



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN *SELF CARE* DAN DEPRESI DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN *HEART FAILURE*  
DI RSUP PROF DR R.D KANDOU  
MANADO**

**TESIS**

**ADELEIDA YULIANA ANITA KAAWOAN**

**1006800674**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN *SELF CARE* DAN DEPRESI DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN *HEART FAILURE*  
DI RSUP PROF DR R.D KANDOU  
MANADO**

**TESIS**

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar  
Magister Keperawatan**

**ADELEIDA YULIANA ANITA KAAWOAN**

**1006800674**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
DEPOK  
JULI 2012**

i

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 16 Juli 2012



**Adeleida Yuliana Anita Kaawoan**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Adeleida Yuliana Anita Kaawoan

NPM : 1006800674

Tanda Tangan



Tanggal : 16 Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Adeleida Yuliana Anita Kaawoan  
NPM : 1006800674  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *Heart Failure* di RSUP Prof DR R.D Kandou Manado

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof.Dra Elly Nurachmah, M.App.Sc, D.N.Sc, RN

Pembimbing : Tuti Herawati, S.Kp, MN

Penguji : Riri Maria, S.Kep, MANP

Penguji : Linda Amiyanti, S.Kp, M.Kes

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 16 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

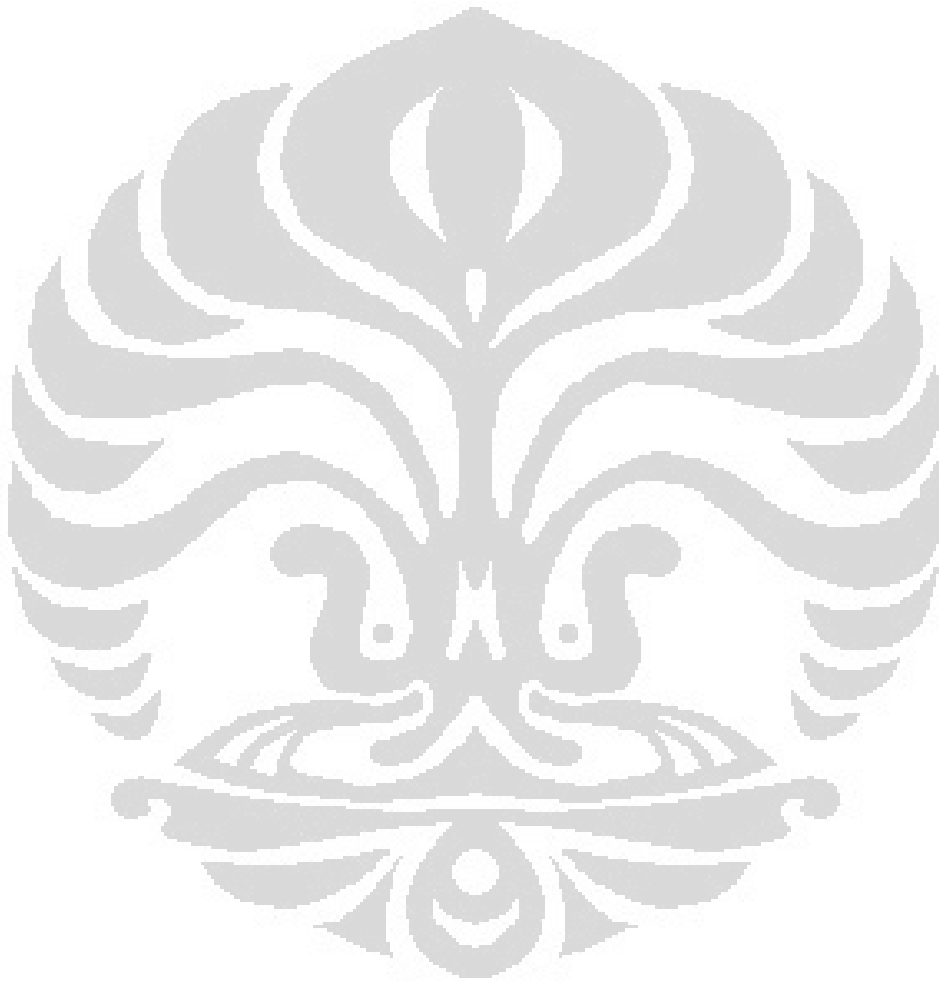
Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas kasih dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penyusunan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan tahap akademik pada Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa selesainya penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Dra Elly Nurachmah, S.Kp, M.App.Sc, D.N.Sc, RN, selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, saran dan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini.
4. Tuti Herawati, S.Kp, MN, selaku dosen pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, saran dan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini.
5. Riri Maria, S.Kp, MANP dan Linda Amiyanti, S.Kp,M.Kes selaku penguji yang telah memberikan saran dan arahan untuk kesempurnaan tesis ini.
6. Debie Dahlia, S.Kp, MHSM, selaku pembimbing akademik yang telah banyak memberikan arahan dan motivasi bagi penulis sehingga mampu melewati tahap demi tahap dalam program pendidikan tahap akademik ini.
7. Suamiku Capt. Heldy James Ruland Parera, M.Mar dan ketiga anakku Gracia, Vega dan Prayer, serta keluargaku yang senantiasa memberi semangat dan doa untuk keberhasilan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Teman-teman mahasiswa Program Magister Keperawatan FIK UI peminatan KMB angkatan 2010 untuk segala dukungannya bagi penulis
9. Keluarga besar RSUP Prof Dr RF.D Kandou Manado yang telah memberikan kesempatan penulis untuk melanjutkan pendidikan di program magister ini

Penulis menyadari bahwa proposal tesis ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan proposal tesis ini.

Depok, 16 Juli 2012

Penulis



**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Adeleida Yuliana Anita Kaawoan  
NPM : 1006800674  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas tesis saya yang berjudul: Hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *Heart Failure* di RSUP Prof DR. R.D Kandou Manado, beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tesis saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 16 Juli 2012

Yang menyatakan,



Adeleida Yuliana Anita Kaawoan



## ABSTRAK

Nama : Adeleida Yuliana Anita Kaawoan  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *Heart Failure* di RSUP Prof DR R.D Kandou Manado

*Heart Failure* (HF) merupakan sindrom klinis akibat ketidakmampuan jantung memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan tubuh. Kondisi ini menyebabkan keterbatasan fungsional dan distress psikologis yang berefek pada kualitas hidup pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure* di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado. Desain penelitian desain non eksperimental jenis *cross sectional* analitik. Responden sebanyak 79 orang, diperoleh melalui teknik *consecutive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien HF. Selain itu didapatkan variabel umur, *self care* dan depresi merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas hidup. Implikasi hasil penelitian dalam keperawatan adalah peningkatan peran perawat sebagai edukator dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang *self care* dan mengembangkan kemampuan dalam melakukan screening tingkat depresi pasien HF secara rutin.

Kata kunci : *self care*, depresi, kualitas hidup, *heart failure*

## ABSTRACT

Name : Adeleida Yuliana Anita Kaawoan  
Study Programe : Master of Nursing  
Title : The correlation between self care and depression with kualitas hidup heart failure patient in Prof DR. R.D Kandou Hospital Manado

Heart Failure (HF) is a clinical syndrome of inability of the heart to provide sufficient pump action to distribute blood flow to meet the needs of the body. This situation creates functional limitations and psychological distress that give impact on patient's kualitas hidup (QoL). The purpose of this research was to identify correlation between self care and depression with kualitas hidup heart failure patient in Prof DR. R.D Kandou Hospital Manado. This study used non-experimental analytic cross sectional design. Seventy nine respondents was recruited using consecutive sampling method. The study finding showed significant correlation between self care and depression with kualitas hidup heart failure patient. In addition age, self care and depression are found as predominant factors to kualitas hidup of heart failure patient. Nursing implication from this result is that of nursing role as educator on self care and ability in screening patient's depression level should be improved.

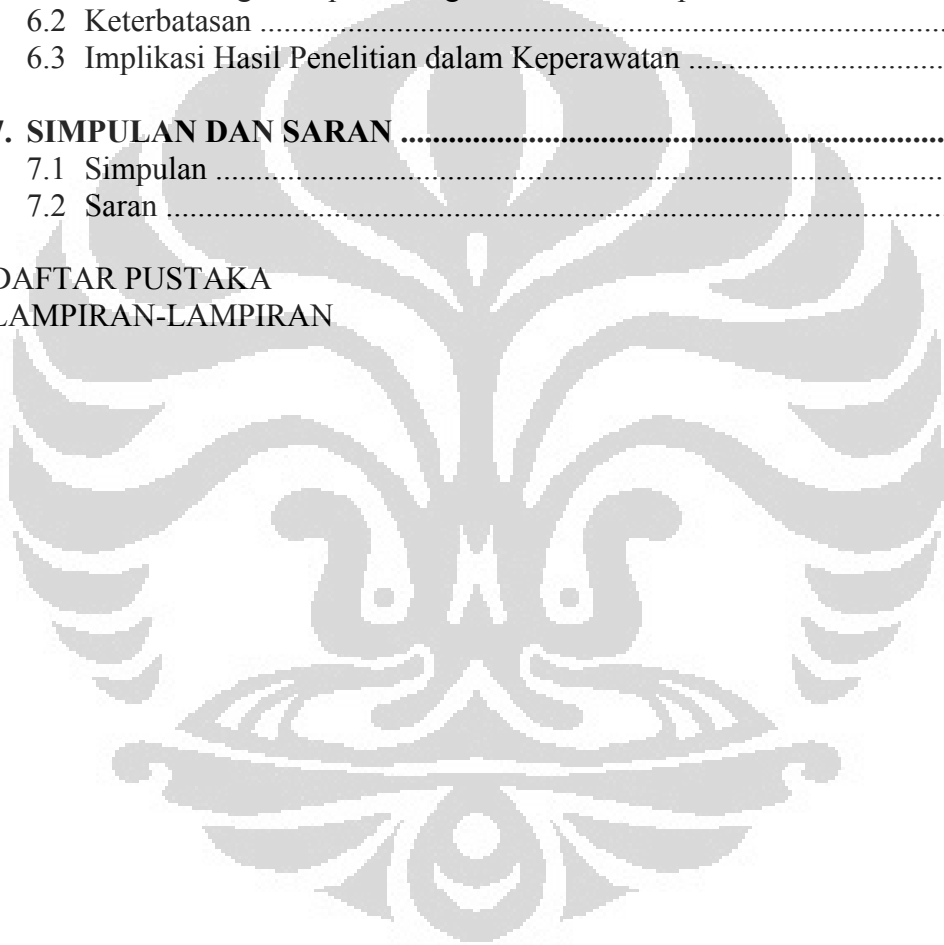
Key words: self care, depression, quality of life, heart failure

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vii
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR SKEMA .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	9
1.3 Tujuan Penelitian .....	10
1.3.1 Tujuan Umum .....	10
1.3.2 Tujuan Khusus .....	10
1.4 Manfaat Penelitian .....	11
1.4.1 Bagi Pelayanan Kesehatan .....	11
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan .....	11
1.4.3 Bagi Penelitian .....	12
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>13</b>
2.1 Konsep <i>Heart Failure</i> .....	13
2.2 Konsep <i>Self Care</i> .....	25
2.3 Aplikasi Teori <i>Self Care Orem's</i> .....	33
2.4 Konsep Depresi .....	34
2.5 Konsep Kualitas Hidup .....	39
2.6 Kerangka Teori .....	42
<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL .....</b>	<b>43</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	43
3.2 Hipotesis .....	44
3.3 Definisi Operasional .....	44
<b>4. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>48</b>
4.1 Desain Penelitian .....	48
4.2 Populasi dan Sampel .....	48
4.3 Tempat Penelitian .....	50
4.4 Waktu Penelitian .....	50
4.5 Etika Penelitian .....	50
4.6 Alat Pengumpulan Data .....	52
4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	56
4.8 Prosedur Pengumpulan Data .....	58

4.9 Analisa Data .....	61
<b>5. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>65</b>
5.1 Analisis Univariat .....	65
5.2 Analisis Bivariat .....	67
5.3 Analisis Multivariat .....	72
<b>6. PEMBAHASAN .....</b>	<b>75</b>
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian .....	75
6.1.1 Hubungan Karakteristik Responden dengan Kualitas Hidup .....	75
6.1.2 Hubungan <i>Self Care</i> dengan Kualitas Hidup .....	80
6.1.3 Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup.....	82
6.2 Keterbatasan .....	84
6.3 Implikasi Hasil Penelitian dalam Keperawatan .....	84
<b>7. SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>86</b>
7.1 Simpulan .....	86
7.2 Saran .....	87

DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN-LAMPIRAN



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Model <i>Self Care of Heart Failure</i> .....	27
Skema 2.2 Kerangka Teori .....	42
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	44



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	<i>New York Heart Association Classification of Chronic Heart Failure</i> .....	18
Tabel 3.1	Definisi Operasional .....	45
Tabel 4.1	Analisa Bivariat .....	62
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Dukungan Sosial dan Depresi .....	66
Tabel 5.2	Distribusi Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Penghasilan Keluarga, <i>Self Care</i> dan Kualitas Hidup .....	67
Tabel 5.3	Uji Normalitas Umur, Penghasilan, <i>Self Care</i> dan Kualitas Hidup..	68
Tabel 5.4	Analisis Hubungan Umur dengan Kualitas Hidup .....	69
Tabel 5.5	Analisis Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup.....	69
Tabel 5.6	Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kualitas Hidup.....	70
Tabel 5.7	Analisis Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Kualitas Hidup..	70
Tabel 5.8	Analisis Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup.....	71
Tabel 5.9	Analisis Hubungan <i>Self Care</i> dengan Kualitas Hidup.....	71
Tabel 5.10	Analisis Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup.....	72
Tabel 5.11	Analisis Bivariat Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan Penghasilan Keluarga, dan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup .....	73
Tabel 5.12	Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Hubungan <i>Self Care</i> dengan Kualitas Hidup .....	74

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 4 Kuesioner Data Demografi Responden
- Lampiran 5 Kuesioner *Self Care* Pasien *Heart Failure*
- Lampiran 6 Kuesioner Depresi Pasien *Heart Failure*
- Lampiran 7 Kuesioner Kualitas Hidup Pasien *Heart Failure*
- Lampiran 8 Kuesioner Dukungan Sosial Bagi Pasien *Heart Failure*
- Lampiran 9 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 10 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 11 Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Penelitian

# BAB 1 PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

*Heart Failure* (HF) didefinisikan sebagai ketidakmampuan jantung memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan tubuh. Kegagalan fungsi pompa jantung ini disebabkan oleh berbagai kondisi kardiovaskuler termasuk di dalamnya hipertensi kronis, *Coronary Artery Disease* dan *valvular disease* (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010). *Heart Failure* merupakan sindrom klinis dan bukan diagnosa, sering dikaitkan sebagai akhir dari penyakit jantung atau manifestasi yang paling kompleks dari setiap bentuk penyakit jantung. Adapun penyebab umum dan faktor risiko *heart failure* yaitu hipertensi, *coronary artery disease*, *cardiomyopathy*, penyalahgunaan obat dan alkohol, *valvular diseases cardiac infection*, *dysrhythmia*, *congenital heart disease*, diabetes melitus, merokok, dan kondisi hiperkinetik seperti demam, anemia dan hipertirodism (Lilly, 2011; Ignatavicius & Workman, 2010; Gray, Dawkins, Morgan, & Simpson, 2002). Hal ini dapat menjadi kondisi yang serius dan menjadi penyebab kematian bagi penderitanya apabila tidak mendapatkan penanganan yang tepat.

Data yang diperoleh melalui *World Health Statistics* dalam *World Health Organization WHO* (2012) menunjukkan bahwa pada tahun 2008 terdapat 57 juta kematian oleh semua jenis penyakit dan 36 juta atau sekitar 63 % di antaranya disebabkan oleh *Non Communicable Disease* (NCD). Penyakit kardiovaskuler yang termasuk dalam salah satu dari empat jenis penyakit NCD tersebut menyebabkan kematian sebanyak 17 juta atau sekitar 48 % dari total kematian oleh penyakit NCD.

Prevalensi *heart failure* sebagai salah satu penyakit kardiovaskuler menurut *American Heart Association* (AHA) di Amerika pada tahun 2008 yaitu sekitar 5,7 juta untuk semua tingkat usia. Selanjutnya terjadi peningkatan menjadi 6,6 juta jiwa pasien yang menderita *heart failure* pada tahun 2010



dan diperkirakan akan bertambah sebanyak 3,3 juta jiwa pada tahun 2030 atau sekitar 2,3 % dari tahun 2010. Data pasien yang menjalani hospitalisasi terdapat sebanyak 1.094.000 pasien dan melalui data ini diperoleh angka kejadian rehospitalisasi hampir sekitar 50% dari total pasien *Heart Failure* yang pernah menjalani hospitalisasi sebelumnya (AHA, 2012).

Di Indonesia sendiri belum ada data statistik secara khusus yang menunjukkan prevalensi *heart failure*, tetapi secara umum digambarkan dalam data penyakit jantung, oleh karena *heart failure* itu sendiri hanya merupakan sindrom gejala klinis kronik yang salah satu penyebabnya yaitu penyakit jantung koroner. Data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Kementerian Kesehatan Indonesia tahun 2007 yaitu terdapat 7,2 % penduduk Indonesia menderita penyakit jantung. Sedangkan angka mortalitasnya sebanyak 31,9% di Indonesia disebabkan oleh penyakit kardioserebrovaskuler yaitu penyakit jantung, stroke, dan pembuluh darah perifer (Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI, 2008).

*Heart Failure* merupakan kondisi kronis yang berefek pada kehidupan yang dijalani pasien setiap hari. Kompleksitas etiologi dan faktor risiko *heart failure* menyebabkan perubahan secara patofisiologi yaitu terjadinya kerusakan kontraktilitas ventrikel, peningkatan *after load* dan gangguan pengisian diastolik yang berefek pada penurunan *cardiac output* (Lilly, 2011). Pada saat *cardiac output* tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh maka jantung akan melakukan sejumlah mekanisme kompensasi untuk meningkatkan *cardiac output* dan tekanan darah. Mekanisme kompensasi ini yang digambarkan dalam proses patofisiologis akan mempengaruhi manifestasi klinis *heart failure* (Gray et al, 2002). Berbagai gejala dan tanda akan dialami pasien *heart failure* karena terjadinya penurunan *cardiac output*, kongesti vaskular pulmonal dan kongesti vena sistemik (Ignatavicius & Workman, 2010).

Proses patofisiologi *heart failure* seperti kerusakan struktur dan fungsi jantung serta aktivasi neurohormonal tidak secara langsung mempengaruhi kualitas hidup pasien tetapi diawali dengan timbulnya gejala penyakit sebagai suatu kondisi abnormal akibat proses patofisiologis. Misalnya bengkak dan ortopnoe, merupakan gejala yang timbul akibat abnormalitas keseimbangan cairan karena disfungsi jantung. Sesak nafas dan kelelahan menjadi gejala utama dan yang paling sering dilaporkan oleh pasien *heart failure* (Rector, 2005). Diperkirakan sekitar 90% pasien mengalami gejala fisik seperti sesak nafas dan kelelahan (Heo, Moser, Lennie, Riegel, & Chung, 2007).

Gejala yang timbul akibat perubahan struktur dan fungsi jantung akan berdampak secara langsung pada status fungsional pasien itu sendiri. Keterbatasan fungsional menjadi suatu hal yang sering terjadi pada pasien *heart failure*. Status fungsional yang rendah akan mempengaruhi kemampuan pasien untuk melakukan *self care* (Moser & Watkins, 2008). Ketidakmampuan pasien *heart failure* untuk beradaptasi terhadap penyakitnya termasuk di dalamnya mengenal secara dini gejala penyakit (seperti sesak nafas, intoleransi aktivitas dan kelelahan) akan mempengaruhi kehidupan yang dijalannya setiap hari (Driscoll, Davidson, Clark, Huang, & Aho, 2009).

Penelitian yang dilakukan Britz dan Dunn (2010) menyebutkan sebagian pasien melaporkan bahwa mereka belum melaksanakan *self care* secara tepat seperti yang telah diajarkan misalnya mematuhi pengobatan yang diberikan, diet rendah garam, aktivitas fisik yang teratur, pembatasan cairan, monitor berat badan setiap hari, mengenal secara dini gejala dan tanda. Ketidakmampuan melaksanakan *self care* ini mengakibatkan gejala yang dirasakan semakin berat dan menjadi penyebab pasien menjalani hospitalisasi. Sebab itu upaya yang dilakukan untuk menekan timbulnya gejala penyakit yang buruk serta menghindari rehospitalisasi bagi pasien yaitu dengan meningkatkan kemampuan *self care* tersebut (Britz & Dunn,

2010; Driscoll et al, 2009). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lee, Tkacs dan Riegel (2009) yang meneliti tentang *the influence of heart failure self care on health outcomes* bahwa sangat penting bagi pasien untuk memberikan perhatian khusus dalam hal kemampuan *self care* (perawatan diri) karena kondisi *heart failure* yang makin memburuk sering dikaitkan dengan kurangnya perhatian pada *self care*.

Kemampuan *self care* pasien *heart failure* dalam penelitian ini mengacu pada teori *self care* Orem. *Self care* menurut Dorothea Orem adalah tindakan yang mengupayakan orang lain memiliki kemampuan untuk dikembangkan ataupun mengembangkan kemampuan yang dimiliki agar dapat digunakan secara tepat untuk mempertahankan fungsi optimal (Orem, dalam Tomey & Alligood, 2006). *Self Care Requisites* merupakan bagian dari teori *self care* Orem yang didefinisikan sebagai tindakan yang ditujukan pada upaya perawatan diri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya untuk mempertahankan fungsi tubuh. Orem mengembangkan *self care requisites* ke dalam tiga jenis yaitu *universal self care requisites*, *developmental self care requisites* dan *health deviation requisites* (Orem dalam Tomey & Alligood, 2006).

Menurut Orem, dalam Tomey & Alligood, 2006, *universal self care requisites* merupakan bagian utama dalam kehidupan yang dijalani setiap individu. Aktivitas yang dilakukan terkait *universal self care requisites* ditujukan untuk memelihara kecukupan akan udara, air dan makanan yang berguna untuk metabolisme dan menghasilkan energi. *Universal self care requisites* secara langsung mempengaruhi pasien *heart failure*, sebagai contoh pasien yang mengalami keluhan sesak nafas yang diakibatkan oleh edema pulmonal akan berupaya memenuhi kebutuhan akan oksigen. *Developmental self care requisites* merupakan upaya yang dilakukan untuk mendukung proses perkembangan. Sedangkan *health deviation requisites* sering dikaitkan dengan kondisi sakit yang dialami pasien, yaitu bagaimana

kemampuan pasien merasakan kondisi sakitnya atau ketidakmampuannya dalam melaksanakan fungsi secara normal.

*Self care* pada pasien *heart failure* menurut Riegel, Carlson, Moser, Sebern, & Hicks, et al. (2004) adalah proses pengambilan keputusan secara aktif yang meliputi pemilihan tingkah laku untuk mempertahankan stabilitas fisiologis (*maintenace*) dan berespon terhadap gejala-gejala yang dialami (*management*) serta bagaimana keyakinan pasien terhadap keseluruhan upaya self care yang telah dilakukannya (*confidence*). Praktek *self care maintenance* dilakukan untuk mempertahankan gaya hidup sehat termasuk di dalamnya mematuhi upaya pengobatan dan memantau gejala penyakit. Pemantauan terhadap gejala penyakit sangat penting sebagai dasar untuk pengambilan keputusan merespon gejala yang timbul. Sedangkan *self care management* merupakan kemampuan yang dimiliki pasien untuk mengenal adanya perubahan gejala atau tanda (misalnya sesak nafas atau edema), mengevaluasi adanya perubahan terhadap gejala dan tanda tersebut, mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat, melaksanakan strategi penanganan (misalnya ekstra minum obat diuretik sesuai dosis) dan mengevaluasi tindakan yang sudah dilakukan.

Terdapat beberapa penelitian yang telah dilakukan terkait dengan kemampuan *self care* dan *kualitas hidup* pasien *Heart Failure*, di antaranya penelitian yang dilakukan oleh Britz dan Dunn (2010) yaitu studi deskripsi untuk mengidentifikasi kemampuan *self care* pasien *heart failure* yang dihubungkan dengan perubahan kualitas hidup. Hasilnya menunjukkan bahwa hanya *self care confidence* dan persepsi yang baik terhadap kesehatan yang mempunyai hubungan signifikan dengan peningkatan kualitas hidup.

Stromberg, Martensson, Fridlund, Levin & Karisson, et al. (2003) dalam penelitiannya dengan judul *nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure* menemukan

bahwa peran perawat klinik *heart failure* terbukti dapat meningkatkan kemampuan hidup pasien dengan *heart failure* serta mempertahankan perilaku *self care* yang baik, hal ini ternyata mampu menurunkan angka kejadian penyakit dan re-hospitalisasi serta jumlah hari rawat. Penelitian lain yang dilakukan oleh Jovicic, Leduce, dan Straus (2006) menyebutkan bahwa program *self management (self care)* terbukti menurunkan jumlah kejadian hospitalisasi dan re-hospitalisasi bagi pasien *heart failure* dengan hasil *OR* 0.44; 95% *CI* 0.27-0.71, *p* 0.001. Program *self management* ini selain menekan kejadian hospitalisasi juga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien *heart failure*.

