

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Gagal Jantung Kongestif

1. Pengertian

Gagal jantung kongestif (GJK) adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah secara adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh akan oksigen dan nutrisi (Black dan Hawks, 2009). Menurut Crawford (2009) GJK adalah sindrome klinis yang kompleks yang dikarakteristikan sebagai disfungsi ventrikel kanan, ventrikel kiri atau keduanya, yang menyebabkan perubahan pengaturan neurohormonal. Sindrom ini biasanya diikuti dengan intoleransi aktifitas, retensi cairan dan upaya untuk bernapas normal. Umumnya terjadi pada penyakit jantung stadium akhir setelah miokard dan sirkulasi perifer mengalami kelelahan akibat berkurangnya kapasitas cadangan oksigen dan nutrisi serta sebagai akibat mekanisme kompensasi.

2. Etiologi

GJK disebabkan oleh disfungsi miokardial dimana jantung tidak mampu untuk mensuplai darah yang cukup untuk mempertahankan kebutuhan metabolik jaringan perifer dan organ-organ tubuh lainnya. Gangguan fungsi miokard sebagai akibat dari miokard infark akut (MI), *prolongeed cardiovascular stress* (hipertensi dan penyakit katub), toksin (ketergantungan alkohol) atau infeksi (Crawford, 2009).

Etiologi GJK dapat dibedakan dalam kelompok dalam yang terdiri dari kerusakan kontraktilitas ventrikel, peningkatan afterload, dan kerusakan relaksasi dan pengisian ventrikel (kerusakan pengisian diastolik). Kerusakan kontraktilitas dapat disebabkan oleh *coronary artery disease* (miokard infark dan transient miokard iskemia), *chronic volume overload* (mitral dan aorta regurgitasi), dan *cardiomyopathies*. Peningkatan

afterload terjadi karena stenosis aorta, mitral regurgitasi, hipervolemia, ventrikel septal defek, paten duktus arteriosus dan tidak terkontrolnya hipertensi berat. Sedangkan kerusakan fase diastolik ventrikel disebabkan karena hipertrofi ventrikel kiri, *restrictive cardiomyopathy*, fibrosis miokard, *transient myocardial ischemia*, kontriksi perikardial atau tamponade (Lilly, 2011; Black & Hwaks, 2009).

3. Patofisiologi

Patofisiologi GJK diuraikan berdasarkan tipe GJK yang dibedakan atas gagal jantung akut dan kronik, gagal jantung kanan dan kiri, *high output and low output heart failure*, *backward and forward heart failure*, serta gagal jantung sistolik dan diastolik (Ignatavicius & Workman, 2010; Crawford, 2009). Sebagian besar kondisi GJK dimulai dengan kegagalan ventrikel kiri dan dapat berkembang menjadi kegagalan kedua ventrikel. Hal ini terjadi karena kedua ventrikel jantung hadir sebagai dua sistem pompa jantung yang berbeda fungsi satu sama lain (Ignatavicius & Workman, 2010).

Kegagalan ventrikel kiri terjadi karena ketidakmampuan ventrikel untuk mengeluarkan isinya secara adekuat sehingga menyebabkan terjadinya dilatasi, peningkatan volume akhir diastolik dan peningkatan tekanan intraventrikuler pada akhir diastolik. Hal ini berefek pada atrium kiri dimana terjadi ketidakmampuan atrium untuk mengosongkan isinya ke dalam ventrikel kiri dan selanjutnya tekanan pada atrium kiri akan meningkat. Peningkatan ini akan berdampak pada vena pulmonal yang membawa darah dari paru-paru ke atrium kiri dan akhirnya menyebabkan kengesti vaskuler pulmonal (Hudak & Gallo, 2010).

Kegagalan jantung kanan sering kali mengikuti kegagalan jantung kiri tetapi bisa juga disebabkan oleh karena gangguan lain seperti atrial septal defek dan cor pulmonal (Lilly, 2011; Crawford, 2009). Pada kondisi

kegagalan jantung kanan terjadi after load yang berlebihan pada ventrikel kanan karena peningkatan tekanan vaskular pulmonal sebagai akibat dari disfungsi ventrikel kiri, ketika ventrikel kanan mengalami kegagalan, peningkatan tekanan diastolik akan berbalik arah ke atrium kanan yang kemudian menyebabkan terjadinya kongesti vena sistemik (Lilly, 2011).

