Sampel .....	36
4.2.1	Populasi .....	36
4.2.2	Sampel .....	36
4.3	Variabel Penelitian .....	38
4.3.1	Variabel Bebas (Independent) .....	38
4.3.2	Variabel Terikat (Dependent) .....	38
4.4	Lokasi dan Waktu Penelitian .....	38
4.5	Instrumen Penelitian .....	38
4.5.1	Alat Ukur Penelitian .....	38
4.5.2	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner .....	41
4.6	Definisi Istilah/Operasional .....	43
4.7	Prosedur Penelitian .....	44
4.7.1	Data Primer .....	44
4.7.2	Data Sekunder .....	44
4.7.3	Alur Penelitian .....	44
4.8	Analisis Data .....	47



4.8.1 Analisis Data .....	47
4.8.2 Teknik Pengolahan Data .....	48
<b>BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA</b>	
5.1 Hasil Penelitian .....	49
5.2 Analisa Data Umum .....	49
5.2.1 Karakteristik Responden .....	49
5.3 Analisa Data Khusus.....	52
5.3.1 Dukungan Keluarga Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang .....	52
5.3.2 Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang .....	53
5.3.3 Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.....	53
<b>BAB 6. PEMBAHASAN</b>	
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian .....	56
6.1.1 Karakteristik Responden.....	56
6.1.2 Dukungan Keluarga Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang .....	59
6.1.3 Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang .....	62
6.1.4 Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.....	64
6.2 Implikasi Terhadap Bidang Keperawatan.....	67
6.3 Keterbatasan Penelitian.....	67
<b>BAB 7. PENUTUP</b>	
7.1 Kesimpulan.....	68
7.2 Saran.....	68
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>70</b>
<b>LAMPIRAN- LAMPIRAN.....</b>	<b>78</b>



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Nomor Pertanyaan Berdasarkan 8 Dimensi Kuesioner SF-36.....	40
Tabel 4.2 Skor Item Pertanyaan Kuesioner SF-36 .....	41
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Usia Responden berdasarkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) .....	49
Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Jenis Kelamin Responden.....	50
Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Pendidikan Responden .....	50
Tabel 5.4 Distribusi Karakteristik Status Pernikahan Responden.....	51
Tabel 5.5 Distribusi Karakteristik Pekerjaan Responden.....	51
Tabel 5.6 Distribusi Karakteristik Klasifikasi <i>New York Heart Association</i> Responden .....	51
Tabel 5.7 Distribusi Karakteristik Lama Terdiagnosa Gagal Jantung Responden .....	52
Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang .....	52
Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang .....	53
Tabel 5.10 Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang Menggunakan Uji Korelasi <i>Spearman's rank</i> .....	54



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang .....	34
Gambar 4.1 Alur Penelitian .....	46

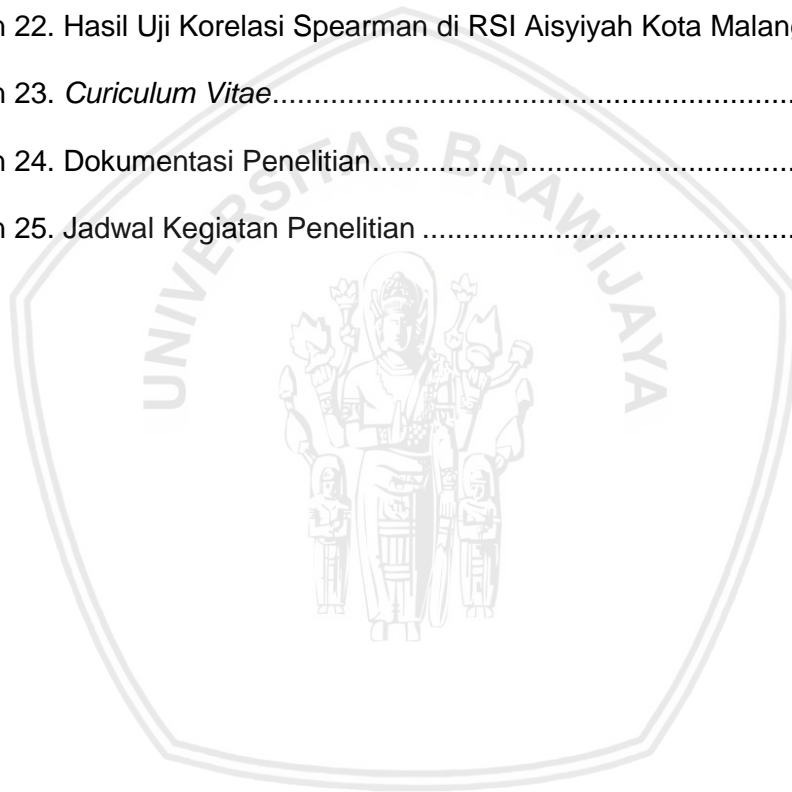


## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Keterangan Kelaikan Etik .....	78
Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian .....	79
Lampiran 3. Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam penelitian ...	81
Lampiran 4. <i>Informed Consent</i> .....	82
Lampiran 5. Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian .....	83
Lampiran 6. Lembar Kuesioner Demografi.....	86
Lampiran 7. Lembar Kuesioner Dukungan Keluarga.....	87
Lampiran 8. Lembar Kuesioner Kualitas Hidup .....	89
Lampiran 9. Pernyataan Telah Melaksanakan <i>Informed Consent</i> .....	93
Lampiran 10. Lembar Konsultasi .....	94
Lampiran 11. Tabulasi Usia, Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Pekerjaan, Klasifikasi NYHA, dan Lama Terdiagnosa .....	96
Lampiran 12. Tabulasi Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup.....	99
Lampiran 13. Tabulasi Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang .....	101
Lampiran 14. Tabulasi Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup di RSI Aisyiyah Kota Malang.....	103
Lampiran 15. Data Karakteristik Sampel.....	104
Lampiran 16. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas .....	106
Lampiran 17. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang .....	107



Lampiran 18. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas di RSI Aisyiyah Kota Malang .....	108
Lampiran 19. Hasil Uji Deskriptif .....	109
Lampiran 20. Hasil Uji Korelasi Spearman.....	110
Lampiran 21. Hasil Uji Korelasi Spearman di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang .....	111
Lampiran 22. Hasil Uji Korelasi Spearman di RSI Aisyiyah Kota Malang .....	112
Lampiran 23. <i>Curriculum Vitae</i> .....	113
Lampiran 24. Dokumentasi Penelitian.....	114
Lampiran 25. Jadwal Kegiatan Penelitian .....	115



## DAFTAR PUSTAKA

- Alaloul, F., et al. (2016). Faktor associated with quality of life in Arab with patients heart failure, *Scand J Caring Sci*.
- Alfian, R., Susanto, Y., & Khadizah, S. (2017). Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Dengan Penyakit Penyerta Di Poli Jantung RSUD Ratu Zalecha Martapura. Vol 4, No 1
- Akhmad, Arif N. (2013). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif (GJK) di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Karya Tulis Ilmiah Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Di unduh 7 Desember 2017 dari <http://thesis.umy.ac.id/datapublik/t29254.pdf>
- American Heart Association. 2007. Heart Disease 2007. Dallas, Texas: American Heart Association.
- Aronow, W.S. (2006). Epidemiologi, pathophysiology, prognosis and treatment of systolic and diastolic heart failure. *Cardiology in Review*, 14(3), 108-120.
- Bararah, T., & Jauhar, M. (2013). Asuhan Keperawatan: Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional. (Jilid 2). Jakarta: Prestasi Pustaka Raya.
- Barutcu, C. D. & Mert, H. (2013). The relationship between social support and quality of life in patients with heart failure, *J Pak Med Assoc*. Vol. 63 No. 4 h.463-467
- Bennett, S. J., Perkins, S. M., Lane, K. A., Deer, M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research*, 10(8), 671-682.
- Brett, C.E., Gow, A.J., Corley, J., Pattie, A., Starr, J & Deary, I.J. (2012). Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults, *Journal Quality of Life Research*. 21 (3). 505-516.
- Brunner & Suddarth, (2009). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta EGC
- Butler, J. (2010). The management of heart failure. *Practice Nursing*, 21(6), 290-296.
- Cameron, J., Carter, L.W., Riegel, B., Lo, S.K., & Stewart, S. (2009). Testing a model of patient characteristics, psychologic status, and cognitive function as predictors of self care in person with chronic heart failure. *Heart & Lung*, 38(5), 410-418.



- Coelho, R., Ramos, S., Prata, J., Bettencourt, P., Ferreira, A., Cerqueira-Gomes, M. 2005. Heart failure and health related quality of life. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 7.
- Cook, N.R., Cutler, J.A., Obarzanek, e., Buring, J.E., Rexrode, K.M., Kumanyika, S.K, et al. (2007). Long term effect of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*,334(7599), 885.
- Cowie, M.R., Dar, Q. 2008. The Epidemiology and Diagnosis of Heart Failure. In: Fuster, V., et al., eds. *Hurst's the Heart*. 12th ed. Volume 1. USA: McGraw-Hill
- Cheraghi., Davari Dolatabadi E., Salavati M., Moghimbeigi A. (2012). Association between perceived social support and quality of life in patient with heart failure. *Iran Journal Nursing* 25(75): 21-31
- Crawford, M.H. (2009). *Current diagnosis & Treatment cardiologi* (3<sup>rd</sup> ed.). McGraw-Hill Companies, Inc.
- Chriss, P.M., Sheposh, J., Carlson B., & Riegel, B. (2004). Predictors of successful heart failure self care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung*, 33(6), 345-353.
- Dunderdale, K., Thompson, D.R., Miles, J.N., Beer, S.F., Furze, G. (2005). Quality-of-life Measurement in Chronic Heart Failure: Do We Take Account of The Patient Perspective?, *European Journal Heart Failure*. 7(4): 572-582.
- Dimatteo M.R. 2004. Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: a Meta-analysis. *Health psycho*
- Evangelista, L.S., Berg, J., & Dracup, K. (2001). Relationship between psychosocial variables and compliance in patients with heart failure. *Heart Lung*, 30, 294-301.
- Fahlberg. (2010). *quality of life and family support of older individuals with chronic heart failure* (Dissertation). The University of Wisconsin-Milwaukee.
- Friedman, L.M., (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga; Riset, Teori & Praktik* (5<sup>th</sup> ed). Jakarta : EGC
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga*. Ed. 5. Jakarta:EGC
- Gallagher R., Sullivan A., Burke R., Hales S., Sharpe P., & Tofler G. (2016). Quality of life, family support and cognitive impairment in heart failure patients without diagnosed dementia. *International Journal of Nursing Practice* 2016; 22: 179–188
- Gallagher, R., Luttik, & Jaarsma, T. (2011). Social Support and self care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 439-445.

- Graven, L.j., Gordon, J., Grant Keltner, J., Abbott, L., Bahorski, J.(2018).Efficacy of a social support and problem-solving intervention on heart failure self-care.
- Gray, h.h., Dawkins, K.D., Morgan, J.M., & Simpson, I.A. (2002). Lecture notes: Kardiologi (Anwar Agoes & Hamed Oemar, Penerjemah.). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Harikatang,A., Rampengan,S., & Jim, E.(2016).Hubungan antara jarak tempuh tes jalan 6 menit dan fraksi ejeksi pada pasien gagal jantung kronik terhadap kejadian kardiovaskular. *Jurnale-Clinic (eCI), Volume 4, Nomor1, Januari-Juni 2016.*
- Harigustian, Yayang. 2017. Gambaran Karakteristik Pasien Gagal Jantung Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gamping Sleman. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Harnilawati. 2013. Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hamzah. (2012). *Teori motivasi dan pengukurannya*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Hamzah, R. (2016). *Hubungan Usia Dan Jenis Kelamin Dengan Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Jantung Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Naskah Publikasi. Yogyakarta: Universitas Aisyiyah Yogyakarta (Online). URL: <http://opac.unisayogya.ac.id>. Diakses tanggal 26 Juli 2018.
- Hasymi, Y. 2009. Pengaruh Dukungan Sosial Keluarga dan Intimasi Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Miokard Infark di RSUD Yunus Bengkulu. Tesis. Tidak Dipublikasikan. Depok: Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah program pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Hauptman, P.J., Rich, M.W., Heidenreich, P.A., Chin, J., Cumming, N., Dunlap, M.E., et al. (2008). The Heart Failure Clinic : A Consensus Statement of the Heart Failure Society of America. *Journal of Cardiac Failure*, 14, 801-815.
- Heo, S. T. A. Lennie, C. Okoli & D. K. Moser. (2009). Quality of life patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung*. 38(2):100-108.
- Hoe, Seongkum., Lynn V. D., Jeanne W., & Debra K. M. (2008). Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Clinical Care*, 17 (2), 124-132.
- Hidayat, Alimul Aziz. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

- Kaawoan, A. Y. A. (2012). *Hubungan Self care dan depresi dengan kualitas hidup pasien heart failure di RSUP Prof DR RD Kandou Manado*. (Tesis), Universitas Indonesia, Depok.
- Kabo, P., & Karim, S. (2008). *EKG dan penanggulangan beberapa penyakit jantung untuk dokter umum*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Karavidas, A., Lazaros, G., Tsiachris, D., & Pyrgakis, V. (2010). Aging and the cardiovascular system. *Hellenic Journal of Cardiology*, 51, 421-427.
- Kemkes, R. I. (2014). Infodatin: Situasi Kesehatan Jantung. *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 1-8.
- Kumalasari, F., & Ahyani, L. N. (2012). Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Penyesuaian Diri Remaja di Panti Asuhan. *Jurnal Psikologi Pitutur* volume 1 no. 1, 21-31.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). *Social Support Theory and Measurement. Social Support Measurement and Intervension*. Oxford. PT. Oxford University Press.
- Lee, M. Chung, Debra K. Moser, Terry A. Lenie, Susan K. Frazier. (2012). *Perceived social support predicted and quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms*. Springer Science
- Lee, D.T.F., Yu, D.S.F., Woo, J., & Thompson, D.R. (2005). Health-related quality of life in patient with congestive heart failure. *The European Journal of Chrpnic Heart Failure*, 7, 419-422.
- Lewis, S. L., heitkemper, M. M., Dirksen. S.R., O'brien, P. G., Bucher. L. (2005). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : Mosby Elsevier inc.
- Lip, G.Y.H., Gibbs C.R., & Beevers D.G. (2000). Multidisciplinary Strategies for the Management of Heart Failure Patient at High Risk for Admission. *Journal of the American College of Cardiology*. Vol.44.No.4.
- Lingga, Lanny. (2013). *All About Stroke Hidup Sebelum Dan Pasca Stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Mahanani, Annisa Ratna. (2017). *Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif di Kota Surakarta*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Majid, A. (2010). *Analisis Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Rumah Sakit Yogyakarta*. Tesis, Universitas Indonesia.
- Moser, D.K., & Watkins, J.F. (2008). Conceptualizing self care in heart failure: a life course model of patient characteristic. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 205-218.

- Nausser, J.A. (2007). *Heart failure family caregivers: psychometric of a new quality of life scale and variables associated with caregiver outcomes*. (Dissertation) Previem: Indiana University.
- Nazir, K. A. (2006). *Penilaian Kualitas Hidup Pasien Pasca Bedah Pintas Koroner Yang Menjalani Rehabilitasi Fase III Dengan Menggunakan SF-36*. Thesis Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Niman, S. (2013). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Dukungan Keluarga Pada Klien Dengan Congestif Heart Failure. Diperoleh pada tanggal 22- 2-2018 dari [http:// portalgaruda.org/Jurnal Keperawatan](http://portalgaruda.org/JurnalKeperawatan).
- Nicholson, C. (2007). *Heart Failure: A Clinical Nursing Handbook*. West Sussex: JohnWiley & Sons Ltd.
- Nofitri. (2009). Kualitas hidup penduduk dewasa di Jakarta. Jakarta. 10 september 2017 <http://www.lontar.ui.ac.id>
- Noviarini, N. A., Dewi, M. P., & Prabowo, H. (2013). Hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pecandu narkoba yang sedang menjalani rehabilitasi. *Proceeding PESAT (Psikologi, Ekonomi, Sastra, Arsitektur & Teknik Sipil)* Vol. 5. Diakses pada tanggal 13 Februari 2017 dari: <http://ejournal.gunadarma.ac.id/index.php/pesat/article/view/957>
- Nurchayati, S. (2011). Analysis offactors related to quality of life ofpatients with chronic kidneydisease undergroing hemodialysis at the islamic Hospital Fatimah Cilacap and Banyumas District General Hospital, Thesis Magister Keperawatan, Universitas Indonesia. Di unduh 7 desember 2017 dari <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20282431-T%20Sofiana%20Nurchayati.pdf>
- Nursalam. (2016). *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- O'Connor, C.M., Whellan, D.J., Lee, K.L., Keteyian, S.J., Cooper, L.S., et al. (2013). Efficacy and Safety of Exercise Training in Patients With Chronic Heart Failure: HF-ACTION Randomized Controlled Trial, *JAMA*
- Oliel, N.D & Thomas, K. S. (2011). Quality Of Life And Leisure Participation In Children With Neuro developmental Disabilities: A Thematic Analysis Of The Literature. *Journal Quality of Life Research*.21 (3). 427-439.
- Panthee, B & Kripracha, C. (2011). Review : Anxiety and Quality of life Patients with Myocardial Infarction. *Nurse Media Journal of nursing*. 105-115.
- Pelegriño,V.M., Dantas, R.A.S., Clark, A.M. (2011). Health-Rated Quality Of Life Determinants In Out Patients With Heart Failure. *Rev, Latino-Am. Enfermagem*, 19, 451-457.

- PERKI. (2015). Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung (edisi pertama). Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. Jakarta:PERKI
- Philbin & DiSalvo. (2004). Prediction of hospital readmission for heart failure: development of a simple risk score based on administrative data. <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/jac/article/PIIS0735109799000595>.
- Ponikowski, P., Anker S.D., AlHabib, K.F., Cowie. M.R., Force T.L., Hu, S. et al., 2014. Heart Failure: Preventing Disease and Death Worldwide. *European Society of Cardiology*, 1(1), pp.4-25. Available from : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ehf2.12005/abstract> [Accessed 31 Desember 2015]
- Pudiarifanti, N., Pramantara, I. D., & Ikawati, Z. (2015). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kronik. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*, 5(4), 259-266.
- Purnamawati dkk. Cited July 19th.(2018). Available from URL : [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/).
- Purnawinadi, I. G. (2012). Intervensi Perawatan Spiritual dan Tingkat Stres Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Rumah Sakit Prof R.D. Kandou Manado. Universitas Klabat: JKU vol 1 No.1. di unduh 6 Desember 2017 dari [https://www.academia.edu/24915271/Intervensi\\_Perawatan\\_Spiritual\\_Terhadap\\_Tingkat\\_Stres\\_Pasien\\_gagal\\_jantung\\_Kongestif\\_di\\_RSUP.Pro\\_f.\\_Dr.\\_R.\\_D.\\_Kandou\\_Manado](https://www.academia.edu/24915271/Intervensi_Perawatan_Spiritual_Terhadap_Tingkat_Stres_Pasien_gagal_jantung_Kongestif_di_RSUP.Pro_f._Dr._R._D._Kandou_Manado)
- Putri. 2014. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidinrbanda Aceh Tahun 2014. <http://etd.unsyiah.ac.id>. Diakses pada tanggal 24 Juli 2017.
- Ratna, W. 2010. Sosiologi dan antropologi kesehatan. Yogyakarta: Pustaka Rihama
- Rini, S.S., & Hairitama R. (2014). Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi Dalam Pemenuhan Diet Hipertensi. <http://ejournal.unri.ac.id/index.php/JS/article/view/2001>. (Diakses 11 Januari 2015)
- RISKESDAS. (2013). *Angka kejadian gagal jantung di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga. diunduh tanggal 16 Maret 2017 dari <http://www.litbang.depkes.go.id>.
- Rochmayanti. (2011). *Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta*. (Tesis), HPG. United States of America: John Wiley & Sons
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (8th ed.). New Jersey: Wiley.