*Self care* penting bagi pasien dengan penyakit kronis seperti halnya pada pasien *heart failure*. Pengalaman menderita *heart failure* terbukti secara signifikan meningkatkan pengetahuan pasien terkait gejala dan tanda penyakit dan hal ini akan mempengaruhi kemampuan *self care* (Jang, 2009). Kemampuan *self care* yang diperoleh melalui pengalaman menderita penyakit kronis akan berdampak pada perubahan gaya hidup dan secara langsung mempengaruhi kualitas hidup pasien itu sendiri (Smeltzer et.al. 2010). Adanya perubahan fisiologis dan kondisi kronis terhadap kesehatan sangat berpengaruh terhadap perubahan kualitas hidup seseorang (Black & Hawks, 2009). Namun tidak secara langsung mempengaruhi perubahan kualitas hidup tetapi diawali dengan timbulnya keterbatasan fungsional dan distress psikologis bagi pasien. Keterbatasan fungsional merujuk pada keterbatasan fisik, sosial, fungsi peran dan fungsi mental sebagai dampak dari penyakit *heart failure* sedangkan distress psikologis dikaitkan dengan perasaan ansietas, disforia, dan bentuk reaksi psikis lainnya dari *heart failure* (Rector, 2005). Bila kondisi ini berlangsung terus menerus maka pasien mengalami gejala gangguan emosional seperti depresi (Heo et al, 2007).

Depresi merupakan problem kesehatan masyarakat yang cukup serius. WHO menyatakan bahwa depresi berada pada urutan keempat penyakit di

dunia (Amir, 2005). Depresi termasuk pada kondisi kronik yang dikaitkan dengan keterbatasan fungsi fisik dan sosial sebagai dampak dari menderita penyakit kronik (Dimos, Stougiannos, Kakkavas, & Trikas, 2009). Depresi saat ini sudah menjadi hal yang umum terjadi pada pasien *heart failure*. Prevalensi kumulatif *heart failure* berdasarkan hasil meta analisis 27 penelitian menunjukkan angka yang berkisar antara 9% sampai dengan 60% (Rutledge, Reis, Linke, Greenberg, & Mills, 2006). Rata-rata prevalensi depresi meningkat 11% sampai 25% pada pasien rawat jalan dan 35% sampai 70% pada pasien rawat inap (O'Connor & Joynt, 2004).

Beberapa kondisi yang menunjukkan depresi pada pasien *heart failure* yaitu sering dikaitkan dengan faktor psikososial seperti stress akibat situasi kehidupan yang dijalani setiap hari, ketidakpatuhan terhadap pengobatan, tidak mematuhi petunjuk diet dan tidak mau melakukan latihan fisik (Dimos et al, 2009). Apabila hal ini berlangsung terus menerus akan mempengaruhi kualitas hidup pasien itu sendiri. Penelitian yang dilakukan oleh Cully, Phillips, Kunik, Stanley, & Deswall (2010) tentang *predicting kualitas hidup in veterans with heart failure: role of disease severity, depression and comorbid anxiety* menunjukkan bahwa depresi berhubungan dengan penurunan skor kualitas hidup. Bahkan lebih dari itu, menurut McGowan (2011) depresi tidak hanya menurunkan kualitas hidup pasien tetapi juga secara signifikan meningkatkan risiko kematian bagi pasien dengan *heart failure*. Sebab itu sangat penting untuk mengidentifikasi tingkat depresi dan kemampuan *self care* pada pasien *heart failure* untuk meningkatkan kualitas hidup.

Kualitas hidup didefinisikan oleh Buetow dan Coster dalam Nicholson (2007) sebagai sebuah konsep yang menjelaskan bagaimana pengaruh penyakit bagi pasien. Penyakit yang dialami pasien akan mempengaruhi individu yang sakit secara keseluruhan meliputi kepribadian, kemampuan adaptasi serta harapan untuk hidup sehat. Beberapa pasien hanya mampu mengenal dengan pasti pada saat gejala penyakit sudah sangat berat, sedangkan yang lainnya dapat mengenal gejala dini penyakitnya (Nicholson,

2007). Bagi pasien *heart failure*, kondisi gejala fisik yang dialaminya berefek pada kualitas hidup. Sebagian besar pasien yang memiliki gejala fisik yang minimal, mampu untuk melakukan pekerjaan serta tidak menunjukkan kecemasan, umumnya melaporkan memiliki kualitas hidup yang sangat baik (Heo, Doering, Widener, & Moser, 2008).

Berdasarkan survey pendahuluan yang penulis lakukan di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado didapatkan data mengenai pasien *heart failure* yang berkunjung ke poliklinik jantung yaitu sebanyak 4062 pasien pada tahun 2009, 5334 pasien pada tahun 2010 dan 8632 pada tahun 2011. Data ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kunjungan pasien *heart failure* ke poliklinik. Untuk data kunjungan poliklinik tahun 2011, dari 8632 pasien yang berkunjung, sebagian besar merupakan pasien lama yaitu sebanyak 8298 pasien. Di samping itu dari data pasien yang menjalani perawatan di ruang rawat inap pada tahun 2011 ditemukan sekitar 75 % dari total pasien yang dirawat merupakan pasien *heart failure*. Beberapa di antaranya mengalami hospitalisasi berulang dalam rentang waktu yang berdekatan selang waktu tiga sampai sembilan bulan setelah hospitalisasi sebelumnya.

Melalui wawancara sekilas dengan pasien yang sementara dirawat mengenai kondisi penyakitnya dan perawatan di rumah serta penyebab sehingga dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan sudah diberi informasi baik oleh perawat maupun dokter tentang tindakan yang harus dilakukan saat menjalani perawatan lanjutan di rumah. Tetapi mereka mengatakan masih sering mengalami keluhan yang berhubungan dengan penyakitnya seperti cepat lelah, sering sesak nafas, tidak bisa beraktifitas yang berlebihan dan bengkak pada kaki. Kondisi fisik tersebut menimbulkan masalah keterbatasan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari. Apabila pasien mengalami keluhan sehubungan dengan gejala dan tanda penyakit, mereka segera mencari pertolongan ke rumah sakit untuk menjalani perawatan dan pengobatan. Ketidakmampuan pasien melakukan upaya *self care* tersebut menjadi salah satu faktor pencetus untuk terjadinya re-hospitalisasi.

Berdasarkan kenyataan yang ditemui di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado ternyata kemampuan *self care* pasien *heart failure* masih kurang, sehingga berdampak pada kualitas hidup pasien yang secara langsung dapat dilihat dengan seringnya menjalani perawatan rawat inap di rumah sakit. Selain itu studi literatur yang ada menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit kronik seperti *heart failure* berisiko untuk terjadinya depresi yang diawali oleh munculnya distress psikologis sebagai akibat kompleksitas gejala yang dialami dan perawatan serta pengobatan yang dijalani terus menerus. Kondisi seperti ini bisa saja terjadi pada pasien *heart failure* yang sementara menjalani rawat jalan di poliklinik jantung RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado. Namun sampai saat ini belum ada penelitian yang dilakukan terkait kemampuan *self care* dan depresi serta hubungannya dengan kualitas hidup pada pasien *heart failure* di rumah sakit ini.

## 1.2 Rumusan Masalah

Penyakit *heart failure* termasuk dalam kondisi penyakit kronis di mana pasien yang telah terdiagnosa menderita *heart failure* memiliki kompleksitas gejala penyakit sebagai akibat proses patofisiologi *heart failure* yaitu kerusakan struktur dan fungsi jantung. Hal ini berefek pada status fungsional pasien yang dapat dilihat dari keterbatasan fungsional yang dialami pasien. Selanjutnya penurunan status fungsional ini akan menurunkan kemampuan pasien untuk melakukan *self care*.

*Self care* pada pasien *heart failure* merupakan upaya pasien secara aktif untuk mempertahankan kesehatannya dan berespon terhadap gejala yang dialami serta keyakinan pasien terhadap upaya *self care* yang telah dilakukannya. Program *self care* ini mampu menekan kejadian rehospitalisasi dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien *heart failure*.

Namun kenyataan yang ditemui masih tingginya kejadian re-hospitalisasi pasien *heart failure*, hal ini disebabkan karena pasien belum mengikuti dengan benar upaya pelaksanaan *self care*, yang meliputi *self care*



*maintenace, self care management* dan *self care confidence*. Melalui studi literatur terdapat banyak penelitian yang menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit kronik seperti *heart failure* berisiko untuk terjadinya depresi yang dipicu oleh distress psikologis akibat perubahan fisiologis, stres akibat situasi kehidupan yang dijalani setiap hari termasuk di dalamnya manajemen terapi yang harus dijalani pasien terus menerus. Kondisi seperti ini bisa saja terjadi pada pasien *heart failure* yang sementara menjalani rawat jalan di poliklinik jantung RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado.

Sesuai dengan latar belakang di atas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui: “Apakah ada hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure* di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado?”

### 1.3 Tujuan Penelitian

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure* di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Teridentifikasinya karakteristik responden berdasarkan: umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan keluarga, dan dukungan sosial

1.3.2.2 Teridentifikasinya kemampuan *self care* pada pasien *heart failure*

1.3.2.3 Teridentifikasinya depresi pada pasien *heart failure*

1.3.2.4 Teridentifikasinya kualitas hidup pasien *heart failure*

1.3.2.5 Teridentifikasinya hubungan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan keluarga, dan dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien *heart failure*

1.3.2.6 Teridentifikasinya hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien *heart failure*

- 1.3.2.7 Teridentifikasinya hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure*
- 1.3.2.8 Teridentifikasinya faktor yang paling dominan berhubungan dengan kualitas hidup pasien *heart failure*

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.2 Manfaat bagi pelayanan kesehatan

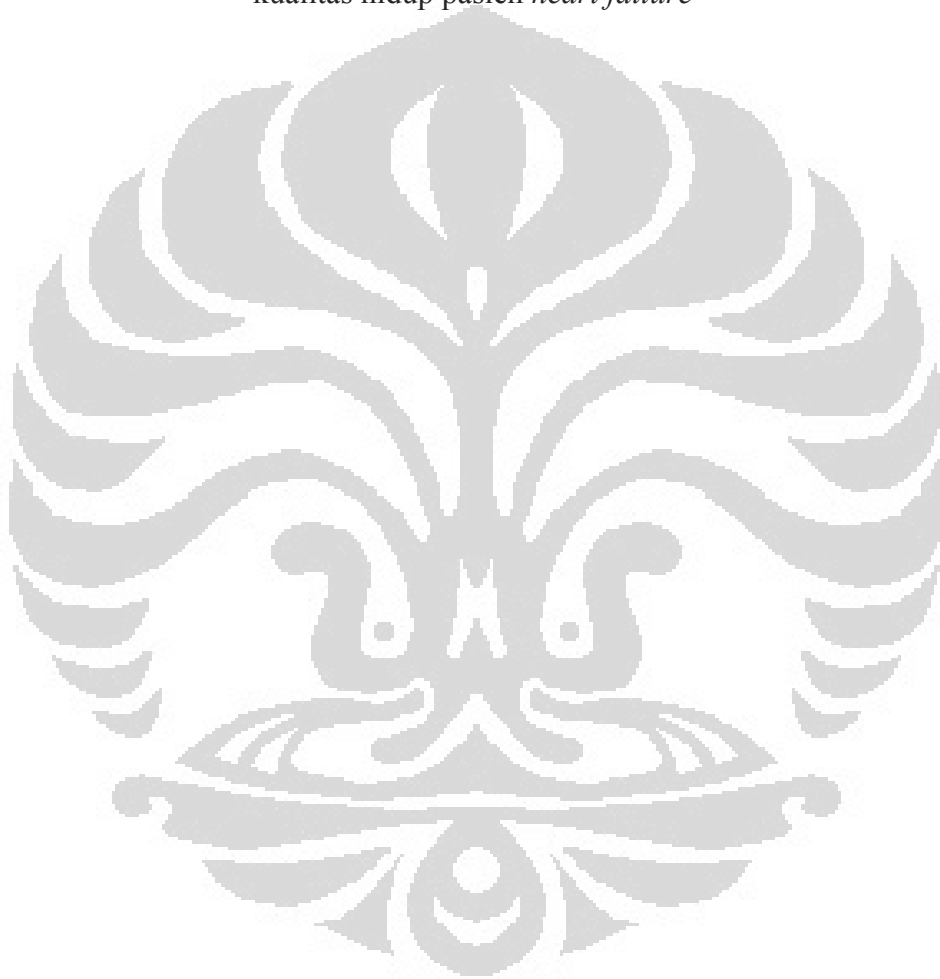
- 1.4.2.1 Memberi masukan bagi rumah sakit khususnya lingkup pelayanan kesehatan untuk mengoptimalkan pelaksanaan pendidikan kesehatan mengenai *self care* bagi pasien *heart failure* sesuai standar.
- 1.4.2.2 Memberi masukan bagi pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk melakukan *screening* secara rutin terhadap tingkat depresi yang dapat dialami oleh pasien *heart failure*.
- 1.4.2.3 Mendorong peran aktif perawat di poliklinik jantung untuk melaksanakan peran sebagai motivator yaitu memberikan dorongan bagi pasien *heart failure* untuk melaksanakan *self care* saat di rumah.

### 1.4.3 Manfaat bagi institusi pendidikan

- 1.4.3.1 Memberikan informasi tentang aplikasi teori keperawatan *self care* Orem untuk meningkatkan kualitas hidup pasien *heart failure*
- 1.4.3.2 Memberikan informasi tentang pentingnya melaksanakan pengkajian secara dini fungsi psikologis khususnya depresi pada pasien *heart failure* dalam upaya untuk meningkatkan kualitas hidup

#### 1.4.4 Manfaat bagi penelitian

- 1.4.4.1 Menambah wawasan dan pemahaman bagi peneliti tentang kemampuan *self care* Orem's dihubungkan dengan kualitas hidup pasien *heart failure*
- 1.4.4.2 Menjadi tambahan informasi dan acuan bagi peneliti lain yang tertarik melakukan penelitian *self care* depresi dan kualitas hidup pasien *heart failure*



## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Bab dua ini akan menguraikan kajian kepustakaan sebagai acuan penelitian ini yang meliputi konsep *Heart Failure*, konsep *Self Care*, aplikasi teori *The Theory Self Care Orem's*, konsep depresi, konsep kualitas hidup dan kerangka teori yang dijadikan landasan berpikir dalam penelitian ini.

### 2.1 Konsep *Heart Failure*

#### 2.1.1 Definisi *Heart Failure*

*Heart Failure* didefinisikan sebagai ketidakmampuan jantung memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi jaringan tubuh. Sering disebut juga *Congestive Heart Failure* (CHF) karena umumnya pasien mengalami kongesti pulmonal dan perifer (Smeltzer et al., 2010)

Menurut Crawford (2009) *Congestive Heart Failure* (CHF) adalah sindrom 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 bernafas 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

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa *heart failure* merupakan kompleksitas patofisiologi yang dimanifestasikan sebagai suatu kondisi kronis maupun akut akibat disfungsi ventrikel kiri atau ventrikel kanan bahkan keduanya sehingga jantung mengalami kegagalan melaksanakan fungsi pompa untuk mencukupi kebutuhan oksigen dan nutrisi bagi jaringan serta organ tubuh.

### 2.1.2 Etiologi

*Heart failure* 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), prolonged cardiovascular stress (hipertensi dan penyakit katup), toksin (ketergantungan alkohol) atau infeksi (Crawford, 2009).

Etiologi *heart failure* dapat dibedakan dalam tiga kelompok yang terdiri dari : (1) kerusakan kontraktilitas ventrikel; (2) peningkatan after load; dan (3) kerusakan relaksasi dan pengisian ventrikel (kerusakan pengisian diastolik). Kerusakan kontraktilitas dapat disebabkan oleh *coronary arteri disease* (miokard infark dan transient miokard iskemia), *chronic volume overload* (mitral dan aortic regurgitasi) dan *cardiomyopathies*. Peningkatan after load terjadi karena stenosis aorta, mitral regurgitasi, hipervolemia, ventrikel septal defek, atrial septal defek, paten duktus arteriosus dan tidak terkontrolnya hipertensi berat. Sedangkan kerusakan fase diastolik ventrikel disebabkan karena hiperterofi ventrikel kiri, *restrictive cardiomyopathy*, fibrosis miokard, *transient myokardial ischemia*, konstiksi perikardial atau tamponade (Lilly, 2011; Black & Hawks, 2009)

### 2.1.3 Patofisiologi

Patofisiologi *heart failure* diuraikan berdasarkan tipe *heart failure* yang dibedakan atas *chronic and acute heart failure*, *left and right sided heart failure*, *high output and low output heart failure*, *backward and forward heart failure*, serta *diastolic and systolic heart failure*. (Ignatavisius & Workman, 2010; Crawford, 2009). Sebagian besar kondisi *heart failure* dimulai dengan kegagalan ventrikel kiri dan dapat berkembang menjadi kegagalan kedua ventrikel. Hal ini

terjadi karena kedua ventrikel jantung ini 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 intraventrikular 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 kongesti vaskular 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 afterload 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).

Pada beberapa kasus *heart failure* ditemukan kondisi *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 pada *high output heart failure* terjadi vasodilatasi (Crawford, 2009).

Tipe *backward heart failure* 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 diastol. Tidak adekuatnya relaksasi atau *stiffening* ini mencegah pengisian darah secukupnya oleh ventrikel yang menjamin adekuatnya *cardiac output*. Meskipun fraksi ejeksi 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).

#### 2.1.4 Mekanisme Kompensasi

Akibat terjadinya gangguan kontraktilitas miokard primer atau efek beban hemodinamik yang berlebihan pada ventrikel normal, maka jantung dalam kondisi mengalami *heart failure* akan melakukan sejumlah mekanisme kompensasi yang bertujuan untuk mempertahankan *cardiac output* dan tekanan darah (Silbernagl & Lang, 2007; Gray et.al., 2005).

Pada saat *cardiac output* tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh maka jantung akan melakukan mekanisme kompensasi untuk meningkatkan *cardiac output* (Lilly, 2011; Ignatavicius & Workman, 2010; Gray et.al., 2005). Menurut Lilly (2011), mekanisme kompensasi utama yang digunakan meliputi:

a. Mekanisme Frank-Starling

Mekanisme yang terjadi akibat menumpuknya volume darah di ventrikel melebihi batas normal selama fase diastolik berlangsung yaitu meningkatnya regangan miofibril sebagai bentuk mekanisme Frank-Starling, yang meningkatkan stroke volume dan selanjutnya mempengaruhi kontraksi. Hal ini akan membantu pengosongan ventrikel kiri dan mempertahankan *forward cardiac output* (Lilly, 2011).

b. Perubahan neurohormonal

Menurut Lilly (2011) terdapat beberapa mekanisme kompensasi neurohormonal penting yang terjadi dengan sendirinya pada pasien *heart failure* sebagai respon terhadap penurunan *cardiac output*. Tiga dari beberapa mekanisme tersebut adalah adrenergik nervous system, sistem renin angiotensin, dan peningkatan produksi antidiuretik hormon (ADH).

Respon neurohormonal ini akan membawa keuntungan untuk sementara waktu. Namun setelah beberapa saat, kelainan sistem neurohormonal ini akan memicu perburukan *heart failure*, tidak hanya karena vasokonstriksi serta retensi natrium dan air, tetapi juga akibat adanya efek toksik langsung dari noradrenalin dan angiotensin terhadap miokard (Kabo & Karim, 2008)

Peptida natriuretik merupakan hormon yang disekresikan pada kondisi seseorang mengalami *heart failure* yang berfungsi meningkatkan tekanan intracardiac (Lilly, 2011).

c. Hipertrofi ventrikel dan remodeling

Mekanisme hipertrofi ventrikel terjadi sebagai kompensasi terhadap ventrikel yang berdilatasi akibat beban volume yang berlangsung lama. Tujuannya untuk meningkatkan massa elemen



kontraktil dan memperbaiki kontraksi sistolik, namun di samping itu juga berefek meningkatkan kekakuan dinding ventrikel, menurunkan pengisian ventrikel serta fungsi diastolik (Gray et.al., 2005). Remodeling miokardium terjadi sesaat setelah dimulainya *heart failure* kategori NYHA stadium I melalui perangsangan mekanis dan neurohormonal (Silbernagl & Lang, 2007).

#### 2.1.5 Klasifikasi *Heart Failure*

*The New York Heart Association* (NYHA) telah mengklasifikasikan batasan fungsional *heart failure* sebagai berikut:

Tabel 2.1 *New York Heart Association Classification of Chronic Heart Failure*

Kelas	Definisi
I	Pasien dengan <i>cardiac disease</i> tetapi tidak menyebabkan keterbatasan dalam aktivitas fisik. Pasien tidak mengalami fatigue, palpitasi, dispnea dan nyeri dada pada saat beraktivitas.
II	Pasien dengan <i>cardiac disease</i> 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
III	Keterbatasan aktivitas fisik sangat terasa pada pasien dengan <i>cardiac disease</i> . Nyaman saat beristirahat tetapi merasakan gejala walaupun hanya dengan aktifitas minimal
IV	Pasien dengan <i>cardiac disease</i> berakibat aktivitas fisik sangat terbatas dan gejala dirasakan walaupun saat istirahat, bahkan ketidaknyamanan semakin bertambah ketika melakukan aktivitas fisik apapun.

Sumber: Modifikasi dari Kabo & Karim, 2008; Gray et.al., 2005

### 2.1.6 Manifestasi Klinis

Adapun manifestasi klinis yang ditemui pada pasien dengan *heart failure* berdasarkan tipe *heart failure* itu sendiri, yang terdiri dari (Lilly, 2011; Ignatavicius & Workman, 2010):

#### a. *Left-Sided Heart Failure*

Gejala dan tanda gagal jantung kiri berupa:

- 1) Penurunan *cardiac output* : kelelahan, oliguria, angina, konfusi dan gelisah, takikardi dan palpitasi, pucat, nadi perifer melemah, akral dingin
- 2) Kongesti pulmonal : batuk yang bertambah buruk saat malam hari (*paroxysmal nocturnal dyspnea*), dispnea, krakels, takipnea, orthopnea

#### b. *Right-Sided Heart Failure*

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)

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *heart failure* meliputi penanganan umum dan manajemen terapi. Penanganan umum termasuk di dalamnya strategi pencegahan, koreksi terhadap faktor presipitasi serta pengaturan aktivitas dan diet, monitor berat badan dan pembatasan intake cairan. Sedangkan manajemen terapi meliputi terapi diuretik, vasopresin reseptor antagonis, agen inotropik, obat vasoaktif (golongan vasodilator), ACE inhibitor,  $\beta$  bloker, aldosteron reseptor bloker, anti aritmia, anti iskemia (Crawford, 2009).

### 2.1.7.1 Penanganan Umum

Penting untuk dilakukan pendekatan terapeutik sebagai bentuk koreksi terhadap faktor pencetus dan penanganan penyakit penyebab *heart failure* karena umumnya perkembangan penyakit perikardial, iskemia miokard, infeksi serta penanganan yang kurang optimal terhadap penyakit tersebut menjadi faktor presipitasi *heart failure*. Faktor yang dapat memperberat kondisi *heart failure* misalnya infeksi, perubahan terapi obat, kondisi angina yang memburuk serta gangguan elektrolit. Penyebab dasar *heart failure* yang umumnya terjadi yaitu penyakit jantung koroner, hipertensi dan kardiomiopati harus diterapi secara optimal (Crawford, 2009; Gray et.al, 2002).

Cameron, Carter, Riegel, Lo, dan Stewart (2009) mengemukakan bahwa *self care* menjadi komponen kunci keberhasilan manajemen pasien *heart failure* yang meliputi:

#### a. Pengaturan aktivitas fisik

Modifikasi aktivitas fisik merupakan bagian dari manajemen pasien *heart failure*. Modifikasi minimal secara konsisten terhadap gaya hidup 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. Aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi pasien akan membantu menurunkan tonus simpatik, mendorong penurunan berat badan dan memperbaiki gejala serta berefek toleransi aktivitas pada gagal jantung terkompensasi dan stabil. Namun pada kondisi *heart failure stage* sedang sampai berat,

pembatasan aktivitas fisik dan bed rest sangat penting dilakukan untuk memperbaiki kondisi klinis pasien. Pembatasan aktivitas fisik misalnya duduk dalam posisi tegak dapat menurunkan gejala kongesti vena pulmonal serta menurunkan kerja jantung. Tindakan istirahat di tempat tidur akan membantu meningkatkan aliran darah ke ginjal serta meningkatkan diuresis. Penting juga memberikan kesempatan bagi pasien untuk terlibat dalam melakukan aktivitas sehari-hari walaupun dalam kondisi yang tidak mendukung (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). Namun berbeda halnya menurut pendapat Gray et.al (2002) dimana terdapat beberapa pasien *chronic heart failure* memiliki risiko malnutrisi karena nafsu makan yang jelek, malabsorpsi dan peningkatan metabolik basal (sekitar 20%) sehingga memerlukan nutrisi yang cukup. Penelitian lain yang dilakukan oleh 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

Monitoring 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 *heart failure* 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).