Beberapa kasus GJK ditemukan *low output*, sebaliknya *high output heart failure* sangat jarang terjadi, biasanya dihubungkan dengan kondisi hiperkinetik sistem sirkulasi yang terjadi karena meningkatnya kebutuhan jantung yang disebabkan oleh kondisi lain seperti anemia atau tirotoksikosis. Vasokonstriksi dapat terjadi pada kondisi *low output heart failure* sedangkan *high output heart failure* terjadi vasodilatasi (Crawford, 2009). Tipe *backward* GJK merupakan kondisi dimana terjadi peningkatan dalam sistem pengosongan satu atau kedua ventrikel. Tidak adekuatnya *cardiac output* pada sistem forward disebut sebagai *forward heart failure* (Crawford, 2009).

Tipe *diastolic heart failure (heart failure with preserved left ventricular function)* terjadi ketika ventrikel kiri tidak dapat berelaksasi secara adekuat selama fase diastole. Tidak adekuatnya relaksasi atau *stiffening* ini mencegah pengisian darah secukupnya oleh ventrikel yang menjamin adekuatnya *cardiac output* meskipun ejeksi fraksi lebih dari 40% tetapi ventrikel sering mengalami kekurangan kemampuan untuk memompakan darah karena banyaknya tekanan yang dibutuhkan untuk mengeluarkan isi jantung sesuai jumlah yang dibutuhkan pada kondisi jantung dalam keadaan sehat (Ignatavicius & Workman, 2010).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang ditemui pada pasien dengan GJK berdasarkan tipe GJK itu sendiri, yang terdiri dari (Lilly, 2011; Ignatavicius & Workman, 2010; Patrick, 2014):

a. Gagal jantung kiri

Manifestasi klinis gagal jantung kiri dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu penurunan curah jantung dan kongesti pulmonal. Penurunan curah jantung memberikan manifestasi berupa kelelahan, oliguria, angina, konfusi, dan gelisah, takikardi dan palpitasi, pucat, nadi perifer melemah, dan akral dingin. Kongesti pulmonal memberikan manifestasi klinis berupa batuk yang bertambah buruk saat malam hari (*paroxymal noctural dyspnea*), dispnea, krakels, takipnea, orthopnea.

b. Gagal jantung kanan

Gagal jantung kanan manifestasi klinisnya adalah kongesti sistemik yaitu berupa: distensi vena jugularis, pembesaran hati dan lien, anoreksia dan nausea, edema menetap, distensi abdomen, bengkak pada tangan dan jari, poliuri, peningkatan berat badan, peningkatan tekanan darah (karena kelebihan cairan) atau penurunan tekanan darah (karena kegagalan pompa jantung).

c. Gagal jantung kongestif

Manifestasi pada gagal jantung kongestif adalah terjadinya kardiomegali, dan regurgitasi mitral/trikuspid sekunder. Penurunan otot skelet bisa substansial dan menyebabkan fatigue, kelelahan dan kelemahan.

5. Klasifikasi

Klasifikasi GJK yang digunakan di kancah internasional untuk mengelompokkan GJK adalah klasifikasi menurut *New York Heart Association* (NYHA). NYHA mengklasifikasikan GJK menurut derajat dan beratnya gejala yang timbul (AHA, 2012).

a. NYHA I

Aktivitas fisik tidak mengalami pembatasan. Ketika melakukan aktivitas biasa tidak menimbulkan gejala lelah, palpitasi, sesak nafas atau angina.

b. NYHA II

Aktivitas fisik sedikit terbatas. Ketika melakukan aktivitas biasa dapat menimbulkan gejala lelah, palpitasi, sesak nafas atau angina tetapi akan merasa nyaman ketika istirahat.

c. NYHA III

Ditandai dengan keterbatasan-keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Ketika melakukan aktivitas yang sangat ringan dapat menimbulkan lelah, palpitasi, sesak nafas.

d. NYHA IV

Tidak dapat melakukan aktivitas dikarenakan ketidaknyamanan. Keluhan-keluhan seperti gejala insufisiensi jantung atau sesak nafas sudah timbul pada waktu pasien beristirahat. Keluhan akan semakin berat pada aktivitas ringan.