- Sari, P., Rampengan, S.H & Panda, S. (2012). Hubungan Kelas NYHA dengan Fraksi Ejeksi pada Pasien Gagal Jantung Kronik di bBLU/RSUP Prof. dr. r.d. Kandou Manado. Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado.
- Sargowo D., Utomo Y.B., Rubiyaktho D., Saragih E.J., Hendrawati H., Haspito M.T., Pratama A.R., Irawan D., Nugroho F.W., Adrian L.H., Arifin Y., Kamila P.A., Rohman S. (2018). Heart Failure epidemiology and demographics of multi-cultural population in Malang-Indonesia: data from heart failure
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Ed. 3 Vol. 2*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setiadi, (2008). Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Suratinoyo, I., Rottie, J.V., Massi, G.N. (2016). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Diruangan CVBC Lantai III Di RSUP Dr R.D Kandou Manado*.
- Sulistyo, Endar. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Poliklinik Jantung RSUD Kabupaten Sukoharjo. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Sudiharto. (2007). Asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan keperawatan transkultural. Jakarta:EGC
- Susanti, ML, & Suliswanti, T.2013. Dukungan Keluarga meningkatkan kepatuhan diet pasien diabetes melitus di ruang rawat inap RS.Baptis Kediri. Jurnal STIKES 6th (1)
- Sherbourne & Stewart (1991). *Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey*.
- Smeltzer & Bare. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and suddart*.EGC.Jakarta.
- Smeltzer, C.S., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H., (2010). Brunner And Suddarth's Text Book Of Medical Surgical Nursing. (11th ed). Lippincolt.
- Tanai, E., Frantz, S. (2015). *Pathophysiology of Heart Failure, in: Terjung, R. (Ed.), Comprehensive Physiology*. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, USA, pp. 187–214. <https://doi.org/10.1002/cphy.c140055>
- Tamher,S., & Nokosiani. (2012). Kesehatan Ujia Lanjut Dengan Pedekatan Asuhan Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

- Tatukude. 2016. Hubungan tingkat depresi dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung kronik di Poliklinik Jantung RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal e-Clinic (eCI)*, Volume 4, Nomor 1, Januari-Juni 2016
- Utami, N. S. (2013). Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga dengan Penerimaan Diri Individu yang Mengalami Asma. *Jurnal Psikologi Udayana* volume 1 no. 1, 12-21.
- Utami, D., Andriyani, A., Fatmawati, S., (2013), Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Kemoterapi Pada Pasien Kanker Serviks di RSUD dr Moewardi. *Gaster* Vol.1. Diperoleh pada tanggal 20-11-17 dari <http://jurnal.stikes-aisyiyah.ac.id>.
- Wahyuni, A., & Kurnia, O. S. (2014). Hubungan Self Care dan Motivasi dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 2(2). <https://doi.org/10.24198/jkp.v2n2.5>
- WHO. 2014. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. "Edisi terjemahan oleh Ratna Mardiaty, Sata Joewana, Hartati Koerniadi, Insfandari, Riza Sarasvita".
- WHO. 2016. *Prevention of Cardiovascular Disease*. WHO Epidemiologi Sub Region AFRD and AFRE. Genewa.
- Yancy, C.W., et al. (2013). ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. *J Am Coll Cardiol*. 62(16): 147–239.
- Yang, X.P., & Reckelhoff, J.F., (2011). Estrogen, Hormonal Replacement Therapy and Cardiovascular Disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 20, 133-138.
- Ziaeiian, B., & Fonarow, G. C. (2016). Epidemiology and etiology of heart failure. *Nature Reviews. Cardiology*, 13(6), 368.
- Zulmi, Asrul. 2018. Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kongestif di Instalasi Elang RSUP Dr. Kariadi Semarang. Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang.

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Gagal jantung merupakan kumpulan gejala klinis yang diakibatkan kelainan fungsional ataupun struktural jantung sehingga menyebabkan ketidakmampuan pengisian ventrikel ke seluruh tubuh (Yancy *et al.*, 2013). Ketidakmampuan ventrikel memompa darah ke seluruh tubuh ditandai dengan tungkai bengkak, sesak nafas, pernah atau belum pernah didiagnosis menderita gagal jantung oleh dokter tetapi mengalami gejala atau riwayat tersebut, maka didefinisikan sebagai penyakit gagal jantung (Risksedas, 2013).

Gagal jantung merupakan beban yang signifikan pada sistem perawatan kesehatan di seluruh dunia, terdapat 26 juta orang yang hidup dengan gagal jantung (Graven *et al.*, 2018). Prevalensi gagal jantung meningkat seiring bertambahnya usia, diketahui sekitar 6-10% terjadi pada usia di atas 65 tahun (WHO, 2014). Angka kematian di dunia akibat gagal jantung mencapai 17,5 juta orang pertahun (WHO, 2016). Kasus gagal jantung terus mengalami peningkatan diseluruh dunia, di Amerika Serikat kasus gagal jantung mencapai 550 ribu kasus pertahun (WHO, 2016).

Gagal jantung merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya (Kemenkes, R. I., 2014). Prevalensi kasus gagal jantung di Indonesia pada tahun 2013 berdasarkan diagnosis dokter sebesar 0,13% atau sekitar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter atau gejala, diperkirakan sebesar



0,3% atau sekitar 530.068 orang. Penderita gagal jantung di Jawa Timur yaitu sebesar 0,2%, tertinggi di Kota Blitar sebesar 0,6%, kemudian disusul oleh Malang dan kota Madiun sebesar 0,5%, serta Kota Surabaya sebesar 0,4% (Risikesdas, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sargowo dkk (2018), diperoleh data dari registrasi gagal jantung pada tahun 2017 di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang terdapat pasien gagal jantung sebanyak 300 dengan rata-rata umur penderita 12-58 tahun dan 61,4% adalah laki-laki. Berdasarkan data rekam medis di Poli Spesialis RSI Aisyiyah tahun 2017, jumlah kunjungan poli jantung pada bulan Januari sebanyak 779 orang. Rata-rata dalam satu tahun didapatkan data kunjungan ke poli spesialis jantung sebanyak 835 orang.

Gagal jantung adalah salah satu penyakit yang paling sering membutuhkan perawatan ulang di rumah sakit meskipun perawatan rawat jalan telah diberikan secara optimal (Majid, 2010). Di Eropa dan Amerika sekitar seperempat pasien dirawat di rumah sakit dengan gagal jantung yang diterima kembali dalam waktu satu bulan dan sampai dua pertiga dalam waktu satu tahun, karena mengalami kekambuhan (Ponikowski *et al*, 2014). Di Yogyakarta, prevalensi pasien gagal jantung kongestif yang mengalami rawat inap ulang dalam satu tahun sebesar 52,21% sementara yang dirawat inap ulang lebih dari satu kali dalam waktu satu tahun sebesar 44,79% (Majid, 2010).

Majid (2010), mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kejadian rawat inap ulang pasien gagal jantung kongestif ialah hipertensi, derajat penyakit, dukungan keluarga dan sosial, kepatuhan (terapi, diet dan cairan

tubuh), tingkat aktivitas dan istirahat. Menurut Philbin & DiSalvo (2004), faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pasien dirawat ulang di rumah sakit adalah riwayat sebelum masuk rumah sakit dan lama dirawat di rumah sakit, hipertensi, usia, jenis kelamin, perawatan tindak lanjut dirumah, dukungan keluarga dan sosial. Menurut Majid (2010), dukungan keluarga dapat menurunkan kemungkinan terjadinya rawat ulang pada pasien gagal jantung kongestif. Pentingnya dukungan keluarga telah dikonfirmasi oleh sebuah studi baru-baru ini bahwa tidak adanya dukungan emosional yang kuat, dapat meningkatkan mortalitas dan tingkat rawat ulang di rumah sakit pada pasien yang dirawat di rumah sakit dengan gagal jantung kongestif (Majid, 2010).

Gagal jantung adalah fase kronis yang dapat menyebabkan kerusakan fungsional jantung akibat banyaknya gejala, sehingga mempengaruhi kesehatan pasien gagal jantung (Ziaeiian, B. & Fonarow, G. C., 2016). Pasien gagal jantung mengalami berbagai gejala klinis seperti, kelelahan, sesak napas, edema, gejala depresi dan kecemasan (Kaawoan, 2012). Munculnya berbagai gejala klinis pada pasien gagal jantung menyebabkan kualitas hidup yang rendah (Alaloul *et al.*, 2016).

Menurut Barutcu & Mert (2013), gagal jantung adalah penyakit yang mengarah kepada kualitas hidup yang rendah karena memberikan dampak yang negatif terhadap pemenuhan kebutuhan dasar, perilaku, dan aktivitas sehari-hari. Ketidakmampuan pasien gagal jantung untuk beradaptasi terhadap penyakitnya, termasuk di dalamnya mengenal secara dini dari gejala penyakit (seperti sesak napas, intoleransi aktivitas, dan kelelahan) yang akan mempengaruhi kualitas hidup yang dijalannya setiap hari (Kaawoan, 2012).

Yancy *et al* (2013), mengemukakan bahwa secara signifikan gagal jantung menurunkan kualitas hidup pasien terkait kesehatan terutama di bidang fungsi fisik dan vitalitas. Kurangnya peningkatan kualitas hidup terkait kesehatan setelah pulang dari rumah sakit adalah faktor utama terjadinya rawat inap ulang dan mortalitas pasien gagal jantung Yancy *et al* (2013).

Menurut Heo *et al.* (2008) dalam penelitiannya, menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal jantung adalah umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, derajat NYHA (*New York Heart Assosiation*), tingkat pengetahuan, status depresi, tingkat kecemasan, stress, respon spiritual, dan dukungan keluarga.

Menurut Nicholson (2007), kualitas hidup adalah sebuah konsep yang menjelaskan bagaimana pengaruh penyakit bagi kehidupan pasien. Penyakit Gagal jantung akan mempengaruhi semua aspek kehidupan pasien seperti, kepribadian, kemampuan untuk beradaptasi dengan penyakitnya serta harapan pasien untuk hidup sehat. Untuk membantu mengelola gejala gagal jantung, diperlukan adanya dukungan keluarga (Kaawoan, 2012).

Kualitas hidup adalah sesuatu yang bersifat subjektivitas dan multidimensi. Subjektivitas yang berarti kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari persepsi pasien itu sendiri, sedangkan multidimensi yang berarti bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik yang meliputi aspek fisik atau biologis, psikologis, spiritual, dan sosikultural (Panthree & Kripracha, 2011). Sebagian besar pasien gagal jantung membutuhkan dukungan dari keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup (Kaawoan, 2012).

Pasien gagal jantung juga memiliki masalah psikologi seperti cemas, gangguan tidur, depresi, dan sensitivitas berlebihan yang mengakibatkan kualitas hidup pasien menurun (Dunderdale dkk., 2005). Pasien gagal jantung yang mengalami masalah psikososial akan lebih lambat proses penyembuhannya, lebih berat gejala fisik yang dialaminya dan lebih lama proses penyembuhan penyakitnya. Salah satu faktor yang mendukung proses keberhasilan dalam penyembuhan adalah keterlibatan keluarga (Brunner & Suddarth, 2009).

Dukungan keluarga mempunyai peranan yang sangat penting dalam kualitas hidup pasien gagal jantung (Kaawoan, 2012). Dukungan keluarga membantu pasien untuk meningkatkan dan mempertahankan kondisi pasien, kondisi inilah yang akan mengurangi kecemasan dan mencegah munculnya stres pada pasien (Suratinoyo, Rottie dan Massi, 2016).

Dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial. Dalam semua tahap, dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berperan pada berbagai aspek pengetahuan, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan sehari-hari (Setiadi, 2008). Dalam keluarga, dapat ditemukan anggota keluarga yang berperan penting dalam upaya perawatan anggota keluarga yang sakit. *Caregiver* atau *family carer* adalah seseorang dalam keluarga yang memberikan perawatan untuk orang lain yang sakit, bahkan biasanya orang tersebut sangat bergantung pada *caregiver*-nya (Niman, 2013). Kehadiran keluarga sangat berarti dan membuat perasaan lebih nyaman bagi anggota keluarga yang sakit (Hasymi, 2009).

Keluarga adalah seseorang yang menghabiskan waktu lebih banyak dengan pasien, sehingga memiliki tugas yang penting dalam memberikan dukungan (Alaloul *et al.*, 2016). Gejala klinis yang umumnya terdapat pada pasien gagal jantung berupa cepat lelah, sesak nafas, edema serta batuk (Alaloul *et al.*, 2016). Kondisi tersebut dapat mengakibatkan intoleransi aktivitas pada pasien dan berakibat pada penurunan kualitas hidup. Keluarga merupakan sumber dukungan utama bagi pasien (Purnamawati dkk, 2018). Dukungan keluarga diyakini sangat membantu dalam pencapaian dalam peningkatan kualitas hidup anggota keluarganya yang sakit (Hasymi, 2009).

Hasil penelitian Putri (2014), menunjukkan ada hubungan signifikan antara dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung di Poliklinik Jantung RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Dukungan keluarga dalam penelitian ini merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap pasien gagal jantung yang terdiri dari dukungan sosial, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan emosional. Efek dukungan keluarga terhadap kesehatan dapat menurunkan mortalitas, mempercepat sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi (Suratinoyo, Rottie dan Massi, 2016). Dukungan keluarga juga memberikan dampak yang positif terhadap penyesuaian terhadap kejadian yang penuh dengan stres (Harnilawati, 2013).

Menurut penelitian yang dilakukan Zulmi (2018), dari hasil wawancara pada tgl 30 september 2017 terhadap 10 pasien gagal jantung di Instalasi Elang RSUP Dr. Kariadi Semarang, 7 dari 10 (70%) pasien mengatakan selalu ditemani keluarga setiap kali pergi kontrol ke dokter dan rawat inap, mendapat dukungan pembiayaan, transportasi, dan bantuan dalam kegiatan sehari-hari,

2 pasien mengatakan selama pengobatan kurang mendapat dukungan keluarga seperti pasien kontrol dan rawat inap didampingi pembantu atau asisten karena kesibukan keluarga, 1 pasien mengatakan selalu sendiri dalam menjalani pengobatannya.

Sesuai latar belakang masalah yang telah disebutkan di atas, maka perlunya dilakukan penelitian untuk menggali “Hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi karakteristik responden yang mencakup umur, jenis kelamin, status pendidikan.
2. Mengidentifikasi tingkat dukungan keluarga pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

3. Mengidentifikasi tingkat kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang
4. Mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Akademik**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan sehingga dapat memperoleh gambaran tentang dukungan keluarga yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal jantung.

##### **1.4.2 Manfaat Praktisi**

###### **1. Bagi tenaga kesehatan**

Memberi masukan bagi perawat atau tenaga kesehatan lain di setiap rumah sakit untuk mengoptimalkan pemberian informasi terkait pentingnya dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung.

###### **2. Bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan acuan oleh peneliti selanjutnya terkait tentang dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung.

###### **3. Bagi Masyarakat**

Dapat memberikan informasi kepada masyarakat terkait pentingnya dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Gagal Jantung

##### 2.1.1 Definisi Gagal Jantung

Gagal jantung merupakan kumpulan gejala klinis yang diakibatkan kelainan fungsional ataupun struktural jantung yang menyebabkan ketidakmampuan pengisian ventrikel ke seluruh tubuh (Yancy *et al.*, 2013). Ketidakmampuan ventrikel memompa darah ke seluruh tubuh ditandai dengan tungkai bengkak, saat beraktifitas dan tidur tanpa bantal terjadi sesak nafas, pernah atau belum pernah didiagnosis menderita gagal jantung oleh dokter tetapi mengalami gejala atau riwayat tersebut, maka didefinisikan sebagai penyakit gagal jantung (Riskestdas, 2013).

Gagal jantung adalah penyakit yang mengarah ke kualitas hidup yang rendah karena kurangnya *self care* (perawatan mandiri) dan kegagalan untuk memenuhi kebutuhan dasar karena mengalami kelelahan kronis dan disfungsi seksual (Barutcu & Mert, 2013).

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa gagal jantung adalah kumpulan gejala klinis karena kelainan fungsional ataupun struktural jantung menyebabkan jantung tidak bisa memompa cukup darah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan oksigen ke seluruh tubuh, sehingga mengarah kepada kualitas hidup yang rendah.



### 2.1.2 Etiologi

Gagal jantung dapat disebabkan oleh banyak hal. Secara epidemiologis cukup penting untuk mengetahui penyebab dari gagal jantung. Pada negara maju penyakit arteri koroner dan hipertensi merupakan penyebab terbanyak, sedangkan di negara berkembang, yang menjadi penyebab terbanyak dari gagal jantung adalah penyakit katup jantung dan *cardiomyopathy* (Kaawoan, 2012).

Beberapa etiologi dari penyakit gagal jantung adalah:

a) Penyakit jantung koroner

Jantung koroner adalah penyakit jantung karena adanya penumpukan kolesterol atau lemak pada dinding pembuluh darah arteri jantung, sering disebut dengan penyakit arteri koroner. Adanya penumpukan kolesterol membuat kerja jantung menjadi berat dan kontraksi otot jantung akan bekerja lebih kuat dalam mengedarkan darah, apabila dibiarkan akan terjadi penyakit gagal jantung (Smeltzer & Bare, 2010).

b) Hipertensi

Hipertensi menyebabkan terjadinya gagal jantung melalui mekanisme disfungsi dan tidak terkontrolnya sistolik dan diastolik dari ventrikel kiri, sehingga terjadi hipertrofi pada ventrikel kiri. Hipertrofi ventrikel kiri menyebabkan terjadinya infark miokard, aritmia atrium dan ventrikel yang nantinya akan berujung pada gagal jantung kongestif. Hipertensi yang bersifat kronis merupakan komplikasi terjadinya gagal jantung (Smeltzer & Bare, 2010)

Berdasarkan studi Cowie (2008), terdapat 91% pasien gagal jantung memiliki riwayat hipertensi dan Studi yang dilakukan oleh Majid (2010), menyatakan bahwa 77,78% pasien gagal jantung memiliki riwayat hipertensi.

c) *Cardiomiopathy*

*Cardiomiopathy* merupakan kelainan pada otot jantung yang tidak disebabkan oleh penyakit jantung koroner, hipertensi atau kelainan kongenital. *Cardiomyopathy* terdiri dari beberapa jenis. Salah satunya yaitu *Dilated cardiomyopathy* yang merupakan salah satu penyebab tersering gagal jantung kongestif. *Dilated cardiomyopathy* berupa dilatasi dari ventrikel kiri dengan atau tanpa dilatasi ventrikel kanan. Dilatasi ini disebabkan oleh hasil dari proses inflamasi seperti miokarditis atau sumber agen racun seperti alkohol (Smeltzer & Bare, 2010).

d) Kelainan katup jantung

Beberapa kasus kelainan katup jantung, yang paling sering menyebabkan gagal jantung kongestif ialah regurgitasi mitral. Regurgitasi mitral meningkatkan *preload* sehingga terjadi peningkatan volume di jantung. Peningkatan volume jantung memaksa jantung untuk berkontraksi lebih kuat agar darah tersebut dapat didistribusi ke seluruh tubuh. Kondisi ini jika berlangsung lama menyebabkan gagal jantung kongestif (Lip, Gibbs, & Beevers, 2000).

### 2.1.3 Patofisiologi

Keadaan gagal jantung awalnya terjadi karena jantung tidak dapat mengkompensasi fungsi dan curah jantung. Mekanisme kompensasi yang penting dalam kerja jantung adalah mekanisme *frank-starling*, respon neuroendokrin dalam pengaktifan sistem RAAS dan hipertrofi miokardium (Tanai & Frantz, 2015).

Mekanisme *frank sterling* dimulai karena adanya penurunan curah jantung yang akan menstimulasi baroreseptor dan sistem saraf simpatis, stimulasi tersebut memberikan respon jantung dan vaskuler melalui norepinefrin. Norepinefrin meningkatkan frekuensi jantung dan kontraktilitas jantung dengan menstimulasi reseptor beta jantung. Norepinefrin juga menyebabkan vasokonstriksi arteri dan vena menyebabkan peningkatan aliran balik vena ke jantung. Peningkatan aliran balik vena meningkatkan pengisian ventrikel dan peregangan miokardium. Peregangan yang berlebihan dari serabut otot menghasilkan kontraktilitas yang tidak efektif (Tanai & Frantz, 2015).