#### 2.1.7.2 Manajemen Terapi

Manajemen terapi ditujukan terutama untuk menurunkan afterload dengan ACE inhibitors atau antagonis kalsium, meningkatkan kontraktilitas jantung melalui pemberian digitalis atau ibopamin serta menurunkan preload melalui pemberian nitrat atau diuretik (Kabo & Karim, 2008). Petunjuk klinis untuk manajemen terapi *heart failure* yang direkomendasikan oleh *American College of Cardiology* (ACC) dan *American Heart Association* (AHA) bertujuan untuk menurunkan kejadian hospitalisasi dan mortalitas meliputi (Hunt et al, 2005):

##### a. *Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors*

Yang termasuk golongan ini seperti captopril (capoten), enalapril (vasotec) dan lisinopril (zestril). ACE inhibitor mencegah konversi angiotensin I ke angiotensin II, yang mengakibatkan terjadinya resistensi perifer, dilatasi arteri dan peningkatan *stroke volume* (Ignatavicius & Workman, 2006).

b. *Angiotensin II reseptor blockers (ARBs)*

Terapi yang digolongkan ARBs seperti Candesartan (Atacand), Losartan (Cozaar) dan Valsartan (Diovan). Jenis ini direkomendasikan bila golongan ACE inhibitor tidak dapat ditoleransi pemberiannya. ARBs ini memiliki efek menghambat reseptor angiotensin, menurunkan resistensi arteri dan dilatasi arteri (Ignatavicius & Workman, 2006). Selanjutnya terjadi penurunan tekanan darah yang berhubungan dengan retensi cairan, sebagai akibat dari sekresi aldosteron (Hunt et al, 2005).

c. *Beta adrenergic blockers*

Yang termasuk jenis terapi ini adalah Carvedilol (Coreg) dan Metoprolol (Tropol XL). *Beta adrenergic blockers* ini digunakan pada pasien *heart failure* untuk menghambat kerja beta adrenergik pada sistem saraf simpatis. Penghambatan kerja beta adrenergik dapat menurunkan kerja jantung dan kebutuhan yang lebih akan oksigen, melalui vasodilatasi arteri dan penurunan *heart rate* (Hunt, et al, 2005).

d. Terapi diuretik

Gejala kongestif pada pasien *heart failure* dapat diatasi dengan pemberian diuretik. Penelitian yang dilakukan Wang & Gottlieb (2008) menyebutkan bahwa diuretik loop atau thiazide sebagai agonist aldosteron apabila digunakan terpisah maupun kombinasi, terbukti efektif dalam manajemen terhadap edema pulmonal dan vaskular. Jenis diuretik yang dianjurkan oleh ACC dan AHA yaitu:

- 1) *Loop diuretics*, seperti Bumetanide (Bumex), Furosemid (Lasix), dan Torsemide (Demadex). Efek

diuretik ini adalah menghambat reabsorpsi natrium dan klorida di tubulus renal.

- 2) *Thiazide diuretics*, seperti Chlorthalidone, Hydrochlorothiazide. Jenis diuretik ini bekerja pada nefron bagian distal, yang berfungsi menghambat reabsorpsi natrium dan klorida selama fase diuresis. Apabila digunakan secara bersama-sama dengan jenis *loop diuretics*, maka akan menyebabkan terjadinya hipokalemia.
- 3) Aldosteron agonist, seperti Spironolactone (Aldactone). Spironolacton merupakan diuretik hemat kalium, yang bekerja menghambat aldosteron di tubulus renal bagian distal. Hal ini berefek terjadinya diuresis natrium dan air.

e. *Human B-type natriuretic peptides*

Terapi ini sering digunakan sebagai pengobatan untuk *akut heart failure*. Endogen BNP sebagai vasodilator yang baik, berespon terhadap penurunan cardiac output yang disebabkan oleh natriuresis, atau kehilangan natrium dalam tubulus renal (Ignatavicius & Workman, 2006).

f. Terapi *cardiac glycosides*

Digoxin sebagai salah satu terapi jenis *cardiac glycosides*, merupakan terapi tambahan yang menguntungkan bagi pasien *heart failure*. Efek Digoxin yaitu menghambat kerja enzim *Adenosine Triphosphatase* (ATP) dalam sel otot jantung. Direkomendasikan sebagai pengobatan kedua bagi gejala kongestif, dimana Digoxin akan meningkatkan kontraktilitas otot jantung dan selanjutnya akan meningkatkan perfusi renal dan menstimulasi terjadinya diuresis (Armbrister, 2008).

## 2.2 Konsep *Self Care*

### 2.2.1 Pengertian *Self Care*

*Self-care* dalam hal ini merupakan istilah yang lebih luas dari hanya sekedar seperti *self-care behaviors*, *self-care performance*, *self-care ability*, *self-care activity*, *self-care compliance*, *self-care skills*, dan *self-care practice*. *Self Care* adalah suatu proses kognitif yang aktif di mana seseorang berupaya untuk mempertahankan kesehatan atau mengatasi penyakitnya (Rockwell & Riegel, 2001). *Self care* meliputi gabungan antara *self-care behavior* and *self-care ability*. Definisi *self care* menurut Riegel et.al (2004) adalah sebuah proses pengambilan keputusan secara naturalistik terhadap pemilihan tingkah laku untuk mempertahankan stabilitas fisiologis (*self care maintenance*) dan respon terhadap gejala yang dialami (*self-care management*).

Jaarsma, Stromberg, Martensson, & Dracup, (2003) mendefinisikan *self care* sebagai pengambilan keputusan dan strategi yang dilakukan oleh individu itu sendiri dalam upaya untuk mempertahankan hidup, meningkatkan fungsi kesehatan dan sehat secara utuh.

### 2.2.2 Dimensi *Self Care*

Riegel et al (2004) membagi *self care* ke dalam 3 (tiga) dimensi yaitu:

#### a. *Self Care Maintenance*

Aktivitas yang dinilai dalam *self maintenance* pasien Heart Failure meliputi:

- 1) Terapi pengobatan sesuai indikasi
- 2) Diet makanan rendah garam
- 3) Mempertahankan aktifitas fisik yang teratur
- 4) Monitoring tanda vital dan berat badan setiap hari
- 5) Upaya untuk berhenti merokok
- 6) Menghindari konsumsi alkohol



b. *Self Care Management*

*Self Care Management* meliputi upaya untuk mempertahankan kesehatan atau gaya hidup sehat. Aktivitas yang dapat dilakukan dalam dimensi ini meliputi:

- 1) Kemampuan mengenal perubahan yang terjadi (misalnya terjadi edema)
- 2) Mengevaluasi perubahan yang dialami, mengambil keputusan yang tepat untuk penanganan
- 3) Melaksanakan strategi pengobatan (misalnya ekstra terapi diuretik)
- 4) Mengevaluasi respon terhadap tindakan yang telah dilakukan

c. *Self Care Confidence*

Dimensi *Self Care Confidence* ini menentukan bagaimana kepercayaan diri pasien dalam mengikuti semua petunjuk tentang *self care*, yang meliputi :

- 1) Kepercayaan diri terhadap perasaan bebas dari gejala penyakit
- 2) Kepercayaan diri mengikuti petunjuk pengobatan
- 3) Kepercayaan diri mengenal secara dini perubahan kesehatan yang dialami
- 4) Kepercayaan diri melakukan sesuatu untuk mengatasi gejala penyakit
- 5) Kepercayaan diri mengevaluasi keberhasilan tindakan yang telah dilakukan

2.2.3 *Self Care* pada pasien *Heart Failure*

*Self care* pada pasien *heart failure* digambarkan sebagai suatu proses dimana pasien berpartisipasi secara aktif dalam melakukan manajemen *heart failure* baik secara mandiri maupun dengan bantuan keluarga maupun petugas kesehatan. Aktifitas yang dilakukan dalam *self care* pasien *heart failure* ini meliputi *self care maintenance*, *self care management* dan *self care confidence* (Riegel et al, 2004).

Model *Self Care* pada pasien *Heart Failure* oleh Riegel et al(2004) digambarkan sebagai berikut:

Skema 2.1 Model *Self Care of Heart Failure*



#### 2.2.4 Faktor prediktor *Self Care* pada pasien *Heart Failure*

Rockwell & Riegel (2004) mengembangkan sebuah model terkait karakteristik individu yang dikategorikan sebagai faktor prediktor *self care* pada pasien heart failure, yaitu:

##### a. Usia

Usia merupakan faktor prediktor penting pada *self care*. Bertambahnya usia sering dihubungkan dengan berbagai keterbatasan maupun kerusakan fungsi sensori. Kondisi seperti ini ditemukan dalam penelitian yang dilakukan oleh De Geest et al (2004) yaitu bahwa terjadi penurunan kemampuan belajar dan mendemonstrasikan aktivitas *self care* pada pasien *heart failure* sebagai akibat penurunan fungsi sensori. Selain itu bertambahnya usia berpengaruh terhadap perkembangan disfungsi organ sebagai akibat upaya tubuh untuk mempertahankan homeostasis.

Gerontologis dalam Karavidas, Lazaros, Tsiachris, & Pyrgakis (2010) membagi usia lanjut menjadi 3 (tiga) grup yaitu usia lanjut muda (60-74 tahun), usia lanjut (75-85 tahun) dan usia sangat lanjut (> 85 tahun). Sedangkan DeLaune & Ladner (2002)

mengklasifikasikan usia menjadi usia dewasa muda (21-40 tahun), usia dewasa menengah (40-65 tahun) dan usia lanjut (> 65 tahun). 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). Prevalensi *diastolic heart failure* meningkat dengan bertambahnya usia. Hal ini disebabkan karena proses patofisiologi yang terjadi pada pasien *heart failure* usia lanjut, dimana terjadi perangsangan secara terus menerus pada sistem saraf simpatis akan meningkatkan kadar plasma norepinefrin (Aronow, 2006). Perubahan patofisiologis ini berdampak pada kemampuan *self care* pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Artinian, Magnan, Sloan, dan Lange (2002) menemukan bahwa faktor usia hanya berhubungan dengan beberapa dimensi *self care behaviour* yaitu kepatuhan terhadap pengobatan tetapi tidak berhubungan dengan kepatuhan terhadap diet dan penanganan terhadap gejala yang dirasakan. Namun studi yang dilakukan Chriss, Sheposh, Carlson, dan Riegel (2004) menyebutkan bahwa usia berhubungan dengan semua dimensi *self care behaviour*. Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Shuldam, Theaker, Jaarsma, dan Cowie (2007) dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa *self care behaviour* tidak ada hubungannya dengan usia

#### b. Jenis kelamin

Penelitian yang dilakukan oleh Chriss et al (2004) menyebutkan bahwa prevalensi *diastolic heart failure* lebih tinggi pada wanita dibandingkan pria. Tetapi kemampuan melakukan *self care behaviour* ditemukan lebih baik pada pria dibandingkan wanita (Aronow, 2006; Chriss et al, 2004; Rockwell & Riegel, 2004).

Terdapat perbedaan faktor yang mempengaruhi kemampuan *self care behaviour* pada pria dan wanita. Pria lebih dipengaruhi oleh faktor kontrol persepsi dan pengetahuan, sedangkan pada wanita faktor penting yang mempengaruhi adalah *self care confidence* dan status fungsional (Heo et al, 2008). Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Shuldham et al (2007) dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan *self care behaviour*.

c. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan yang tinggi memiliki hubungan dengan kemampuan *self care behaviour* dan kepatuhan terhadap pengobatan. Tingkat pendidikan sangat menentukan kemampuan pasien untuk memahami tentang kondisi kesehatannya. Individu yang memiliki tingkat pendidikan rendah akan mengalami kesulitan untuk mengenal masalah kesehatan serta memahami panduan penanganan penyakit dibandingkan dengan individu yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi. Kemampuan pasien yang baik tersebut akan meningkatkan pengenalan pasien terhadap faktor yang mempengaruhi kesehatannya dan efek jangka panjang terhadap kesehatannya tersebut. Selain itu tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap kepatuhan seseorang terhadap manajemen pengobatan yang dijalannya (Moser & Watkins, 2008; Evangelista, Berg & Dracup, 2001).

d. 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 *self care*. Misalnya berhubungan dengan kepatuhan terhadap diet rendah garam, dan mengikuti program terapi sesuai anjuran

(Moser & Watkins, 2008). *Self care* yang kurang akan menyebabkan pasien menjalani hospitalisasi dan ini akan berefek terhadap pembiayaan selama pasien dirawat di rumah sakit .

e. Kondisi *comorbidity*

*Comorbid* didefinisikan sebagai kondisi penyakit yang muncul menyertai penyakit utama tetapi juga dapat berdiri sendiri sebagai penyakit spesifik. Penyakit yang tergolong dalam *comorbid heart failure* yaitu *coronary artery disease* (CAD), hipertensi, diabetes melitus, *valvular heart disease*, dan non iskemik kardiomiopati (Aronow, 2006). Menurut Chriss et al (2004) pasien yang menderita *heart failure* tanpa gejala penyakit yang buruk serta tidak mengalami *comorbid* akan memiliki *self care* yang sangat baik dibandingkan dengan pasien yang disertai *comorbid* yang banyak.

f. Derajat keparahan penyakit (status fungsional)

Klasifikasi *New York Heart Association* (NYHA) merupakan panduan dalam menilai derajat keparahan penyakit yang dapat diperoleh melalui data rekam medik. Klasifikasi ini didasarkan pada gejala yang dialami pasien sesuai dengan tingkatan aktifitas fisik yang dialami pasien (Hwang, Fleischmann, Esquivel, Stotts, & Dracup, 2011). Status fungsional yang buruk seperti klasifikasi NYHA III atau IV akan memberikan efek yang kurang baik terhadap kemampuan *self care* pasien (Moser & Watkins, 2008).

g. 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 (Sherbourne & Stewart, 1991 dalam Nauser, 2007). Sebagian besar pasien *heart failure* sangat

membutuhkan dukungan dari pasangan, keluarga dan teman untuk melaksanakan *self care*. Pasien yang memiliki dukungan yang tinggi melaporkan memiliki kemampuan *self care* sangat baik ( $p = 0.002$ ) dibandingkan dengan pasien yang hanya mendapatkan sedikit dukungan sosial. Kemampuan *self care* pasien yang dilaporkan tersebut meliputi konsultasi dengan tenaga kesehatan mengenai peningkatan berat badan, pembatasan cairan, minum obat secara teratur, melakukan vaksin flu dan latihan fisik secara teratur (Gallagher, Luttik, & Jaarsma, 2011).

Penilaian terhadap dukungan sosial bagi pasien heart failure menggunakan instrumen *Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey* yang dikembangkan oleh Sherbourne & Stewart (1991). Terdapat 4 (empat) dimensi yang mendukung instrumen ini, yaitu *emotional* atau *informational*, *tangible*, *affectionate* dan *possitive sosial interaction*. Instrumen ini diawali dengan pertanyaan terbuka yang berisi tentang berapa banyak teman dekat atau keluarga yang dimiliki. Pertanyaan selanjutnya terdiri dari 19 item pertanyaan, 8 item pertanyaan untuk *emotional* atau *informational*, 4 item pertanyaan untuk *tangible*, 3 item pertanyaan *possitive sosial interaction*, dan 3 item pertanyaan untuk *affectionate*. Pilihan jawaban dalam bentuk skala Likert yaitu 1 (tidak ada waktu), 2 (hanya sedikit waktu), 3 (beberapa waktu), 4 (banyak waktu), 5 (sepanjang waktu yang ada).

#### 2.2.5 Alat Ukur Self Care

##### a. *Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI)*

*Psychometric testing of the self care of the heart failure index* ini dikembangkan oleh Riegel, Carlson, dan Glaser (2000) selanjutnya direvisi oleh Riegel, Carlson, Sebern, Hicks, dan Roland (2004). Instrumen ini digunakan untuk menilai kemampuan *self care* pasien dengan mengacu pada pengertian *self*

*care* itu sendiri, terdiri dari 22 item pertanyaan yang dibagi dalam tiga dimensi yaitu *self care maintenance*, *self care management* dan *self care confidence*. Instrumen ini dinilai dengan menggunakan skala Likert yang disesuaikan dengan masing-masing dimensi. Skor tinggi yang dicapai melalui pengukuran ini menunjukkan bahwa kemampuan *self care* pasien sangat baik. Hasil uji kuesioner yang dilakukan oleh Riegel et al (2004) terhadap 760 pasien heart failure didapatkan nilai koefisien Cronbach alpha 0.76

b. *European Heart Failure Self Care Behaviour Scale* (EHFScBS)

Alat ukur ini dikembangkan oleh Jaarsma et al (2003), yang terdiri dari 3 (tiga) dimensi dengan 12 item pertanyaan mengenai *self care behaviour* pasien *heart failure*. Dimensi pertama berisi pertanyaan tentang manajemen tindakan dengan 6 (enam) item pertanyaan yang mengukur tingkah laku pasien meliputi mengukur berat badan setiap hari, pembatasan cairan dan garam, manajemen pengobatan, vaksin influenza serta latihan fisik. Dimensi kedua terdiri dari 4 (empat) item pertanyaan yang berhubungan dengan upaya untuk mengenal dan berespon terhadap peningkatan gejala yang dirasakan. Dimensi ketiga berisi 2 (dua) item pertanyaan yang mengukur tingkah laku pasien untuk beradaptasi terhadap keterbatasan fisik akibat penyakit *heart failure*. Item pertanyaan dalam bentuk skala Likert dengan rentang skor 1 (sangat setuju) sampai 5 (sangat tidak setuju). Total skor pada alat ukur ini 12 (*self care behaviour* sangat baik) sampai 60 (*self care behaviour* buruk). Melalui uji reliabilitas yang dilakukan pada instrumen ini didapatkan Cronbach alpha 0.81, hal ini menunjukkan bahwa alat ukur ini memiliki reliabilitas yang baik untuk digunakan untuk mengukur kemampuan *self care* pasien *heart failure* (Jaarsma et al, 2003).

### 2.3 Aplikasi Teori *Self Care* Orem's

Kemampuan *self care* pasien *heart failure* dalam penelitian ini mengacu pada teori *self care* Orem. Pemahaman tentang konsep *self care* menurut Dorothea Orem adalah tindakan yang mengupayakan orang lain memiliki kemampuan untuk dikembangkan ataupun mengembangkan kemampuan yang dimiliki agar dapat digunakan secara tepat untuk mempertahankan fungsi optimal (Orem, dalam Tomey & Alligood, 2006). *Self Care Requisites* merupakan bagian dari teori *self care* Orem yang didefinisikan sebagai tindakan yang ditujukan pada upaya perawatan diri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya untuk mempertahankan fungsi tubuh. Orem mengembangkan *self care requisites* ke dalam tiga jenis yaitu *universal self care requisites* (kebutuhan perawatan diri secara umum mencakup kebutuhan dasar manusia), *developmental self care requisites* (kebutuhan yang berhubungan perkembangan individu) dan *health deviation requisites* (kebutuhan yang timbul sebagai akibat dari kondisi yang dialami pasien). *Universal self care requisites* merupakan bagian utama dalam kehidupan yang dijalani setiap individu. Aktivitas yang dilakukan terkait *universal self care requisites* ditujukan untuk memelihara kecukupan akan udara, air dan makanan yang berguna untuk metabolisme dan menghasilkan energi. *Universal self care requisites* secara langsung mempengaruhi pasien *heart failure*, sebagai contoh pasien yang mengalami keluhan sesak nafas yang diakibatkan oleh edema pulmonal akan berupaya memenuhi kebutuhan akan oksigen (Orem, dalam Tomey & Alligood, 2006).

*Developmental self care requisites* merupakan upaya yang dilakukan untuk mendukung proses perkembangan. Kebutuhan akan perawatan diri tersebut secara langsung sebagai akibat proses perkembangan atau dihubungkan dengan kejadian yang terjadi selama proses perkembangan tersebut. Sedangkan *health deviation requisites* sering dikaitkan dengan kondisi sakit yang dialami pasien, yaitu bagaimana kemampuan pasien merasakan kondisi sakitnya atau ketidakmampuan melaksanakan fungsi secara normal. Pada pasien *heart failure* terdapat enam kategori *health deviation requisites self*



*care requisites* yaitu (a) kemampuan untuk mencari pertolongan medis, (b) kesadaran diri untuk mengenal efek atau kondisi patologis, (c) upaya yang efektif untuk mengikuti prosedur diagnostik, program terapi dan rehabilitasi, (d) mampu mengelola kondisi tidak nyaman akibat pengobatan yang dijalani, (e) memodifikasi konsep diri bahwa kondisi kesehatan yang dialami merupakan bagian dari intervensi pelayanan kesehatan, dan (f) belajar untuk memahami bahwa kehidupan yang dijalani saat ini adalah akibat dari kondisi patologis dan efek dari pengobatan merupakan gaya hidup dalam upaya untuk meningkatkan perkembangan personal (Orem, dalam Tomey & Alligood, 2006).

Kemampuan *self care* pasien dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal dari individu itu sendiri yang dikenal dengan *basic conditioning factors*, yang meliputi: usia, jenis kelamin, tingkat perkembangan, status kesehatan, orientasi sosio kultural, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, pola hidup, faktor lingkungan seperti faktor fisik atau biologis, dan ketersediaan serta adekuatnya sumber daya. *Basic conditioning factors* ini menggambarkan pengaruh nilai yang dimiliki pasien tentang kebutuhan perawatan diri terhadap kemampuan yang dimilikinya (Orem, dalam Tomey & Alligood, 2006).

## **2.4 Konsep Depresi**

### **2.4.1 Pengertian Depresi**

Depresi merupakan salah satu gangguan mood yang didefinisikan sebagai sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik yang manifestasinya berbeda pada masing-masing individu (Kaplan & Sadock's, 2010). Depresi merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik yang manifestasinya berbeda pada masing-masing individu (Amir, 2005)

### **2.4.2 Etiologi Depresi**

Penyebab depresi secara pasti belum diketahui, namun terdapat beberapa faktor yang diduga berperan dalam terjadinya depresi yaitu

faktor genetik, ketidakseimbangan biogen amin, gangguan neuroendokrin dan perubahan neurofisiologik serta faktor psikologis

#### 2.4.2.1 Faktor genetik

Menurut Dimos et al (2009), penelitian epidemiologi genetik memberikan banyak informasi tentang bentuk genetik gangguan perasaan yaitu depresi yang berkaitan dengan penyakit jantung. Terdapat kesamaan genetik polimorfism yang menunjang perkembangan depresi dan penyakit jantung. Protein G beta 3 825T-allele yang ditemukan pada kondisi depresi dan hipertensi arterial. Selain itu interaksi antara protein G beta 3 825T-allele dengan D allele terhadap gen *angiotensin converting enzym* kemungkinan memegang peranan terhadap perkembangan genetik kedua penyakit ini.

#### 2.4.2.2 Ketidakseimbangan biogenik amin

Bukti adanya keterlibatan aminoamin dapat dilihat dari hasil penelitian terhadap zat-zat yang menyebabkan berkurangnya monoamin, dimana reserpin yang merupakan obat antihipertensi yang dapat mengurangi penyimpanan biogen amin. Obat ini dapat mempresipitasi terjadinya depresi. Hal ini memunculkan teori yang menyatakan bahwa berkurangnya ketersediaan neurotransmitter monoamin, terutama norepinefrin dan serotonin dapat menyebabkan depresi.

#### 2.4.2.3 Faktor neurotropik

Neurotropin adalah faktor tropik yang penting dalam perkembangan hormon. Neurotropin terdiri dari brain derived neurotropic factor (BDNF), neurotropin -3, neurotropin -4/5 dan nerve growth factor (NGF). Semua faktor ini ditemukan hampir di seluruh area otak dengan kadar tertinggi di hipokampus dan korteks serebri. Faktor ini berperan dalam fungsi sensorik, persepsi, aktivitas motorik, regulasi hormon,

kognisi, motivasi dan emosi. Pada depresi terjadi penurunan aktivitas faktor neurotropik.

#### 2.4.2.4 Gangguan regulasi hormon

Hormon yang berperan terhadap terjadinya depresi adalah *cortical hypothalamic pituitary adrenal cortical axis* (CHPA), *hypothalamic pituitary thyroid axis* (HPT), hormon pertumbuhan, somatostatin dan prolaktin. Apabila pengalaman yang berbentuk stressor dalam kehidupan sehari-hari terekam dalam korteks serebri dan sistem limbik, maka bagian otak ini akan mengirim pesan ke kelenjar adrenal agar tubuh meningkatkan kewaspadaan dan mempersiapkan diri untuk menghadapi stresor tersebut.