6. Komplikasi

Komplikasi GJK yang mungkin terjadi adalah:

a. Syok kardiogenik

Syok kardiogenik merupakan stadium akhir disfungsi ventrikel kiri atau GJK, terjadi bila ventrikel kiri mengalami kerusakan yang luas, otot jantung kehilangan kekuatan kontraktilitasnya, menimbulkan penurunan curah jantung dengan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung, otak, ginjal)(Smeltzer & Bare 2010).

b. Episode tromboemboli

Kurangnya mobilitas pasien penyakit jantung dan adanya gangguan sirkulasi yang menyertai kelainan ini berperan dalam pembentukan trombus intrakardial dan intravaskuler. Begitu pasien meningkatkan aktifitasnya setelah mobilitas lama sebuah trombus dapat terlepas (embolus) dan dapat terbawa ke otak, ginjal, usus dan paru(Smeltzer & Bare 2010).

c. Efusi perikardial dan tamponade jantung

Efusi perikardial masuknya cairan kedalam kantung perikardium. Perkembangan efusi yang cepat dapat meregangkan perikardium sampai ukuran maksimal dan menyebabkan penurunan curah jantung serta aliran balik ke jantung, hasil akhir proses ini adalah tamponade jantung (Smeltzer & Bare 2010).

d. Aritmia

Pasien dengan GJK memiliki kemungkinan besar mengalami aritmia. Hal tersebut dikarenakan adanya pembesaran ruangan jantung (peregangan jaringan atrium dan ventrikel) menyebabkan gangguan kelistrikan jantung. Gangguan kelistrikan yang sering terjadi adalah fibrilasi atrium. Pada keadaan tersebut, depolarisasi otor jantung timbul secara cepat dan tidak terorganisir sehingga jantung tidak mampu berkontraksi secara normal. Hal tersebut menyebabkan penurunan cardiac output dan risiko pembentukan trombus ataupun emboli. Jenis aritmia lain yang sering dialami oleh pasien GJK adalah ventricular takiaritmia, yang dapat menyebabkan kematian mendadak pada penderita (Black & Hwaks 2009).

B. Kualitas Hidup

1. Pengertian

Kualitas hidup yang dimiliki oleh setiap individu berbeda, tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya. Jika menghadapi dengan positif maka akan baik pula kualitas hidupnya, tetapi lain halnya jika menghadapi dengan negatif maka akan buruk pula kualitas hidupnya. Kreitler & Ben (2004) dalam Nofitri (2009) kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu mengenai keberfungsian mereka di dalam bidang kehidupan. Lebih spesifiknya adalah penilaian individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan system nilai dimana mereka hidup dalam

kaitannya dengan tujuan individu, harapan, standar serta apa yang menjadi perhatian individu (Nofitri, 2009).

Kualitas hidup menjadi istilah yang umum untuk menyatakan setatus kesehatan, kendati istilah ini juga memiliki makna khusus yang memungkinkan penentuan rangking penduduk menurut aspek objektif maupun subjektif pada status kesehatan. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan *Health-related Quality of Life* (HQL) mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HQL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran integrative yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (well-being) (Gibney, 2009).

Kualitas hidup adalah sesuatu yang bersifat subyektifitas dan multidimensi. Subyektifitas yang berarti kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang 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 sosiokultural. Dukungan sosial dapat membuat seseorang menjadi lebih tenang dan secara emosional pasien dapat menjadi tenang (Cella, 1992 dalam Panthree & Kripracha, 2011). Menurut Kemp (dalam Karangora, 2012) kualitas hidup adalah bagaimana seseorang menilai pengalaman-pengalaman hidupnya secara keseluruhan dengan positif atau negatif. Kualitas hidup individu yang satu dengan yang lain akan berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup yang baik.

2. Kualitas hidup terkait kesehatan

Kualitas hidup dijadikan sebagai aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan (Wilson, dalam Larasati, 2012). Adapun menurut Cohen & Lazarus (dalam Larasati, 2012) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Kualitas hidup individu tersebut biasanya dapat dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group (1998)* dalam (Larasati, 2012).

Kualitas hidup menjadi istilah yang umum untuk menyatakan setatus kesehatan, kendati istilah ini juga memiliki makna khusus yang memungkinkan penentuan ranking penduduk menurut aspek objektif maupun subjektif pada status kesehatan. Kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan *Health-related Quality of Life (HQL)* mencakup keterbatasan fungsional yang bersifat fisik maupun mental, dan ekspresi positif kesejahteraan fisik, mental, serta spiritual. HQL dapat digunakan sebagai sebuah ukuran integrative yang menyatukan mortalitas dan morbiditas, serta merupakan indeks berbagai unsur yang meliputi kematian, morbiditas, keterbatasan fungsional, serta keadaan sehat sejahtera (*well-being*) (Gibney, 2009)

Kualitas hidup terkait kesehatan Kualitas hidup seringkali diartikan sebagai komponen kebahagiaan dan kepuasan terhadap kehidupan. Akan tetapi pengertian kualitas hidup tersebut seringkali bermakna berbeda pada setiap orang karena mempunyai banyak sekali faktor yang mempengaruhi seperti keuangan, keamanan, atau kesehatan. Untuk itulah digunakan sebuah istilah kualitas hidup terkait kesehatan dalam bidang kesehatan (Fayers & Machin, 2007).