Respon neuroendokrin terjadi dari lanjutan stimulasi saraf simpatis yang menyebabkan penurunan perfusi ginjal. Penurunan perfusi ginjal menyebabkan aktivasi sistem renin angiotensin aldosteron menghasilkan vasokonstriksi tambahan dan menstimulasi korteks adrenal untuk menghasilkan aldosteron (RAAS) dan hipofisis posterior untuk melepaskan hormon antidiuretik (ADH). Aldosteron menstimulasi reabsorpsi antrium pada tubulus ginjal, meningkatkan retensi air. ADH bekerja pada tubulus distal untuk menghambat ekskresi air dan menyebabkan vasokonstriksi sehingga terjadi retensi air dan garam,

kemudian akan terjadi peningkatan volume vaskuler dan aliran balik vena yang menyebabkan pelepasan hormon tambahan dan faktor natriuretik atrium (ANF). ANF ini yang akan meningkatkan ekskresi natrium dan air, juga menghambat pelepasan norepinephrin, renin, dan ADH. Dalam kondisi gangguan jantung kronik, akan menghabiskan cadangan ANF atrium, efeknya akan terjadi aktivasi secara terus menerus sistem RAAS. Mekanisme sistem RAAS secara terus menerus akan meningkatkan tekanan hemodinamik dengan cara peningkatan preload maupun afterload, sehingga menimbulkan fungsi jantung mengalami penurunan. Ketika fungsi jantung menurun, sedikit darah dikirimkan ke jaringan dan jantung (Tanai & Frantz, 2015).

Akibat dari distansi kronik menyebabkan dinding ventrikel menipis dan memburuk, sehingga hipertrofi miokardium tidak adekuat. Ventrikel kemudian akan berdilatasi akhirnya meregangkan serabut melebihi titik optimal untuk kontraksi efektif. Ventrikel terus berdilatasi untuk mengakomodasi kelebihan cairan, tetapi jantung kehilangan kemampuan untuk berkontraksi secara kuat. Otot jantung akhirnya dapat menjadi sangat lebar sehingga suplai darah koroner menjadi tidak adekuat, menyebabkan iskemia dan terjadi kegagalan jantung (Tanai & Frantz, 2015).

#### **2.1.4 Klasifikasi Gagal Jantung**

Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung yang dikeluarkan oleh PERKI pada tahun 2015 mengklasifikasikan gagal jantung dalam beberapa kategori, yaitu berdasarkan kelainan struktural jantung dan berdasarkan kapasitas fungsional jantung (*NYHA*).

1. Berdasarkan kelainan struktural jantung klasifikasinya terdiri dari empat stadium yaitu sebagai berikut:
  - a. Stadium A: Klasifikasi di mana pada fase ini seseorang mendapat risiko kesempatan tinggi terkena gagal jantung. Pada stadium ini belum ada gangguan dan semacamnya yang abnormal secara berlebihan
  - b. Stadium B: Stadium di mana mulai adanya perkembangan gagal jantung yang ditandai dengan mulai munculnya penyakit pada struktur jantung yang berhubungan namun tidak ada tanda dan gejala yang spesifik mengarah ke gagal jantung
  - c. Stadium C: Klasifikasi di mana kondisi kegagalan yang berkaitan dengan penyakit struktural jantung awal mula namun simptomatik
  - d. Stadium D: Keadaan gagal jantung di mana seseorang tetap merasakan gejala yang bermakna walaupun dalam keadaan istirahat dan juga disertai dengan penyakit jantung struktural lanjut. Kondisi tetap memburuk walupun sudah menjalani terapi medis.
2. Berdasarkan kapasitas fungsional (NYHA) terdiri dari empat kelas yaitu sebagai berikut:
  - a. Kelas I: Pasien dengan *cardiac disease* tetapi tidak menyebabkan keterbatasan dalam aktivitas fisik. Pasien tidak mengalami fatigue, palpasi, dyspnea dan nyeri dada pada saat beraktivitas.

- b. Kelas II: Pasien dengan *cardiac disease* yang menyebabkan gangguan aktivitas fisik ringan. Merasa nyaman ketika beristirahat, tetapi merasa fatigue, sesak, palpitasi dan nyeri dada bila melakukan aktivitas biasa misalnya saat berjalan cepat menaiki tangga.
- c. Kelas III: Keterbatasan aktivitas fisik sangat terasa pada pasien dengan *cardiac disease*. Nyaman saat beristirahat tetapi merasakan gejala walaupun hanya dengan aktifitas minimal.
- d. Kelas IV: Pasien dengan *cardiac disease* berakibat aktivitas fisik sangat terbatas dan gejala dirasakan walaupun saat istirahat, bahkan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktivitas fisik apapun.

#### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Gejala khas gagal jantung: sesak nafas saat istirahat atau aktifitas, kelelahan, edema tungkai. Tanda khas gagal jantung: takikardia, takipnu, ronki paru, efusi pleura, peningkatan tekanan vena jugularis, edema perifer, hepatomegali. Sedangkan tanda objektif gangguan struktur atau fungsional jantung saat istirahat, kardiomegali, suara jantung ke tiga, murmur jantung, abnormalitas dalam gambaran ekokardiografi, kenaikan peptide natriuretik (PERKI, 2015).

#### 2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Diagnostik gagal jantung menurut PERKI (2015) yaitu:

### 1. Elektrokardiografi ( EKG )

Pemeriksaan elektrokardiogram harus dikerjakan pada semua pasien diduga gagal jantung. Abnormalitas EKG memiliki nilai prediktif yang kecil dalam mendiagnosis gagal jantung, jika EKG normal, diagnosis gagal jantung khususnya dengan disfungsi sistolik sangat kecil (<10%).

### 2. Foto Toraks

Merupakan komponen penting dalam diagnosis gagal jantung. Rontgen toraks dapat mendeteksi kardiomegali, kongesti paru, efusi pleura dan dapat mendeteksi penyakit atau infeksi paru yang menyebabkan atau memperberat sesak nafas. Kardiomegali dapat tidak ditemukan pada gagal jantung akut dan kronik.

### 3. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin pada pasien diduga gagal jantung adalah darah perifer lengkap (hemoglobin, leukosit, trombosit), elektrolit, kreatinin, laju filtrasi glomerulus (GFR), glukosa, tes fungsi hati dan urinalisis.

## 2.1.7 Penatalaksanaan

### 1. Manajemen Perawatan Diri

Manajemen perawatan diri mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan dapat memberi dampak bermakna perbaikan gejala gagal jantung, kapasitas fungsional, kualitas hidup, morbiditas dan prognosis. Manajemen perawatan diri dapat didefinisikan sebagai tindakan-tindakan yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik, menghindari perilaku yang dapat

memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung (PERKI, 2015).

Menurut Cameron, Carter, Riegel, Lo, dan Stewart (2009) mengemukakan bahwa perawatan diri menjadi komponen kunci keberhasilan manajemen pasien gagal jantung yang meliputi:

a. Pengaturan aktivitas fisik

Modifikasi aktivitas fisik merupakan bagian dari manajemen pasien gagal jantung karena dapat membantu mengurangi gejala yang dirasakan pasien dan menurunkan kebutuhan yang lebih terhadap pengobatan (Crawford, 2009).

Aktivitas fisik harus disesuaikan dengan tingkat gejala yang dialami pasien. Pada pasien dengan kondisi *heart failure stage* sedang sampai berat, pembatasan aktivitas fisik dan *bed rest* sangat penting dilakukan untuk memperbaiki kondisi klinis pasien (Crawford, 2009; Gray *et.al*, 2002).

b. Pengaturan diet

Pembatasan kalori sangat penting bagi pasien *overweight* karena penurunan berat badan menurunkan kebutuhan jantung dan dapat mengurangi gejala penyakit (Crawford, 2009). Cook *et al.* (2007) mengemukakan bahwa pembatasan konsumsi garam akan membantu mengurangi retensi air, dimana hal ini juga berefek menurunkan kerja jantung. Diet yang dianjurkan yaitu rendah garam 1,5-2 gram/hari, sangat penting untuk mendapatkan efek terapi yang optimal.



c. Monitor berat badan

Monitor berat badan dianjurkan bagi pasien rutin dilakukan setiap hari, sebaiknya pagi hari sebelum sarapan. Penurunan berat badan  $\geq 1,5$  kg lebih dari 3 (tiga) hari harus menjadi perhatian dan perlu dilaporkan ke petugas kesehatan (Butler, 2010). Sebaliknya berat badan berlebih (obesitas) merupakan faktor risiko terhadap perkembangan buruk gagal jantung khususnya terhadap perubahan hemodinamik seperti perubahan volume overload yaitu terjadi peningkatan afterload dan preload, hipertrofi ventrikel kiri dan remodeling. Sebab itu penting untuk memberikan pemahaman bagi pasien mengenai pentingnya mengontrol berat badan (Nicholson, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri pada pasien gagal jantung yaitu,

1. Usia

Usia merupakan faktor prediktor penting pada perawatan diri. Bertambahnya usia sering dihubungkan dengan berbagai keterbatasan maupun kerusakan fungsi sensori (Kaawoan, 2012).

Seiring bertambahnya usia maka hal itu akan berpengaruh secara langsung terhadap perubahan struktur jantung, dimana terjadi peningkatan penebalan dinding ventrikel kiri yang disebabkan karena hipertensi atau karena penyebab lain yaitu peningkatan *afterload* (Karavidas *et al.*, 2010).

## 2. Jenis kelamin

Terdapat perbedaan faktor yang mempengaruhi kemampuan perilaku perawatan diri pada pria dan wanita. Pria lebih dipengaruhi oleh faktor kontrol persepsi dan pengetahuan, sedangkan pada wanita faktor penting yang mempengaruhi adalah keyakinan perawatan diri dan status fungsional (Heo *et al.*, 2008).

## 3. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan yang tinggi memiliki hubungan dengan kemampuan perilaku perawatan diri dan kepatuhan terhadap pengobatan yang dijalannya (Moser & Watkins, 2008; Evangelista, Berg & Dracup, 2001).

## 4. Penghasilan

Penghasilan sering dikaitkan dengan status sosial ekonomi seseorang. Bagi banyak pasien dewasa yang hidup dalam kondisi sosial ekonomi rendah serta tidak memiliki pendapatan tambahan selain gaji, akan mengalami kesulitan dalam beberapa aspek perawatan diri. Perawatan diri yang kurang akan menyebabkan pasien menjalani hospitalisasi dan ini akan berefek terhadap pembiayaan selama pasien dirawat di rumah sakit (Kaawoan, 2012).

## 5. Kondisi *Comorbidity*

*Comorbidity* didefinisikan sebagai kondisi penyakit yang muncul menyertai penyakit utama tetapi juga dapat berdiri sendiri sebagai penyakit spesifik seperti *coronary artery*

*disease*, hipertensi, diabetes melitus, dan non iskemik kardiomiopati (Aronow, 2006). Menurut Chriss *et al* (2004), pasien yang menderita gagal jantung tanpa gejala penyakit yang buruk serta tidak mengalami *comorbid* akan memiliki perawatan diri yang sangat baik dibandingkan dengan pasien yang disertai *comorbid* yang banyak.

#### 6. Derajat Keparahan Penyakit (status fungsional)

Status fungsional yang buruk seperti klasifikasi NYHA III atau IV akan memberikan efek yang kurang baik terhadap kemampuan perawatan diri pasien (Moser & Watkins, 2008).

#### 7. Dukungan sosial

Dukungan sosial adalah persepsi keluarga dan orang lain sebagai pemberi pelayanan terhadap kemampuan untuk memberikan dukungan dan menciptakan hubungan yang baik untuk melaksanakan fungsi tertentu (Nauser, 2007). Sebagian besar pasien gagal jantung sangat membutuhkan dukungan dari pasangan, keluarga dan teman untuk melaksanakan perawatan diri. Pasien yang memiliki dukungan yang tinggi melaporkan memiliki kemampuan perawatan diri sangat baik dibandingkan dengan pasien yang hanya mendapatkan sedikit dukungan sosial (Gallagher, Luttk, & Jaarsma, 2011).

#### 2. Manajemen Terapi

Manajemen terapi ditujukan terutama untuk menurunkan *afterload* dengan ACEI atau antagonis kalsium, meningkatkan kontraktilitas jantung melalui pemberian digitalis atau ibopamin serta

menurunkan *preload* melalui pemberian nitrat atau diuretik (Kabo & Karim, 2008).

## 2.2 Dukungan Keluarga

### 2.2.1 Definisi Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010) keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Sementara menurut Sudiharto (2007), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Sedangkan dukungan keluarga adalah berupa sikap atau tindakan penerimaan keluarga yang diberikan kepada salah satu anggota keluarganya yang sedang mengalami kesulitan atau masalah, berupa dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penilaian, dan dukungan informasional. Dengan dukungan tersebut anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan (Friedman, 2010).

Dukungan sosial keluarga merupakan proses yang terjadi selama masa hidup, dengan sifat dan tipe dukungan sosial bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan keluarga. Walaupun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga memungkinkan keluarga berfungsi dengan penuh kompetensi dan sumber. Hal ini dapat meningkatkan adaptasi dan kesehatan keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2010).

Dukungan keluarga merupakan suatu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosial. Dalam semua tahap, dukungan sosial keluarga menjadikan keluarga mampu berperan pada berbagai aspek pengetahuan, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan sehari-hari (Setiadi, 2008).

Dukungan keluarga merupakan faktor penting yang dibutuhkan oleh salah satu anggota keluarga ketika mengalami kesulitan maupun masalah (kesehatan). Di Indonesia sendiri memiliki kekerabatan yang sangat kuat, dibuktikan ketika salah satu anggota keluarga sedang sakit dan menjalani rawat inap di rumah sakit, anggota keluarga dan tetangga akan memberikan dukungan dengan menunggu atau tidur di rumah sakit secara bergantian (Ratna, 2010).

### **2.2.2 Bentuk Dukungan Keluarga**

Menurut Harmilawati (2013) bentuk dukungan keluarga yaitu:

- a. Dukungan Emosional (*Emotional Support*) adalah suatu bentuk dukungan berupa simpatik, empati, cinta dan perhatian yang diberikan kepada seseorang yang mengalami permasalahan, agar orang tersebut tidak merasa sendiri dalam menanggung beban yang dihadapi.
- b. Dukungan Instrumental (*Instrumental/Tangible Support*) merupakan bentuk dukungan nyata dan memberi bantuan secara langsung, yang bertujuan untuk mempermudah seseorang terkait permasalahan yang dihadapinya

- c. Dukungan Informasional (*Informational Support*) dapat diungkapkan dalam bentuk pemberian nasihat atau saran, pengarahan, bimbingan, mengenai solusi terhadap masalah individu.
- d. Dukungan Penghargaan (*Esteem Support*) terjadi lewat ungkapan, pujian atau penilaian yang positif untuk individu, dorongan untuk maju dan pemberian semangat, dan juga perbandingan positif individu dengan orang lain yang berpengaruh penting bagi seseorang. Sedangkan pada dukungan keluarga adalah penilaian positif yang dapat membantu anggota keluarganya merasa berharga.

### 2.2.3 Tipe-tipe Keluarga

Dukungan keluarga yang diberikan dapat dipengaruhi oleh tipe keluarga. Menurut Friedman (2010) tipe keluarga dibagi 3, antara lain:

- a. Keluarga inti (*nuclear family*) merupakan keluarga yang terbentuk karena adanya pernikahan, yaitu peran sebagai orangtua atau kelahiran. Keluarga inti terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh melalui keturunannya maupun adopsi.
- b. Keluarga orientasi (keluarga asal) merupakan unit keluarga tempat seseorang dilahirkan.
- c. Keluarga besar (*extended family*) merupakan keluarga inti yang ditambah anggota keluarga lain yang masih berhubungan darah biasanya anggota keluarga yang berasal dari salah satu pasangan keluarga inti seperti kakek, nenek, paman atau bibi.

#### 2.2.4 Pengukuran Dukungan Keluarga Pasien Gagal Jantung

Penelitian ini menggunakan modifikasi instrument *Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey* yang dikembangkan oleh Sherbourne dan Stewart (1991). Keuntungan alat ukur ini adalah sudah pernah digunakan di Indonesia. Terdapat 4 (empat) dimensi yang mendukung instrument ini, yaitu *emotional* atau *informational*, *tangible*, *affectionate* dan *positive social interaction*. Instrument yang sudah dimodifikasi ini terdiri dari 19 item pernyataan yang meliputi 6 item pernyataan untuk *emotional* atau *informational* (pernyataan nomor 3, 7, 13, 15, 18, dan 19), 7 item pernyataan untuk *tangible* (pernyataan nomor 1, 2, 8, 9, 10, 11, dan 14), 3 item pernyataan untuk *affectionate* (pernyataan nomor 4, 5, dan 12) dan 3 item pernyataan untuk *positive social interaction* (pernyataan nomor 6, 16, dan 17). Semua item pernyataan dalam bentuk pernyataan *favorable*. Nilai dukungan keluarga berkisar 19-76 dengan nilai 76 sebagai dukungan keluarga terbaik (Kaawoan, 2012).

#### 2.2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Susanti & Sulistyani (2013) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga ada 2 yaitu faktor internal dan eksternal.

##### 1. Faktor Internal

###### a. Umur

Dukungan yang diberikan berdasarkan pertumbuhan dan perkembangan seseorang, karena setiap rentang usia (bayi-

lansia) mempunyai respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda.

b. Tingkat Pengetahuan

Faktor pengetahuan akan mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap bentuk dukungan. Tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang berkaitan dengan seberapa paham orang tersebut mengenai masalah penyakitnya

c. Emosi

Seorang individu yang mengalami masalah (sakit) harus dapat melakukan koping emosional agar dapat menerima kondisi yang dialaminya dan dapat menjalani perawatan dengan maksimal

d. Spiritual

Faktor spiritual berhubungan dengan nilai kepercayaan dan keyakinan, hubungan keluarga atau teman dan mencari arti hidup. Seseorang yang menjalani hidupnya dapat terlihat dari aspek spiritual.

2. Faktor Eksternal

a. Struktur Keluarga

Dimensi struktural keluarga meliputi peran keluarga, kekuasaan dan pola komunikasi. Struktur keluarga berhubungan dengan bagaimana keluarga dalam memberikan dukungan pada anggota keluarganya. Hal ini biasanya mempengaruhi bagaimana pasien dalam memelihara kesehatannya.



b. Sosial dan psikososial

Seseorang biasanya akan mencari dukungan dari kelompok sosialnya, hal ini dapat mempengaruhi persepsi pasien terhadap penyakitnya dan cara penanganannya

c. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya dapat mempengaruhi keyakinan dan persepsi individu dalam memberikan dukungan serta dalam merawat dan pemeliharaan kesehatan.

### 2.2.6 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2010) terdapat 5 fungsi yaitu:

1. Fungsi afektif merupakan fungsi mempertahankan kepribadian dengan memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa dan memenuhi kebutuhan psikologi anggota keluarga.
2. Fungsi sosialisasi dan status sosial yaitu memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan untuk menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif dan memberikan status pada anggota keluarga.
3. Fungsi reproduksi yaitu membina dan mempertahankan kehidupan keluarga dalam mempertahankan generasi dan menjalin kelangsungan keluarga serta untuk keberlangsungan hidup masyarakat.
4. Fungsi ekonomi, pengadaan atau pengalokasian dana untuk kebutuhan ekonomi keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.

5. Fungsi perawatan kesehatan yaitu keluarga menyediakan kebutuhan anggota keluarga berupa kebutuhan fisik sampai makanan, pakaian, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan yang dibutuhkan.

### **2.2.7 Keluarga di Bidang Kesehatan**

Terdapat 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan menurut Dimatteo (2004) antara lain:

1. Mengenal dan menyadari masalah atau gangguan kesehatan yang dialami anggota keluarganya
2. Mengambil keputusan yang tepat dalam mengambil tindakan sesuai masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya
3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit, dapat dilakukan di rumah apabila keluarga dapat merawatnya sendiri atau dibawa ke pelayanan kesehatan untuk mendapat tindakan yang sesuai
4. Mempertahankan suasana di rumah dalam menguntungkan kesehatan anggota keluarga
5. Mempertahankan timbal balik antara anggota keluarga dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

## **2.3 Kualitas Hidup**

### **2.3.1 Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup adalah konsep luas yang mencakup banyak komponen dari kesehatan secara keseluruhan dan kesejahteraan misalnya, fisik, psikososial, ekonomi, dan budaya (Oliel & Thomas, 2011). Kualitas hidup merupakan konsep multidimensi

menggabungkan kesejahteraan, partisipasi sosial dan gaya hidup, faktor fisik dan psikologis, dan harapan individu untuk hidupnya (Brett *et al.*, 2012).