#### 2.4.3 Gambaran Klinis

Menurut Amir(2005) gambaran klinis depresi meliputi:

##### 2.4.3.1 Gambaran emosi

Gejala yang terlihat adalah mood depresi, sedih atau murung, iritabilitas, ansietas, ikatan emosi berkurang, dan menarik diri dari hubungan interpersonal.

##### 2.4.3.2 Gangguan kognitif

Gejala yang muncul adalah mengkritik diri sendiri, perasaan tidak berharga, rasa bersalah, pesimis, tak ada harapan, putus asa, bingung, konsentrasi buruk, tak pasti dan ragu-ragu, serta gangguan memori.

##### 2.4.3.3 Waham dan halusinasi

Gambaran vegetatif yang terlihat adalah lesu, tidak bertenaga, tidak bisa tidur atau banyak tidur, tidak mau makan atau banyak makan, penurunan berat badan atau peningkatan berat badan, dan libido terganggu. Sedangkan agitasi psikomotor

yang terlihat adalah keluhan somatik, tidak atau lambat bergerak, wajah sedih dan selalu menangis, kulit dan mulut kering serta konstipasi.

#### 2.4.4 Depresi pada *Heart Failure*

Depresi digambarkan sebagai kondisi mental kronis atau sementara yang dikarakteristikan dengan perasaan kesedihan, kesendirian, putus asa, harga diri rendah dan merasa tidak berharga (Richardson, 2003). Gangguan afektif termasuk di dalamnya depresi merupakan kondisi yang umum terjadi pada pasien *congestive heart failure* (CHF). Kenyataan ini secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup pasien, hasil akhir yang diharapkan dari upaya kesehatan serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (York, Hassan, & Sheps, 2009).

Menurut McGowan (2011) bahwa sepanjang dua dekade terakhir ini terdapat literatur yang membahas tentang hubungan yang kuat antara depresi dengan peningkatan angka kesakitan dan kematian bagi pasien *coronary heart disease* (CHD). Penyakit CHD ini merupakan salah satu penyebab *heart failure*.

Beberapa penelitian menggambarkan hubungan antara depresi dan hasil akhir pasien *heart failure*. Depresi terbukti merupakan faktor prediktor yang kuat terhadap status kesehatan pasien dengan *heart failure*. Depresi menyebabkan hambatan fungsi fisik pasien, meningkatkan derajat keparahan gejala penyakit dan secara umum menyebabkan perubahan kualitas hidup. Selain itu pasien *heart failure* yang mengalami kondisi depresi berisiko tinggi untuk mengalami rehospitalisasi dan kematian (York, Hassan, & Sheps, 2009).

Faktor psikologi dan patofisiologi berkontribusi terhadap kejadian depresi yang menyebabkan peningkatan angka kematian pada

populasi pasien dengan *heart failure*. Studi lain menyebutkan bahwa mekanisme perilaku berhubungan dengan kejadian depresi yang meliputi perilaku gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, obesitas, tidak mematuhi diet, konsumsi alkohol dan ketidakpatuhan lainnya, yang secara langsung berdampak pada angka kematian (McGowan, 2011).

Thomas, Chapa, Friedman, Durden, dan Lee's (2008) dalam penelitian dengan judul *depression in patients with heart failure: prevalence, pathophysiological mechanisms and treatment*, mengidentifikasi empat pola patologikal pada pasien depresi yang dihubungkan patogenesis penyakit *heart failure*, yaitu aktivasi neurohormonal, hiperkoagulasi, disfungsi neurocardiac autonomi, dan pelepasan sitokin.

#### 2.4.5 Alat Ukur Depresi pada Heart Failure

Terdapat beberapa alat ukur yang dapat digunakan untuk menilai tingkat depresi pada pasien. Namun dalam penelitian ini hanya difokuskan pada alat ukur *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), yang dikembangkan oleh Zigmond & Snaith (1983), terdiri dari 14 item pernyataan untuk menilai diri sendiri yang didesain khusus untuk digunakan menilai tingkat kecemasan dan depresi pada pasien dengan penyakit fisik kronis (Dagnan, Chadwick, & Trower, 2000). Terdapat 7 (tujuh) item pernyataan ansietas dan 7 (tujuh) item pernyataan depresi, skala penilaian Likert rentang 0 sampai 3. Total skor 21 untuk masing-masing dimensi (ansietas dan depresi). Interpretasi skor adalah sebagai berikut: normal (rentang 0-7), ringan (rentang 8-10), sedang sampai berat (rentang 11-21). Uji reliabilitas dan validitas alat ukur HADS versi bahasa Indonesia yang dilakukan oleh Caninsti (2007) menunjukkan bahwa uji validitas dengan nilai *corrected item total correlation* yang lebih besar dari 0.3 sedangkan uji reliabilitas pada dimensi kecemasan diperoleh nilai koefisien alpha

sebesar 0.7382 dan pada dimensi depresi, nilai koefisien alpha diperoleh sebesar 0.7644. Uji instrumen ini menunjukkan bahwa alat ukur HADS ini merupakan alat ukur yang valid untuk mengukur kecemasan dan depresi pada pasien penyakit kronis.

## 2.5 Konsep Kualitas Hidup

### 2.5.1 Pengertian Kualitas hidup

Konsep kualitas hidup sangat sulit untuk didefinisikan, hanya dapat dipahami dengan melihat makna kualitas hidup itu sendiri termasuk di dalamnya faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi seseorang. Kualitas hidup diakui secara umum bersifat subjektif dan bervariasi sesuai dengan persepsi individu terhadap kesehatan dan kemampuan untuk mempertahankannya. Adanya perubahan fisiologis dan kondisi kronis terhadap kesehatan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang (Black & Hawks, 2009).

Buetow dan Coster (2001, dalam Nicholson, 2007) mendefinisikan kualitas hidup sebagai sebuah konsep yang disusun untuk menilai bagaimana pengaruh penyakit bagi pasien. Penyakit yang dialami pasien tersebut mempengaruhi individu yang sakit secara keseluruhan meliputi kepribadian, kemampuan adaptasi serta harapan untuk hidup sehat. Beberapa pasien hanya mampu mengenal dengan pasti pada saat gejala penyakit sudah sangat berat, sedangkan yang lainnya dapat mengenal gejala dini penyakitnya.

Menurut Ignatavicius & Workman (2010), kualitas hidup sepanjang dua dekade terakhir muncul menjadi pembahasan yang meluas terutama mengenai multidimensionalitas kualitas hidup itu sendiri. Cella (1994) dalam Ignatavicius & Workman (2010) mengajukan dua domain untuk mengukur kualitas hidup yaitu subjektifitas dan multidimensionalitas. Subjektifitas merujuk pada persepsi klien terhadap tingkatan fungsionalnya, termasuk di dalamnya *Activity Daily*

*Living* (ADL) dan kegiatan mandiri yang dilakukannya. Sedangkan multidimensionalitas berhubungan dengan kesehatan fisik, fungsional, emosional dan sosial (Ignatavicius & Workman, 2010).

#### 2.5.2 Konsep Kualitas hidup pada Pasien Heart Failure

*Health Related Quality of Life* (HRQoL) didefinisikan sebagai suatu subjektifitas yang terdiri dari multi dimensionalitas yang merujuk pada kondisi kesehatan seseorang dalam keadaan sehat sejahtera, termasuk di dalamnya kapasitas fungsional, status psikologis, fungsi sosial dan persepsi terhadap kesehatannya. Pasien dengan kondisi penyakit kronis seperti *heart failure* mengharapkan terjadi peningkatan harapan hidup dan memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan kehidupan yang dijalani setiap hari (Moser, Yamokoski, Sun, Conway, Hartman, & Graziano, 2009). *Health Related Quality of Life* (HRQoL) pada pasien *heart failure* menjadi faktor prediktor untuk menilai hasil akhir akibat penyakit ini. Kondisi *heart failure* sering dikaitkan dengan rendahnya *Health Related Quality of Life* (HRQoL) pasien itu sendiri (O'Loughlin, Murphy, Conlon, O'Donovan, Ledwige, & McDonald, 2008).

#### 2.5.3 Alat Ukur Kualitas hidup pada Pasien Heart Failure

Alat ukur yang digunakan untuk menilai kualitas hidup pasien *heart failure* adalah *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ). Alat ukur ini pertama kali dipublikasikan oleh Rector, Kubo & Cohn (1987) bertujuan untuk mengetahui efek *heart failure* serta penanganannya terhadap kualitas hidup pasien *heart failure*. Rector (2005) mengembangkan kuesioner ini dalam empat dimensi kualitas hidup yaitu fisik, mental, emosional dan sosial. Skala yang digunakan adalah skala Likert rentang 0 (tidak pernah) sampai 5 (sangat sering), terdiri dari 21 item pertanyaan untuk menilai persepsi pasien mengenai efek penyakit *heart failure* terhadap kepuasan

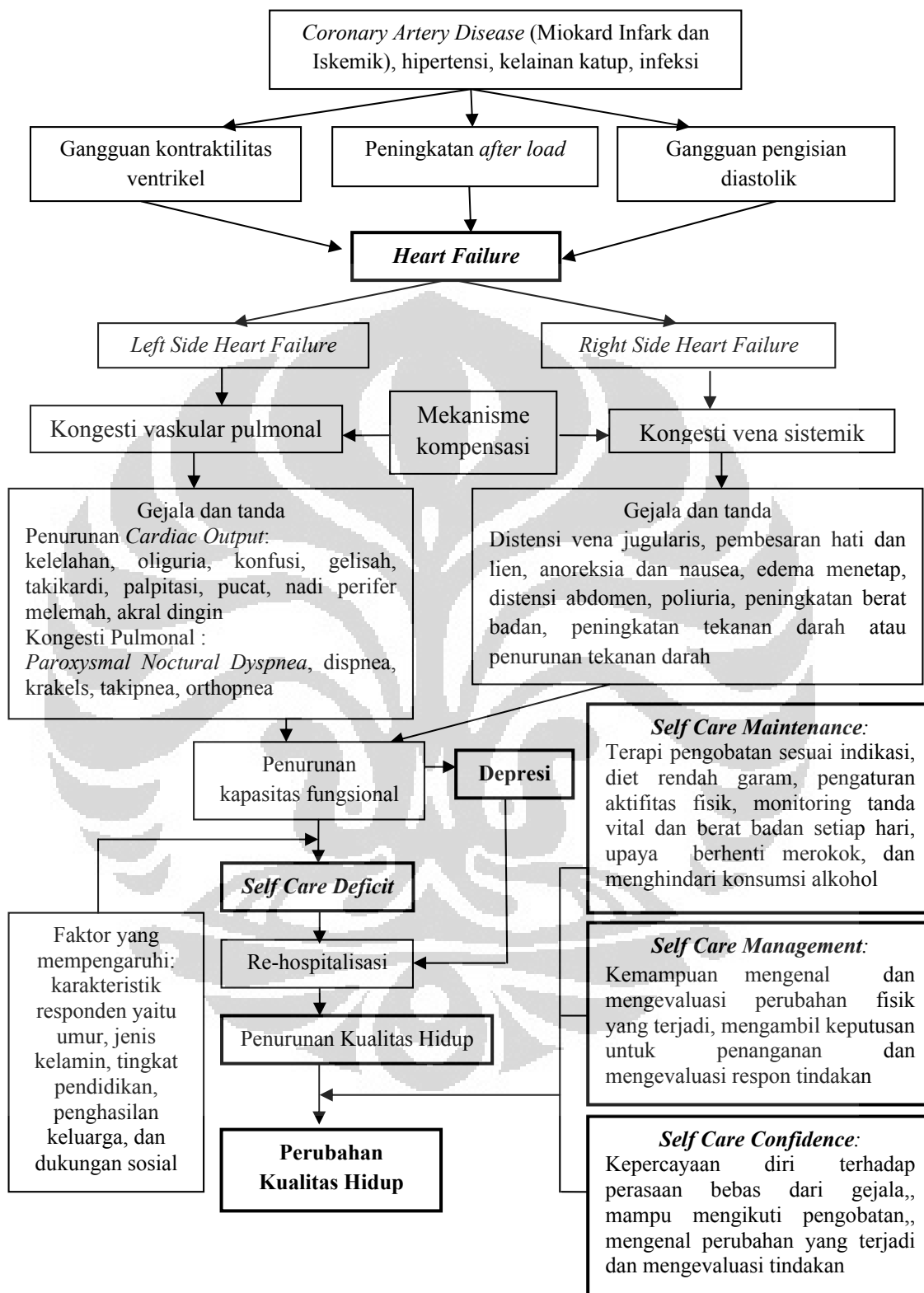
menjalani hari-hari kehidupannya. Total skore berada pada rentang 0 sampai 105. Hasil uji kuesioner *consistensi internal* didapatkan koefisien Cronbach alpha 0.94. Hal ini menunjukkan bahwa kuesioner MLHFQ terbukti sangat baik untuk digunakan menilai kualitas hidup pasien *heart failure*.

## 2.6 Kerangka Teori

Terdapat beberapa etiologi yang mendasari terjadinya *heart failure*. Umumnya pasien *heart failure* akan mengalami kongesti vaskular pulmonal maupun kongesti vena sistemik. Untuk dapat bertahan terhadap perubahan fisiologis yang dialami maka tubuh pasien akan melakukan mekanisme kompensasi. Gejala dan tanda akan muncul bersamaan dengan terjadinya mekanisme kompensasi tersebut. Salah satu efek yang muncul sebagai akibat kompleksitas gejala dan tanda tersebut yaitu pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktifitas sehari-hari khususnya *deficit self care*. Kondisi *deficit self care* ini akan berdampak pada memburuknya kondisi pasien dan menjadi pemicu terjadinya depresi. Depresi terjadi karena proses fisiologis dan patofisiologis dari *heart failure* itu sendiri. Dampaknya adalah rehospitalisasi yang secara langsung akan menurunkan kualitas hidup pasien itu sendiri bahkan dapat menyebabkan kematian. Prinsip *self care* sangat penting bagi pasien *heart failure* sebagai bagian dari manajemen *heart failure* yang ditujukan untuk membantu pasien mengenal secara dini gejala dan tanda penyakit, menentukan rencana tindakan untuk mengatasinya, melaksanakan perawatan rutin sesuai anjuran serta mampu mengevaluasi keberhasilan tindakan yang telah dilakukan. Hal ini secara langsung akan meningkatkan kualitas hidup pasien *heart failure*. Kerangka teori dapat dilihat pada skema 2.1 di bawah ini.



Skema 2.2 Kerangka Teori



Sumber: Modifikasi dari Lilly (2011); Ignatavicius & Workman, (2010); Black & Hawks, (2009); Nicholson (2007); Gray et.al., (2005); Rockwell & Riegel, (2004)

## **BAB 3**

### **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Bab ini berisi penjelasan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional yang akan memberikan arah bagi pelaksanaan penelitian dan analisa data.

#### **3.1. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep penelitian merupakan kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati melalui suatu penelitian dan akan mengarahkan peneliti untuk menganalisa hasil penelitian. Dengan kata lain menggambarkan keterkaitan antar variabel yang akan diteliti. Kerangka konsep ini dikembangkan berdasarkan tujuan penelitian yang telah dirumuskan serta dilandasi oleh kerangka teori yang telah diuraikan dalam bab sebelumnya. Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

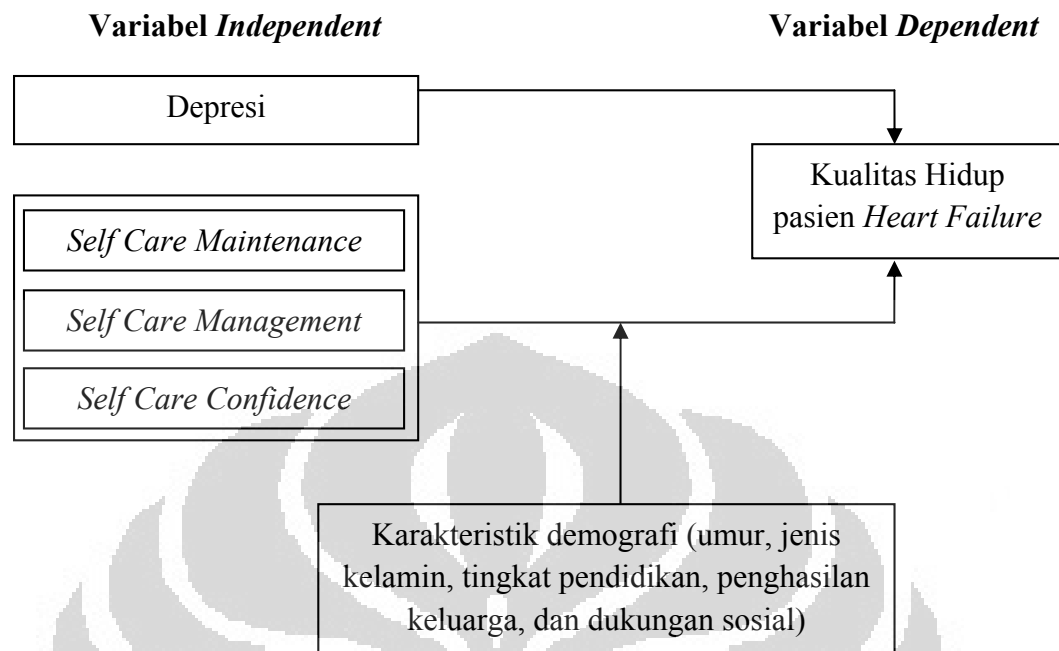
##### **3.1.1. Variabel *Independent***

Variabel *independent* (variabel bebas) adalah variabel yang bila berubah akan mengakibatkan perubahan pada variabel yang lain atau sering disebut juga variabel risiko (Notoatmodjo, 2010). Adapun variabel *independent* dalam penelitian ini adalah *self care* dan depresi. Sedangkan variabel *confounding* (variabel perancu) terhadap variabel *self care* adalah umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan keluarga, dan dukungan sosial.

##### **3.1.2. Variabel *Dependent***

Variabel *dependent* (variabel terikat) adalah variabel yang berubah akibat perubahan variabel *independent* atau dapat dikatakan sebagai variabel akibat (Notoatmodjo, 2010). Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien *heart failure*.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



### 3.2. Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara dari suatu penelitian yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan kerangka konsep penelitian maka rumusan hipotesis penelitian ini adalah:

3.2.1 Ho : Tidak ada hubungan karakteristik demografi dengan kualitas hidup pasien *Heart Failure*

Ha : Ada hubungan karakteristik demografi dengan kualitas hidup pasien *Heart Failure*

3.2.2 Ho : Tidak ada hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien *Heart Failure*

Ha : Ada hubungan *self care* dengan kualitas hidup pasien *Heart Failure*

3.2.3 Ho : Tidak ada hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien *Heart Failure*

Ha : Ada hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien *Heart Failure*

### 3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional dan skala pengukuran dari variabel-variabel penelitian ini diuraikan untuk memberikan pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang akan diteliti dan sebagai patokan untuk menentukan metodologi yang akan digunakan dalam analisis selanjutnya.

Tabel 3.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Variabel Independen  <i>Self Care</i>	Pernyataan responden terkait kemampuan perawatan diri meliputi aktivitas dalam hal mengenal gejala dan tanda penyakit <i>heart failure</i> , menentukan rencana tindakan untuk mengatasinya, melaksanakan dan mengevaluasi keberhasilan tindakan serta bagaimana keyakinan responden akan kemampuan melaksanakan perawatan diri	Modifikasi kuesioner <i>Self Care of Heart Failure Index</i> (SCHF), terdiri dari 20 item pertanyaan tentang <i>self care maintenance, self care management</i> dan <i>self care confidence</i> .  Skala penilaian menggunakan skala Likert rentang 1 – 4	Skor total rentang skor 20-80	Interval
2	Depresi	Keadaan psikologis pasien sebagai akibat menderita <i>heart failure</i> yang terlihat dari jawaban atas pernyataan	Alat ukur <i>The Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS) versi bahasa Indonesia, dan hanya difokuskan pada 7 (tujuh) item pernyataan mengenai depresi (Caninsti,2007) Skala penilaian menggunakan skala Likert rentang 0 – 3	Dinyatakan dengan: 1: Normal : (rentang 0-7) 2: Ringan : (rentang 8-10) 3: Sedang (rentang 11-14) 4: Berat : (rentang 15-21) Merujuk pada penggunaan skoring HADS (Herrmann, Buss, & Snaith, 1995)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
3	Variabel Dependen  Kualitas hidup pasien <i>Heart Failure</i>	Pernyataan responden terkait adanya perubahan terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial dan pandangan terhadap kesehatannya yang disebabkan karena menderita penyakit <i>heart failure</i>	Modifikasi <i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i> (MLHFQ), terdiri dari 20 item pertanyaan tentang masalah fisik, mental, emosional dan sosial.  Penilaian dalam bentuk skala Likert yaitu 1 (tidak pernah), 2 (jarang), 3 (sering), dan 4 (selalu)	Skor total rentang skor 20-80	Interval
	Variabel <i>Confounding</i>				
4	a. Umur	Lama waktu kehidupan yang dijalani responden dihitung sejak tahun saat dilahirkan sampai saat ini	Kuesioner karakteristik demografi	Jumlah waktu dalam tahun yang dihitung dari ulang tahun terakhir	Interval
	b. Jenis Kelamin	Karakteristik individual yang membedakan secara fisik antara laki-laki dan perempuan	Kuesioner karakteristik demografi	Dinyatakan dengan: 1: laki-laki 2 : perempuan	Nominal
	c. Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah diselesaikan oleh responden ditandai dengan adanya ijazah kelulusan	Kuesioner karakteristik demografi	Dinyatakan dengan: 0 : Tidak sekolah 1 : SD 2 : SMP 3 : SMA 4: Akademi/ Perguruan Tinggi	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	d. Penghasilan Keluarga	Besarnya pendapatan yang diperoleh oleh keluarga (bisa salah satu atau beberapa anggota keluarga) setiap bulan dinyatakan dalam bentuk rupiah	Kuesioner karakteristik demografi	Jumlah pendapatan per bulan dalam bentuk rupiah	Interval
	e. Dukungan Sosial	Keterlibatan keluarga dan orang terdekat secara aktif baik fisik dan psikologis terhadap kepatuhan pasien <i>heart failure</i> melaksanakan <i>self care</i>	Modifikasi kuesioner <i>Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey</i> , terdiri dari 15 item pertanyaan mengenai <i>emotional/informational support, tangible support</i> dan <i>affectionate support</i> .  Pilihan jawaban dalam bentuk skala Likert yaitu:  1: tidak pernah 2: jarang 3: sering 4: sangat sering	1: Tidak ada dukungan, jika jumlah skor jawaban di bawah nilai mean/median  2: Ada dukungan, jika jumlah skor jawaban di atas nilai mean/median	Ordinal

## **BAB 4 METODE PENELITIAN**

Bab ini akan membahas mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji instrumen, prosedur pengumpulan data dan rencana analisa data.

### **4.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain non eksperimental jenis *cross sectional* analitik. Desain *cross sectional* adalah desain penelitian analitik yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada saat tertentu dan tiap subjek hanya diobservasi satu kali serta pengukuran variabel subjek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* karena bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure* di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado.

### **4.2 Populasi dan Sampel**

#### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Setiadi, 2007). Populasi penelitian dapat dibagi dua yaitu populasi target dan populasi terjangkau. Populasi target dalam penelitian ini adalah semua pasien *heart failure* di wilayah Sulawesi Utara, sedangkan populasi terjangkau adalah semua pasien *heart failure* yang berobat ke poliklinik jantung RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado.

#### **4.2.2 Sampel**

Sampel merupakan bagian (subset) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasinya (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* dengan cara semua subjek

**Universitas Indonesia**

yang ada dalam kurun waktu tertentu dan memenuhi kriteria sampel akan dipilih dalam penelitian sampai jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Pemilihan responden dilakukan dengan cara memilih dari semua pasien yang datang berkunjung ke poliklinik jantung selang waktu tanggal 9 sampai dengan 30 Juni 2012 yang sesuai kriteria inklusi hingga mendapatkan sampel yang diinginkan yaitu 79 responden. Penentuan besar sampel pada penelitian ini mengacu pada proporsi pasien *heart failure* yang dirawat didapatkan pada survey data awal penelitian dengan menggunakan rumus uji hipotesis estimasi proporsi tunggal menurut pada Lemeshow, Hosmer, Klar, dan Lwanga (1997).

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Pasien yang didiagnosa *heart failure* berdasarkan catatan medik
- b. Klasifikasi fungsional *New York Heart Association* (NYHA) kelas II sampai IV
- c. Pernah menjalani hospitalisasi karena penyakit *heart failure*
- d. Pasien yang bisa membaca dan menulis
- e. Pasien yang bersedia menjadi responden

Sedangkan kriteria eksklusinya adalah:

- a. Pasien *heart failure* dengan gangguan neurologis (gangguan fungsi kognitif), penyakit stroke dan *renal disease* yang menjalani hemodialisa
- b. Pasien *heart failure* dengan demensia
- c. Pasien yang baru terdiagnosa menderita *heart failure* (kurang dari satu bulan)

### 4.3 Tempat Penelitian

Tempat dilakukannya penelitian ini adalah di poliklinik jantung RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado. Alasannya karena berdasarkan data awal bahwa terdapat cukup banyak pasien *heart failure* yang berobat ke rumah sakit.