3. Ruang lingkup kualitas hidup

Secara umum terdapat 5 bidang (domains) yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh *World Health Organization* (WHO). Bidang tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologis, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan (Nofitri, 2009).

- a. Kesehatan fisik (*physical health*): kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur dan istirahat
- b. Kesehatan psikologis (*psychological health*): cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi
- c. Tingkat aktivitas (*level of independence*): mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi, kemampuan kerja
- d. Hubungan sosial (*social relationship*): hubungan sosial, dukungan sosial
- e. Lingkungan (*environment*), keamanan, lingkungan rumah, kepuasan kerja

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien GJK

Kualitas hidup pasien dengan GJK dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, derajat NYHA (*New York Heart Assosiation*), tingkat pengetahuan, status depresi, tingkat kecemasan, stress, respon spiritual, dan dukungan keluarga (Heo et al, 2008 dalam Akhmad, 2013)

a. Umur

faktor yang sangat penting pada pasien GJK. Semakin bertambah tua umur seseorang, maka penurunan fungsi tubuh akan terjadi baik secara psikologis maupun fisik (Nurchayati, 2011). Dampak dari kemampuan fungsi fisik yang menurun akan mempengaruhi derajat GJK seseorang.

b. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan dan pengetahuan merupakan faktor yang berkaitan

dengan kualitas hidup pasien GJK. Pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih 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

Moons et al (2004) dalam 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 disablity tertentu). Wahl et al (2004) dalam Nofitri (2009) menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita.

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

Menurut NYHA, GJK dibagi 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 4 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, 2009). Kondisi tersebut akan mempengaruhi sejauh mana pasien mampu memaksimalkan fisiknya, sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien. Saccromann (2011) dalam Ahkmadi (2013) menyatakan bahwa pasien yang memiliki kualitas hidup rendah sebagian besar terdapat pada lansia umur 60 sampai 80 tahun dengan klasifikasi GJK derajat II dan derajat III.

e. Tingkat pengetahuan

Berdasarkan Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa pengetahuan yang didapat seseorang baik melalui media maupun komunikasi akan segera diterima, kemudian setelah mengetahui informasi yang diperlukan, seseorang akan menganalisis informasi tersebut apakah

tepat dilakukan atau malah menimbulkan masalah bagi dirinya sendiri. Dalam kaitannya dengan kualitas hidup, pemilihan tindakan terapi akan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan seseorang. Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang maka akan semakin baik dalam memilih tindakan terapi yang tepat dalam pemulihan kondisinya sehingga kualitas hidup pasien juga akan meningkat (Van der Wal et al, 2006 dalam Akhmad 2013).

f. Status depresi, tingkat kecemasan, stress

Penerimaan pasien GJK terhadap kondisinya sangat dipengaruhi oleh faktor psikologis seperti status depresi, tingkat kecemasan, dan stress. Terkadang pasien dengan GJK sulit menerima kenyataan bahwa pasien menderita GJK dan perlu melakukan *check up* rutin serta melakukan berbagai macam terapi untuk mengembalikan kondisinya (Purnawinadi, 2012). Sehingga ketika pasien sudah merasa jenuh, maka pasien akan mudah merasa cemas dan stress yang berlebihan akan mengakibatkan pasien mengalami depresi serta menurunnya kualitas hidup. Penelitian Lee et al (2005, dalam Akhmad, 2013) menunjukkan bahwa faktor psikologis seperti status depresi, tingkat kecemasan, dan stress secara signifikan berperan besar dalam menurunkan kualitas hidup pasien. Dimos et al (2009 dalam Akhmad, 2013) menemukan bahwa sekitar 21% pria dan 27% wanita yang menderita GJK memiliki depresi ringan, sedangkan 4% pria dan 6% wanita diantaranya yang memiliki umur diatas 50 tahun cenderung memiliki sindrom depresi berat. Sebanyak 13,9% pasien dengan GJK memiliki depresi berat dikarenakan kemampuan fisik berdasarkan klasifikasi NYHA, riwayat kekambuhan dan mortalitas pasien.

g. Respon spiritual

Pasien yang menderita GJK memiliki respon spiritual yang berbedabeda terhadap penerimaan penyakit dan kondisi dirinya. Dalam kaitannya dengan kualitas hidup respon spiritual pasien akan dipengaruhi oleh harapan dan keyakinan pasien terhadap penyakit

yang dideritanya. pasien yang memiliki harapan tentunya akan tabah dan sabar dalam menjalani cobaan yang diberikan tuhan kepadanya (Purnawinadi, 2012).

h. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga sangatlah penting bagi pasien dengan GJK, selain membantu dalam hal perawatan diri dan terapi, dalam kaitannya dengan kualitas hidup pasien dukungan keluarga juga sangat diperlukan dalam hal psikologis (Bakas et al, 2006 dalam Ahkmad, 2013). Adanya perhatian, kasih sayang, nasehat, dan bantuan yang diberikan anggota keluarga pada pasien GJK akan memberikan rasa tenang dan aman yang dapat membantu pemulihan GJK (Catharina et al, 2003 dalam Ahkmad, 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 (Bakas et al, 2006,dalam Ahkmad, 2013).