Kualitas hidup adalah sesuatu yang bersifat subjektivitas dan multidimensi. Subjektivitas yang berarti kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari persepsi pasien itu sendiri, sedangkan multidimensi yang berarti bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik yang meliputi aspek fisik atau biologis, psikologis, spiritual, dan sosikultural (Panthree & Kripracha, 2011).

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai dirinya yang mencakup beberapa komponen seperti tujuan, harapan, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual, kesejahteraan fisik dan psikologis, psikososial, ekonomi, dan budaya yang dapat menggambarkan keunggulan seorang individu.

### **2.3.2 Pengukuran Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung**

Banyak alat pengukur untuk menilai kualitas hidup pasien gagal jantung, misalnya *Quality Of Life After Myocardial Infarction (QLMI)*, *Minnesota Living Heart Failure (MLHF)*, dan *Medical Outcomes Study 36-Items Short Health Survey (SF-36)*. Penelitian ini menggunakan *Medical Outcomes Study 36-Items Short Health Survey (SF-36)*. Keuntungan dari alat ukur ini adalah dapat digunakan untuk berbagai penyakit dan usia sedangkan kelemahannya adalah tidak mencakup hal-hal yang khusus pada penyakit tertentu.

SF-36 adalah survey kesehatan yang singkat dengan 36 pertanyaan untuk mencapai beberapa tujuan. SF-36 digunakan sejak tahun 1970 oleh mol dan Newell dan distandarkan pada tahun 1990. SF-36 terdiri dari 2 domain yaitu domain fisik dan domain mental. Setiap domain terdiri dari 4 sub area, setiap sub area terdiri dari beberapa pertanyaan. Sub area pada domain fisik terdiri dari fungsi fisik (10 pertanyaan tentang semua aktivitas fisik termasuk mandi dan berpakaian), peranan fisik (4 pertanyaan tentang pekerjaan atau aktivitas sehari-hari), rasa nyeri (2 pertanyaan tentang rasa sakit yang dirasakan) dan kesehatan umum (5 pertanyaan tentang kesehatan individu) sedangkan domain mental terdiri dari kesehatan mental (5 pertanyaan tentang perasaan seperti depresi, senang, susah), peranan emosi (3 pertanyaan tentang masalah pekerjaan yang berdampak pada status emosi), fungsi sosial (2 pertanyaan tentang aktivitas sosial yang berkaitan dengan masalah fisik dan emosi) dan vitalitas (4 pertanyaan tentang vitalitas yang dirasakan oleh pasien). Nilai SF-36 berkisar 0-100 dengan nilai 100 sebagai kualitas hidup terbaik. Kuesioner SF-36 pernah digunakan oleh Nazir (2006) dalam versi bahasa Indonesia dengan nilai *Chronbach alpha* 0.876 (Rochmayanti, 2011).

### **2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung**

Menurut Heo *et al.*, (2008), beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal jantung, yaitu:

a. Umur

Semakin bertambah tua umur seseorang, maka penurunan fungsi tubuh akan terjadi baik secara psikologis maupun fisik (Nurchayati, 2011).

b. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan dan pengetahuan merupakan faktor yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien gagal jantung. Pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi akan mudah untuk mendapatkan informasi terkait kondisi yang sedang dialami, maupun menganalisis masalah yang akan timbul, serta bagaimana mengatasi masalah tersebut (Nurchayati, 2011).

c. Pekerjaan

Nofitri (2009) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disability tertentu). Nofitri (2009) menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita.

d. Derajat NYHA (*New York Heart Assosiation*)

Menurut NYHA, gagal jantung berdasarkan 4 derajat kemampuan fisik. Derajat I menunjukkan seseorang bisa beraktifitas secara normal, pada derajat II pasien menunjukkan gejala ringan saat melakukan aktivitas sehingga pasien merasa lebih nyaman bila beristirahat, pada derajat III pasien sudah mulai menunjukkan

adanya keterbatasan fisik dan pada derajat IV pasien sudah tidak bisa melakukan aktivitas apapun tanpa keluhan (O'Connor *et al.*, 2013). Kondisi tersebut akan mempengaruhi sejauh mana pasien mampu memaksimalkan fisiknya, sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien (Heo *et al.*, 2008).

e. Tingkat Pengetahuan

Dalam kaitannya dengan kualitas hidup, pemilihan terapi akan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan seseorang. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka akan semakin baik dalam tindakan memilih tindakan terapi yang tepat dalam pemulihan kondisinya sehingga kualitas hidup pasien juga akan meningkat (Akhmad, 2013).

f. Status depresi, tingkat kecemasan, *stress*.

Penelitian Lee *et al.*, (2005) menunjukkan bahwa faktor psikologis seperti status depresi, tingkat kecemasan, dan stress secara signifikan berperan besar dalam menurunkan kualitas hidup pasien.

g. Respon spiritual

Dalam kaitannya dengan kualitas hidup respon spiritual pasien akan dipengaruhi oleh harapan dan keyakinan pasien terhadap penyakit yang dideritanya (Purnawinadi, 2012).

h. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sangatlah penting bagi pasien gagal jantung, selain membantu dalam hal perawatan diri dan terapi, dalam kaitannya dengan kualitas hidup pasien dukungan keluarga

juga sangat diperlukan dalam hal psikologis (Akhmad, 2013). Adanya perhatian, kasih sayang, nasehat, dan bantuan yang diberikan anggota keluarga pada pasien gagal jantung akan memberikan rasa tenang dan aman yang dapat membantu pemulihan (Akhmad, 2013). Dukungan keluarga akan menjadi optimal dengan saling berkomunikasi dan menghormati serta menghargai pasien sebagai salah satu anggota keluarga, dengan dukungan keluarga yang optimal diharapkan kualitas hidup pasien dapat meningkat (Akhmad, 2013).

#### **2.3.4 Kualitas Hidup Pasien Gagal jantung**

Kualitas hidup pasien gagal jantung secara umum menggambarkan karakteristik kondisi kesehatan pasien dalam penyakit kronis yang diderita. Pengukuran yang paling sering digunakan adalah menggunakan alat ukur kuesioner *SF-36*. Gagal jantung dapat menurunkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Kualitas hidup pasien gagal jantung dipengaruhi oleh masalah aktifitas fisik dan kesehatan mental, apabila aktifitas fisik dan kesehatan mental menurun, maka kualitas hidup pasien gagal jantung rendah. Pada pasien gagal jantung dengan NYHA III, terjadi penurunan kualitas hidup, karena secara spontan menimbulkan sesak napas ketika melakukan aktivitas ringan maupun berat, sehingga pasien beranggapan bahwa pasien tidak mampu untuk melakukan segala aktivitas. Hal ini dapat timbul perasaan rendah diri, apabila tidak segera diatasi maka dapat menyebabkan pasien depresi (Coelho *et al.*, 2005).

Definisi kualitas hidup pasien gagal jantung mencakup tiga komponen, yaitu kemampuan untuk melakukan aktivitas fisik dan sosial, menjaga kebahagiaan, dan terlibat dalam hubungan yang memuaskan. Kualitas hidup adalah konsep multidimensional, subjektif yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Definisi kualitas hidup pada pasien gagal jantung adalah persepsi pasien gagal jantung mengenai keadaan dan kondisinya terhadap fisik, aktivitas, psikologis, dan kesehatan mental. Kualitas hidup pasien dipengaruhi oleh beberapa hal, seperti status fisik, psikologis, sosial, perilaku dan ekonomi. Evaluasi diri tentang kualitas hidup merupakan persepsi yang mereka adopsi terhadap perubahan kondisi klinis dan pandangan positif mereka (Heo *et al.*, 2009).

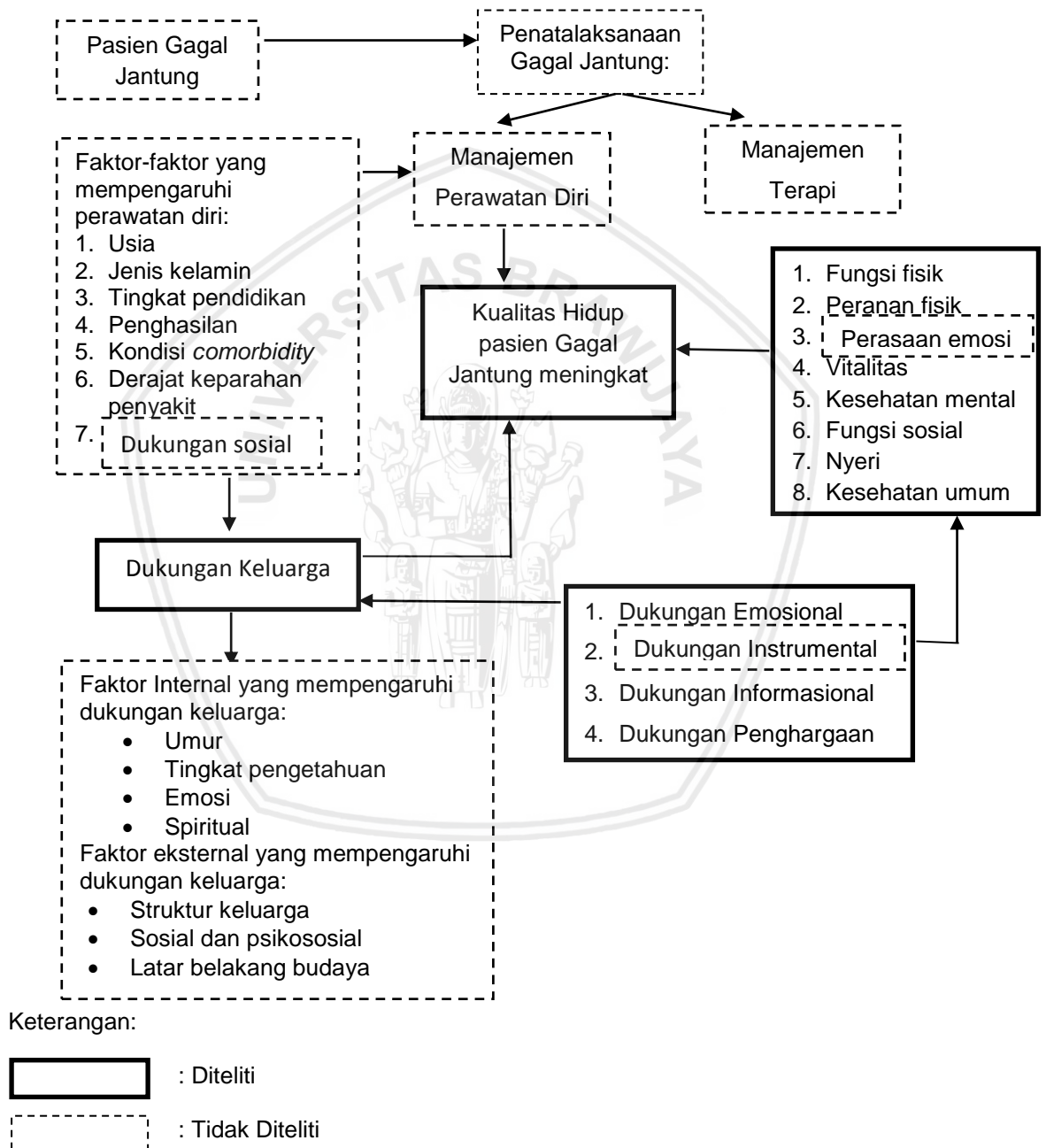
Gagal jantung memiliki dampak negatif pada kualitas hidup pasien, yang dapat menyebabkan peningkatan pengeluaran perawatan kesehatan dan berkontribusi terhadap peningkatan mortalitas. Salah satu tujuan pengobatan gagal jantung adalah meningkatkan kualitas hidup. Sebagian besar pasien gagal memiliki kualitas hidup buruk di semua domain. Hal ini disebabkan, oleh rasa sakit, kelelahan, gangguan status psikologis, dan keterbatasan melakukan kegiatan sehari-hari (Alaloul *et al.*, 2016).



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang



Kerangka konsep menjelaskan bahwa pasien gagal jantung membutuhkan penatalaksanaan yaitu berupa manajemen perawatan diri dan manajemen terapi. Manajemen perawatan diri dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan, kondisi *comorbidity*, derajat keparahan penyakit dan dukungan sosial. Di dalam dukungan sosial ada dukungan keluarga. Sebagian besar pasien gagal jantung sangat membutuhkan dukungan keluarga untuk melaksanakan perawatan diri. Pasien yang memiliki dukungan yang tinggi melaporkan memiliki kemampuan perawatan diri sangat baik.

Dukungan keluarga dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Dukungan keluarga terdiri dari dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan informasional dan dukungan penghargaan. Dukungan instrumental dapat memengaruhi kualitas hidup pasien gagal jantung terutama di domain perasaan emosi. Dukungan keluarga memiliki pengaruh yang kuat terhadap kualitas hidup keluarga yaitu memberikan dampak yang baik pada individu dalam keluarga seperti meningkatkan kesehatan, mendukung dan menjaga anggota keluarga sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Semakin tinggi dukungan keluarga yang diterima pasien, maka kualitas hidup pasien akan semakin baik.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.

## BAB 4

### METODOLOGI PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional dengan metode pendekatan *cross sectional* untuk mengidentifikasi hubungan antara variabel independen (dukungan keluarga) dengan variabel dependen (kualitas hidup) pada pasien gagal jantung yang dilakukan dalam satu kali pengukuran untuk hasil dari kedua variabel dengan menggunakan kuesioner.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

##### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah penderita gagal jantung di ruang instalasi perawatan jantung terpadu (IPJT) RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang dalam tiga bulan terakhir sebanyak 102 pasien.

##### 4.2.2 Sampel

###### a. Besar sampel

Besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan rumus Slovin. Perhitungannya adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + n \cdot e^2}$$
$$n = \frac{105}{1 + 105 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{105}{1,263125}$$

$$n = 83 \text{ pasien}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

e<sup>2</sup> = Tingkat signifikansi (0,05) (Nursalam, 2016)

Jadi besar sampel dalam penelitian ini adalah 83 responden.

Responden yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar sebanyak 47 responden dan responden yang berobat di Poli Jantung RSI Aisyiyah Kota Malang sebanyak 36 responden.

#### b. Teknik Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teknik *non-probability sampling* dengan metode *consecutive sampling*, yaitu semua objek yang ada dalam kurun waktu tertentu dan memenuhi kriteria sampel akan dipilih dalam penelitian sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Cara pengambilan sampel menggunakan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

#### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien yang didiagnosis gagal jantung setidaknya 6 bulan sebelumnya.
2. Klasifikasi fungsional *New York Heart Association* (NYHA) kelas I dan II dalam keadaan stabil
3. Mampu berkomunikasi dengan baik

4. Pasien yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah:

1. Pasien gagal jantung yang menolak jadi responden.
2. Pasien gagal jantung yang menderita diabetes mellitus dengan ulkus
3. Pasien gagal jantung yang menderita gagal ginjal kronis stadium 5
4. Pasien gagal jantung dengan penyakit stoke atau CVA TIA yang tidak bisa ambulasi

#### **4.3 Variabel Penelitian**

##### **4.3.1 Variabel Bebas (Independent)**

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Dukungan keluarga.

##### **4.3.2 Variabel Terikat (Dependent)**

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien gagal jantung

#### **4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di ruang instalasi perawatan jantung terpadu (IPJT) RSUD Dr. Saiful Anwar dan poli jantung RSI Aisyiyah Kota Malang. Pengambilan data dilakukan mulai dari 17 Januari 2019 – 06 Maret 2019

#### **4.5 Instrumen Penelitian**

##### **4.5.1 Alat Ukur Penelitian**

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari 3 kuesioner, yaitu: A, B, C

### 1. Kuesioner A

Kuesioner data demografi ini dibuat sendiri oleh peneliti yang terdiri dari: nama (inisial), umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, klasifikasi NYHA, pekerjaan, dan lama menderita gagal jantung.

### 2. Kuesioner B

Penilaian terhadap dukungan keluarga bagi pasien gagal jantung menggunakan modifikasi instrument *Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey* yang dikembangkan oleh Sherbourne dan Stewart (1991). Terdapat 4 (empat) dimensi yang mendukung instrument ini, yaitu *emotional* atau *informational*, *tangible*, *affectionate* dan *positive social interaction*. Instrument yang sudah dimodifikasi ini terdiri dari 19 item pernyataan yang meliputi 6 item pernyataan untuk *emotional* atau *informational* (pernyataan nomor 3, 7, 13, 15, 18, dan 19), 7 item pernyataan untuk *tangible* (pernyataan nomor 1, 2, 8, 9, 10, 11, dan 14), 3 item pernyataan untuk *affectionate* (pernyataan nomor 4, 5, dan 12) dan 3 item pernyataan untuk *positive social interaction* (pernyataan nomor 6, 16, dan 17). Semua item pernyataan dalam bentuk pernyataan *favorable*. Nilai dukungan keluarga berkisar 19-76 dengan nilai 76 sebagai dukungan keluarga terbaik (Kaawoan, 2012).

### 3. Kuesioner C

Kuesioner kualitas hidup yang digunakan adalah kuesioner *SF-36* dibuat di Amerika Serikat dan telah diteliti oleh Nazir (2006).

Kuesioner ini terdiri dari 36 pertanyaan yang terbagi dalam 8 dimensi yaitu dimensi fungsi fisik (10 butir), peranan fisik (4 butir), rasa nyeri (2 butir), kesehatan umum (5 butir), fungsi sosial (2 butir), perasaan emosi (3 butir), vitalitas (4 butir) dan kesehatan mental (5 butir). Nilai *SF-36* berkisar 0-100 dengan nilai 100 sebagai kualitas hidup terbaik. Kuesioner *SF-36* pernah digunakan oleh Nazir (2006) dalam versi bahasa Indonesia dengan nilai *Chronbach* alpha 0.876 (Rochmayanti, 2011). Nomor pertanyaan masing-masing dimensi dapat dilihat pada tabel 4.1

**Tabel 4.1 Nomor Pertanyaan Berdasarkan 8 Dimensi Kuesioner SF-36**

Dimensi	Jumlah Pertanyaan	No Pertanyaan
Fungsi Fisik	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Peranan Fisik	4	13,14,15,16
Perasaan Emosi	3	17,18,19
Vitalitas	4	23,27,29,31
Kesehatan Mental	5	24,25,26,28,30
Fungsi Sosial	2	20,32
Nyeri	2	21,22
Kesehatan Umum	5	1,33,34,35,36

Masing-masing item pertanyaan kuesioner *SF-36* memiliki kode dan skor masing-masing yang dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2 Skor Item Pertanyaan Kuesioner SF-36

Nomor Pertanyaan	Kode	Skor
1,2,20,22,34,36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1	0
	2	50
	3	100
13,14,15,16,17,18,19	1	0
	2	100
21,23,26,27,30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24,25,28,29,31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32,33,35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

#### 4.5.2 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

##### a. Uji Validitas

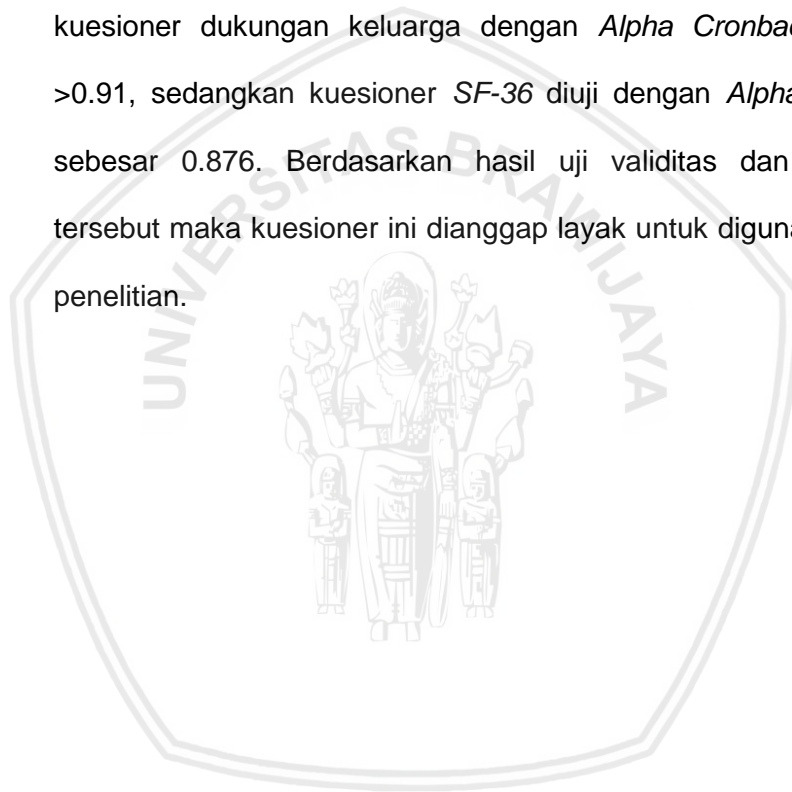
Untuk mengetahui kevalidan suatu instrument perlu dilakukan uji validitas yang berupa uji korelasi tiap item dengan skor total kuesioner tersebut. Teknik korelasi yang dipakai adalah uji korelasi Product Moment ( $r$ ). Kuesioner dinyatakan valid apabila  $r$  hitung  $>$   $r$  table. Uji validitas yang digunakan adalah korelasi 'Pearson Product Moment'. Instrument ini dikatakan valid apabila  $r \geq 0.3$ . Hasil uji validitas pada kuesioner dukungan keluarga dan kualitas hidup menunjukkan bahwa tidak ditemukan item pertanyaan yang



memiliki nilai  $r < 0.3$ , jadi dengan demikian semua item pertanyaan untuk masing-masing kuesioner tersebut dinyatakan valid.