Selain itu RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado yang merupakan rumah sakit pendidikan tipe A dan merupakan pusat rujukan di Sulawesi Utara.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan dimulai dari persiapan penelitian hingga pengumpulan data yang dilaksanakan sejak bulan Februari sampai dengan 30 Juni 2012, dilanjutkan dengan analisis data dan sidang tesis pada tanggal 1 sampai dengan 16 Juli 2012 (lampiran 1).

#### 4.5 Etika Penelitian

Sebuah penelitian harus memperhatikan prinsip etik penelitian sebagai bentuk rasa tanggung jawab terhadap upaya untuk mengenal dan mempertahankan hak asasi manusia sebagai bagian dari sebuah penelitian (Wood & Haber, 2010). Peneliti dalam melaksanakan penelitian ini, yang melibatkan pasien sebagai responden harus memperhatikan prinsip etik penelitian yaitu prinsip hak asasi manusia yang merujuk pada 5 (lima) aspek sesuai panduan American Nurse Association [ANA] (2001) dalam Wood & Haber (2010), yaitu:

##### 1. *Right to self-determination*

Responden sebagai subjek penelitian memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak terlibat dalam penelitian. Tidak boleh ada pemaksaan atau tekanan bagi responden untuk bersedia ikut dalam penelitian. Selain itu responden berhak mendapatkan informasi yang lengkap tentang tujuan dan manfaat penelitian serta prosedur pelaksanaan penelitian (lampiran 2). Setelah mendapatkan penjelasan dan melalui pertimbangan yang baik maka responden menentukan apakah menolak atau bersedia ikut penelitian dengan menuangkannya melalui formulir *Informed Consent* yang ditanda tangani oleh responden (lampiran 3). Pada penelitian ini terdapat beberapa pasien yang menolak untuk menjadi responden dan peneliti tetap menghormati hak pasien untuk tidak bersedia menjadi responden.

## 2. *Right to privacy and dignity*

Responden dalam penelitian ini memiliki hak untuk mendapatkan privasi dalam hal menentukan waktu, tempat dan kondisi lingkungan yang menjamin privasi responden. Peneliti tetap menjamin privasi responden pada saat responden memberikan informasi yang bersifat pribadi dan menjaga kerahasiaan informasi pribadi dari responden terkait sikap, tingkah laku, dan pendapat responden.

## 3. *Right to anonymity and confidentiality*

Prinsip ini mengandung pengertian bahwa responden memiliki hak untuk tidak diketahui identitas pribadinya serta dijaga kerahasiaan pribadinya dari data yang telah diberikan oleh responden. Peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam kuesioner penelitian tetapi hanya berupa kode responden untuk tujuan identifikasi. Selain itu peneliti menjamin kerahasiaan dari keseluruhan informasi yang diberikan responden dalam kuesioner dan tidak akan dipublikasikan.

## 4. *Right to fair treatment*

Peneliti dalam memilih responden harus memperhatikan prinsip keadilan yang berarti peneliti tidak melakukan diskriminasi saat memilih responden penelitian. Pemilihan responden dilakukan secara adil berdasarkan tujuan penelitian, bukan karena alasan-alasan tertentu. Semua responden yang telah ditentukan sesuai kriteria inklusi diperlakukan sama selama penelitian berlangsung.

## 5. *Right to protection from discomfort and harm*

Prinsip ini mengandung makna bahwa sebuah penelitian yang dilakukan hendaknya tidak menimbulkan ketidaknyamanan dan kerugian bagi responden. Pada saat penelitian dilaksanakan peneliti tetap memperhatikan kondisi fisik pasien. Penelitian yang dilakukan tidak boleh memperberat gejala penyakit yang dirasakan seperti sesak nafas atau kelelahan. Bila responden mengalami kondisi demikian maka

penelitian dihentikan untuk sementara waktu dan dilanjutkan kembali sesuai dengan keinginan responden. Pada penelitian ini responden tidak menunjukkan ada perburukan terhadap gejala penyakit *heart failure* yang dialaminya dan penelitian yang dilakukan ini tidak menimbulkan kerugian bagi responden.

#### 4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari kuesioner karakteristik demografi responden, kuesioner *self care* pada pasien *heart failure*, kuesioner depresi pada pasien *heart failure*, kuesioner kualitas hidup pasien *heart failure*, dan kuesioner dukungan sosial.

##### 4.6.1 Kuesioner karakteristik demografi responden

Kuesioner karakteristik demografi responden dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan dan lama terdiagnosa *heart failure*.

##### 4.6.2 Kuesioner *self care* pada pasien *heart failure*

Modifikasi kuesioner *Self Care of Heart Failure Index* (SCHFI) merupakan kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini. *Psychometric testing self care of the heart failure index* ini dikembangkan oleh Riegel, Carlson dan Glaser (2000) selanjutnya direvisi lagi oleh Riegel, Carlson, Sebern, Hicks, dan Roland (2004). Modifikasi yang dilakukan meliputi pengurangan item pertanyaan dari 22 item menjadi 20 item pertanyaan untuk keseluruhan kuesioner *self care*. Item yang dikeluarkan yaitu item pertanyaan nomor 5 (lima) pada dimensi *self care maintenance* (membuat janji dengan dokter atau perawat), karena tidak sesuai dengan pilihan jawaban secara umum pada dimensi ini. Selain itu dilakukan penggabungan item pertanyaan nomor 4 (empat) yaitu melakukan latihan fisik dan item nomor 7 (tujuh)

yaitu melakukan latihan fisik selama 30 menit, untuk mengurangi pengulangan pertanyaan yang hampir sama. Dari 20 item pertanyaan mengenai *self care* pada penelitian ini terdapat 8 (delapan) item pertanyaan untuk dimensi *self care maintenance* dengan penilaian menggunakan skala Likert yaitu 1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, dan 4 = selalu atau setiap hari. Untuk *self care management* 6 (enam) item pertanyaan yang terbagi atas 1 (satu) item pertanyaan *symptom recognize* dengan skala penilaian Likert yaitu 1 = tidak cepat mengenalinya, 2 = agak cepat mengenali, 3 = cepat mengenali, dan 4 = sangat cepat mengenali, 4 (empat) item pertanyaan untuk *treatment implementation* dengan skala penilaian rentang yaitu 1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, dan 4 = selalu, dan 1 (satu) item pertanyaan untuk *treatment evaluation* dengan skala penilaian Likert yaitu 1 = tidak yakin, 2 = agak yakin, 3 = yakin, dan 4 = sangat yakin. Untuk dimensi *self care confidence* memiliki 6 (enam) item pertanyaan dengan skala penilaian Likert yaitu 1 = tidak yakin, 2 = agak yakin, 3 = yakin, dan 4 = sangat yakin. Untuk keseluruhan kuesioner ini hanya terdapat 1 (satu) item pernyataan *unfavorable* yaitu item pernyataan nomor 6 pada dimensi *self care maintenance*, penilaiannya menggunakan skala Likert yaitu 4 = tidak pernah, 3 = kadang-kadang, 2 = sering, dan 1 = selalu atau setiap hari. Hasil skor pengukuran *self care* berdasarkan skor total rentang 20 sampai 80.

#### 4.6.3 Kuesioner depresi pada pasien *heart failure*

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), yang dikembangkan oleh Zigmond dan Snaith (1983), terdiri dari 14 item pernyataan untuk menilai diri sendiri yang didesain khusus untuk digunakan menilai tingkat kecemasan dan depresi pada pasien dengan penyakit fisik kronis (Dagdan, Chadwick, & Trower, 2000). Terdapat 7 (tujuh) item pernyataan ansietas dan 7 (tujuh) item pernyataan depresi, skala penilaian Likert rentang 0 sampai 3, semua item pernyataan dalam

bentuk *favorable*. Namun dalam penelitian ini peneliti hanya berfokus pada 7 (tujuh) item pernyataan mengenai depresi karena penelitian ini hanya untuk melihat hubungan depresi dengan *kualitas hidup*. Total skor rentang 0 sampai 21 dan interpretasi skor mengacu pada skoring HADS menurut Herrmann, Buss, dan Snaith (1995) sebagai berikut: normal (rentang 0-7), ringan (rentang 8-10), sedang (11-14) dan berat (rentang 15-21). Alat ukur HADS yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat ukur HADS versi bahasa Indonesia yang telah digunakan oleh Caninsti (2007) pada penelitian mengenai gambaran kecemasan dan depresi pada penderita gagal jantung kronis yang menjalani terapi hemodialisa. Hasil uji kuesioner menunjukkan bahwa uji validitas memiliki nilai *corrected item total correlation* yang lebih besar dari 0.3 sedangkan uji reliabilitas pada dimensi kecemasan diperoleh nilai koefisien alpha sebesar 0.7382 dan pada dimensi depresi, nilai koefisien alpha diperoleh sebesar 0.7644.

#### 4.6.4 Kuesioner kualitas hidup pasien *heart failure*

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini untuk menilai kualitas hidup pasien *heart failure* adalah modifikasi *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ). Alat ukur ini pertama kali dipublikasikan oleh Rector, Kubo, & Cohn (1987) bertujuan untuk mengetahui efek *heart failure* serta penanganannya terhadap kualitas hidup pasien *heart failure*. Rector mengembangkan kuesioner ini dalam 4 (empat) dimensi kualitas hidup yaitu fisik, mental, emosional, dan sosial. Kuesioner ini terdiri dari 20 item pertanyaan yang semuanya berupa pernyataan *favorable* dengan penilaian menggunakan skala Likert yaitu 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering, dan 4 selalu. Hasil skor pengukuran kualitas hidup dinyatakan dalam rentang 20 sampai 80.

#### 4.6.5 Kuesioner dukungan sosial

Penilaian terhadap dukungan sosial bagi pasien *heart failure* menggunakan modifikasi instrumen *Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey* yang dikembangkan oleh Sherbourne dan Stewart (1991). Terdapat 4 (empat) dimensi yang mendukung instrumen ini, yaitu *emotional* atau *informational*, *tangible*, *affectionate* dan *possitive social interaction*. Instrumen 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 *possitive social interaction* (pernyataan nomor 6, 16, dan 17). Semua item pernyataan dalam bentuk pernyataan *favorable* dengan penilaian menggunakan skala Likert yaitu 4 = sangat sering (apabila anda selalu mendapat dukungan dari keluarga dan teman setiap saat anda perlukan), 3 = sering (apabila anda mendapat dukungan dari keluarga dan teman hanya beberapa saat saja) 2 = jarang (apabila anda kadang mendapat dukungan dan kadang tidak mendapat dukungan dari keluarga dan teman), dan 1 = tidak pernah (apabila anda tidak pernah mendapat dukungan dari keluarga dan teman). Dukungan sosial dikategorikan menjadi 2 (dua) kategori yaitu dukungan sosial baik bila jika jumlah skor jawaban di atas nilai mean/median dan dukungan sosial tidak baik jika skor jawaban di bawah nilai mean/median.

#### 4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji instrumen dilakukan sebelum peneliti melakukan pengumpulan data. Tempat dilakukan uji instrumen di poliklinik jantung RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado. Jumlah responden yang dilakukan uji instrumen adalah 30 responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan sampel penelitian tetapi bukan responden yang dijadikan sampel.

#### 4.7.1 Uji Validitas

Menurut Dharma, 2011, secara umum terdapat 2 (dua) tipe validitas instrumen, yaitu validitas yang berhubungan dengan teori (*theory-related validity*) dan validitas yang berhubungan dengan kriteria (*criterion-related validity*). *Theory-related validity* merupakan keseluruhan dari validitas instrumen yang membuktikan bahwa instrumen mengukur apa yang seharusnya diukur, yang terdiri dari *face validity* (validitas rupa), *content validity* (validitas isi) dan *construc validity* (validitas konstruk). Pengujian validitas yang digunakan untuk alat ukur dukungan sosial, *self care*, dan kualitas hidup pasien *heart failure* adalah jenis validitas konstruk melalui prosedur *internal consistency* (homogenitas item), tujuannya untuk mendapatkan item yang homogen di mana kumpulan item yang homogen akan menghasilkan alat ukur yang memiliki konsistensi internal tinggi. Metode ini dilakukan dengan cara mengkorelasikan setiap item dengan skor total skala. Menurut Nunnaly dalam Dharma, 2011 penilaian terhadap item yang dipilih dalam ketiga alat ukur ini adalah item dengan korelasi tinggi dengan skor total skala atau menurut  $r \geq 0.3$ . Hasil uji validitas pada kuesioner dukungan sosial dan *self care* 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. Sedangkan untuk kuesioner kualitas hidup ditemukan 1 (satu) item pertanyaan yaitu item nomor 10 (sepuluh) menunjukkan nilai  $r < 0,3$  yang menunjukkan bahwa item ini tidak homogen, sebab itu item ini dikeluarkan dari kuesioner ini.

#### 4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi dari suatu pengukuran. Untuk pengujian reliabilitas prosedur yang digunakan dalam menguji reliabilitas alat ukur dukungan sosial, *self care*, dan kualitas hidup pasien *heart failure* adalah prosedur item covarian. Tujuan prosedur

item covarian ini untuk menentukan konsistensi internal pada alat ukur dukungan sosial, *self care*, depresi dan kualitas hidup pasien *heart failure*. Metode yang digunakan adalah dengan formula *Cronbach alpha*, dengan pertimbangan alat ukur dukungan sosial, *self care*, dan kualitas hidup pasien *heart failure* adalah *multiscale* (skala Likert). Formulasi ini merupakan rasio jumlah varian dari satu item dengan varian skor total. Batasan koefisien reliabilitas suatu alat ukur yang dapat diterima secara umum menurut Anastasi dan Urbina dalam Dharma (2011) adalah 0.7-0.8. Berdasarkan hal ini maka alat ukur dukungan sosial, *self care*, depresi dan kualitas hidup pasien *heart failure* dianggap reliabel dan memiliki konsistensi internal tinggi jika nilai *Cronbach alpha* berada pada rentang 0.7-0.8. Hasil uji reliabilitas yang dilakukan pada kuesioner dukungan sosial didapatkan nilai *Cronbach alpha*,= 0,952, kuesioner *self care* nilai *Cronbach alpha*,= 0,956 dan kuesioner kualitas hidup nilai *Cronbach alpha*,= 0,954. Hal ini menunjukkan bahwa kuesioner ini reliabel untuk mengukur dukungan sosial, *self care* dan kualitas hidup pada pasien *heart failure*.

#### **4.8 Prosedur Pengumpulan Data**

Penelitian dilaksanakan sesuai prosedur yang telah ditentukan. Sebelum melaksanakan pengumpulan data, peneliti harus mengikuti prosedur pengumpulan data sebagai berikut :

##### **4.8.1 Prosedur Administrasi**

- a. Menyerahkan proposal yang telah disetujui oleh pembimbing dan penguji untuk dapat memperoleh surat keterangan lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. (lampiran)
- b. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan kepada RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado sebagai tempat penelitian.



- c. Mendapatkan surat izin penelitian dari RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado untuk melaksanakan penelitian di poliklinik jantung. (lampiran)

#### 4.8.2 Prosedur Teknis

- a. Pengumpulan data dilakukan di poliklinik jantung. Setelah mendapatkan izin penelitian dari bagian Diklit RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado maka peneliti memohon izin kepada kepala bidang perawatan, kepala seksi rawat jalan, kepala instalasi rawat jalan dan penanggung jawab poliklinik.
- b. Peneliti meminta bantuan 1 (satu) orang tenaga keperawatan yang memiliki klasifikasi tingkat pendidikan S-1 Keperawatan, tidak bertugas di ruang poliklinik jantung dan tidak sedang menjalankan tugas di tempat lain saat penelitian dilaksanakan, mampu bekerja sama dengan peneliti dan memiliki minat untuk meneliti. Peneliti selanjutnya akan menjelaskan pada peneliti pembantu tentang tujuan penelitian dan prosedur serta cara mengisi kuesioner. Hal ini dimaksudkan untuk menyamakan persepsi dengan peneliti. Adapun tugas peneliti pembantu adalah bersama-sama peneliti membagikan kuesioner pada responden dan mendampingi responden saat pengisian kuesioner.
- c. Kegiatan selanjutnya adalah mengidentifikasi calon responden dengan melihat data rekam medik melalui status pasien rawat jalan yang sudah tersedia di poliklinik jantung dan disesuaikan dengan kriteria inklusi. Kegiatan ini dilakukan oleh peneliti dengan bekerja sama dengan perawat poliklinik jantung yang bertugas di bagian pendaftaran.
- d. Sementara calon responden diperiksa tekanan darahnya maka peneliti melakukan *screening* calon responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi. Selanjutnya responden yang telah teridentifikasi diambil sebagai sampel penelitian.

- e. Sebelum penelitian dilakukan, peneliti dan peneliti pembantu memperkenalkan diri kepada responden dan kemudian menjelaskan tentang penelitian yang dilakukan yaitu tujuan dan manfaat penelitian, serta prosedur penelitian yang dilakukan selama penelitian.
- f. Peneliti memberikan surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian (*informed consent*) kepada responden dan meminta untuk menandatangani lembar persetujuan tersebut.
- g. Responden yang menyatakan bersedia dan telah menandatangani surat selanjutnya dipersilahkan untuk mengisi kuesioner yang telah disiapkan dan memintanya untuk mengisi secara lengkap.
- h. Peneliti dan peneliti pembantu mendampingi responden saat pengisian kuesioner, apabila responden tidak paham dapat langsung ditanyakan.
- i. Selama penelitian ini berlangsung tidak ada responden yang mengeluh mengalami ketidaknyamanan seperti kelelahan dan sesak nafas. Tidak terdapat responden yang dinyatakan *drop out* pada penelitian ini, semua responden menyelesaikan pengisian kuesioner.
- j. Setelah prosedur pengisian kuesioner selesai maka peneliti memeriksa kembali kelengkapan data yang telah diisi.
- k. Selanjutnya mengumpulkan kuesioner yang telah diisi tersebut untuk dilakukan pengolahan dan analisa data.

#### 4.8.3 Pengolahan Data

Langkah-langkah pengolahan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

##### 4.8.3.1 *Editing Data*

Langkah ini merupakan kegiatan untuk memeriksa kelengkapan data yang diperoleh dari responden. *Editing data* dilakukan setelah responden selesai mengisi kuesioner yang diberikan. Tujuannya untuk memastikan bahwa semua

pertanyaan telah dijawab oleh responden tanpa ada satu pun jawaban yang terlewat.

#### 4.8.3.2 *Coding Data*

Kegiatan ini untuk memberikan kode atau simbol sesuai dengan pertanyaan kuesioner yang telah dikumpulkan. Tujuannya untuk memudahkan dalam pengolahan data. *Coding* dilakukan dengan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka sesuai dengan kategori yang telah ditentukan dalam definisi operasional.

#### 4.8.3.3 *Entry Data*

Data yang telah dikumpulkan akan dimasukkan ke dalam komputer untuk dilakukan analisa data.

#### 4.8.3.4 *Cleaning Data*

Cleaning data dilakukan untuk mengecek kembali seluruh data serta memastikan bahwa tidak ada yang salah sebelum dianalisa.

### 4.9 **Analisa Data**

Analisa data dilakukan untuk memperoleh gambaran hasil penelitian sesuai dengan yang telah dirumuskan dalam tujuan penelitian, membuktikan hipotesis penelitian yang telah ditetapkan dan memperoleh kesimpulan secara umum hasil penelitian yang telah dilakukan. Analisa data dalam penelitian ini terdiri dari analisa univariat, analisa bivariat dan analisa multivariat dengan menggunakan komputer.

#### 4.9.1 Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis ini tergantung jenis datanya (Notoatmodjo, 2010). Variabel dalam penelitian ini yang tergolong data numerik adalah *self care*, kualitas hidup, umur, dan penghasilan. Analisa variabel ini menggunakan nilai mean, median, minimum-

maksimum dan standar deviasi dengan *confidence interval* 95%. Sedangkan variabel yang termasuk data kategorik yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, dukungan sosial, dan depresi. Analisa variabel ini menggunakan distribusi frekuensi dan prosentasi dari masing-masing variabel. Hasil analisa ditampilkan dalam bentuk tabel.

Sebelum melakukan analisa bivariat, dilakukan uji normalitas data hasil analisa univariat. Uji normalitas data ini penting untuk penentuan jenis uji statistik yang akan digunakan apakah jenis uji parametrik atau non parametrik.

Uji normalitas yang digunakan dalam analisa data penelitian ini adalah berdasarkan nilai Skewness dan standar error, yaitu dengan melihat hasil bagi nilai Skewness dengan standar error, apabila menghasilkan angka -2 sampai dengan 2 maka distribusinya normal (Dahlan, 2011).

Berdasarkan hasil uji normalitas data numerik yaitu umur, penghasilan keluarga, *self care* dan kualitas hidup didapatkan bahwa variabel umur dan penghasilan keluarga tidak berdistribusi normal dengan nilai Skewness dibagi Standar Error kurang dari -2 untuk variabel umur dan lebih dari 2 untuk variabel penghasilan keluarga, sebab itu uji statistik yang digunakan untuk umur dan penghasilan keluarga adalah uji non parametrik jenis yaitu uji Korelasi Spearman's rho. Sedangkan untuk variabel *self care* dan kualitas hidup hasil uji normalitas menunjukkan data berdistribusi normal maka tetap menggunakan uji parametrik yaitu jenis uji Korelasi Pearson.

#### 4.9.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan apabila telah dilakukan analisa univariat dan telah diketahui karakteristik atau distribusi setiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisa bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu apakah ada hubungan

antara *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure*. Jenis uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini disesuaikan dengan jenis data, yang penjelasannya seperti pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.1  
Analisa Bivariat

Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Uji Statistik
1. <i>Self Care</i> (numerik)	Kualitas hidup (numerik)	Uji <i>Korelasi Pearson</i>
2. Depresi (kategorik)		Uji <i>ANOVA</i>
3. Karakteristik Responden		
a. Umur (numerik)		Uji <i>Korelasi Spearman's rho</i>
b. Jenis kelamin (kategorik)		Uji <i>t Independen</i>
c. Tingkat Pendidikan (kategorik)		Uji <i>ANOVA</i>
d. Penghasilan keluarga (numerik)		Uji <i>Korelasi Spearman's rho</i>
e. Dukungan sosial (kategorik)		Uji <i>t Independen</i>

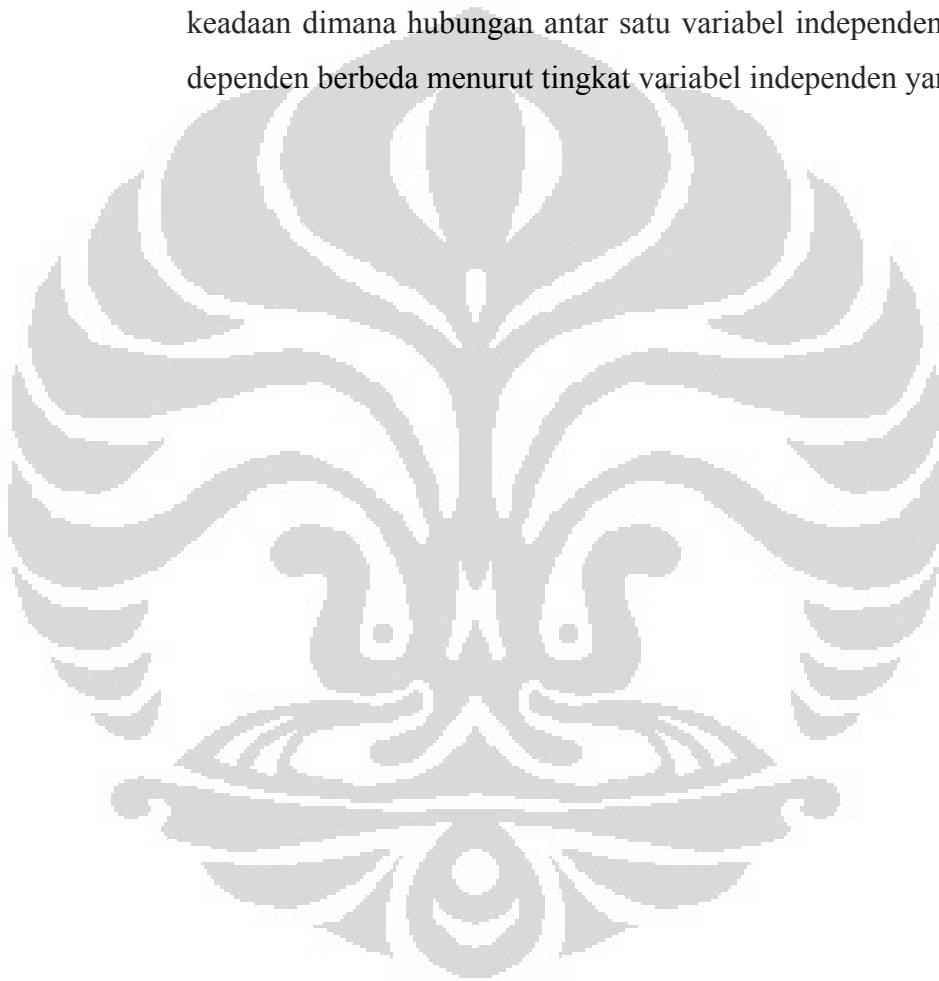
#### 4.9.3 Analisa Multivariat

Analisa multivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen. Uji statistik yang digunakan tergantung jenis datanya (Dharma, 2011). Analisis regresi linier ganda merupakan analisis hubungan antara beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen. Adapun variabel dependennya harus numerik sedangkan variabel independen boleh semuanya numerik dan boleh juga campuran numerik dan kategorik (Hastono, 2007). Variabel independen dalam penelitian ini terdiri dari 4 (empat) data kategorik dan 3 (tiga) data numerik sedangkan variabel dependen hanya 1 (satu) yang merupakan data numerik, sehingga uji statistik yang digunakan adalah analisis regresi linier ganda.