2. Pengukuran kualitas hidup

Alat yang digunakan pada penelitian ini adalah spesifik pada gagal jantung menggunakan *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) ditulis pada tahun 1984 oleh Thomas Rector, Ph.D yang bekerja di University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota, U.S. Awalnya kuesioner ini dirancang untuk pengukuran diri sendiri dari efek dan pengobatan untuk gagal jantung yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Isi kuesioner mewakili penjelasan bagaimana gagal jantung dapat mempengaruhi faktor yang penting seperti fisik, emosional, sosial dan dimensi mental hidup pasien tanpa terlalu lama selama uji klinis atau praktek. Konten diidentifikasi dengan pemberian tindakan yang lebih komprehensif untuk kesehatan pasien gagal jantung dan mengajukan banyak pertanyaan pada pasien bagaimana gagal jantung mempengaruhi kehidupan mereka (Pietri,2004 dalam Marchilia,2016).

Format respon konsisten dengan konsep kualitas hidup dan memungkinkan setiap pasien untuk menimbang setiap aspek menggunakan skala umum. Oleh karena itu, jumlah tanggapan mencerminkan efek keseluruhan gagal jantung dan perawatan dalam kualitas hidup pasien (Pietri, 2004 dalam Marchilia, 2016).

Kuesioner MLHFQ memiliki 21 item. Pertanyaan menilai dampak dari gejala fisik dari gagal jantung, seperti sesak napas, perasaan tidak nyaman, pergelangan kaki bengkak dan sulit tidur. Item lain meminta tentang efek gagal jantung pada fungsi fisik dan sosial termasuk berjalan dan memanjat tangga, pekerjaan rumah tangga, bekerja untuk mencari nafkah, pergi ke tempat yang jauh dari rumah, melakukan hal dengan keluarga atau teman-teman, kegiatan rekreasi, olahraga atau hobi, kegiatan seksual, memakan makanan yang disukai. Penilaian fungsi mental dan emosional dari konsentrasi dan memori, khawatir, kehilangan kontrol diri, dan menjadi beban bagi orang lain. Pertanyaan tentang efek samping obat, tinggal di rumah sakit dan biaya perawatan dimasukkan untuk membantu mengukur dampak keseluruhan dari pengobatan untuk gagal jantung pada kualitas hidup pasien, Pietri (2004, dalam Marchilia 2016). Versi terbaru dari kuesioner menanyakan tentang efek samping terapi bukan efek samping obat, hal ini mencerminkan meningkatnya penggunaan perawatan non-farmasi untuk gagal jantung. Format respon untuk setiap pertanyaan berkisar dari 0 artinya tidak mempengaruhi kehidupan yang seperti pasien inginkan, dan untuk 5 berarti mempengaruhi sangat banyak pada kehidupan pasien selama beberapa bulan terakhir. Total skor untuk 21 item dapat berkisar dari 0 sampai 105.30,31 Berry and McMurray (1999) menyatakan bahwa MLHFQ merupakan instrumen untuk mengukur kualitas hidup pasien gagal jantung yang sering digunakan dan valid. MLHFQ juga mempunyai konsistensi internal yang baik dengan *cronbach's* $\alpha > 0,8$ dan mempunyai validitas konstruk yang memuaskan.

C. Konsep Dukungan Keluarga

1. Pengertian keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap anggota keluarga (Friedman, 2010). Sedangkan menurut Ali (2010), keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

2. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) fungsi-fungsi keluarga didefinisikan sebagai hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga. Fungsi keluarga meliputi:

- a. Fungsi afektif (fungsi pemeliharaan kepribadian, saling memberi kasih sayang) untuk stabilitas kepribadian kaum dewasa, memenuhi kebutuhan anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi penempatan sosial yaitu untuk sosialisasi primer anak-anak yang bertujuan untuk membuat mereka menjadi anggota masyarakat yang produktif dan juga sebagai penganugerahan status anggota keluarga.
- c. Fungsi biologis yaitu menjaga kelangsungan generasi dan juga untuk kelangsungan hidup bermasyarakat.
- d. Fungsi ekonomis yaitu mengadakan sumber-sumber ekonomi yang memadai dan pengalokasian sumber-sumber tersebut secara afektif.
- e. Fungsi perawatan kesehatan yaitu merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik mental dan spiritual dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit setiap anggota keluarga.