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas yang digunakan yaitu '*Cronbach Alpha*'. Instrument ini dikatakan reliabel apabila nilai *Cronbach Alpha* lebih dari atau sama dengan 0.6 (Hastono, 2007). Uji reliabilitas pada kuesioner dukungan keluarga dengan *Alpha Cronbach* sebesar  $>0.91$ , sedangkan kuesioner SF-36 diuji dengan *Alpha Cronbach* sebesar 0.876. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas tersebut maka kuesioner ini dianggap layak untuk digunakan dalam penelitian.



#### 4.6 Definisi Istilah/Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala Ukur	Hasil ukur
1	Variabel Independent: Dukungan keluarga	Persepsi pasien gagal jantung mengenai perhatian, kenyamanan, dan penghargaan yang didapatkan dari keluarga yang tinggal serumah (istri, suami, anak, dan keluarga yang lain).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan emosional</li> <li>2. Dukungan instrumental</li> <li>3. Dukungan informasional</li> <li>4. Dukungan penghargaan</li> </ol>	Modifikasi kuesioner <i>Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey</i> , terdiri dari 19 item pernyataan.	Interval	Dinyatakan dalam rentang nilai 19-76
2	Variabel Dependen: Kualitas hidup pasien gagal jantung	Persepsi pasien gagal jantung mengenai keadaan dan kondisi terhadap fisik, aktivitas, psikologis, dan kesehatan mental	Persepsi tentang: Fungsi fisik, peranan fisik, perasaan emosi, vitalitas, kesehatan mental, fungsi sosial, rasa nyeri, kesehatan umum.	Kuesioner <i>Short-Form-36 (SF-36)</i> dimodifikasi Nazir berisi 36 pertanyaan.	Interval	Dinyatakan dalam rentang nilai 0-100

## 4.7 Prosedur Penelitian

### 4.7.1 Data Primer

Data primer diperoleh dari hasil pengisian kuesioner oleh responden dengan menggunakan metode wawancara.

### 4.7.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari rekam medis di instalasi perawatan jantung terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang untuk mengetahui calon responden penelitian.

### 4.7.3 Alur Penelitian

#### 1. Prosedur Administrasi

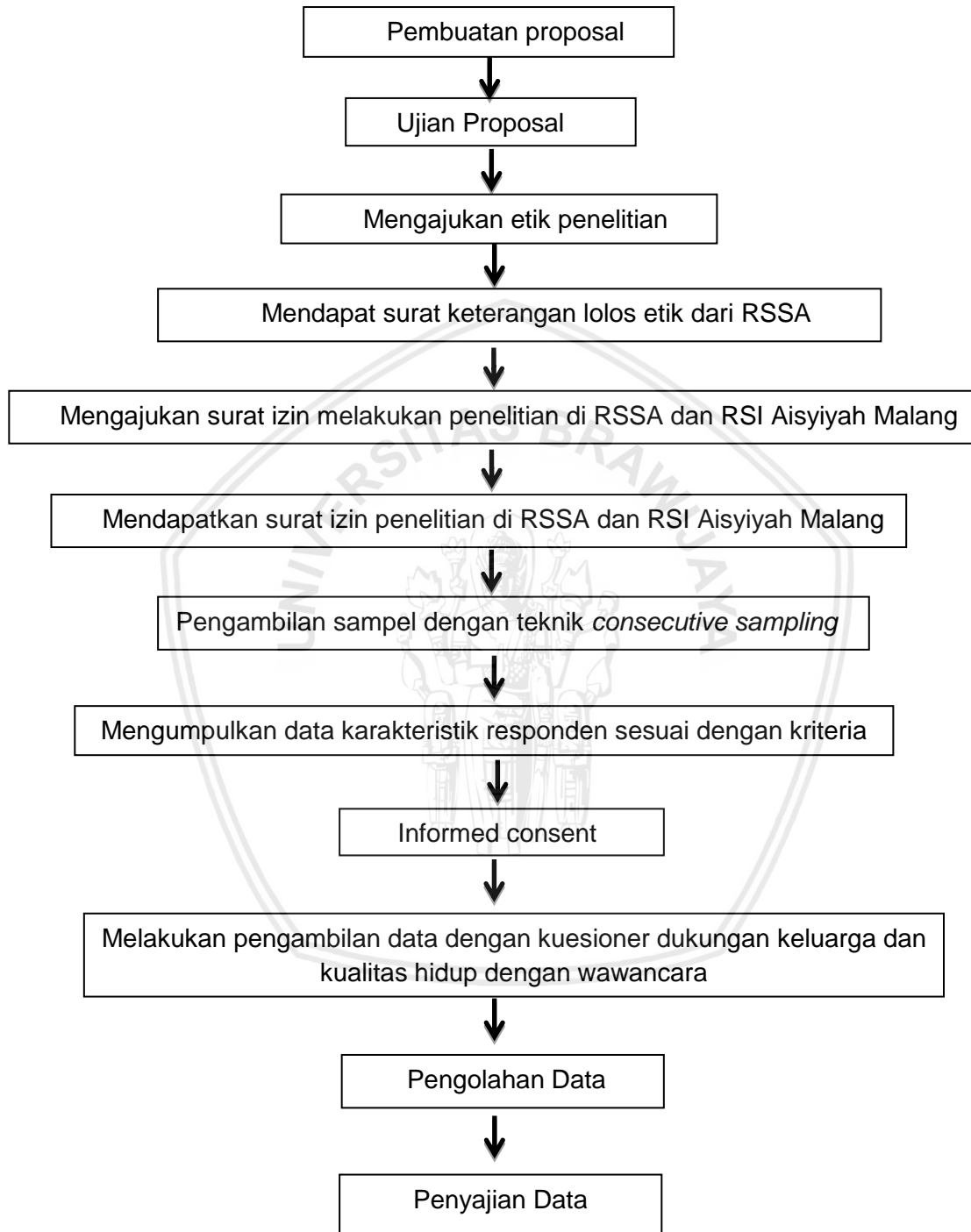
- a. Menyerahkan proposal yang telah disetujui oleh pembimbing untuk dapat memperoleh surat keterangan lolos uji etik dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
- b. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang ditujukan kepada RSUD Dr. Saiful Anwar sebagai tempat penelitian.
- c. Mendapatkan surat ijin penelitian dari RSUD Dr. Saiful Anwar Malang untuk mengumpulkan data karakteristik pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.

#### 2. Prosedur Teknis

- a. Pengumpulan data di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dilakukan di instalasi rawat inap penyakit jantung setelah mendapatkan ijin dari pihak RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, sedangkan untuk pengambilan data di RSI Aisyiah Malang langsung dilakukan di poli jantung RSI Aisyiyah.

- b. Peneliti mengumpulkan data demografi pasien gagal jantung sesuai dengan kriteria inklusi selama dirawat di instalasi rawat inap penyakit jantung pada 17 Januari 2019 – 06 Maret 2019.
- c. Sebelum mengambil data dari pasien, peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud serta tujuan penelitian kepada pasien untuk meminta kesediaan pasien untuk menjadi responden.
- d. Bila pasien bersedia, peneliti meminta dengan sukarela kepada responden untuk menandatangani *informed consent* dan meminta nomor telepon responden.
- e. Setelah responden menyetujui untuk ikut penelitian, responden mengisi kuesioner dukungan keluarga (*Medical Outcomes Study Social Support Survey*) dan kualitas hidup (*SF-36*) dengan metode wawancara.
- f. Setelah proses wawancara selesai, peneliti langsung mengecek kembali kelengkapan pengisian panduan wawancara dan mengklarifikasi bila ditemukan jawaban yang kurang jelas.
- g. Peneliti mengumpulkan hasil pengambilan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisa.

### Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

## 4.8 Analisis Data

### 4.8.1 Analisis Data

Data yang terkumpul diperiksa kelengkapan dan kebenaran datanya. Setelah itu dimasukkan kedalam komputer untuk dianalisis. Analisis data meliputi analisis univariat dan analisis bivariat.

#### a. Analisis Univariat

Pada penelitian ini analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel penelitian. Variabel dalam penelitian ini yang tergolong numerik adalah dukungan keluarga dan kualitas hidup. Analisa variabel ini menggunakan nilai mean, median, nilai minimal-maksimal dan standar deviasi dengan *confidence interval* 95%. Sedangkan variabel yang termasuk data kategorik yaitu umur, jenis kelamin, status pernikahan, klasifikasi NYHA, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama menderita gagal jantung. Analisa variabel ini menggunakan distribusi frekuensi dan presentasi dari masing-masing variabel. Hasil analisa ditampilkan dalam bentuk tabel.

Sebelum melakukan analisis bivariat, dilakukan uji normalitas data hasil analisa univariat. Uji normalitas data ini penting dilakukan untuk menentukan jenis uji statistik yang akan digunakan apakah jenis uji parametrik atau non parametrik. Uji normalitas yang digunakan dalam analisa data penelitian ini yaitu dengan uji *Kolmogorov smirnov* jika jumlah sampel lebih dari 50 responden, jika kurang dari 50 responden menggunakan uji *Shapiro wilk*. Sedangkan uji homogenitas menggunakan uji *levene*.

#### b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hipotesis pada  $\alpha = 0,05$  yaitu dengan menguji hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung. Penelitian ini menggunakan uji statistik bivariat parametrik, yaitu uji hipotesis korelasi *pearson product moment*, tetapi jika ditemukan data tidak normal uji statistik akan menggunakan *spearman rank*. Pengolahan data menggunakan program SPSS (*Statistical product and Service Solution*) 25 for Windows dengan nilai kemaknaan  $\alpha = 0,05$ . Bila  $p \leq 0,05$  maka  $H_0$  ditolak  $H_1$  diterima maka terdapat hubungan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

#### 4.8.2 Teknik Pengolahan Data

Setelah data terkumpul, maka dilakukan pengolahan data dengan *editing*, *coding*, dan *processing* (Hidayat, 2009).

##### a. *Editing*

Data yang telah dikumpulkan dari hasil wawancara kemudian dilakukan pengecekan untuk memastikan kelengkapan dan kebenaran data.

##### b. *Coding*

Kegiatan ini untuk memberikan simbol atau kode sesuai dengan pertanyaan kuesioner yang telah dikumpulkan. Tujuannya untuk memudahkan dalam pengolahan data.

##### c. *Processing*

Memasukkan data dari kuesioner ke komputer dengan menggunakan program SPSS 25 for windows.

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

#### 5.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di dua rumah sakit yaitu RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang. Pengambilan data dilakukan mulai dari 17 Januari 2019 – 06 Maret 2019. Responden yang terlibat dalam penelitian ini sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan berjumlah 83 responden. Data hasil penelitian berupa data karakteristik responden usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, klasifikasi *New York Heart Association*, lama terdiagnosa gagal jantung, dukungan keluarga, dan kualitas hidup responden. Data yang didapatkan dari hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

#### 5.2 Analisa Data Umum

##### 5.2.1 Karakteristik Responden

###### 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Hasil penelitian tentang karakteristik usia responden disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Usia Responden berdasarkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)

Usia	Jumlah	Persentase
17-25 tahun	1	1,2%
26-35 tahun	0	0%
36-44 tahun	4	4,8%
45-59 tahun	32	38,6%
60-74 tahun	36	43,4%
75-90 tahun	10	12%
Total	83	100%



Tabel 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas usia responden berada pada rentang usia 60-74 tahun sebanyak 36 responden (43,4%).

## 2. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Hasil penelitian tentang karakteristik jenis kelamin responden disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-Laki	54	65,1%
Perempuan	29	34,9%
Total	83	100%

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa dari 83 responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 54 orang (65,1%) dan perempuan sebanyak 29 orang (34,9%).

## 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Hasil penelitian tentang karakteristik jenis kelamin responden disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Pendidikan Responden

Pendidikan	Jumlah	Persentase
SD	18	21,7%
SMP	21	25,3%
SMA	27	32,5%
D3 atau S1 atau S2 atau S3	17	20,5%
Total	83	100%

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa mayoritas responden tamatan SMA yaitu sejumlah 27 responden (32,5%) sedangkan paling sedikit responden adalah tamatan D3 atau S1 atau S2 atau S3 sejumlah 17 orang (20,5%).

## 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Hasil penelitian tentang karakteristik status pernikahan responden disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.4 Distribusi Karakteristik Status Pernikahan Responden

Status Pernikahan	Jumlah	Persentase
Menikah	72	86,7%
Belum Menikah	2	2,4%
Janda/Duda	9	10,8%
Total	83	100%

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa mayoritas responden berstatus menikah yaitu sejumlah 72 responden (86,7%).

#### 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Hasil penelitian tentang karakteristik pekerjaan responden disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.5 Distribusi Karakteristik Pekerjaan Responden

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
PNS	4	4,8%
Swasta	25	30,1%
Wiraswasta	7	8,4%
Tidak Bekerja	42	50,6%
Petani	5	6,0%
Total	83	100%

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak bekerja yaitu sebanyak 42 orang (50,6%).

#### 6. Karakteristik Responden Berdasarkan Klasifikasi *New York Heart Association*

Hasil penelitian tentang karakteristik klasifikasi *new york heart association* responden disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.6 Distribusi Karakteristik Klasifikasi *New York Heart Association* Responden

NYHA	Jumlah	Persentase
Kelas 1	9	10,8%
Kelas 2	74	89,2%
Total	83	100%

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki *New York Heart Association* (NYHA) kelas 2 yaitu sejumlah 74 orang (89,2%).

## 7. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Terdiagnosa Gagal Jantung

Hasil penelitian tentang karakteristik lama terdiagnosa gagal jantung responden disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 5.7 Distribusi Karakteristik Lama Terdiagnosa Gagal Jantung Responden

Lama Terdiagnosa	Jumlah	Persentase
6bulan-1 tahun	21	25,3%
>1 tahun	62	74,7%
Total	83	100%

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa mayoritas responden telah didiagnosa gagal jantung lebih dari 1 tahun sebanyak 62 orang (74,7%).

### 5.3 Analisa Data Khusus Hasil Penelitian

#### 5.3.1 Dukungan Keluarga Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD

##### Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Berikut hasil pengambilan data dukungan keluarga pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang disajikan pada tabel berikut.

Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	CI 95% Lower-Upper
Dukungan Keluarga	58,08	62,00	10,095	37-73	55,88-60,29

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa rata-rata dukungan keluarga responden adalah 58,08 dengan standar deviasi 10,095. Dukungan keluarga responden terendah yaitu 37 dan yang tertinggi yaitu 73. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% rata-rata dukungan keluarga responden diantara 55,88-60,29.

### 5.3.2 Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Berikut hasil pengambilan data kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang disajikan pada tabel berikut.

Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	CI 95% Lower-Upper
Kualitas Hidup	65,48	70,75	20,577	22,68-98,12	60,99-69,98

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa rata-rata kualitas hidup responden yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang adalah 65,48 dengan standar deviasi 20,577. Nilai kualitas hidup responden yang terendah yaitu 22,68 dan tertinggi yaitu 98,12. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% rata-rata kualitas hidup responden diantara 60,99-69,98.

### 5.3.3 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

Analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (dukungan keluarga) dengan variabel dependen (kualitas hidup pasien gagal jantung). Adapun uji statistik yang digunakan dalam analisis ini disesuaikan dengan jenis data dari variabel. Sebelum dilakukan analisis bivariat maka terlebih dahulu dilakukan uji normalitas dan homogenitas dikarenakan kedua variabel berskala interval. Peneliti melakukan uji normalitas dengan *Kolmogorov Smirnov* dan didapatkan

hasil persebaran data berdistribusi tidak normal yaitu nilai sig  $\alpha$ : 0,000 < 0,05. Peneliti juga melakukan uji homogenitas dengan uji *Levene* dan didapatkan hasil sebaran data tidak homogen yaitu nilai sig  $\alpha$ : 0,000 < 0,05. Dalam penelitian ini menggunakan analisis *Spearman's Rank Correlation* karena kedua variabel berskala interval, distribusi data tidak normal dan tidak homogen.

Tabel 5.10 Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang Menggunakan Uji Korelasi *Spearman's rank*

		Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup
Dukungan Keluarga	Korelasi <i>Spearman's rho</i>	1	0.793
	Sig. (2-tailed)		0.000
	N	83	83
Kualitas Hidup	Korelasi <i>Spearman's rho</i>	0.793	1
	Sig. (2-tailed)	0.000	
	N	83	83

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa nilai koefisien korelasi *Spearman's rank* bernilai positif yaitu 0,793 yang artinya saat variabel X (dukungan keluarga) semakin tinggi, maka variabel Y (kualitas hidup) akan semakin tinggi pula. Koefisien korelasi yang dihasilkan menunjukkan besarnya hubungan antara variabel bebas yaitu variabel X (dukungan keluarga) dengan variabel terikat yaitu variabel Y (kualitas hidup) dengan nilai r (koefisien korelasi) sebesar 0,793. Nilai korelasi ini menunjukkan bahwa hubungan antara variabel bebas (dukungan keluarga) dengan variabel terikat (kualitas hidup) memiliki korelasi kuat. Hubungan variabel dukungan keluarga dengan kualitas hidup memiliki keterikatan yang signifikan karena mempunyai *p value* 0,000 < 0,05 yang artinya terdapat hubungan antara dukungan

keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.



## BAB 6

### PEMBAHASAN

Setelah pengumpulan data melalui kuesioner, dilakukan interpretasi dan analisa data sesuai dengan variabel yang diteliti. Dalam pembahasan ini akan menyajikan hasil penelitian (karakteristik responden, dukungan keluarga, kualitas hidup, dan hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang), implikasi keperawatan, dan keterbatasan penelitian.

#### 6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

##### 6.1.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa rentang umur responden gagal jantung sebagian besar berusia 60–74 tahun sebanyak 36 responden (43,4%). Seiring dengan bertambahnya usia, seseorang beresiko mengalami penyakit gagal jantung, sebab semakin bertambahnya usia maka diikuti juga oleh penurunan fungsi jantung. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Harikatang, Rampengan, & Jim (2016), bahwa kelompok usia terbanyak responden gagal jantung yang diteliti adalah kelompok usia 60-70 tahun sebanyak 19 responden (61,3%). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari, Rampengan & Panda (2012), dalam 30 kasus yang diteliti, ditemukan 12 kasus (40%) merupakan pasien dengan gagal jantung kronik berusia 60-69 tahun, kemudian disusul oleh kelompok umur 50-59 tahun dengan 11

kasus (37%), kelompok umur 40-49 tahun dengan 4 kasus (13%), dan yang paling sedikit adalah kelompok umur 30-39 tahun dengan 1 kasus (3%).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui dari 83 responden yang memiliki jenis kelamin laki-laki sebanyak 54 orang (65,1%) dan perempuan sebanyak 29 orang (34,9%). Persentase penderita gagal jantung laki-laki yang lebih tinggi dibanding dengan perempuan dalam penelitian ini sesuai dengan teori yang menyatakan, bahwa laki-laki memiliki resiko gagal jantung dua kali lebih besar dibandingkan perempuan (Hamzah, 2016). Perempuan beresiko lebih kecil mengalami gagal jantung sebelum mengalami menopause, karena pembuluh darah perempuan dilindungi oleh hormon estrogen yang menghasilkan *High Density Lipoprotein (HDL)*. Hormon tersebut memiliki efek untuk mencegah proses terjadinya *atherosclerosis* (Yang & Reckelhoff, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa mayoritas responden berpendidikan SMA sebanyak 27 responden (32,5%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Rini, S. S., & Hairitama, R (2014), semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima informasi yang diberikan, karena seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mudah menyerap informasi dan memiliki pengetahuan yang lebih baik.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa mayoritas status pernikahan responden adalah menikah yaitu sebanyak 72 responden



(86,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rochmayanti (2011), dilihat dari status pernikahan sebagian besar responden masih memiliki pasangan hidup yaitu sebanyak 82 responden (82%) dan yang tidak berpasangan sebanyak 18 responden (18%), karena pasangan merupakan *support system* yang baik dalam memberikan bantuan perawatan diri. Pasien gagal jantung yang belum menikah memiliki risiko 2,1-3,8 kali lebih tinggi mengalami rawat inap ulang dan mortalitas dibandingkan dengan pasien yang sudah menikah (Lee *et al.*, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa mayoritas responden tidak bekerja yaitu sebanyak 42 responden (50,6%). Dalam penelitian ini sebagian besar usia responden berada pada rentang usia 60-74 tahun diketahui bahwa pada usia tersebut seseorang sudah pensiun dari pekerjaannya. Menurut Smeltzer *et al.*, (2010) pekerjaan seseorang sangat erat kaitannya dengan tingkatan aktivitas dan istirahat.