Analisa regresi linier ganda dalam penelitian ini untuk melihat hubungan antara *self care* dan depresi dengan kualitas hidup setelah dikontrol oleh variabel *confounding*. Menurut Hastono (2007) langkah-langkah dalam melakukan analisa regresi linier ganda adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan analisa bivariat untuk menentukan variabel yang menjadi kandidat model. Masing-masing variabel independen dihubungkan dengan variabel dependen (bivariat), bila hasil uji bivariat mempunyai nilai  $p < 0.25$ , maka variabel tersebut masuk dalam model multivariat. Untuk variabel yang p valuenya  $> 0.25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat masuk ke multivariat
- b. Lakukan analisis secara bersamaan. Variabel yang sudah masuk dalam pemodelan adalah variabel yang mempunyai  $p \text{ value} \leq 0.05$ . Untuk variabel dengan nilai  $p \text{ value} > 0.05$  dikeluarkan dari pemodelan satu per satu, dimulai dari variabel yang p valuenya paling besar. Bila variabel tersebut setelah dikeluarkan dari model mengakibatkan koefisien dari variabel yang masih dalam model berubah besar (merubah koefisien  $> 10\%$ ) maka variabel tersebut tidak jadi dikeluarkan tapi dimasukkan kembali dalam model karena dianggap sebagai variabel *confounding*. Lakukan proses ini berulang-ulang sampai semua variabel yang p valuenya  $> 0.05$  dicoba dikeluarkan dalam model dan akhirnya jadilah model multivariat terakhir.
- c. Melakukan diagnostik regresi linier
  - 1) Melakukan pengujian terhadap kelima asumsi yang digunakan dalam regresi linier ganda yaitu asumsi eksistensi (variabel random), asumsi independensi, asumsi linieritas, asumsi homoscedascity dan asumsi normalitas.

- 2) Melakukan pengujian adanya kolinearitas. Kolinearitas ini terjadi bila antar variabel independen dan dependen terjadi hubungan yang kuat. Untuk mengetahuinya menggunakan nilai koefisien korelasi. Bila nilai  $r > 0.8$  maka terdapat kolinearitas.
- d. Melakukan analisa interaksi antar variabel. Interaksi merupakan keadaan dimana hubungan antar satu variabel independen dengan dependen berbeda menurut tingkat variabel independen yang lain.



## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure* yang menjalani rawat jalan di poliklinik jantung RSUP Prof Dr. R.D Kandou Manado. Pengambilan data pada penelitian ini dilaksanakan mulai tanggal 9 Juni sampai dengan 30 Juni 2012 dengan jumlah responden sebanyak 79 pasien *heart failure*. Adapun analisis yang dilakukan pada hasil penelitian ini yaitu: 1) analisis univariat untuk masing-masing variabel yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan keluarga, dukungan sosial, *self care*, depresi dan kualitas hidup; 2) analisis bivariat untuk melihat hubungan antara masing-masing variabel independen *self care*, depresi, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan keluarga, dan dukungan sosial terhadap variabel dependen kualitas hidup; 3) analisis multivariat untuk menentukan variabel counfounding yang paling mempengaruhi hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure*.

#### **5.1 Analisis Univariat**

Analisis univariat terhadap masing-masing variabel ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi untuk data kategorik yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, dukungan sosial dan depresi, sedangkan untuk data numerik yaitu umur, penghasilan, *self care* dan kualitas hidup ditampilkan dalam bentuk mean, median, minimum-maksimum dan standar deviasi dengan *confidence interval* 95%. Hasil analisis univariat yang diperoleh adalah sebagai berikut:



Tabel 5.1  
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan,  
Dukungan Sosial dan Depresi di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado  
Bulan Juni 2012 (n= 79)

No	Variabel	Jumlah (n)	Prosentase (%)
1	Jenis Kelamin	Laki-Laki	44 55,7
		Perempuan	35 44,3
2	Tingkat Pendidikan	SD	5 6,2
		SMP	13 16,5
		SMA	42 53,2
		Akademi/PT	19 24,1
3	Dukungan Sosial	Tidak Ada Dukungan	41 51,9
		Ada Dukungan	38 48,1
4	Depresi	Normal	14 17,7
		Ringan	16 20,3
		Sedang	49 62,0

Hasil analisis berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 44 orang (55,7%) dan responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 35 orang (44,3%). Tingkat pendidikan responden sebagian besar berpendidikan SMA sebanyak 42 orang (53,2%), Akademi/PT sebanyak 19 orang (24,1%), SMP sebanyak 13 orang (16,5%) dan SD sebanyak 5 orang (6,2%). Responden yang tidak mendapat dukungan sosial sebanyak 41 orang (51,9%) sedangkan responden yang mendapat dukungan sosial sebanyak 38 orang (48,1%). Tingkat depresi responden sebagian besar sedang sebanyak 49 orang (62,0%), depresi ringan sebanyak 16 orang (20,3%) dan depresi normal sebanyak 14 orang (17,7%)

Tabel 5.2  
Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Penghasilan, *Self Care* dan  
Kualitas Hidup di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado  
Bulan Juni 2012 (n= 79)

No	Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	CI 95% <i>Lower-Upper</i>
1	Umur	63,78	64	12,635	23-88	60,95-66,61
2	Penghasilan Keluarga	1.683.500	1.500.000	387.523	1.000.000- 3.000.000	1.596.700- 1.770.300
3	<i>Self Care</i>	52.34	52	7.533	38-67	50.65-54.03
4	Kualitas hidup	48.34	43	9.511	33-72	46.21-50.47

Hasil analisis berdasarkan tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa rata-rata umur responden adalah 63,78 tahun (SD 12,635; CI 60,95-66,61), dengan umur termuda 23 tahun dan tertua 88 tahun. Rata-rata penghasilan keluarga adalah Rp 1.683.500 (SD 387.523; CI 1.596.700-1.770.300), dengan penghasilan tertinggi Rp 3.000.000,00 dan terendah Rp 1.000.000,00. Skor rata-rata kemampuan *self care* responden adalah 52,34 (SD 7,533; CI 50,65-54,03), dengan skor tertinggi 67 dan skor terendah 38. Skor rata-rata kualitas hidup responden adalah 48,34 (SD 9,511; CI 46,21-50,47), dengan skor tertinggi 72 dan terendah 33.

## 5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (*self care* dan depresi) serta variabel counfounding (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan keluarga, dan dukungan sosial) dengan variabel dependen yaitu kualitas hidup. Adapun uji statistik yang digunakan dalam analisis ini disesuaikan dengan jenis data masing-masing variabel. Sebelum dilakukan analisis bivariat maka terlebih dahulu dilakukan uji normalitas, apabila data berdistribusi normal maka dilanjutkan dengan uji parametrik tetapi apabila data tidak berdistribusi normal maka menggunakan uji non parametrik. Peneliti dalam melakukan uji normalitas pada penelitian ini menggunakan nilai *Skewness* dan standar error,

dengan penilaian apabila nilai Skewness dibagi standar error menghasilkan nilai rasio Skewness -2 sampai dengan 2 maka distribusinya normal (Dahlan, 2011). Adapun jenis variabel yang dilakukan uji normalitas adalah variabel dengan data numerik yaitu umur, penghasilan keluarga, *self care* dan kualitas hidup.

Tabel 5.3

Uji Normalitas Umur, Penghasilan Keluarga, *Self Care* dan Kualitas hidup Responden di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado Bulan Juni 2012 (n= 79)

No	Variabel	Skewness/SE
1	Umur	-2,28
2	Penghasilan Keluarga	4,27
3	<i>Self Care</i>	0,14
4	Kualitas hidup	1,85

Hasil uji normalitas tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa variabel umur dan penghasilan keluarga tidak berdistribusi normal dengan nilai Skewness dibagi Standar Error kurang dari -2 untuk variabel umur dan lebih dari 2 untuk variabel penghasilan keluarga, sebab itu uji statistik yang digunakan untuk umur dan penghasilan keluarga adalah uji non parametrik jenis uji Korelasi Spearman's rho. Sedangkan untuk variabel *self care* menggunakan uji Korelasi Pearson. Selanjutnya akan diuraikan hubungan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen berdasarkan hasil uji statistik yang digunakan.

### 5.2.1 Hubungan Umur dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.4  
Analisis Hubungan Umur dengan Kualitas Hidup  
di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado  
Bulan Juni 2012 (n= 79)

		Kualitas Hidup
Umur	r	0,643
	p	0,000

Tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa terhadap hubungan yang signifikan antara umur dengan kualitas hidup ( $p$  value 0,000 pada  $\alpha = 0,05$ ) dan nilai korelasi Spearman rho sebesar 0,643 yang menunjukkan bahwa arah hubungan positif dengan kekuatan hubungan kuat, mengandung makna bahwa semakin bertambahnya umur maka semakin meningkat pula skor kualitas hidup.

### 5.2.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.5  
Analisis Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup  
di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado  
Bulan Juni 2012 (n=79)

Variabel		n	Mean	SD	<i>p value</i>
Jenis Kelamin	Laki-laki	44	49,32	9,948	0,309
	Perempuan	35	47,11	8,920	

Hasil analisis berdasarkan tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa rata-rata skor kualitas hidup pada responden berjenis kelamin laki-laki adalah 49,32 dengan standar deviasi 9,948, sedangkan rata-rata skor kualitas hidup pada responden perempuan adalah 47,11 dengan standar deviasi 8,920. Hasil uji statistik menggunakan uji  $t$  independen didapatkan  $p$  value = 0,309 pada  $\alpha = 0,05$ , dengan kesimpulan uji  $H_0$  gagal ditolak yang berarti bahwa tidak ada

hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien *heart failure*.

### 5.2.3 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.6

Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan dengan kualitas hidup di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado Bulan Juni 2012 (n=79)

Variabel	n	p Value
SD	5	0,000
Tingkat Pendidikan	13	
SMP	42	
SMA	19	
Akademi/PT		

Hasil analisis berdasarkan tabel 5.6 di atas dengan menggunakan uji ANOVA didapatkan nilai *p value* 0,000 pada  $\alpha = 0,05$  dengan kesimpulan uji  $H_0$  ditolak yang berarti tingkat pendidikan berhubungan dengan kualitas hidup.

### 5.2.4 Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.7

Analisis Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Kualitas Hidup di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado Bulan Juni 2012 (n=79)

		Kualitas Hidup
Penghasilan Keluarga	r	-0,419
	p	0,000

Tabel 5.7 di atas menunjukkan bahwa terhadap hubungan yang signifikansi antara penghasilan keluarga dengan kualitas hidup (*p value* 0,000 dan  $\alpha = 0,05$ ) dan nilai korelasi Spearman rho sebesar -0,419 yang menunjukkan bahwa arah hubungan negatif dengan kekuatan hubungan sedang, mengandung makna bahwa semakin meningkat kualitas hidup maka semakin menurun pula penghasilan keluarga.

### 5.2.5 Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.8

Analisis Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup  
di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado  
Bulan Juni 2012 (n=79)

Variabel		n	Mean	SD	p value
Dukungan Sosial	Tidak Ada Dukungan	41	46,78	8,782	0,130
	Ada Dukungan	38	50,03	10,085	

Hasil analisis berdasarkan tabel 5.8 di atas menunjukkan bahwa rata-rata responden yang tidak mendapatkan dukungan sosial adalah 46,78 dengan standar deviasi 8,782, sedangkan rata-rata responden yang mendapatkan dukungan sosial adalah 50,03 dengan standar deviasi 10,085. Hasil uji statistik menggunakan uji t independen didapatkan  $p\text{ value} = 0,130$  pada  $\alpha = 0,05$ , kesimpulan uji  $H_0$  gagal ditolak yang berarti bahwa tidak ada hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien *heart failure*.

### 5.2.6 Hubungan *Self Care* dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.9

Analisis Hubungan *Self Care* dengan Kualitas Hidup  
di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado  
Bulan Juni 2012  
(n=80)

		Kualitas Hidup
<i>Self Care</i>	r	0,278
	p	0,013

Tabel 5.9 di atas menunjukkan bahwa terhadap hubungan yang signifikan antara *self care* dengan kualitas hidup ( $p\text{ value} 0,013$  pada  $\alpha = 0,05$ ) dan nilai korelasi Pearson sebesar 0,278 yang menunjukkan bahwa arah hubungan positif dengan kekuatan

hubungan lemah artinya semakin besar skor kemampuan *self care* maka semakin besar pula skor kualitas hidup.

### 5.2.7 Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup

Tabel 5.10

Analisis Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup  
di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado  
Bulan Juni 2012 (n=79)

Variabel		n	p Value
Depresi	Normal	14	0,000
	Ringan	16	
	Sedang	49	

Hasil analisis berdasarkan tabel 5.10 di atas dengan menggunakan uji ANOVA didapatkan nilai *p value* 0,000 pada  $\alpha = 0,05$  dengan kesimpulan uji  $H_0$  ditolak yang berarti minimal ada satu di antara tingkat depresi yang berhubungan dengan kualitas hidup.

## 5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui variabel *counfounding* yang paling dominan mempengaruhi hubungan antara *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure*. Analisis yang digunakan adalah regresi linier ganda karena terdapat 3 (tiga) variabel independen jenis data kategorik dan 2 (dua) variabel independen jenis data numerik, dengan 1 (satu) variabel dependen jenis data numerik. Adapun tahapan analisis multivariatnya adalah sebagai berikut:

### 5.3.1 Seleksi Bivariat

Seleksi bivariat ini dilakukan untuk menentukan variabel *counfounding* yang dapat dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat berdasarkan data *p value* pada analisis bivariat. Apabila hasil uji bivariat menunjukkan nilai  $p < 0,25$  maka variabel tersebut

dapat dimasukkan ke dalam pemodelan multivariat. Hasil analisis bivariat yang telah ditampilkan melalui tabel berikut ini:

Tabel 5.11  
Analisis Bivariat Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Penghasilan Keluarga dan Dukungan Sosial yang berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien *Heart Failure* di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado Bulan Juni 2012

No	Variabel	p Value
1	Umur	0,000
2	Jenis Kelamin	0,309
3	Tingkat Pendidikan	0,000
4	Penghasilan Keluarga	0,000
5	Dukungan Sosial	0,130

Hasil analisis bivariat berdasarkan tabel 5.11 di atas menunjukkan bahwa variabel umur, tingkat pendidikan, penghasilan keluarga dan dukungan sosial dapat dimasukkan dalam pemodelan multivariat karena memiliki *p value* < 0,25. Sedangkan variabel jenis kelamin dikeluarkan dalam pemodelan multivariat.

### 5.3.2 Pemodelan Multivariat

Analisis regresi linier ganda ini menggunakan metode *backward* di mana pada tahap ini variabel yang sudah masuk dalam pemodelan adalah variabel yang memiliki *p value*  $\leq 0,05$  sedangkan variabel yang memiliki *p value* > 0,05 akan secara otomatis dikeluarkan secara berurutan dari pemodelan ini, dimulai dari variabel yang *p valuenya* paling besar. Hasil analisis regresi linier ganda akan ditampilkan pada tabel berikut ini.

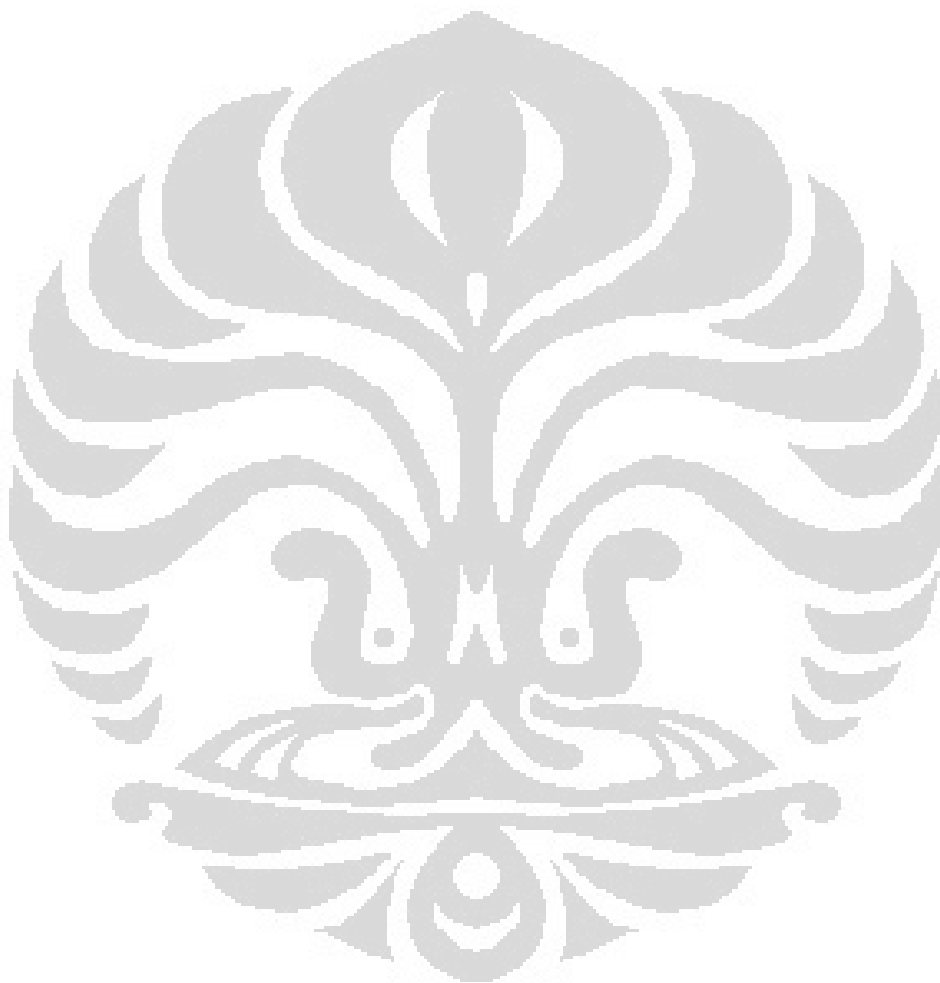


Tabel 5.12  
 Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Hubungan *Self Care* dan Depresi  
 dengan Kualitas Hidup Pasien *Heart Failure*  
 di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado  
 Bulan Juni 2012 (n=79)

Langkah	Variabel	Koefisien	Koefisien Korelasi	p Value	R <sup>2</sup>
1	Umur	0,117	0,156	0,144	0,584
	Tingkat Pendidikan	0,82	0,007	0,962	
	Penghasilan Keluarga	-2,573E-6	-0,105	0,376	
	Dukungan Sosial	0,548	0,029	0,714	
	<i>Self Care</i>	0,332	0,263	0,001	
	Depresi	-6,620	-0,543	0,000	
	<i>Constant</i>	42,909		0,000	
2	Umur	0,116	0,155	0,130	0,584
	Penghasilan Keluarga	-2,490E-6	-0,101	0,279	
	Dukungan Sosial	0,542	0,029	0,715	
	<i>Self Care</i>	0,332	0,263	0,001	
	Depresi	-6,591	0,541	0,000	
	<i>Constant</i>	43,004		0,000	
3	Umur	0,120	0,160	0,112	0,583
	Penghasilan Keluarga	-2,386E-6	-0,097	0,292	
	<i>Self Care</i>	0,333	0,264	0,001	
	Depresi	-6,645	-0,545	0,000	
	<i>Constant</i>	43,506		0,000	
4	Umur	0,141	0,188	0,054	0,576
	<i>Self Care</i>	0,313	0,248	0,002	
	Depresi	-7,032	-0,577	0,000	
	<i>Constant</i>	40,116		0,000	

Tabel 5.12 di atas menunjukkan bahwa pada langkah pemodelan pertama, variabel tingkat pendidikan dikeluarkan dari pemodelan karena memiliki p value paling besar yaitu 0,962 dan perubahan R square (R<sup>2</sup>) tidak lebih dari 10%. Selanjutnya pada pemodelan tahap kedua didapatkan variabel dukungan sosial dengan p value yang terbesar 0,715 sehingga dikeluarkan dari pemodelan ini, dan perubahan (R<sup>2</sup>) tidak lebih dari 10%. Pada tahap ketiga variabel

penghasilan keluarga dikeluarkan dari pemodelan ini karena memiliki *p value* sebesar 0,292 dan perubahan *R square* ( $R^2$ ) tidak lebih dari 10%. Langkah terakhir dalam pemodelan ini didapatkan hanya ada variabel umur, *self care* dan depresi. Kesimpulan uji regresi linier ganda yaitu umur, *self care* dan depresi merupakan faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas hidup.



## **BAB 6 PEMBAHASAN**

Bab ini akan menyajikan pembahasan tentang interpretasi hasil penelitian, diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian terhadap praktik pelayanan keperawatan serta penelitian keperawatan.

### **6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

Interpretasi hasil penelitian ini dilakukan untuk menjelaskan tujuan penelitian yaitu mengetahui hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien *heart failure* (HF).

#### **6.1.1 Hubungan Karakteristik Responden dengan Kualitas Hidup**

##### **6.1.1.1 Hubungan Umur dengan Kualitas Hidup**

Berdasarkan data hasil analisis univariat didapatkan bahwa rata-rata umur responden adalah 63,2 tahun dengan usia tertua 88 tahun dan termuda 23 tahun. Hasil ini menunjukkan terdapat rentang umur yang cukup signifikan pada pasien HF. Menurut Hou, Chui, Eckert, Oldridge, Murray, dan Bennett (2004) menyebutkan bahwa umur merupakan faktor risiko utama terhadap penyakit jantung dan penyakit kronis lainnya, termasuk di dalamnya penyakit HF. Menurut Karavidas et.al (2010) penambahan umur dikarakteristikan dengan disfungsi progresif dari organ tubuh dan berefek pada kemampuan mempertahankan homeostasis. Hal ini secara langsung akan mempengaruhi kapasitas fungsional, status psikologis, fungsi sosial dan persepsi terhadap kesehatannya, yang merupakan sub dimensi kualitas hidup pasien.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa umur mempunyai hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien HF. Sedangkan pada hasil analisis multivariat yang peneliti lakukan didapatkan bahwa umur merupakan faktor yang dominan mempengaruhi kualitas hidup tetapi kesimpulan uji menunjukkan bahwa kenaikan umur satu tahun dapat meningkatkan skor kualitas hidup pasien. Hal ini berarti semakin

**Universitas Indonesia**

bertambah umur pasien maka kualitas hidupnya akan meningkat juga. Hal ini sangat kontradiksi dengan kondisi yang terjadi pada pasien usia lanjut di mana umumnya mengalami penurunan fungsi fisik, tetapi dalam penelitian ini bertambahnya umur tetap meningkatkan kualitas hidup pasien HF. Terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup yaitu persepsi pasien terhadap penyakitnya dan fungsi spiritual. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Westlake, Dracup, Brecht, Padilla, Sarna, dan Ganz (2002) tentang korelasi HRQoL pada pasien HF, yang menunjukkan bahwa umur tidak secara langsung berhubungan dengan kualitas hidup. Hal ini disebabkan karena terdapat faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien HF yaitu kapasitas fungsional, status psikologis, fungsi spiritual, fungsi sosial dan persepsi terhadap kesehatannya.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Shamaskin et.al (2012) tentang kualitas hidup, adaptasi psikologis dan kepatuhan pasien pasca transplantasi jantung usia lebih dari 65 tahun dibandingkan dengan pasien berusia lima tahun lebih muda, di mana pasien berusia lebih dari 65 tahun memiliki kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan pasien berusia muda. Selain itu penelitian Masoudi et.al (2004) yang membandingkan usia, kapasitas fungsional dan kualitas hidup pasien HF menyebutkan bahwa pasien HF usia lebih tua secara signifikan memiliki skor kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan usia muda.