- f. Fungsi psikologis yaitu memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian di antara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga.
- g. Fungsi pendidikan yaitu memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya.

Keluarga juga berfungsi dalam melaksanakan asuhan keperawatan yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan. Kesanggupan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga. Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (2010), adalah sebagai berikut: mengenal masalah keluarga, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, melakukan perawatan, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat dan mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

3. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Friedman (1998) dikutip dari Setiadi (2008) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan yaitu:

- a. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggotanya. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan dapat meminta bantuan kepada orang di lingkungan sekitar keluarga.
- c. Memberikan keperawatan anggota keluarga yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda. Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Keluarga memainkan peran yang bersifat mendukung anggota keluarga yang sakit. Dengan kata lain perlu adanya sesuatu kecocokan yang baik antara kebutuhan keluarga dan asupan sumber lingkungan bagi pemeliharaan kesehatan anggota keluarga.
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada). Hubungan yang sifatnya positif akan memberi pengaruh yang baik pada keluarga mengenai fasilitas kesehatan. Diharapkan dengan hubungan yang positif terhadap pelayanan kesehatan akan merubah setiap perilaku anggota keluarga mengenai sehat sakit.

4. Pengertian Dukungan Keluarga

Friedman (1998) dalam Murniasih (2007) menyatakan dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam

lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Keluarga sebagai orang terdekat pasien yang selalu siap memberikan dukungan moril maupun materi yang dapat berupa informasi, perhatian, bantuan nyata dan pujian bagi klien sehingga responden merasa berkurang bebannya dalam menjalani perawatan. Hal ini sesuai dengan teori dari Akhmadi (2009) bahwa anggota keluarga menganggap bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

5. Jenis dukungan keluarga

Menurut Safarino (1994 dalam Hayomsari 2010) membagi aspek-aspek dukungan keluarga menjadi empat yaitu :

- 1) Dukungan Emosional adalah mencakup ungkapan empati, kepedulian, perhatian terhadap yang bersangkutan.
- 2) Dukungan Penghargaan terjadi melalui ungkapan penghargaan positif terhadap individu dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, perbandingan positif terhadap individu.
- 3) Dukungan Instrumental adalah mencakup bantuan langsung seperti orang-orang yang memberi pinjaman uang kepada orang lain atau menolong dengan pekerjaan pada waktu mengalami stress.
- 4) Dukungan Informatif adalah mencakup memberi nasehat, petunjuk-petunjuk, saran-saran atau umpan balik.

Menurut Friedman (2010) dukungan keluarga adalah transaksi interpersonal yang melibatkan satu atau lebih aspek-aspek yaitu:

a. Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan

ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu. Dukungan keluarga dapat membantu meningkatkan strategi coping individu dengan strategi-strategi alternatif berdasarkan pengalaman yang berfokus pada aspek-aspek yang positif.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata.

c. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed*

back. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

d. Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga. Pada dukungan emosional ini keluarga menyediakan tempat istirahat dan memberikan semangat.

Menurut Caplan (1976, dalam Putri 2014) keluarga memiliki beberapa fungsi pendukung meliputi dukungan sosial, dukungan penilaian, dukungan tambahan dan dukungan emosional.

a. Dukungan sosial

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan desiminator (penyebar) informasi tentang dunia. Menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang dinerikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

Informasi mengenai penyakit dapat diperoleh melalui konsultasi dengan tenaga profesional, sumber bacaan, ataupun bertanya kepada sumber yang mendukung guna meningkatkan harapan dan keyakinan dalam usaha untuk mencapai kesembuhan (Lina, 2004). Informasi yang diberikan kepada pasien dapat membuat pasien merasa diperhatikan dan di hargai. Selain itu, pasien juga akan merasa bahwa dirinya

merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan saling ketergantungan satu sama lain (Smeltzer & Bare, 2010).

b. Dukungan penilaian

Dukungan yang terjadi melalui ungkapan penghargaan positif kepada orang lain, dorongan maju atau persetujuan dengan pendapat dan perasaan individu, serta adanya perbandingan positif dari individu dengan orang lain (Lina, 2004). Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber validator identitas anggota keluarganya. Keluarga mendorong anggota keluarga yang sakit untuk dapat mengomunikasikan kesulitan yang di alaminya (Friedman, Bowden & Jones, 2010).