Dari hasil penelitian, diketahui bahwa mayoritas responden dalam penelitian ini memiliki NYHA 2 sebanyak 74 responden (89,2%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sulisty (2018) dalam penelitian tersebut sebagian besar responden memiliki NYHA 2 yaitu sebanyak 26 responden (38,8%). Hal ini berkaitan dengan derajat *New York Heart Association (NYHA)* yaitu gejala yang ditimbulkan akibat gangguan jantung baik berupa variasi fisik meliputi dyspnea, lelah, dan edema (Pelegriano, Dantas, dan Clark, 2011). Dimana kelas fungsional I dan II

tidak ada batasan aktivitas fisik dan tidak menimbulkan sesak nafas, sedangkan fungsional III dan IV seringkali ditemukan di ruang rawat inap. Klasifikasi NYHA menggambarkan sejauh mana penyakit gagal jantung membatasi aktivitas fisik terhadap keparahan penyakit (Hauptman *et al.*, 2008).

Dari hasil penelitian, diketahui bahwa mayoritas responden telah didiagnosis gagal jantung lebih dari satu tahun yaitu sebanyak 62 orang (74,7%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Pudiarifanti, Pramantara & Ikawati (2015), sebagian besar yaitu 25 responden (78%) telah didiagnosa gagal jantung lebih dari satu tahun. Semakin lama seseorang menderita gagal jantung maka fungsi jantung akan mengalami penurunan, sehingga terjadi penurunan *cardiac output*. Penurunan *cardiac output* akan membuat jantung terkompensasi untuk bekerja lebih kuat dengan harapan mampu memenuhi kebutuhan tubuhnya (Harigustian, 2017).

#### **6.1.2 Dukungan Keluarga Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang**

Hasil penelitian pada 83 pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang, diperoleh data rata-rata dukungan keluarga adalah 58,08 dengan standar deviasi 10,095. Dukungan keluarga terendah yaitu 37 dan tertinggi yaitu 73. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% rata-rata dukungan keluarga responden diantara 55,88-60,29.

Dari 83 responden sebanyak 30 responden (36,1%) dukungan keluarga rendah, terutama pemberian dukungan penghargaan dengan nilai rata-rata 9,34. Dukungan penghargaan ini jarang dilakukan, karena keluarga responden tidak terbiasa mengungkapkan sesuatu yang menyenangkan bagi responden. Dukungan ini berfungsi untuk membesarkan hati responden dengan menyatakan penilaian positif kepada responden (Lingga, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian ini, diketahui sebanyak 53 responden (63,9%) memiliki dukungan keluarga yang tinggi, terutama pemberian dukungan instrumental dengan nilai rata-rata 22,24. Dalam penelitian ini, keluarga responden selalu menemani ke rumah sakit dan membantu memenuhi semua kebutuhan responden. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Gallagher *et al.* (2016), bahwa dari 103 responden memiliki tingkat dukungan keluarga yang tinggi dengan rata-rata 78,83 (SD 21,64). Anggota keluarga sangat cocok untuk memberikan dukungan yang efektif, karena dapat memberikan hasil yang lebih baik. Dukungan keluarga dalam bentuk sikap atau tindakan yang selalu siap mendukung dan memberikan pertolongan. Sehingga mampu meningkatkan kesehatan keluarga (Friedman, 2010).

Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Utami (2013), bahwa kehadiran orang terdekat yaitu keluarga sangat dibutuhkan untuk memberikan dukungan, keluarga merupakan tempat individu bercerita dan mengeluarkan keluhan-keluhan apabila individu mengalami masalah.

Individu menganggap bahwa keluarga merupakan tempat paling nyaman untuk berbagi dalam menghadapi segala persoalan hidup dan berbagi kebahagiaan. Sehingga dapat mengurangi kecemasan pada individu (Kumalasari & Ahyani, 2012).

Dukungan keluarga dalam pengobatan gagal jantung dilakukan, agar pasien merasa aman, nyaman dalam melakukan aktivitas fisik, serta meningkatkan kualitas hidupnya (Bararah dan Jauhar, 2013). Dukungan ini bisa berupa pemberian informasi terkait penyakit gagal jantung, perawatan diri dan motivasi untuk sembuh. Menurut Sarafino & Smith (2011), dukungan keluarga bisa diberikan dalam beberapa bentuk yaitu, dukungan emosional, instrumental, informasional, dan penghargaan.

Dukungan keluarga dapat membantu pasien menghadapi masalah serta akan menumbuhkan motivasi dan rasa percaya diri untuk menghadapi penyakitnya. Sehingga dapat meningkatkan kelangsungan hidup pasien gagal jantung (Tamher & Nokosiani, 2012). Dukungan keluarga dapat menurunkan kemungkinan terjadinya rawat inap ulang pada pasien dengan gagal jantung (Majid, 2010).

Menurut Gallagher, Luttik, & Jaarsma (2011) sebagian besar pasien gagal jantung sangat membutuhkan dukungan dari pasangan dan keluarga untuk melakukan perawatan diri. Pasien dengan dukungan keluarga tinggi, memiliki kemampuan perawatan diri yang baik ( $p=0,002$ ). Dukungan keluarga dapat mengurangi angka kematian dan berkontribusi

pada gaya hidup, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien (Alaloul, F., *et al.*, 2016).

### **6.1.3 Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang**

Berdasarkan hasil penelitian dari 83 responden nilai rata-rata kualitas hidup responden adalah 65,48 dengan standar deviasi 20,577. Nilai kualitas hidup yang terendah yaitu 22,68 dan tertinggi yaitu 98,12. Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini dikategorikan memiliki kualitas hidup yang baik apabila mendapat skor nilai  $\geq 60-100$ . Sedangkan kualitas hidup dikatakan buruk apabila mendapatkan nilai  $0 < 60$  (Alfian *et al.*, 2017).

Dari 83 orang responden terdapat 27 responden (32,5%) yang memiliki kualitas hidup buruk, terutama di domain peranan fisik dengan nilai rata-rata 40,96 (SD 41,79). Dalam penelitian ini, responden mengalami masalah akibat kesehatan fisik, seperti mengalami kesulitan dan keterbatasan untuk melakukan pekerjaan atau kegiatan lain. Menurut Tatakude (2016), melakukan aktivitas dapat memperberat kondisi tubuh, sehingga kualitas hidupnya juga akan menurun. Hal ini dapat disebabkan oleh pengetahuan pasien yang kurang mengenai penyakitnya.

Hasil penelitian ini, berbeda dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Gallagher *et al.* (2016), bahwa dari 103 responden diketahui memiliki kualitas hidup dengan nilai rata-rata 42,4 (SD 21,92). Hal ini karena pada penelitian tersebut salah satu yang menjadi kriteria

inklusi adalah pasien gagal jantung yang mengalami gangguan kognitif. Sedangkan dalam penelitian ini, rata-rata kualitas hidup pasien gagal jantung adalah 65,48, karena pengambilan data dilakukan pada pasien yang tidak mengalami gangguan kognitif dan dalam keadaan yang stabil.

Menurut hasil penelitian Wahyuni (2014), pasien gagal jantung memiliki kualitas hidup yang buruk, karena menimbulkan tekanan emosional dan gangguan kesehatan pada pasien. Rendahnya kualitas hidup pasien juga dipengaruhi oleh berbagai hal, seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan sosial ekonomi, koping, depresi, dan kecemasan (Rochmayanti, 2011). Kualitas hidup yang rendah dapat menyebabkan tingginya tingkat kematian, rawat inap, fisik yang lemah, serta kognitif menurun (American Heart Assosiation, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian, kualitas hidup pada 56 responden (67,5%) memiliki kualitas hidup baik, terutama pada domain perasaan emosi dengan nilai rata-rata 93,97. Diketahui sebagian besar responden sudah bisa menerima keadaanya dan memiliki motivasi dalam dirinya, sehingga responden tidak merasa terpuruk dan putus asa. Hal ini sesuai dengan penelitian Hamzah (2012), motivasi muncul karena adanya dorongan dari diri sendiri yang mempunyai keinginan kuat untuk meningkatkan kesehatan. Apabila seseorang mempunyai keinginan untuk meningkatkan kesehatan, maka secara tidak langsung kepuasan diri juga akan meningkat, sehingga kedelapan dimensi dari kualitas hidup akan teratasi. Motivasi selain dari dalam diri sendiri juga berasal dari luar diri

sendiri, seperti dukungan sosial untuk secara efektif mengelola gejala gagal jantung. Kurangnya pengetahuan dan kurangnya keinginan yang kuat dalam diri juga dapat menurunkan kualitas hidup.

Menurut Lewis *et al.*, (2005), mempertahankan kualitas hidup yang baik adalah sama pentingnya dengan kelangsungan hidup bagi sebagian besar pasien yang hidup dengan penyakit kronis. Kualitas hidup yang baik sangat diperlukan untuk pasien gagal jantung, karena dapat mempertahankan fungsi atau kemampuan fisik secara optimal dan dapat mempertahankan status kesehatan terbaiknya selama mungkin (Mahanani, 2017).

#### **6.1.4 Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang**

Untuk melihat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang, digunakan uji statistika non parametrik yaitu *Spearman's Rank Correlation*, karena kedua variabel berskala interval, distribusi data tidak normal dan tidak homogen. Berdasarkan hasil analisa, diketahui bahwa kedua variabel memiliki keterikatan yang signifikan *p value*  $0,000 < 0,05$  dengan koefisien korelasi sebesar 0,793. Nilai korelasi ini menunjukkan bahwa korelasi hubungan kuat. Jika dukungan keluarga tinggi, maka kualitas hidup pasien gagal jantung juga tinggi, artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga

dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Barutcu & Mert (2013), menyatakan bahwa kualitas hidup pasien dapat meningkat dengan adanya peningkatan dukungan keluarga dengan skor total rata-rata untuk setiap variabel yaitu persepsi dukungan sosial ( $49,34 \pm 17,57$ ), persepsi dukungan sosial dari keluarga ( $24,25 \pm 6,17$ ), persepsi dukungan sosial dari teman-teman ( $12,75 \pm 8,16$ ) dan dukungan sosial yang dirasakan dari orang lain ( $12,33 \pm 7,81$ ) dan nilai kualitas hidup rata-rata adalah  $69,25 \pm 23,12$ . Dalam penelitian ini, dukungan keluarga menjadi sangat penting ketika pasien tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan mereka, karena keterbatasan fisik atau sumber daya yang tidak memadai. Sedangkan menurut *Bennet et al.*, (2001) faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup selain dukungan keluarga juga dipengaruhi oleh dukungan sosial. Peran dukungan sosial mempengaruhi kesehatan dan kebahagiaan serta berfungsi membantu dalam menghadapi *stressor* (Lakey & Cohen, 2000).

Sulistyo (2018), menyatakan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung kongestif dengan *p value* 0,000. Menurut Noviarini dkk (2013), salah satu faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup adalah adanya dukungan keluarga, apabila tidak ada dukungan keluarga maka kualitas hidup pasien gagal jantung akan menurun. Fahlberg (2010) dalam penelitiannya juga



menyebutkan bahwa dukungan keluarga secara signifikan berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal jantung. Hasil yang sama juga didapatkan dalam penelitian Cheraghi *et al.*, (2012) terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga yang diterima dengan kualitas hidup pasien gagal jantung. Namun berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gallagher *et al.* (2016), disebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung.

Berdasarkan hasil penelitian Alaloul *et al.*, (2016), penting untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan perubahan kualitas hidup pasien gagal jantung, seperti faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, NYHA, lamanya terdiagnosa gagal jantung, dan faktor sosial, sehingga dapat membantu pasien dalam menentukan layanan kesehatan yang dibutuhkan. Menurut Heo *et al.* (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal jantung adalah umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, derajat NYHA (*New York Heart Assosiation*), tingkat pengetahuan, status depresi, tingkat kecemasan, stress, respon spiritual, dan dukungan keluarga. Dukungan keluarga sangat memberikan arti penting bagi seseorang terkait dengan kesehatannya khususnya bagi peningkatan kualitas hidup (Zulmi, 2018).

Menurut Putri (2014), terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung, karena secara khusus dukungan keluarga akan menumbuhkan motivasi, sehingga

meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Dukungan keluarga memiliki pengaruh yang kuat terhadap kualitas hidup keluarga yaitu memberikan dampak yang baik pada individu dalam keluarga seperti meningkatkan kesehatan, mendukung dan menjaga anggota keluarga yang lain, dan tersedianya pengasuh untuk memberikan dukungan dalam keluarga (Zulmi, 2018).

## **6.2 Implikasi Terhadap Bidang Keperawatan**

Sebagai masukan bagi perawat untuk mengoptimalkan pemberian edukasi dan motivasi, sehingga dapat mengkaji tingkat keadeguan dukungan serta hambatan yang terjadi saat memberikan dukungan. Selain itu, dapat juga digunakan untuk mengajarkan petunjuk teknis kepada keluarga agar dapat memberikan dukungan yang benar pada pasien gagal jantung, sehingga kualitas hidup pasien gagal jantung dapat meningkat menjadi lebih baik.

## **6.3 Keterbatasan Penelitian**

- a. Data yang didapatkan tidak berdistribusi normal dan tidak homogen, karena dalam pengambilan data dilakukan di dua tempat dengan tipe dan karakteristiknya berbeda.
- b. Pengambilan data di RSUD Dr. Saiful Anwar mengalami hambatan karena beberapa pasien dalam penelitian ini pada saat menjawab kuesioner dibantu oleh keluarga yang sedang menemani pasien di rumah sakit.

## BAB 7

### PENUTUP

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai “Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang” diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Rata-rata dukungan keluarga pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang adalah 58,08, jika dikategorikan termasuk dalam dukungan keluarga tinggi.
2. Rata-rata kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang adalah 65,48, jika dikategorikan termasuk dalam kualitas hidup baik.
3. Terdapat hubungan positif yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

#### 7.2 Saran

1. Bagi Tenaga Kesehatan

Sebagai masukan bagi pihak rumah sakit, khususnya perawat, dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan meningkatkan peran aktif perawat sebagai motivator yang dapat memberikan dorongan bagi

keluarga untuk meningkatkan dukungan, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup menjadi lebih baik.

## 2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Apabila melakukan pengambilan data di dua tempat yang berbeda sebaiknya harus memilih tempat dengan tipe dan karakteristik yang sama. Pada saat melakukan pengambilan data, sebaiknya saat pasien sendirian sehingga, pasien dapat menjawab kuesioner dengan baik. Serta sebagai masukan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian terkait hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien gagal jantung.

## 3. Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan dapat meningkatkan kepedulian terhadap pasien gagal jantung sehingga mereka dapat memiliki kualitas hidup yang baik dan menjalani hidup dengan baik.

## Lampiran 1. Keterangan Kelaikan Etik

**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr SAIFUL ANWAR MALANG**  
 Jl. Jaks agung Suprpto No.2 Malang  
**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
 TERAKREDITASI KARS VERBI 2012 TINGKAT PARIPURNA  
 ☆☆☆☆☆  
 24 Februari 2018 s.d. 23 Februari 2018  
 Jl. Jaks agung Suprpto No.2 MALANG 66111  
 Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369304  
 E-mail : staf.reu.dsaifulanwar@jelmprov.go.id  
 Website : www.rsaifulanwar.jelmprov.go.id

**RSSA**

---

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK  
 PELAKSANAAN PENELITIAN**

**("ETHICAL CLEARANCE")**  
 No: 400/194/K.3/302 /2018

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG,  
 SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG  
 DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

**JUDUL : PENGEMBANGAN MODEL PERAWATAN MANDIRI DAN DETEKSI DINI  
 KEKAMBUHAN SEBAGAI UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN PADA PASIEN  
 GAGAL JANTUNG DI MASYARAKAT**

**PENELITI UTAMA : Ns. Mifotika Lukitasari., S.Kep., M.Sc**  
**PENELITI ANGGOTA : dr. Mohammad Salfur Rohman., Sp.JP(K),PhD**  
 dr. Ardian Rizal., Sp.JP  
 dr. Budi Satrljo., Sp.JP(K)  
 dr. Dwi Adi Nugroho., M.Sc  
 Ns. Ahmad Hasyim Wibisono., M.Kep., M.Ng  
 Ns. Endah Panca LF., M.Kep  
 Ns. Niko Dima Kristianingrum., M.Kep., Sp.Kep.Kom  
 Muhammad Yusuf Wahyudi  
 Nur Hasanah  
 Vitara Daru Rahmi  
 Shabrina Mayang Sukmadewi  
 Made Arny Fariyanti  
 Arifah Nur Wulandari  
 Rara Prastika Wibawa Asmoro  
 Putu Arik Pebritantini  
 Kismatul Hasanah  
 Yullatini  
 Eritia Ekky Wahyuningtyas  
 Condra Konny Amartasari  
 Fitri Isma Wati

**UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN**  
 RSUD Dr Saiful Anwar Malang

**DINYATAKAN LAIK ETIK**

**MALANG, 01 NOVEMBER 2018**

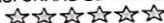
a.n **KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN**  
**WAKIL KETUA KOMISI ETIK PENELITIAN**

  
**dr. SUSANTO NUGROHO, SP.A (K)**

## Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR  
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL



18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021  
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111  
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384  
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id  
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



Malang, 11 JAN 2019  
Kepada

Yth. Dekan Fakultas Kedokteran  
Universitas Brawijaya  
Jl. Veteran  
di-

Nomor : 070 / 0572 / 302 / 2019  
Sifat : Blasa  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian  
a.n Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep, M.Sc

MALANG

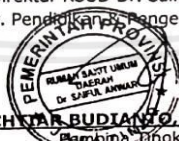
Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 08478/UN10.F08/TU/2018 tanggal 28 Agustus 2018, perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan dimaksud. Selain itu ada beberapa hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut :

1. Peneliti wajib menaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yaitu :
  - Memakai jas almamater;
  - Tidak mengenakan pakaian dari bahan jeans dan kaos;
  - Kartu Tanda Pengenal harus selalu dipakai selama kegiatan di RSSA;
  - Mengenakan pakaian yang sopan dan layak pakai;
2. Penelitian bisa dilakukan pada bulan Januari s/d Maret 2019 di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;
3. Menyerahkan pas foto berwarna ukuran 4 x 6 cm sebanyak 1 (satu) lembar untuk pembuatan Kartu Tanda Pengenal;
4. Besaran biaya:
  - Peneliti Utama : Rp. 100.000,-/orang/minggu/satker;
  - Peneliti Kedua dst : Rp. 58.000,-/orang/minggu/satker;
  - Kartu Pengenal : Rp. 30.000,-/orang;
  - Surat Keterangan Selesai Penelitian : Rp. 10.000,-/orang;
5. Laporan hasil penelitian, agar diserahkan ke Bidang Diklit dan satuan kerja yang dituju di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, sebanyak 2 (dua) expl dan 1 (satu) keping CD.