Hasil penelitian yang berbeda kesimpulan ujinya dengan penelitian yang peneliti lakukan adalah penelitian oleh Heo, Moser, Lennie, Zambroski, dan Chung (2007) yang menyebutkan bahwa pada pasien HF yang berusia lanjut terjadi penurunan skor kualitas hidup. Selain itu menurut Hou et.al (2004) bahwa pasien HF yang berumur kurang dari 65 tahun mengalami peningkatan kualitas hidup dibandingkan dengan yang berumur di atas 65 tahun. Pasien usia lanjut yang memiliki penyakit

penyerta secara langsung akan menurunkan kualitas hidup, sebaliknya pasien usia dewasa muda tanpa penyakit penyerta memiliki kemungkinan untuk mengalami peningkatan kualitas hidup (Hou et.al, 2004).

#### **6.1.1.2 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup**

Jenis kelamin berdasarkan hasil analisis univariat didapatkan terbanyak jenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan wanita, sedangkan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien HF, hal ini didukung lagi dengan hasil analisis multivariat di mana jenis kelamin bukan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hou et.al (2004) yang menyebutkan bahwa jenis kelamin berhubungan dengan kualitas hidup pasien HF, di mana jenis kelamin perempuan memiliki kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini dipengaruhi oleh derajat keparahan penyakit, kondisi komorbid, dukungan sosial dan status perkawinan.

Berbeda halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Riedinger, Dracup, dan Brecht (2002) menyatakan bahwa perempuan memiliki kualitas hidup yang buruk dibandingkan dengan laki-laki. Menurut Richardson (2003) hal ini disebabkan karena terdapat perbedaan secara fisiologi antara perempuan dan laki-laki memberikan kontribusi yang cukup besar terhadap perbedaan skor kualitas hidup pasien itu sendiri, yaitu perbedaan secara struktur anatomi jantung. Selain itu kondisi komorbid yang lebih sering dialami oleh perempuan seperti menderita hipertensi dan diabetes melitus juga mempengaruhi perbedaan kualitas hidup antar perempuan dan laki-laki.

#### **6.1.1.3 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kualitas Hidup**

Tingkat pendidikan yang dimiliki pasien HF pada penelitian ini sesuai hasil analisis univariat sebagian besar berada pada tingkat pendidikan

SD. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa tingkat pendidikan berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien HF. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Regidor, Barrio, Fuente, Domingo, Rodriguez dan Alonso (1999) tentang hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien dewasa di Spanyol, menyebutkan bahwa tingkat pendidikan yang semakin tinggi akan meningkatkan skor kualitas hidup.

Kualitas hidup pasien HF juga ditentukan oleh kemampuan *self care* pasien itu sendiri. Kaitannya dengan tingkat pendidikan yaitu pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi memiliki hubungan dengan kemampuan *self care behaviour* dan kepatuhan terhadap pengobatan. Tingkat pendidikan sangat menentukan kemampuan pasien untuk memahami tentang kondisi kesehatannya. Individu yang memiliki tingkat pendidikan rendah akan mengalami kesulitan untuk mengenal masalah kesehatan serta memahami panduan penanganan penyakit dibandingkan dengan individu yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi. Kemampuan pasien yang baik tersebut akan meningkatkan pengenalan pasien terhadap faktor yang mempengaruhi kesehatannya dan efek jangka panjang terhadap kesehatannya tersebut. Selain itu tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap kepatuhan seseorang terhadap manajemen pengobatan yang dijalankannya (Moser & Watkins, 2008; Evangelista, Berg & Dracup, 2001).

#### **6.1.1.4 Hubungan Penghasilan Keluarga dengan Kualitas Hidup**

Hasil analisis univariat penghasilan keluarga menunjukkan rata-rata penghasilan keluarga Rp 1.683.500,00. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penghasilan keluarga dengan kualitas hidup tetapi pada hasil analisis multivariat didapatkan bahwa penghasilan keluarga bukan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi kualitas hidup pasien HF. Penghasilan sering dikaitkan dengan status sosial ekonomi seseorang.

Namun pada penelitian ini pasien walaupun dengan penghasilannya mendekati Upah Minimum Propinsi (UMP) tetap memriksakan kesehatannya secara rutin ke poliklinik jantung, hal ini disebabkan karena sebagian besar pasien memiliki jaminan kesehatan baik ASKES maupun Jamkesda.

Menurut Rychlik dan Rulhoff (2005) pasien dengan CHF secara langsung akan berdampak pada aspek sosio ekonomi, di mana kondisi penyakit menyebabkan pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari termasuk di dalamnya melaksanakan pekerjaan yang merupakan sumber penghasilan bagi pasien dan keluarga. Kondisi menderita penyakit kronis ini menyebabkan keterbatasan fisik dan sosial, masalah emosional dan kekurangan finansial. Hal ini disebabkan karena penanganan yang kompleks yang harus dijalani pasien yaitu pengobatan, kunjungan ke tenaga kesehatan atau poliklinik rumah sakit, serta menjalani hospitalisasi.

Apabila dikaitkan dengan kemampuan *self care* yang merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien HF maka bagi banyak pasien dewasa yang hidup dalam kondisi sosial ekonomi rendah serta tidak memiliki pendapatan tambahan selain gaji, akan mengalami kesulitan dalam beberapa aspek *self care*. Misalnya berhubungan dengan kepatuhan terhadap diet rendah garam, dan mengikuti program terapi sesuai anjuran (Moser & Watkins, 2008). *Self care* yang kurang akan menyebabkan pasien menjalani hospitalisasi dan ini akan berefek terhadap pembiayaan selama pasien dirawat di rumah sakit dan secara umum berdampak pula pada kualitas hidup pasien.

#### **6.1.1.5 Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup**

Hasil analisis univariat pada penelitian ini menunjukkan bahwa lebih banyak pasien yang tidak mendapatkan dukungan sosial dibandingkan dengan yang mendapatkan dukungan sosial. Berdasarkan hasil analisis

bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara keduanya. Sedangkan pada analisis multivariat, dukungan sosial bukan merupakan faktor yang dominan mempengaruhi kualitas hidup. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lee, Yu, Woo & Thompson (2005) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien HF. Namun berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Bennett, Perkins, Lane, Brater dan Murray (2001) dalam penelitiannya tentang dukungan sosial dan HEQoL pada pasien CHF menyebutkan bahwa dukungan sosial secara signifikan merupakan faktor prediktor perubahan kualitas hidup pasien HF. Fahlberg (2010) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa dukungan sosial secara signifikan berhubungan dengan kualitas hidup pasien HF.

Sebagian besar pasien HF sangat membutuhkan dukungan dari pasangan, keluarga dan teman untuk melaksanakan *self care*. Pasien yang memiliki dukungan yang tinggi melaporkan memiliki kemampuan *self care* sangat baik ( $p = 0.002$ ) dibandingkan dengan pasien yang hanya mendapatkan sedikit dukungan sosial. Kemampuan *self care* pasien yang dilaporkan tersebut meliputi konsultasi dengan tenaga kesehatan mengenai peningkatan berat badan, pembatasan cairan, minum obat secara teratur, melakukan vaksin flu dan latihan fisik secara teratur (Gallagher, Luttik, & Jaarsma, 2011).

### **6.1.2 Hubungan *Self Care* dengan Kualitas Hidup**

Hasil analisis univariat pada penelitian ini menunjukkan bahwa skor rata-rata kemampuan *self care* adalah 52,23 dengan skor tertinggi 67 dan terendah 38. Bila dibandingkan dengan skor total tertinggi 80 dan terendah 20 maka dapat dikatakan bahwa pasien memiliki kemampuan *self care* yang bervariasi. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara *self care* dengan Kualitas hidup pada pasien HF, di mana memiliki kekuatan hubungan sangat kuat. Hal ini berarti peningkatan



kemampuan *self care* akan menyebabkan terjadinya peningkatan kualitas hidup pasien HF.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Britz dan Dunn (2010) yang meneliti tentang *self care* dan kualitas hidup pada pasien HF yang menunjukkan bahwa kemampuan *self care* dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Penelitian lain yang dilakukan oleh Chriss et.al (2004) tentang faktor prediktor yang menunjang keberhasilan *self care* manajemen pasien HF, didapatkan bahwa penurunan kemampuan *self care* pasien HF akan menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien itu sendiri. Kemampuan *self care* yang dimaksud meliputi kepatuhan dalam pengobatan, mengikuti petunjuk diet rendah garam, membatasi masukan cairan, mengontrol berat badan setiap hari serta mengidentifikasi secara cepat dan tepat gejala dan tanda HF.

Menurut Lee, Moser, Lennie dan Riegel (2009) dalam penelitiannya tentang kemampuan *self care* manajemen pasien HF dan hubungannya dengan kelangsungan hidup pasien, mengemukakan bahwa kemampuan *self care* manajemen yang baik berhubungan dengan hasil akhir dari kelangsungan hidupnya. Kemampuan *self care* pasien khususnya dalam hal mampu mengenal secara dini tanda dan gejala penyakit dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Aktivitas *self care* yang meliputi pengaturan aktivitas fisik, pengaturan diet dan monitor berat badan, menjadi komponen kunci keberhasilan manajemen pasien *heart failure* (Cameron, Carter, Riegel, Lo, & Stewart, 2009). Modifikasi terhadap aktivitas fisik merupakan bagian dari manajemen pasien *heart failure* di mana modifikasi minimal secara konsisten terhadap gaya hidup dapat membantu mengurangi gejala yang dirasakan pasien dan menurunkan kebutuhan yang lebih terhadap pengobatan (Crawford, 2009). Tetapi harus disesuaikan dengan tingkat gejala yang dialami pasien. Aktivitas fisik yang sesuai dengan kondisi pasien akan membantu menurunkan tonus simpatik, mendorong penurunan berat badan dan memperbaiki gejala serta berefek

toleransi aktivitas pada gagal jantung terkompensasi dan stabil. Namun pada 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).

Aktivitas *self care* terkait pengaturan diet dalam penelitian yang dilakukan oleh Cook et al. (2007), mengemukakan bahwa pembatasan konsumsi garam akan membantu mengurangi retensi air, dimana hal ini juga berefek menurunkan kerja jantung. Monitoring berat badan sebagai salah satu komponen *self care* sangat dianjurkan bagi pasien untuk secara 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 *heart failure* khususnya terhadap perubahan hemodinamik seperti perubahan volume overload yaitu terjadi peningkatan afterload dan preload, hipertrofi ventrikel kiri dan remodeling (Nicholson, 2007).

### **6.1.3 Hubungan Depresi dengan Kualitas Hidup**

Tingkat depresi pada pasien HF dalam penelitian ini berdasarkan hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar pasien berada dalam tingkat depresi sedang yaitu 62%. Melalui hasil analisis bivariat didapatkan kesimpulan bahwa tingkat depresi berhubungan dengan kualitas hidup pasien HF. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Heo et.al (2008) tentang faktor prediktor terhadap status kondisi fisik dan kualitas hidup pasien HF menyebutkan bahwa depresi merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kondisi fisik dan kualitas hidup pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Cully, Phillips, Kunik, Stanley, & Deswall (2010) tentang *predicting kualitas hidup in veterans with heart failure: role of disease severity, depression and comorbid anxiety* menunjukkan bahwa depresi berhubungan dengan penurunan skor kualitas hidup pasien.

Bahkan lebih dari itu, menurut McGowan (2011) depresi tidak hanya menurunkan kualitas hidup pasien pasien tetapi juga secara signifikan meningkatkan risiko kematian bagi pasien dengan HF.

Depresi terbukti merupakan faktor prediktor yang kuat terhadap status kesehatan pasien dengan *heart failure*. Depresi menyebabkan hambatan fungsi fisik pasien, meningkatkan derajat keparahan gejala penyakit dan secara umum menyebabkan perubahan kualitas hidup. Selain itu pasien *heart failure* yang mengalami kondisi depresi berisiko tinggi untuk mengalami rehospitalisasi dan kematian (York, Hassan, & Sheps, 2009).

Gangguan afektif termasuk di dalamnya depresi merupakan kondisi yang umum terjadi pada pasien *congestive heart failure* (CHF). Kenyataan ini secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup pasien, hasil akhir yang diharapkan dari upaya kesehatan serta pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (York, Hassan, & Sheps, 2009).

Faktor psikologi dan patofisiologi berkontribusi terhadap kejadian depresi yang menyebabkan peningkatan angka kematian pada populasi pasien dengan *heart failure*. Studi lain menyebutkan bahwa mekanisme perilaku berhubungan dengan kejadian depresi yang meliputi perilaku gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, obesitas, tidak mematuhi diet, konsumsi alkohol dan ketidakpatuhan lainnya, yang secara langsung berdampak pada angka kematian (McGowan, 2011).

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

### 1) *Recall Bias*

Keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian ini dilihat dari kemampuan pasien untuk mengingat kembali pengalamannya terkait gejala dan tanda penyakit yang dialami selama satu bulan terakhir termasuk di dalamnya aktivitas yang dilakukan untuk mengatasi gejala dan tanda tersebut. Hal ini disebabkan karena pasien sudah berada pada kondisi stabil serta tidak

pernah lagi mengalami gejala HF seperti sesak nafas dan bengkak pada kaki selama tahun terakhir.

2) Kondisi pasien sudah stabil

Pasien yang menjadi sampel pada penelitian ini 75% sudah dalam kondisi kesehatan stabil, artinya dalam satu tahun terakhir tidak lagi mengalami gejala penyakit HF yang berat. Kondisi ini berdampak pada hasil analisis hubungan umur dengan kualitas hidup di mana peningkatan umur akan menyebabkan peningkatan kualitas hidup pasien.

3) *Self Report*

Pada saat dilakukan pengambilan data berupa pengisian kuesioner, diharapkan pasien akan mampu menjawab sendiri semua item pertanyaan dalam kuesioner yang disesuaikan dengan kondisi yang dialami pasien, tetapi pada beberapa pasien harus membutuhkan pendampingan peneliti pada saat pengisian kuesioner tersebut. Hal ini terjadi karena pasien merasa tidak yakin akan jawaban yang sudah diberikan.

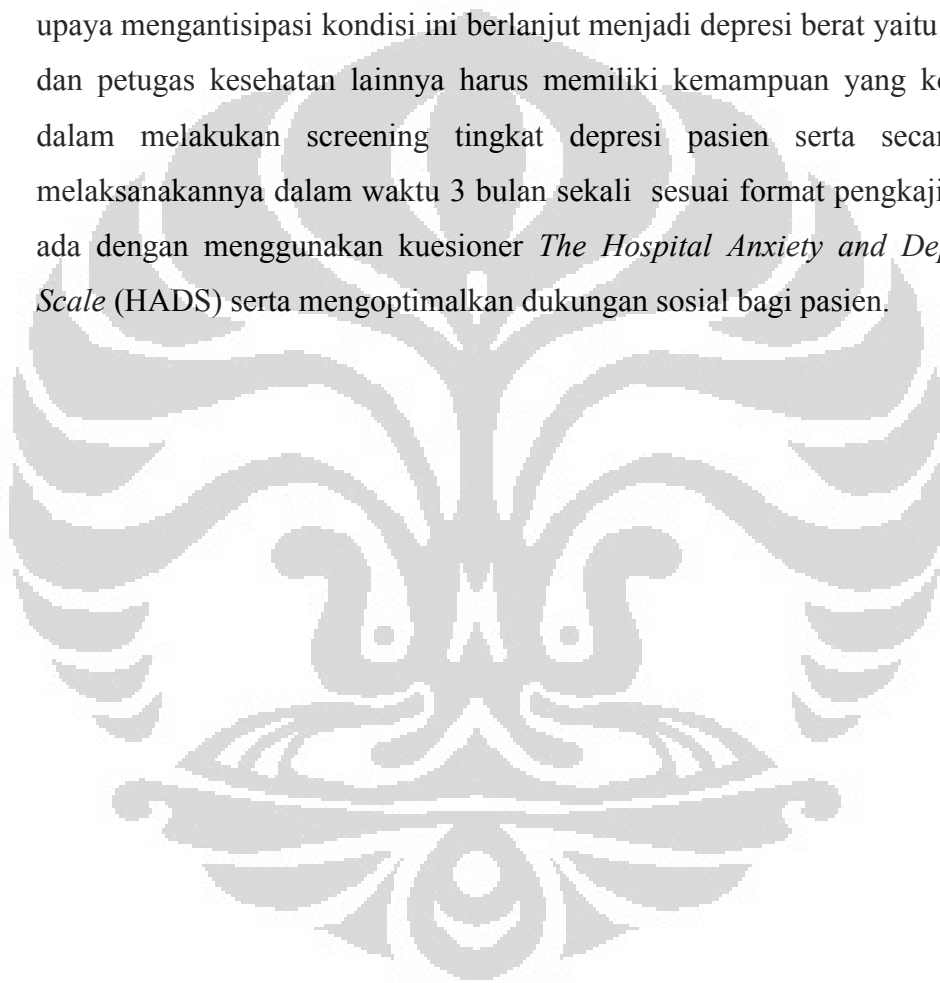
### 6.3 Implikasi Hasil Penelitian dalam Keperawatan

Hasil penelitian ini yang bertujuan untuk mengetahui hubungan *self care* dan depresi dengan kualitas hidup pasien HF menunjukkan ada hubungan yang bermakna setelah dikontrol oleh variabel umur, tingkat pendidikan, penghasilan keluarga dan dukungan sosial.

Kemampuan *self care* terbukti berhubungan dengan kualitas hidup pasien HF. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa tidak ada pasien yang mencapai skor *self care* maksimal sesuai standar total skor yang seharusnya. Hal ini menjadi salah satu faktor yang menyebabkan skor kualitas hidup tidak mencapai skor maksimal. Sebab itu menjadi tanggung jawab bagi tim kesehatan yaitu perawat dan dokter yang bertugas di poliklinik jantung maupun di ruang rawat inap jantung untuk mengembangkan kemampuan diri dan melaksanakan peran sebagai edukator. Penting untuk diberikannya

pendidikan kesehatan tentang upaya *self care* pasien HF yang bertujuan untuk memaksimalkan fungsi fisik, menekan munculnya gejala serta meningkatkan kualitas hidup pasien.

Tingkat depresi pada pasien HF dalam penelitian ini umumnya berada pada tingkatan depresi sedang namun terdapat beberapa pasien yang memiliki tingkat depresi normal dan ringan. Tindakan yang dapat dilakukan dalam upaya mengantisipasi kondisi ini berlanjut menjadi depresi berat yaitu perawat dan petugas kesehatan lainnya harus memiliki kemampuan yang kompeten dalam melakukan screening tingkat depresi pasien serta secara rutin melaksanakannya dalam waktu 3 bulan sekali sesuai format pengkajian yang ada dengan menggunakan kuesioner *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* serta mengoptimalkan dukungan sosial bagi pasien.



## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menjelaskan tentang kesimpulan hasil penelitian ini dan saran terhadap bagi pelayanan keperawatan serta bagi pendidikan dan perkembangan penelitian keperawatan.

#### 7.1 Simpulan

7.1.1 Karakteristik responden *heart failure* adalah sebagai berikut:

Umur responden bervariasi antara rentang dewasa muda sampai lanjut usia. Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki. Tingkat pendidikan responden sebagian besar berpendidikan SMA. Rata-rata penghasilan keluarga di atas batas Upah Minimum Propinsi (UMP). Lebih banyak responden yang tidak mendapat dukungan sosial dibandingkan yang mendapat dukungan sosial

7.1.2 Skor rata-rata kemampuan *self care* responden adalah 52,23 dari skor tertinggi *self care* yaitu 80

7.1.3 Tingkat depresi terbanyak adalah depresi sedang

7.1.4 Skor rata-rata kualitas hidup responden adalah 48,15 dari skor tertinggi kualitas hidup yaitu 80

7.1.5 Ada hubungan antara umur, tingkat pendidikan, dan penghasilan dengan *kualitas hidup* pasien *heart failure*, serta tidak ada hubungan antara jenis kelamin dan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien *heart failure*

7.1.6 Ada hubungan antara *self care* dengan kualitas hidup pada pasien *heart failure*

7.1.7 Ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pada pasien *heart failure*

7.1.8 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kualitas hidup pada pasien *heart failure* adalah umur, *self care* dan depresi.

## 7.2 Saran

### 7.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Institusi pelayanan keperawatan di rumah sakit melalui bidang pendidikan dan latihan bekerja sama dengan bidang keperawatan dipandang perlu mengembangkan program pelatihan perawat edukator jantung agar dapat dihasilkan perawat yang berkompeten di bidang pendidikan kesehatan bagi pasien HF dan pasien jantung pada umumnya. Selain itu bagi semua perawat yang bertugas di poliklinik dan ruang rawat jantung perlu diberikan penyegaran tentang pemahaman konsep terkait tehnik pendidikan kesehatan yang tepat dan benar serta dampak pendidikan kesehatan yang efektif bagi pasien HF. Hal ini dimaksudkan agar program pendidikan kesehatan bagi pasien ini dijadikan sebagai prosedur tetap (SOP) oleh perawat selama memberikan pelayanan keperawatan bagi pasien. Hal lain juga yang penting untuk terlaksananya program pendidikan kesehatan secara rutin bagi pasien adalah tersedianya ruangan khusus (klinik edukator) agar pendidikan kesehatan yang diberikan lebih efisien dan efektif.

Penting bagi perawat jantung untuk menerapkan asuhan keperawatan secara holistik dan tidak hanya terfokus pada kondisi fisik pasien tetapi juga mengkaji secara cermat kondisi psikologis pasien seperti depresi. Sebab itu perawat harus dibekali pengetahuan tentang gangguan psikologis yang dapat dialami pasien HF dan mengembangkan kemampuan untuk dapat melakukan screening tingkat depresi pasien secara rutin.

### 7.2.2 Bagi Penelitian Keperawatan

Untuk pengembangan penelitian keperawatan maka disarankan bagi calon peneliti selanjutnya untuk dapat melakukan penelitian lanjutan terkait variabel lain yang mempengaruhi *kualitas hidup* pasien *heart failure* seperti fungsi peran dan spiritual.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association. (2012). Heart disease and stroke statistic. Diunduh dari <http://circ.ahajournals.org/content/125/1/e2/T29.expansion.html>
- Amir, N. (2005). *Depresi: aspek neurobiologi, diagnostik dan tatalaksana*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Armbrieser, K.A. (2008) Self-management: improving heart failure outcomes. *The Nurse Practitioner*, 33 (11), 20-29.
- Aronow, W.S. (2001). Exercise therapy for older person with cardiovascular disease. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, 10(5), 245-252.
- Aronow, W.S. (2006). Epidemiologi, pathophysiology, prognosis and treatment of systolic and diastolic heart failure. *Cardiology in Review*, 14(3), 108-120.
- Artinian, N.T., Magnan, M., Sloan, M., & Lange, P. (2002). Self care behaviours among patients with heart failure. *Heart Lung*, 31, 161-172.
- Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. (2008). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007*. Jakarta: CV Kiat Nusa.
- 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, 671-682.
- Black, J.M., & Hawks, J.H. (2009). *Medical surgical nursing clinical management for positif outcomes* (8th ed.). Saunders Elsevier.
- Britz, J.A., & Dunn, K.S. (2010). Self care and quality of life among patients with heart failure. *Journal of The American Academy of Nurse Practicioners*, 22, 480-487.
- 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.
- Caninsti, R. (2007). *Gambaran kecemasan dan depresi pada penderita gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa*. Tugas Akhir Pascasarjana Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan



- 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.
- Cook, N.R., Cutler, J.A., Obarzanek, E., Buring, J.E., Rexrode, K.M., Kumanyika, S.K., et al. (2007). Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*, 334(7599), 885.
- Crawford, M.H. (2009). *Current diagnosis & treatment cardiology* (3rd ed.). McGraw- Hill Companies, Inc.
- Cully, J.A., Phillips, L.L., Kunik, M.E., Stanley, M.A., & Deswal, A. (2010). Predicting quality of life in veterans with heart failure: the role of disease severity, depression, and comorbid anxiety. *Behavioral medicine*, 36, 70-76.
- Dagnan, D., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Psychometric properties of the hospital anxiety and depression scale with a population of members of a depression self-help group. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 129-137
- Dahlan, M.S. (2011). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- DeLaune, S.C., & Ladner, P.K. (2002). *Fundamentals of nursing: standars & practice*. (2nd ed.). USA: Thomson Learning, Inc.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan: panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- Dimos, A.K., Stougiannos, P.N, Kakkavas, A.T., & Trikas, A.G. (2009). Depression and heart failure. *Hellenic Journal of Cardiology*, 50, 410-417.
- Driscoll, A., Davidson, P., Clark, R., Huang, N., & Aho Z. (2009). Tailoring consumer resources to enhance self care in chronic heart failure. *Australian Critical Care*, 22, 133-140.
- 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). Dissertation quality of life and social support of older individuals with chronic heart failure. The University of Wisconsin-Milwaukee.
- Gallagher, R., Luttik, M.L., & Jaarsma, T. (2011). Social support and self care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(6), 439-445.