c. Dukungan tambahan

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkret, diantaranya : kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan. Dukungan tambahan keluarga merupakan bentuk dukungan yang didapatkan dari keluarga yang menjadi sumber pertolongan praktis dan konkret pada pasien. Bentuk dukungan ini seperti penyediaan bantuan berupa finansial, merawat anak dan lansia, melakukan tugas rumah tangga, merawat anggota keluarga yang sakit dengan menggunakan peralatan yang mampu digunakan (Friedman, Bowden & Jones, 2010).

d. Dukungan emosional

Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Berbagai perasaan timbul akibat adanya penyakit. Beberapa reaksi emosional yang biasanya di alami pasien adalah ansietas, kemarahan, rasa bersalah, dan hilang harapan (Smeltzer & Bare, 2008). Keluarga diharapkan dapat menjadi sebuah tempat yang

aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi pasien serta meningkatkan moral keluarga (friedman, 2010).

Kuntjoro (2002, dalam Putri 2014) menyatakan bahwa dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap individu sehingga individu merasa nyaman, di cintai dan diperhatikan. Dukungan ini meliputi perilaku seperti memberikan perhatian serta bersedia mendengarkan keluh kesah pasien. Pasien membutuhkan motivasi yang kuat dalam menghadapi masalah penyakitnya yang bersumber dari keluarga pasien. Adanya motivasi tersebut diharapkan pasien tidak terlalu depresi dan dapat menghadapi penyakitnya dengan lebih tabah.

6. Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri, atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga). Sebuah jaringan sosial keluarga secara sederhana adalah jaringan kerja sosial keluarga itu sendiri (Freidman, 2010).

7. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga

Menurut Purnawan (2008) faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga antara lain :

a. Faktor Internal

1) Pendidikan dan tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang tentang adanya dukungan keluarga yang terdiri dari pendidikan, pengetahuan dan pengalaman masa lalu. Seseorang akan mendapat dukungan keluarga 30 untuk menjaga kesehatannya sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya.

2) Emosi

Emosi merupakan respon stress yang dapat mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap dukungan keluarga. Emosi akan mempengaruhi coping seseorang, sehingga seseorang yang mempunyai coping maladaptif maka merasa dirinya tidak mempunyai dukungan keluarga.

3) Spiritual

Nilai dan keyakinan yang dilaksanakan oleh keluarga yang berpengaruh terhadap dukungan keluarga. Semakin tinggi nilai spiritual yang dimiliki semakin besar dukungan keluarga yang diberikan.

b. Faktor eksternal

1) Sosial ekonomi

Meningkatkan resiko terjadinya penyakit karena bergantung pada tingkat pendapatan keluarga. Seseorang yang tingkat sosialnya tinggi akan segera merespon penyakitnya serta keluarga yang sangat memedulikannya.

2) Budaya

Nilai atau kebiasaan individu dalam memberikan dukungan keluarga kepada penderita. Seseorang yang mempunyai kebiasaan pergi ke pelayanan kesehatan akan selalu dilakukan oleh anggota keluarga yang lain.

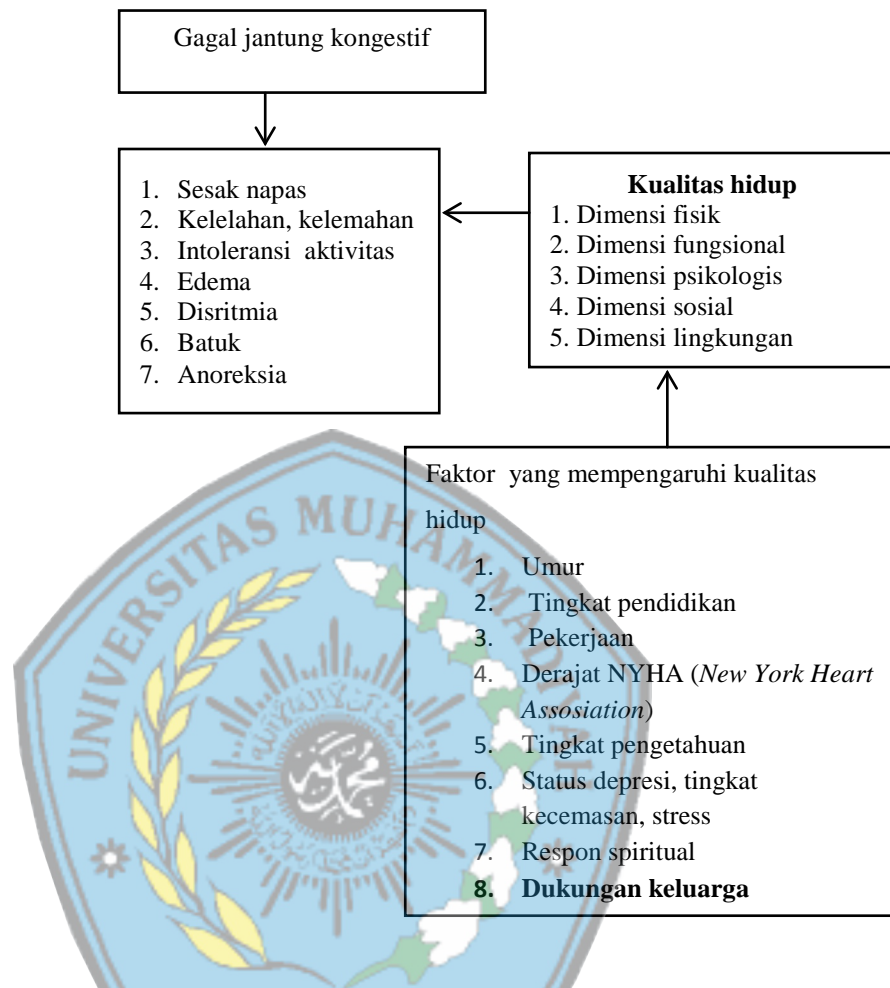
8. Peran keluarga dalam perawatan penderita GJK