Adapun untuk pelaksanaan selanjutnya, mohon mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi dengan Bidang Diklit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang  
Wadir. Pendidikan, Pengembangan Profesi



**Dr.dr. M.BACHAR BUDIANTO, Sp.B (K) Onk. FINACS**  
Pembina Tingkat I  
NIP. 19670725 199603 1 003

Tembusan:  
Yth. 1. Direktur RSSA (sebagai laporan)



Terakreditasi Tingkat Paripurna ★★★★★



# RUMAH SAKIT ISLAM AISYIYAH

Jl. Sulawesi 16 Malang Telp. (0341) 326773 (Hunting) Fax (0341) 368863  
 website : <http://rsaisiyah-malang.or.id> | e-mail : [rsaisiyah\\_malang@yahoo.com](mailto:rsaisiyah_malang@yahoo.com)

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Nomor : RSIA/133/III.6.AU/F/1/2019  
 Lamp :  
 Hal : Pemberitahuan

Kepada Yth,  
 Dekan  
 Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang  
 Jurusan Keperawatan  
 Up. Kelompok Kajian Penyakit Kardiovaskuler  
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang

*Assalamu'alaikum Warohmatullah Wabarokatuh*


Menunjuk surat saudara dari Kemeristekditi Universitas Brawijaya Kelompok Kajian Penyakit Kardiovaskuler nomor: 006/KK-UB/I/2018 tertanggal 27 Desember 2018 perihal pada pokok surat, bersama ini kami beritahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk dijadikan tempat untuk penelitian bagi mahasiswa atas nama:

Nama mahasiswa : Ns. Miftetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.  
 NIP : 2010038602252001  
 Judul Penelitian : "Pengembangan Model Perawatan Mandiri dan Deteksi Dini Kekambuhan Sebagai Upaya Menurunkan Angka Kematian Pada Pasien Gagal Jantung di Masyarakat di Poliklinik Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang".

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik disampaikan terima kasih.

*Billahittayiq Wa! Hidayah,  
 Wassalamu'alaikum Warohmatullah Wabarokatuh*

Malang, 23 Jumadil Awwal 1440H  
 29 Januari 2019 M

Direktur  
  
 Muhammad Mansur, dr., M.Kes.  
 NBM. 1.082.863

*Layananku Ibadahku*

Babat, Bangkalan, Banyuwangi, Blitar, Bojonegara, Gresik, Jember, Jombang, Kalangan, Kediri,  
 Lamongan, Madiran, Malang, Nganjuk, Ponorogo, Pongkoran, Ponorogo, Probolinggo, Sidoarjo,  
 Sumenep, Surabaya, Trenggalek, Tuban.



## Lampiran 3. Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam penelitian

**Pernyataan Persetujuan untuk  
Berpartisipasi dalam Penelitian**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sadar saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang

**Malang, ....., .....**

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(Yuliatin)

(.....)

NIM. 155070201111023

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)



Lampiran 4. *Informed Consent***INFORMED CONSENT**

Saya bapak/ ibu yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Setelah mendapat penjelasan secukupnya tentang manfaat penelitian yang berjudul “Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang” menyatakan (bersedia/tidak bersedia\*) ikut sebagai responden dalam penelitian ini, dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Saya percaya bahwa informasi yang saya berikan ini dijamin kerahasiaannya.

Demikian surat perjanjian ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, .....

Peneliti

Responden

(Yuliatin)

(.....)

NIM 155070201111023

Keterangan:

\*) coret yang tidak perlu

## Lampiran 5. Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian

### **PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN**

1. Saya Yuliatin Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta Bapak/ibu/sdr untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung yang Berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang”.
2. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung yang berobat di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang. Penelitian ini dapat memberi manfaat untuk menambah informasi dan wawasan bagi masyarakat dan pasien gagal jantung tentang dukungan sosial dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung.
3. Pengambilan data penelitian ini akan berlangsung 15 menit dengan subyek penelitian adalah pasien gagal jantung yang berobat di di RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang dengan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu/sdr peroleh dengan keikutsertaan Bapak/ibu/sdr adalah dapat melakukan tukar pengalaman dan informasi terkait dukungan sosial dan kualitas hidup.
5. Ketidaknyamanan/ resiko yang mungkin muncul yaitu tidak ada, jika selama proses wawancara Bapak/ibu/sdr merasa lelah atau ingin berhenti sejenak peneliti akan menyetujuinya.
6. Pada penelitian ini, prosedur pemilihan subjek yaitu menggunakan konsekutif sampling dimana sampel dipilih dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian hingga kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden dapat terpenuhi. Maka peneliti meminta kesediaan Bapak/ibu/sdr untuk mengikuti penelitian ini setelah penjelasan dari penelitian ini.
7. Setelah Bapak/ibu/sdr menyatakan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti memastikan Bapak/ibu/sdr dalam kondisi stabil.

8. Sebelum proses pengambilan data, peneliti akan menerangkan apa saja yang akan ditanyakan yaitu data demografi Bapak/ibu/sdr, dukungan sosial dan kualitas hidup Bapak/ibu/sdr serta kontrak waktu berapa lama proses wawancara berlangsung.
9. Selama proses wawancara, diperkenankan bagi Bapak/ibu/sdr untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari pertanyaan yang ditanyakan.
10. Bapak/ibu/sdr dapat memberikan umpan balik dan saran pada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan wawancara terstruktur menggunakan kuesioner baik selama maupun setelah proses pengambilan data.
11. Seandainya Bapak/ibu/sdr tidak menyetujui cara ini maka Bapak/ibu/sdr dapat memilih cara lain atau Bapak/ibu/sdr boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali.
12. Jika Bapak/ibu/sdr menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung anda ingin berhenti, maka Bapak/ibu/sdr dapat menyatakan mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/ibu/sdr terkait hal ini.
13. Nama dan jati diri Bapak/ibu/sdr akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan Bapak/ibu/sdr tidak merasa khawatir dan dapat menjawab pertanyaan sesuai kenyataan dan pengalaman Bapak/ibu/sdr yang sebenarnya.
14. Jika Bapak/ibu/sdr merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka Bapak/ibu/sdr dapat menghubungi peneliti yaitu Yuliatin (085235172697)
15. Perlu Bapak/ibu/sdr ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Kota Malang, sehingga Bapak/ibu/sdr tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.

16. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas Bapak/ibu/sdr dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.
17. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang Bapak/ibu/sdr berikan dengan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti
18. Peneliti akan memberi tanda terima kasih berupa kotak obat seharga Rp 10.000,00



## Lampiran 6. Lembar Kuesioner Demografi

**KARAKTERISTIK DEMOGRAFI**

Petunjuk Pengisian: Berilah tanda (√) pada jawaban yang dipilih.

1. Inisial responden:.....
2. Usia:.....tahun
3. Jenis kelamin:
  - Laki-Laki
  - Perempuan
4. Status pernikahan:
  - Menikah
  - Belum menikah
  - Duda/Janda
5. Pekerjaan:
  - PNS
  - Tidak Bekerja
  - Swasta
  - Petani
  - Wiraswata
5. Lama menderita gagal jantung:
  - 6 bulan sampai 1 tahun
  - lebih dari 1 tahun
6. Klasifikasi NYHA gagal jantung:
  - Kelas 1
  - Kelas 2

## Lampiran 7. Lembar Kuesioner Dukungan Keluarga

**PERTANYAAN DUKUNGAN KELUARGA PASIEN GAGAL JANTUNG**

Petunjuk: Pernyataan berikut ini menyangkut hubungan anda dengan keluarga terhadap kondisi sakit yang anda alami. Berikan pendapat anda atas pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda (✓) pada pilihan jawaban yang tersedia, dengan keterangan sebagai berikut:

Selalu (S) : Apabila anda selalu mendapat dukungan dari keluarga setiap saat anda perlukan.

Sering (S) : Apabila anda mendapat dukungan dari keluarga hanya saat-saat tertentu saja.

Jarang (J) : Apabila anda kadang mendapat dukungan dan kadang tidak mendapat dukungan dari keluarga.

Tidak pernah (TP) : Apabila anda tidak pernah mendapat dukungan dari keluarga.

No	Pernyataan	Jawaban			
		S	S	J	TP
		4	3	2	1
1	Keluarga akan menolong saya saat saya kesulitan untuk berjalan				
2	Keluarga mengantarkan saya ke rumah sakit atau dokter saat kondisi saya memburuk				
3	Keluarga akan memberikan saran pada saya untuk melakukan sesuatu pada saat saya putus asa				
4	Saya dapat merasakan kasih sayang keluarga saat mereka memberikan perhatian pada saya				
5	Keluarga tetap menunjukkan rasa sayang dan perhatian mereka pada saya				
6	Keluarga tetap meluangkan waktunya untuk menemani saya saat di rumah				
7	Keluarga tetap mendengarkan saya bicara walaupun membosankan				
8	Keluarga membantu menyiapkan makanan untuk saya sesuai diet yaitu rendah garam				
9	Keluarga sangat memperhatikan jenis makanan yang saya makan apabila sedang makan bersama diluar rumah				
10	Keluarga melarang saya merokok				
11	Keluarga tidak mengizinkan saya minum alkohol saat lagi berkumpul bersama				
12	Keluarga akan melakukan sesuatu yang membuat				

	saya merasa nyaman, seperti menemani saya menonton TV, mendengarkan musik atau mengatur posisi tidur saya				
13	Keluarga berusaha memahami masalah penyakit saya				
14	Keluarga akan selalu membantu memenuhi semua kebutuhan saat saya terbaring lemah di atas tempat tidur				
15	Keluarga selalu ada bagi saya untuk memberikan penjelasan sesuatu hal yang belum saya pahami tentang penyakit saya				
16	Keluarga akan berusaha membuat saya tidak terlarut memikirkan kondisi sakit ini				
17	Keluarga melakukan sesuatu yang menyenangkan bagi saya, seperti mengajak ngobrol, melakukan hobby yang sama secara bersama-sama				
18	Keluarga akan ada bagi saya kapan pun saya perlu bantuan				
19	Pada saat saya merasa takut dan cemas, keluarga akan ada di samping saya untuk menenangkan				

**Akhir dari kuesioner ini, terimakasih atas partisipasi anda.**

## Lampiran 8. Lembar Kuesioner Kualitas Hidup

**KUESIONER KUALITAS HIDUP**

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kesehatan anda.

Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan memberi tanda ✓ (centang).

1. Secara umum, bagaimana kesehatan anda?

Luar biasa (1)	Sangat baik (2)	Baik (3)	Sedang (4)	Buruk (5)

2. Dibandingkan dengan satu tahun yang lalu, bagaimana Anda menilai kesehatan Anda secara umum sekarang?

Lebih baik sekarang daripada setahun yang lalu (1)	Agak lebih baik sekarang daripada setahun yang lalu (2)	Kurang lebih sama dengan setahun yang lalu (3)	Agak lebih buruk sekarang daripada setahun yang lalu (4)	Jauh lebih buruk sekarang daripada setahun yang lalu (5)

Pernyataan dibawah ini tentang aktivitas yang anda lakukan sehari-hari. Apakah kondisi kesehatan anda membatasi Anda dalam melakukan aktivitas? Jika ya seberapa banyak?

No		Ya sangat terbatas (1)	Ya sedikit terbatas (2)	Tidak terbatas sama sekali (3)
3	Kegiatan yang memerlukan banyak tenaga, seperti berlari, mengangkat benda berat, berpartisipasi dalam olah raga berat, dan yang sejenisnya.			
4	Kegiatan yang memerlukan tenaga sedang, seperti memindahkan meja, mendorong vacuum cleaner (penyedot debu), bermain bowling, atau bermain golf, dan yang sejenisnya.			



5	Mengangkat atau membawa barang belanjaan			
6	Menaiki beberapa rangkaian tangga (satu lantai atau lebih)			
7	Menaiki satu rangkaian tangga (1/2 lantai)			
8	Menekuk tubuh, berlutut, membungkuk			
9	Berjalan lebih dari satu mil (1,6 km)			
10	Berjalan beberapa blok (>100meter)			
11	Berjalan satu blok (100 meter)			
12	Mandi atau berpakaian sendiri			

Selama 4 minggu terakhir, pernahkah Anda mengalami salah satu masalah berikut ini dengan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari lainnya akibat kesehatan fisik Anda?

		Ya (1)	Tidak (2)
13	Lamanya waktu yang Anda habiskan untuk pekerjaan atau kegiatan lain menjadi berkurang		
14	Pencapaian kegiatan yang diinginkan menjadi berkurang		
15	Jenis pekerjaan atau kegiatan lainnya menjadi terbatas		
16	Mengalami kesulitan melakukan pekerjaan atau kegiatan lain (misalnya, memerlukan usaha lebih)		

Selama 4 minggu terakhir, pernahkah Anda mengalami masalah di bawah ini dengan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari Anda sebagai akibat dari masalah emosional (seperti merasa tertekan atau cemas)

		Ya (1)	Tidak (2)
17	Lamanya waktu yang Anda habiskan untuk pekerjaan atau kegiatan lain menjadi berkurang		
18	Pencapaian kegiatan yang diinginkan menjadi berkurang		
19	Tidak melakukan pekerjaan atau kegiatan lain setelah biasanya		

20. Selama 4 minggu terakhir, seberapa jauh kesehatan fisik atau masalah emosional Anda mengganggu kegiatan sosial/bermasyarakat yang biasa Anda lakukan dengan keluarga, teman, tetangga, atau kelompok?

Tidak mengganggu sama sekali (1)	Sedikit mengganggu (2)	Cukup mengganggu (3)	Sangat mengganggu (4)	Amat sangat berpengaruh (5)

21. Seberapa parah nyeri yang Anda rasakan pada tubuh selama 4 minggu terakhir?

Tidak ada (1)	Sangat ringan (2)	Ringan (3)	Sedang (4)	Parah (5)	Sangat parah (6)

22. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa berat nyeri yang anda alami mempengaruhi pekerjaan sehari-hari anda (didalam dan diluar rumah)?

Tidak mengganggu sama sekali (1)	Sedikit mengganggu (2)	Cukup mengganggu (3)	Sangat mengganggu (4)	Amat sangat mengganggu (5)

Pernyataan ini tentang bagaimana perasaan anda dan kondisi anda dalam 4 minggu terakhir. Untuk setiap pernyataan tolong berikan satu jawaban yang paling sesuai dengan perasaan anda. Seberapa sering hal tersebut terjadi dalam 4 minggu terakhir ini.

		Sepanjang waktu (1)	Sering (2)	Cukup sering (3)	Kadang (4)	Jarang (5)	Tidak pernah (6)
23	Anda merasa penuh semangat?						
24	Apakah anda merasa gugup?						
25	Anda merasa terpuruk dan tidak ada yang bisa menghibur Anda?						

26	Anda merasa tenang dan damai?						
27	Anda merasa sangat berenergi (bersemangat)?						
28	Anda merasa patah semangat dan murung?						
29	Anda merasa kehabisan tenaga?						
30	Anda merasa bahagia?						
31	Anda merasa lelah?						

32. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa sering masalah kesehatan fisik dan masalah perasaan/emosi anda mempengaruhi aktivitas sosial anda (seperti mengunjungi teman, keluarga, tetangga dll)?

Sepanjang waktu (1)	Sering (2)	Kadang-kadang (3)	Jarang (4)	Tidak pernah (5)

Seberapa BENAR atau SALAH pernyataan-pernyataan berikut ini untuk anda?

		Sangat benar (1)	Benar (2)	Tidak tahu (3)	Salah (4)	Sangat salah (5)
33	Saya tampak lebih mudah sakit dibanding orang lain					
34	Saya sama sehatnya dengan orang lain yang saya kenal					
35	Saya memperkirakan kesehatan saya akan memburuk					
36	Kesehatan saya sangat baik					

**Akhir dari kuesioner ini, terimakasih atas partisipasi anda.**

Lampiran 9. Pernyataan Telah Melaksanakan *Informed Consent***PERNYATAAN TELAH MELAKSANAKAN INFORMED CONSENT**

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Yuliatin

NIM : 155070201111023

Program Studi: Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya,

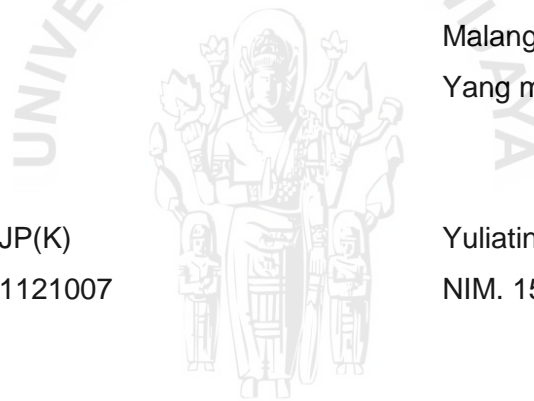
Menyatakan bahwa saya telah melaksanakan proses pengambilan data penelitian sesuai dengan yang disetujui pembimbing dan telah memperoleh pernyataan kesediaan dan persetujuan dari responden sebagai sumber data.

Mengetahui:  
Pembimbing I

dr. Budi Satrijo, SpJP(K)  
NIP. 197201052001121007

Malang, April 2019  
Yang membuat pernyataan

Yuliatin  
NIM. 155070201111023



## Lampiran 10. Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
Telp. (021) (0341) 551611 Ext. 213.214.569117, 567192 - Fax. (021) (0341) 564755  
http://kub.ac.id/tugasakhir e-mail: tugasakhir@kub.ac.id

Form TA 04

## LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : YULIATIN  
NIM : 15520202011023  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Tugas Akhir : Hubungan Antara Durungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Jantung Yang Berobat di RSUD Dr. Soedilo Ambar Malang  
Pembimbing I : dr. Budi Satyo, Sp.P(K) (Koreksi)  
Pembimbing II : Ns. Ahmad Hasyim Wibisono, S.Kep., M.Kep., MN

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
11-9	I	Bab I	Memperbaiki tujuan dan manfaat penelitian, menambahkan literatur	
24-9	I	Revisi Bab I konsul Bab II	menambahkan literatur.	
5-10	I	Revisi Bab II konsul Bab III	Lanjut ke bab IV	
8-10	I	konsul Bab IV	memperbaiki populasi, memperbaiki Definisi Operasional dan Rancangan penelitian.	
19-10	I	memeriksa Bab I, II, III, IV	Acc Sampre	
04-04-19	I	konsultasi BAB V - VII	Lengkapi draft	
22-04-19	I	konsultasi BAB I - VII	Acc Sembar	

\*) coret yang tidak perlu





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia  
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214, 569117, 567192 - Fax. (62) (0341) 564755  
http://ik.ub.ac.id/tugasakhir e-mail: tugasakhir@ik.ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : YULIA TIN  
NIM : 155020201111023  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul Tugas Akhir : Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Yang Berobat di RSUD. Dr. Saiful Anwar Malang

Pembimbing I : dr. Budi Satyo, Sp.PP(K)  
Pembimbing II : Ns. Ahmad Haryim Wibisono, S.Kep., M.Kep.MN

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
3-9-18	II	Konsul Bab I	Revisi masalah lebih diperjelas Manfaat penelitian lebih diperjelas	[Signature]
5-9-18	II	Revisi Bab I Konsul Bab II	Menambah literatur menambah pengukuran Dukungan Sosial menambah faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung	[Signature]
17-9-18	II	Revisi Bab II Konsul Bab III	kerangka konsep harus lebih diperjelas, diperkuat sama literatur lebih banyak lagi	[Signature]
23-9-18	II	Revisi Bab III Konsul Bab IV	memperbaiki kriteria aktual, akurat, pengumpulan data, dan Alur penelitian, tempat.	[Signature]
23-10-18	II	Mamatikan Bab I, II, III, IV	ACC Sampre	[Signature]
05-09-19	II	Konsul Bab V	umur dikategorikan menurut WHO	[Signature]
11-09-19	II	Revisi Bab V Konsul Bab VI, VII	menambahkan referensi ditinjau Sosial, keterbatasan, dan SARA	[Signature]
16-09-19	II	Revisi BAB VI dan VII Konsultasi lampiran, abstrak dan manuskrip	Menambahkan referensi faktor hidup berdasarkan teori dan data.	[Signature]
25-4-19	II	Konsultasi BAB I - VII	Lengkapi lampiran	[Signature]
29-4-19	II	Konsultasi BAB I - VII	ACC Semhas	[Signature]

\* ) coret yang tidak perlu



Lampiran 11. Tabulasi Usia, Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Pekerjaan,  
Klasifikasi NYHA, dan Lama Terdiagnosa

**TABULASI USIA, JENIS KELAMIN, STATUS PERNIKAHAN, PEKERJAAN,  
KLASIFIKASI NYHA, DAN LAMA TERDIAGNOSA**

No	Inisial	Usia	Jenis Kelamin	Status Pernikahan	Pekerjaan	NYHA	Lama Terdiagnosa
1.	T	60	L	Menikah	swasta	2	3 tahun
2.	SW	41	P	Menikah	wiraswasta	2	3 tahun
3.	RN	24	P	Menikah	swasta	2	8 bulan
4.	SK	54	L	Menikah	swasta	2	1 tahun
5.	BI	53	L	Menikah	swasta	2	10 tahun
6.	SR	45	P	Menikah	tidak bekerja	2	1 tahun
7.	BS	61	L	Menikah	tidak bekerja	2	1 tahun
8.	SW	60	L	Menikah	wiraswasta	2	1 tahun
9.	SP	69	P	Menikah	tidak bekerja	2	6 tahun
10.	ASM	53	L	Belum menikah	swasta	2	1 tahun
11.	RM	74	P	Janda atau Duda	tidak bekerja	2	5 tahun
12.	IM	60	P	Janda atau Duda	tidak bekerja	2	2 tahun
13.	B	79	L	Menikah	petani	2	1 tahun
14.	D	68	P	Menikah	tidak bekerja	2	1 tahun
15.	KH	51	P	Menikah	tidak bekerja	2	1 tahun
16.	SR	70	P	Janda atau Duda	tidak bekerja	2	1 tahun
17.	AGH	60	L	Menikah	swasta	2	4 tahun
18.	H	68	P	Menikah	tidak bekerja	2	24 tahun
19.	M	57	L	Menikah	petani	2	10 tahun
20.	SG	81	P	Janda atau Duda	tidak bekerja	2	3 tahun
21.	SI	77	L	Menikah	petani	2	1 tahun
22.	R	56	L	Menikah	swasta	2	4 tahun
23.	SD	62	L	Menikah	petani	2	5 tahun
24.	SK	44	P	Menikah	swasta	2	1 tahun
25.	SY	60	L	Menikah	swasta	2	17 tahun
26.	BS	53	L	Menikah	wiraswasta	2	8 tahun
27.	LS	56	P	Menikah	tidak bekerja	2	7 tahun
28.	TOE	73	P	Janda atau Duda	tidak bekerja	2	7 tahun
29.	PU	58	L	Menikah	petani	2	1 tahun
30.	J	49	L	Menikah	swasta	2	3 tahun
31.	BSH	60	L	Menikah	tidak bekerja	2	9 tahun
32.	SJ	60	L	Menikah	tidak bekerja	2	2 tahun
33.	IM	62	P	Janda atau	tidak bekerja	2	7 tahun

				Duda			
34.	MR	69	L	Menikah	tidak bekerja	2	5 tahun
35.	MW	38	P	Belum menikah	wiraswasta	2	3 tahun
36.	MF	55	L	Menikah	swasta	2	5 tahun
37.	MI	58	L	Menikah	swasta	2	4 tahun
38.	WG	66	L	Menikah	swasta	2	12 tahun
39.	SU	81	P	Janda atau Duda	tidak bekerja	2	40 tahun
40.	AS	67	P	Menikah	tidak bekerja	2	29 tahun
41.	RE	51	P	Janda atau Duda	PNS	2	7 tahun
42.	PUO	65	P	Menikah	tidak bekerja	2	37 tahun
43.	W	41	L	Menikah	wiraswasta	2	4 tahun
44.	TA	58	L	Menikah	swasta	1	5 tahun
45.	AI	52	L	Menikah	swasta	2	11 tahun
46.	YK	64	L	Menikah	tidak bekerja	2	7 tahun
47.	MS	52	P	Menikah	tidak bekerja	2	3 tahun
48.	J	77	L	Menikah	tidak bekerja	2	3 tahun
49.	IB	56	L	Menikah	tidak bekerja	2	2 tahun
50.	KP	52	L	Menikah	swasta	2	1 tahun
51.	SW	54	P	Menikah	tidak bekerja	2	4 tahun
52.	DSS	60	P	Menikah	tidak bekerja	2	1 tahun
53.	ST	55	L	Menikah	PNS	2	1 tahun
54.	GS	58	L	Menikah	swasta	2	11 tahun
55.	U	70	P	Janda atau Duda	tidak bekerja	1	3 tahun
56.	SL	45	L	Menikah	swasta	2	3 tahun
57.	MS	75	L	Menikah	tidak bekerja	2	10 tahun
58.	SO	76	L	Menikah	tidak bekerja	2	1 tahun
59.	SU	68	P	Menikah	tidak bekerja	1	4 tahun
60.	TR	56	L	Menikah	PNS	1	12 tahun
61.	M	57	L	Menikah	wiraswasta	1	5 tahun
62.	H	60	L	Menikah	tidak bekerja	1	1 tahun
63.	BS	54	L	Menikah	tidak bekerja	2	2 tahun
64.	AB	53	L	Menikah	PNS	2	1 tahun
65.	MJ	73	P	Menikah	tidak bekerja	2	9 tahun
66.	MBT	67	L	Menikah	swasta	2	2 tahun
67.	AAH	78	L	Menikah	swasta	2	2 tahun
68.	SBM R	70	L	Menikah	tidak bekerja	2	3 tahun
69.	MD	60	L	Menikah	swasta	2	2 tahun
70.	SS	63	L	Menikah	wiraswasta	2	5 tahun
71.	NH	67	P	Menikah	tidak bekerja	2	2 tahun
72.	F	80	L	Menikah	tidak bekerja	2	4 tahun
73.	IH	68	L	Menikah	tidak bekerja	2	3 tahun
74.	C	53	L	Menikah	swasta	2	11 tahun
75.	BS	56	L	Menikah	swasta	1	2 tahun
76.	GI	64	L	Menikah	tidak bekerja	1	1 tahun



77.	AS	74	L	Menikah	tidak bekerja	2	5 tahun
78.	L	66	P	Menikah	tidak bekerja	2	1 tahun
79.	NBKT	58	L	Menikah	tidak bekerja	2	6 tahun
80.	ZS	56	L	Menikah	tidak bekerja	1	3 tahun
81.	MS	62	L	Menikah	swasta	2	2 tahun
82.	SG	78	L	Menikah	tidak bekerja	2	24 tahun
83.	AH	57	P	Menikah	swasta	2	15 tahun



Lampiran 12. Tabulasi Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup

**TABULASI DUKUNGAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP**

No	Inisial	Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup
1.	T	49	32.93
2.	SW	59	62.60
3.	RN	47	55.02
4.	SK	45	38.56
5.	BI	60	61.02
6.	SR	42	22.68
7.	BS	46	42.87
8.	SW	64	71.29
9.	SP	46	45.00
10.	ASM	45	41.85
11.	RM	66	78.68
12.	IM	61	61.25
13.	B	67	80.75
14.	D	39	38.50
15.	KH	46	41.37
16.	SR	44	39.43
17.	AGH	48	95.62
18.	H	72	62.43
19.	M	59	70.62
20.	SG	63	38.81
21.	SI	45	24.25
22.	R	41	41.62
23.	SD	44	70.93
24.	SK	63	42.18
25.	SY	44	41.87
26.	BS	42	44.49
27.	LS	43	36.62
28.	TOE	62	66.25
29.	PU	47	35.58
30.	J	43	33.87
31.	BSH	43	44.87
32.	SJ	70	93.75
33.	IM	67	89.58
34.	MR	67	80.31
35.	MW	50	54.22
36.	MF	64	78.75
37.	MI	64	79.62
38.	WG	60	72.37
39.	SU	47	40.62
40.	AS	60	63.75
41.	RE	70	92.75
42.	PUO	50	56.25

43.	W	64	77.20
44.	TA	67	86.37
45.	AI	67	88.45
46.	YK	65	78.25
47.	MS	67	85.33
48.	J	61	73.00
49.	IB	64	78.75
50.	KP	70	96.25
51.	SW	73	95.62
52.	DSS	70	94.00
53.	ST	68	80.00
54.	GS	68	83.43
55.	U	68	87.31
56.	SL	66	82.68
57.	MS	64	83.43
58.	SO	63	78.95
59.	SU	60	70.75
60.	TR	67	79.37
61.	M	69	89.00
62.	H	70	90.06
63.	BS	37	28.68
64.	AB	48	49.96
65.	MJ	48	40.93
66.	MBT	49	48.43
67.	AAH	67	87.87
68.	SBMR	64	79.20
69.	MD	70	92.12
70.	SS	62	68.54
71.	NH	62	68.37
72.	F	60	63.37
73.	IH	65	73.18
74.	C	69	88.45
75.	BS	46	48.43
76.	GI	70	92.75
77.	AS	65	77.06
78.	L	63	71.02
79.	NBKT	66	80.12
80.	ZS	65	77.12
81.	MS	49	53.56
82.	SG	46	39.68
83.	AH	58	60.31

Lampiran 13. Tabulasi Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang

No	Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup
1	67	88,45
2	70	92,75
3	66	80,12
4	66	78,68
5	67	80,75
6	70	95,62
7	65	77,12
8	64	71,29
9	46	45
10	45	41,85
11	59	70,62
12	61	61,25
13	39	38,5
14	46	41,37
15	44	39,43
16	72	62,43
17	63	38,81
18	45	24,25
19	41	41,62
20	42	42,18
21	61	73
22	64	78,75
23	70	96,25
24	70	95,62
25	70	94
26	68	80
27	68	83,43
28	68	87,31
29	66	82,68
30	64	83,43
31	63	78,95
32	66	87,87
33	67	79,37
34	69	89
35	70	90,06
36	70	92,12
37	67	79,2
38	62	68,54
39	62	68,37
40	60	63,37
41	65	73,18
42	46	48,43
43	65	77,06
44	63	71,02
45	49	53,56

46	46	39,68
47	58	60,31



Lampiran 14. Tabulasi Dukungan Keluarga dan Kualitas Hidup RSI Aisyiyah Kota Malang

No	Dukungan Keluarga	Kualitas Hidup
1	49	32,93
2	59	62,6
3	47	55,02
4	45	38,56
5	60	61,2
6	42	22,68
7	46	42,87
8	59	70,93
9	70	93,75
10	67	89,58
11	67	80,31
12	64	78,75
13	64	79,62
14	60	72,37
15	70	92,75
16	64	77,2
17	67	86,37
18	67	88,45
19	65	78,25
20	67	85,33
21	44	41,87
22	42	44,49
23	40	36,62
24	62	66,25
25	47	35,58
26	43	33,87
27	43	44,87
28	50	54,22
29	40	40,62
30	60	63,75
31	50	56,25
32	42	28,68
33	48	49,96
34	48	40,93
35	49	48,43
36	60	70,75

## Lampiran 15. Data Karakteristik Sampel

**DATA KARAKTERISTIK SAMPEL****Usia**

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	17-25 tahun	1	1.2	1.2	1.2
	26-35 tahun	0	0	0	0
	36-44 tahun	4	4.8	4.8	6.0
	45-59 tahun	32	38.6	38.6	44.6
	60-74 tahun	36	43.4	43.4	88.0
	75-90 tahun	10	12.0	12.0	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

**Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	Laki-laki	54	65.1	65.1	65.1
	Perempuan	29	34.9	34.9	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

**Status Pernikahan**

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	Menikah	72	86,7	86,7	86,7
	Belum Menikah	2	2,4	2,4	89,2
	Janda atau Duda	9	10,8	10,8	100,0
	Total	83	100.0	100.0	

### Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	PNS	4	4.8	4.8	4.8
	Swasta	25	30.1	30.1	34.9
	Wiraswasta	7	8.4	8.4	43.4
	Tidak bekerja	42	50.6	50.6	94.0
	Petani	5	6.0	6.0	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

### Klasifikasi NYHA

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	Kelas 1	9	10.8	10.8	10.8
	Kelas 2	74	89.2	89.2	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

### Lama Terdiagnosa

		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	6 bulan sampai 1 tahun	21	25.3	25.3	25.3
	Lebih dari 1 tahun	62	74.7	74.7	100.0
	Total	83	100.0	100.0	



## Lampiran 16. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas

**UJI NORMALITAS DAN HOMOGENITAS****One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Unstandardized Residual
N		83
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	.0000000
	Std. Deviation	1975.421016
	Most Extreme Differences	
	Absolute	.485
	Positive	.485
	Negative	-.349
Test Statistic		.483
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 <sup>c</sup>

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

**Test of Homogeneity of Variances**

Kualitas\_Hidup

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5.530	20	57	.000

Lampiran 17. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas di RSUD Dr. Saiful Anwar  
Kota Malang

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Unstandardized Residual
N		47
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	69.9287234
	Std. Deviation	17.43618379
	Most Extreme Differences	
	Absolute	.213
	Positive	.149
	Negative	-.213
Test Statistic		.213
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 <sup>c</sup>

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

**Test of Homogeneity of Variances**

Kualitas\_Hidup

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
7.607	10	26	.000

## Lampiran 18. Hasil Uji Normalitas dan Homogenitas di RSI Aisyiah Kota Malang

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		Unstandardized Residual
N		36
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	59.6294444
	Std. Deviation	19.73782129
	Most Extreme Differences	
	Absolute	.177
	Positive	.177
	Negative	-.167
Test Statistic		.177
Asymp. Sig. (2-tailed)		.006 <sup>c</sup>

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

**Test of Homogeneity of Variances**

Kualitas\_Hidup

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
6.186	11	19	.000

## Lampiran 19. Hasil Uji Deskriptif

**HASIL UJI DESKRIPTIF**  
**(MEAN, STANDAR DEVIASI, MINIMAL-MAKSIMAL, CONFIDENCE INTERVAL**  
**95%)**

**Descriptives**

			Statistic	Std. Error
DUK_KEL UARGA	Mean		58.08	1.108
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	55.88	
		Upper Bound	60.29	
	5% Trimmed Mean		58.33	
	Median		62.00	
	Variance		101.907	
	Std. Deviation		10.095	
	Minimum		37	
	Maximum		73	
	Range		36	
	Interquartile Range		20	
	Skewness		-.426	.264
	Kurtosis		-1.369	.523

**Descriptives**

			Statistic	Std. Error
Kualitas_Hid up	Mean		65.4594	2.25352
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	60.9764	
		Upper Bound	69.9424	
	5% Trimmed Mean		65.9164	
	Median		70.7500	
	Variance		421.505	
	Std. Deviation		20.53058	
	Minimum		22.68	
	Maximum		96.25	
	Range		73.57	
	Interquartile Range		36.26	
	Skewness		-.303	.264
	Kurtosis		-1.176	.523

## Lampiran 20. Hasil Uji Korelasi Spearman

**HASIL UJI KORELASI SPEARMAN'S Correlations**

		<b>Dukungan_keluarga</b>	<b>Kualitas_hidup</b>
<b>Dukungan_keluarga</b>	<i>Spearman's rho</i>	1	.793**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	83	83
<b>Kualitas_hidup</b>	<i>Spearman's rho</i>	.793**	1
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	83	83

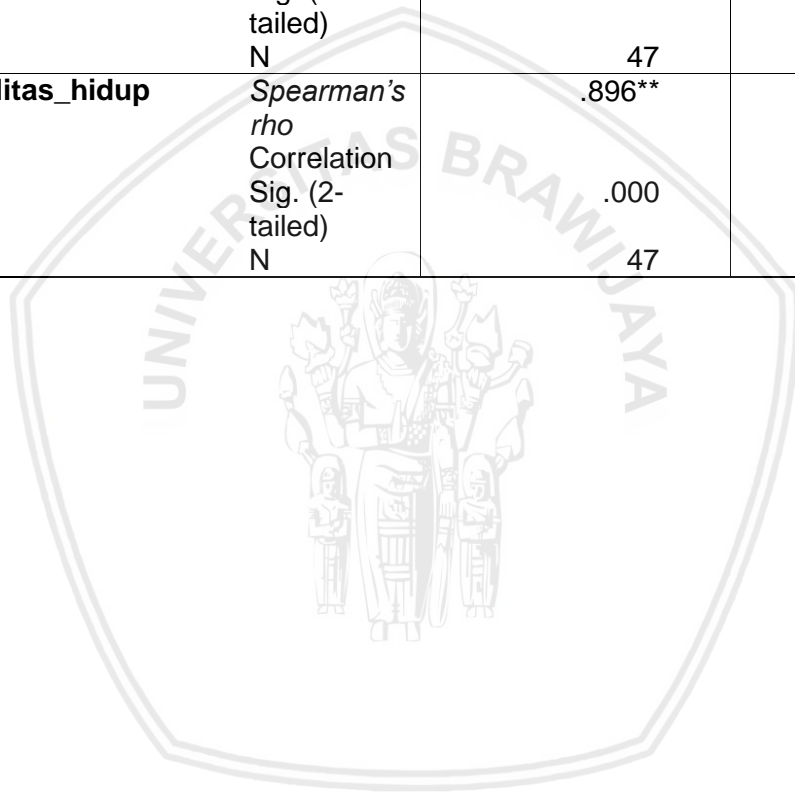
\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Lampiran 21. Hasil Uji Korelasi Spearman di RSUD Dr. Saiful Anwar Kota Malang

**HASIL UJI KORELASI SPEARMAN'S Correlations**

		Dukungan_keluarga	Kualitas_hidup
<b>Dukungan_keluarga</b>	<i>Spearman's rho</i> Correlation Sig. (2-tailed) N	1   47	.896**  .000 47
<b>Kualitas_hidup</b>	<i>Spearman's rho</i> Correlation Sig. (2-tailed) N	.896**  .000 47	1   47



Lampiran 22. Hasil Uji Korelasi Spearman di RSI Aisyiyah Kota Malang

**HASIL UJI KORELASI SPEARMAN'S Correlations**

		<b>Dukungan_keluarga</b>	<b>Kualitas_hidup</b>
<b>Dukungan_keluarga</b>	<i>Spearman's rho</i>	1	.932**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	36	36
<b>Kualitas_hidup</b>	<i>Spearman's rho</i>	.932**	1
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	36	36



Lampiran 23. *Curriculum Vitae***CURRICULUM VITAE**

Nama : Yuliatin  
 Tempat Tanggal Lahir : Sumenep, 17 Juli 1997  
 Alamat : Dusun Tanjung Kec. Saronggi, Kab.Sumenep  
 Email : [yuliatinyuliatin10@yahoo.com](mailto:yuliatinyuliatin10@yahoo.com)  
 No HP/WA : 085235172697  
 Motto : Akan ada banyak keajaiban saat kita percaya kepada Allah SWT

## Riwayat Pendidikan

	<b>SD</b>	<b>SMP</b>	<b>SMA</b>	<b>Perguruan Tinggi</b>
Nama Institusi	MI Negeri Tanjung Saronggi	SMP Negeri 2 Saronggi	SMA Negeri 1 Sumenep	Universitas Brawijaya
Jurusan			IPA	S1 Program Studi Ilmu Keperawatan
Tahun Masuk-Lulus	2003-2009	2009-2012	2012-2015	2015-sekarang

## Pengalaman Organisasi

<b>ORGANISASI</b>	<b>JABATAN</b>	<b>TAHUN</b>
HIMKAJAYA	Anggota	2016
HIMKAJAYA	Anggota	2017
Upgrading Himkajaya	Staff humas	2016
PROBINMABA Jurusan	Staff ilmiah	2016
Himkajaya Mengabdikan	Volunteer	2016
Nursing Scientific Festival	Staff ilmiah	2016
Spectanica	Sekretaris	2016
Study Club Himkajaya	Kordi Acara	2017



Lampiran 24. Dokumentasi Penelitian

**DOKUMENTASI PENELITIAN**



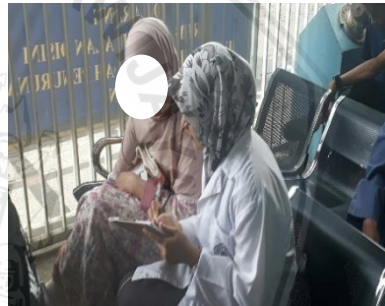
Gambar 1. Proses pengambilan data di RSUD. Dr Saiful Anwar



Gambar 2. Proses pengambilan data di RSI Aisyiyah



Gambar 3. Proses pengambilan data di RSUD. Dr Saiful Anwar



Gambar 4. Proses pengambilan data di RSI Aisyiyah



Gambar 5. Proses pengambilan data di RSUD. Dr Saiful Anwar



Gambar 6. Proses pengambilan data di RSI Aisyiyah