Gangguan sistem kardiovaskuler memberi dampak terhadap fisik dan psikologis klien. Secara psikologis, gangguan sistem kardiovaskuler berdampak terhadap status fungsional, status pekerjaan dan hubungan antar manusia (Sullivan, 2009). Widmar (2005 dalam Hwang 2012) menuliskan bahwa klien yang mengalami gangguan sistem kardiovaskuler akan mengalami masalah psikososial dan penurunan kualitas hidup. Terjadinya masalah psikososial dan penurunan kualitas hidup pada klien

dengan gangguan sistem kardiovaskuler sangat dimungkinkan, karena klien sering mengalami rehospitalisasi (Sullivan, 2009).

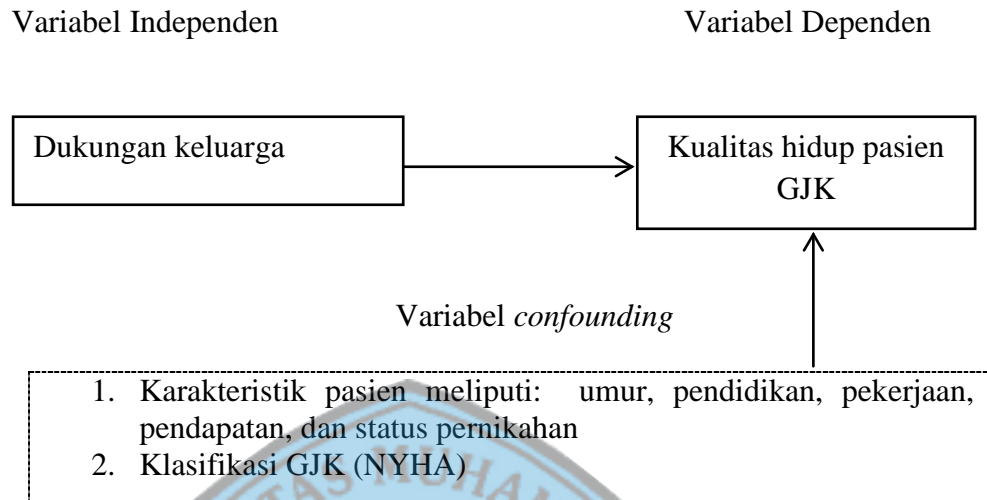


D. Kerangka Teori



Skema 2.1
kerangka teori modifikasi dari Hudak & Gallo (2010), Black & Hwaks, (2009), Nofitri (2009), Heo dkk, (2008).

E. Kerangka Konsep



Skema 2.2
Kerangka konsep penelitian

F. Variabel Penelitian

Variabel-variabel yang diteliti meliputi

1. Variabel *Independent* (bebas)
Variabel independent dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga
2. Variabel *Dependent* (terikat)
Variabel dependent dalam penelitian ini adalah kualitas hidup
3. Variabel *Confounding*
Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah Karakteristik pasien meliputi: umur, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan status pernikahan, klasifikasi GJK (NYHA).

G. Hipotesis

Hipotesa yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah:

1. H_a : Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita gagal jantung kongestif.
2. H_o : Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita gagal jantung kongestif