- Gray, H.H., Dawkins, K.D., Morgan, J.M., & Simpson, I.A. (2002). *Lecture notes: Kardiologi* (Azwar Agoes & Hamed Oemar, Penerjemah.). Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Heo, S., Moser, D.K., Lennie, T.A., Zambroski, C.H., & Chung, M.L. (2007). A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. *Heart Lung*, 36(1), 16-24.
- Heo, S., Doering, L.V., Widener, J., & Moser, D.K. (2008). Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*. 17(2), 124-132
- Heo, S., Moser, D.K., Lennie, T.A., Riegel, B., & Chung, M.L. (2008). Gender differences in factors related to self care behaviours: a cross sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1807-1815.
- Hou, N., Chui, M.A., Eckert, G.J., Oldridge, N.B., & Murray, M.D., Bennett, S.J. (2004). Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*. 13(2), 153-160
- Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (2010). *Keperawatan kritis pendekatan holistik (critical care nursing: a holistic approach)* Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Hunt, S.A., Abraham, W.T., Chin, M.H., Feldman, A.M., Francis, G.S., Ganiats, T.G., ... Riegel, B. (2005). Guideline for the diagnosis and management of chronic heart failure in adult. *Circulation American Heart Association Journal*.
- Hwang, B., Fleischmann, K.E., Esquivel, J.H., Stotts, N.A., & Dracup, K. (2011). Caregiving for patients with heart failure: impact on patients' families. *American Journal of Critical Care*, 20, 431-442.
- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L. (2010). *Medical surgical nursing: critical thinking for collaborative care* (5th ed.). Missouri: Elsevier.
- Jaarsma, T., Stromberg, A., Martensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self care Behaviour Scale. *European Journal Heart Failure*, 5, 363-370.
- Jang, Y. (2009). Dissertation comparison of self care behaviours and perceived social support between Korean Americans and Caucasian American with heart failure. The Catholic University of America. Washington D.C.

- Jovicic, A., Leduce, J.M.H., & Straus, S.E. (2006). Effects of self management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovascular Disorder*, 6(43).
- Kabo, P., & Karim, S. (2008). *EKG dan penanggulangan beberapa penyakit jantung untuk dokter umum*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2010) *Synopsis of psychiatry* (10 ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Karavidas, A., Lazaros, G., Tsiachris, D., & Pyrgakis, V. (2010). Aging and the cardiovascular system. *Hellenic Journal of Cardiology*, 51, 421-427.
- Lee, C.S., Moser, D.K., Lennie, T.A., & Riegel, B. (2009) Event-free survival in adults with heart failure who engage in self care management. *Heart & Lung*, 40, 12-20.
- Lee, C.S., Tkacs, N.C., & Riegel, B. (2009). The influence of heart failure self care on health outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(3), 179-187.
- Lee, D.T.F., Yu, D.S.F., Woo, J., & Thompson, D.R. (2005). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *The European Journal of Chronic Heart Failure*, 7, 419-422.
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J., & Lwanga, S.K. (1997). Besar sampel dalam penelitian kesehatan. (Dibyong Pramono, Penerjemah.). Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Lilly, L.S. (2011). *Pathophysiology of heart disease* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Masoudi, F.A., Rumsfeld, J.S., Havranek, E.P., House, J.A., Peterson, E.D., & Krumholz, H.M., et al. (2004). Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10 (5), 368-373
- McGowan, D. (2011). The impact of depression on the pathogenesis of heart failure. *British Journal of Cardiac Nursing*, 6 (1), 19-25
- 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.
- Moser, D.K., Yamokoski, L., Sun, J.L., Conway, G.A., Hartman, K.A., & Graziano, J.A., et al. (2009) Improvement in health-related quality of life

- after hospitalization predicts even-free survival in patients with advanced heart failure. *Journal of Cardiac Nursing*, 15 (9), 763-769.
- Nauser, J.A. (2007). Dissertasi Heart failure family caregivers: psychometric of a new quality of life scale and variables associated with caregiver outcomes. Preview. Indiana University.
- Nicholson, C. (2007). *Heart failure a clinical nursing handbook. Ebook*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan (Edisi revisi)*. Jakarta: Rineka Cipta.
- O'Connor, C.M., & Joynt, K.E. (2004). Depression: are we ignoring an important comorbidity in heart failure. *Journal American College Cardiology*, 43, 1550-1552.
- O'Loughlin, C., Murphy, N.F., Conlon, C., O'Donovan, A., Ledwige, M., & McDonald, K. (2008). Quality of life predicts outcomes in a heart failure disease management program. *International Journal of Cardiology*, 139, 60-67.
- Rector, T.S., Kubo, S.H., & Cohn, J.N. (1987). Patients' self assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure*, 3, 198-209.
- Rector, T.S. (2005). A conceptual model of quality of life in relation to heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 11 (3), 173-176
- Regidor, E., Barrio, G., Fuente, L., Dominggo, A, Rodriguez, C., & Alonso, J. (1999). Association between educational level and health related quality of life in Spanish adult. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 53(2), 75-82.
- Richardson, L.G. (2003). Psychosocial issues in patients with congestive heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 18 (1), 19-27.
- Riedinger, M.S., Dracup, K.A, & Brecht, M.L. (2002). Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic condition. *American Journal of Critical Care*, 11(3), 211-218.
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D.K., Sebern, M., Hicks, F.D., & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self care of heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10(4), 350-359.
- Rockwell, J., & Riegel, B. (2001). Predictors of self care in person with heart failure. *Heart Lung*, 30(1), 18-25.

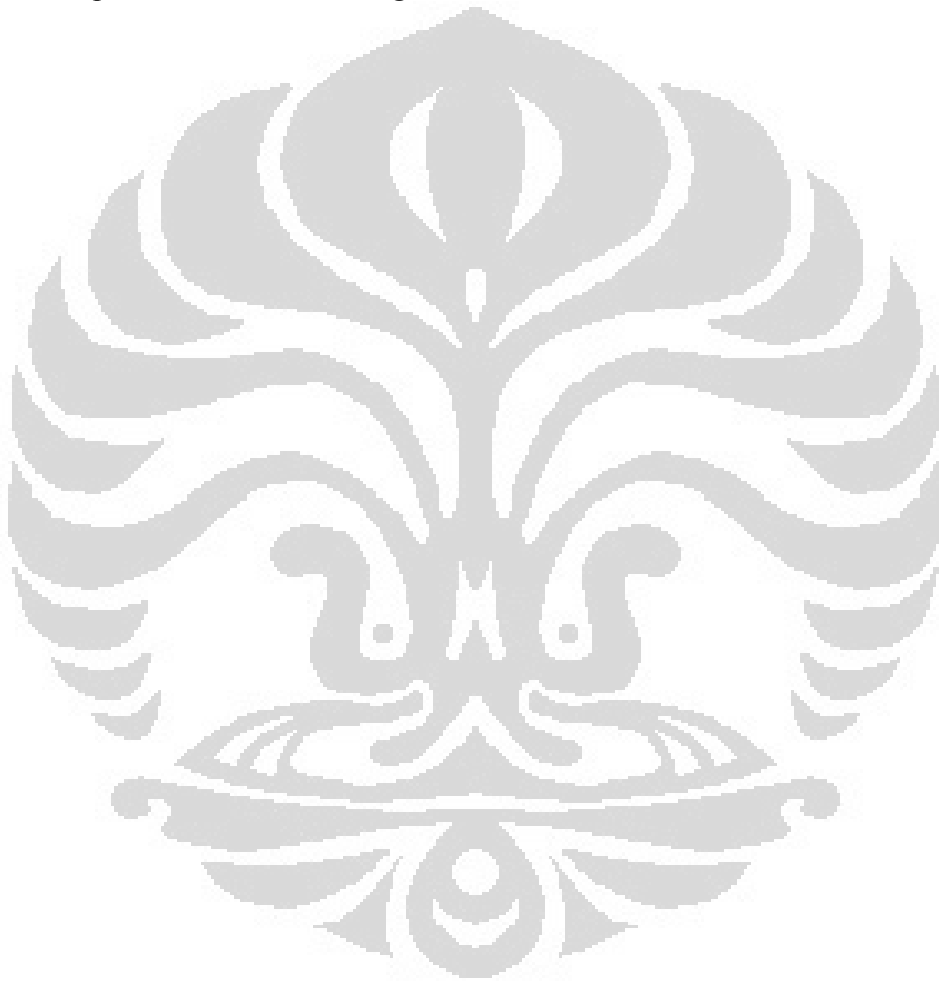
- Rutledge, T.R., Reis, V.A., Linke, S.E., Greenberg, B.H., & Mills, P.J. (2006). Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *Journal of The American College of Cardiology*, 48, 1527-1537.
- Rychlik, R & Rulhoff, H. (2005). Review: sosioeconomic relevance of selected treatment strategies in patients with chronic heart failure. [www.future-drug.com](http://www.future-drug.com). ISSN 1473-7167
- Sastroasmoro, S., & Ismail, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (Edisi ketiga.). Jakarta: CV Sagung Seto.
- Setiadi (2007). *Konsep dan penulisan riset keperawatan*. Yogyakarta: Graha ilmu.
- Shamaskin, A.M., Rybarczyk, B.D., Wang, E., White-William, C., McGee, E.Jr., Cotts, W, et al. (2012). Older patients (age 65+) report better quality of life, psychological adjustment, and adherence than younger patients 5 years after heart transplant: A multiside study. *Journal Heart Lung*, 31 (5), 478-484.
- Silbernagl, S., & Lang, F. (2007). Teks & atlas berwarna patofisiologi. (Iwan Setiawan & Iqbal Mochtar, Penerjemah.). Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2010). *Brunner and Suddarth's text book of medical surgical nursing*. (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Shuldham, C., Theaker, C., Jaarsma, T., & Cowie, M.R. (2007). Evaluation of the European Heart Failure Self Care in a United Kingdom population. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (1), 87-95.
- Stromberg, A., Martensson, J., Fridlund, B., Levin, L.A., Karlsson, J.E., & Dahlstrom, U. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self care behaviour in patients with heart failure. *European Heart Journal*, 24, 1014-1023
- Thomas, S.A., Chapa, D.W., Friedman, E., Durden, C., Lee, M.C.Y., & Lee, H.J. (2008). Depression in patients with heart failure: prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *American Journal of Critical Care Nurse*, 28 (2), 40-55.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their works* (6th Ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Wang, D., & Gottlieb, S. (2008). Diuretics: still the mainstay of treatment. *Critical Care of Medicine*, 36 (1), s89-s94.

Westlake, C., Dracup, K.A., Brecht, M., Padilla, G., Sarna, L., & Ganz, P.A. (2002) Quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung, 31*, 85-93.

Wood, G.L., & Haber, J. (2010). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice* (7th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.

World Health Organization. (2012). World health statistic. <http://www.who.int/research/en/>

York, K.M., Hassan, M., & Sheps, D.S. (2009). Psychobiology of depression/distress in congestive heart failure. *Heart Fail Rev. 14*, 35-50.



Lampiran 1

JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Bulan																					
		Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Pengajuan judul tesis	■	■	■	■																		
2	Pembuatan proposal					■	■	■	■	■	■	■	■										
3	Ujian proposal													■									
4	Perbaikan proposal													■									
5	Pengurusan ijin dan uji etik													■	■								
6	Uji coba instrumen dan pengumpulan data																	■	■	■	■		
7	Analisa data																					■	
8	Penyusunan laporan																					■	
9	Ujian hasil penelitian																						■
10	Perbaikan tesis																						■
11	Sidang tesis																						■
12	Perbaikan tesis																						■
13	Penyerahan tesis																						■
14	Publikasi																						■



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

---

**PENJELASAN PENELITIAN**

Judul Penelitian : Hubungan *self care* dan depresi dengan *quality of life* pasien *heart failure* di BLU RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado

Peneliti : Adeleida Yuliana Anita Kaawoan

Saya Adeleida Kaawoan adalah mahasiswa Program Pasca Sarjana Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud hendak melaksanakan penelitian untuk mengetahui hubungan antara *self care* dan depresi dengan *quality of life* pada pasien *heart failure* (gagal jantung) yang sementara menjalani rawat jalan di poliklinik jantung BLU RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado.

Manfaat penelitian ini adalah untuk mengoptimalkan kemampuan *self care* yang sudah dimiliki pasien dengan *heart failure*, serta mendeteksi secara dini tingkat depresi pada pasien *heart failure* yang nantinya akan berefek pada berkurangnya kejadian rehospitalisasi (menjalani perawatan berulang di unit rawat inap rumah sakit).

Prosedur penelitian yang akan dilakukan adalah bapak/ibu/saudara setelah mendapatkan penjelasan dan setuju menjadi responden, selanjutnya akan mengisi kuesioner yang berisi pertanyaan mengenai biodata dan pertanyaan yang berkaitan dengan *self care*, depresi, *quality of life* dan dukungan sosial.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko apapun yang sifatnya merugikan responden. Tetapi apabila selama penelitian berlangsung bapak/ibu/saudara mengalami ketidaknyamanan seperti kelelahan maka pengisian kuesioner ini dapat dihentikan dan dilanjutkan kembali sesuai keinginan bapak/ibu/saudara.



Jika bapak/ibu/saudara tidak mau melanjutkan pengisian kuesioner ini maka peneliti akan menghargai keinginan bapak/ibu/saudara dengan tidak memaksa untuk mengisi kuesioner hingga selesai.

Informasi yang bapak/ibu/saudara berikan selama prosedur penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya dan peneliti tidak akan mencantumkan nama bapak/ibu/sudara dalam laporan penelitian ini.

Melalui penjelasan ini, saya mengharapkan kesediaan bapak/ibu/saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Manado, ....., 2012

Peneliti

Adeleida Y.A Kaawoan



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA  
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : \_\_\_\_\_  
Umur : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Telp \_\_\_\_\_

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti mengenai penelitian yang berjudul “hubungan *self care* dan depresi dengan *quality of life* pasien *heart failure* di BLU RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado” maka saya menyatakan bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini.

Adapun bentuk kesediaan saya adalah :

1. Meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan peneliti

Keikutsertaan saya dalam penelitian ini adalah sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui

Peneliti

Manado, ....., 2012

Yang membuat pernyataan,  
Responden

Adeleida Y.A Kaawoan

Nama & Tanda Tangan



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

**KUESIONER PENELITIAN**

No Responden : .....

Kode Responden : .....

Petunjuk pengisian:

1. Kuesioner ini terdiri dari 5 (lima) bagian yaitu karakteristik responden, kuesioner *self care* (perawatan diri), kuesioner depresi, kuesioner *quality of life* (kualitas hidup) dan kuesioner dukungan keluarga.
2. Bacalah dengan cermat dan teliti setiap bagian pernyataan dalam kuesioner ini.
3. Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan kondisi yang sebenarnya sesuai dengan petunjuk pengisian
4. Semua pernyataan sedapat mungkin diisi dengan jujur dan lengkap
5. Apabila ada pernyataan yang kurang dimengerti, silahkan meminta petunjuk kepada peneliti atau peneliti pembantu.
6. Atas partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/i diucapkan terima kasih.

**A. KUESIONER DATA DEMOGRAFI RESPONDEN**

1. Umur : ..... tahun
2. Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan
3. Tingkat Pendidikan :  
 Tidak sekolah  SD  SMP  
 SMA  Akademi/PT
4. Rata-rata penghasilan perbulan : .....
5. Kapan terakhir dirawat di RS dengan penyakit gagal jantung :  
 a. Jika belum lama, pada bulan apa : .....  
 b. Jika sudah lama, pada tahun berapa : .....

### B. KUESIONER *SELF CARE* PASIEN *HEART FAILURE*

Silahkan anda mengingat kembali apa yang anda rasakan dalam **satu bulan terakhir** ini yang berhubungan dengan pertanyaan-pertanyaan berikut ini.

#### Bagian A :

Berikut ini adalah petunjuk umum yang diberikan pada pasien *heart failure* (gagal jantung). Seberapa sering anda melakukan hal-hal ini?

(Lingkari salah satu jawaban yang tersedia)

No	Pernyataan	Jawaban			
		Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu atau setiap hari
1	Timbang berat badan	1	2	3	4
2	Memeriksa pergelangan kaki apakah ada pembengkakan	1	2	3	4
3	Apakah ada usaha supaya tidak tertular penyakit (misalnya menghindari orang yang sedang menderita sakit menular seperti flu)	1	2	3	4
4	Melakukan latihan fisik (olahraga) selama 30 menit	1	2	3	4
5	Menghindari makan makanan bergaram dan mengandung MSG (penguat rasa) setiap kali makan di rumah	1	2	3	4
6	Lupa minum salah satu obat (misalnya obat penurun tekanan darah atau obat yang menyebabkan sering kencing)	1	2	3	4
7	Meminta makanan rendah garam dan tidak mengandung MSG (penguat rasa) saat makan di luar rumah atau saat mengunjungi teman	1	2	3	4
8	Menggunakan alat bantu yang mengingatkan anda jam minum obat, misalnya kotak obat atau alat pengingat	1	2	3	4

**Bagian B:**

9. Jika anda mengalami kesulitan bernafas atau bengkak pada pergelangan kaki dalam **satu bulan terakhir**.....

(Lingkari salah satu dari pilihan jawaban)

Pernyataan	Jawaban			
	Tidak mengalaminya	Tidak dapat mengenali	Tidak cepat mengenali	Cepat mengenali
Seberapa cepat anda merasakannya sebagai gejala gagal jantung?	1	2	3	4

Berikut ini adalah tindakan yang sering digunakan pasien gagal jantung. Jika anda mengalami kesulitan bernafas atau bengkak di pergelangan kaki, seberapa sering anda melakukan hal ini?

(Lingkari salah satu pilihan jawaban untuk masing-masing cara yang dilakukan)

No	Pernyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
10	Mengurangi garam dalam makanan	1	2	3	4
11	Mengurangi minum air	1	2	3	4
12	Minum ekstra obat yang menyebabkan sering kencing	1	2	3	4
13	Menghubungi dokter atau perawat untuk meminta petunjuk	1	2	3	4

14. Pikirkan kembali cara yang telah anda lakukan saat terakhir kali mengalami kesulitan bernafas atau bengkak pada pergelangan kaki.

(Lingkari salah satu dari pilihan jawaban)

Pernyataan	Tidak yakin	Agak yakin	Yakin	Sangat yakin
Bagaimana keyakinan anda bahwa usaha pengobatan yang dilakukan itu dapat menolong atau tidak?	1	2	3	4

**Bagian C:**

Secara keseluruhan, bagaimana keyakinan anda bahwa anda bisa melakukan hal berikut ini:

(Lingkari salah satu dari pilihan jawaban)

No	Pernyataan	Tidak yakin	Agak yakin	Yakin	Sangat yakin
15	Menjaga diri anda bebas dari gejala gagal jantung	1	2	3	4
16	Mengikuti petunjuk pengobatan yang telah diberikan	1	2	3	4
17	Menilai gejala yang anda rasakan	1	2	3	4
18	Mengenal perubahan kesehatan yang terjadi	1	2	3	4
19	Melakukan sesuatu yang akan mengatasi gejala yang anda rasakan	1	2	3	4
20	Menilai seberapa baik kerja obat mengatasi gejala anda	1	2	3	4

**C. KUESIONER DEPRESI PASIEN *HEART FAILURE***

Petunjuk Pengisian: Di bawah ini terdapat berbagai pernyataan yang mungkin sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Berikan pendapat anda atas pernyataan di bawah ini dengan memberikan tanda (√) di setiap kotak kosong di samping pernyataan yang paling sesuai dengan keadaan diri anda selama **satu minggu terakhir ini**.

1. Saya tetap menikmati hal-hal yang biasa saya nikmati:
 

Sering	<input type="checkbox"/>
Kadang-kadang	<input type="checkbox"/>
Jarang	<input type="checkbox"/>
Tidak pernah	<input type="checkbox"/>
  
2. Saya dapat tertawa dan melihat sisi yang menyenangkan dari setiap hal:
 

Sesering yang saya bisa	<input type="checkbox"/>
Saat ini, tidak begitu sering	<input type="checkbox"/>
Kadang-kadang	<input type="checkbox"/>
Tidak pernah	<input type="checkbox"/>
  
3. Saya merasa gembira:
 

Tidak pernah	<input type="checkbox"/>
Jarang	<input type="checkbox"/>
Kadang-kadang	<input type="checkbox"/>
Selalu	<input type="checkbox"/>
  
4. Saya merasa seolah-olah saya tidak bersemangat:
 

Hampir setiap saat	<input type="checkbox"/>
Sangat sering	<input type="checkbox"/>
Kadang-kadang bisa	<input type="checkbox"/>
Tidak pernah	<input type="checkbox"/>

5. Saya kehilangan minat terhadap penampilan saya:
- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Saya selalu tidak peduli | <input type="checkbox"/> |
| Saya tidak peduli        | <input type="checkbox"/> |
| Saya agak tidak peduli   | <input type="checkbox"/> |
| Saya sangat peduli       | <input type="checkbox"/> |
6. Saya menantikan dengan rasa senang hal-hal yang akan terjadi:
- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Selalu, seperti biasanya         | <input type="checkbox"/> |
| Agak berkurang daripada biasanya | <input type="checkbox"/> |
| Kurang dari biasanya             | <input type="checkbox"/> |
| Tidak pernah sama sekali         | <input type="checkbox"/> |
7. Saya dapat menikmati membaca buku, mendengarkan radio, atau menonton televisi:
- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| Sering        | <input type="checkbox"/> |
| Kadang-kadang | <input type="checkbox"/> |
| Jarang        | <input type="checkbox"/> |
| Sangat jarang | <input type="checkbox"/> |



#### D. *QUALITY OF LIFE* PASIEN *HEART FAILURE*

Pertanyaan berikut ini mengenai seberapa besar kondisi gagal jantung yang anda derita mempengaruhi kehidupan anda dalam **satu bulan terakhir** ini. Lingkarilah angka 1, 2, 3, dan 4 setelah pertanyaan, untuk menunjukkan seberapa besar pengaruhnya dalam kehidupan anda.

Apakah penyakit gagal jantung yang anda derita mempengaruhi kehidupan yang ingin anda jalani selama **satu bulan terakhir** ini melalui hal-hal berikut ini?

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
1	Menyebabkan bengkak pada pergelangan kaki atau tungkai?	1	2	3	4
2	Menyebabkan anda duduk atau tiduran sepanjang hari?	1	2	3	4
3	Menyebabkan anda mengalami kesulitan saat berjalan atau naik tangga?	1	2	3	4
4	Menyebabkan anda sulit melakukan pekerjaan di sekitar rumah atau di halaman?	1	2	3	4
5	Menyebabkan anda sulit mengunjungi tempat lain di luar rumah?	1	2	3	4
6	Menyebabkan anda sulit tidur pada malam hari?	1	2	3	4
7	Menyebabkan anda kesulitan untuk melakukan sesuatu bersama dengan teman-teman atau keluarga?	1	2	3	4
8	Menyebabkan anda kesulitan melakukan pekerjaan yang anda tekuni sebagai sumber pendapatan	1	2	3	4
9	Menyebabkan anda kesulitan melakukan rekreasi, olahraga atau hobi?	1	2	3	4

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
10	Membuat anda membatasi makan makanan yang anda sukai?	1	2	3	4
11	Membuat anda mengalami sesak nafas?	1	2	3	4
12	Membuat anda merasa cepat lelah dan kurang bertenaga?	1	2	3	4
13	Membuat anda harus dirawat di rumah sakit?	1	2	3	4
14	Membuat anda harus mengeluarkan uang untuk biaya perawatan dan pengobatan?	1	2	3	4
15	Menyebabkan anda mengalami efek samping dari pengobatan?	1	2	3	4
16	Membuat anda merasa menjadi beban bagi keluarga ataupun teman?	1	2	3	4
17	Menyebabkan anda merasa tidak mampu mengendalikan diri dalam kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4
18	Menimbulkan rasa khawatir?	1	2	3	4
19	Menyebabkan anda sulit berkonsentrasi atau mengingat sesuatu?	1	2	3	4
20	Menyebabkan anda merasa tertekan atau depresi?	1	2	3	4

**E. DUKUNGAN SOSIAL BAGI PASIEN *HEART FAILURE***

Petunjuk : Pernyataan berikut ini menyangkut hubungan anda dengan keluarga ataupun teman anda 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 dan teman setiap saat anda perlukan

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

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

Tidak Pernah (TP) : Apabila anda tidak pernah mendapat dukungan dari keluarga dan teman

No	Pernyataan	Jawaban			
		S	S	J	TP
		4	3	2	1
1	Seseorang akan menolong saya saat saya kesulitan untuk berjalan				
2	Seseorang mengantarkan saya ke rumah sakit atau dokter saat kondisi saya memburuk				
3	Seseorang akan memberikan saran pada saya untuk melakukan sesuatu pada saat saya putus asa				
4	Saya dapat merasakan kasih sayang keluarga ataupun teman saya saat mereka memberikan perhatian pada saya				
5	Seseorang tetap menunjukkan rasa sayang dan perhatian mereka pada saya				

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	J	TP
		4	3	2	1
6	Seseorang tetap meluangkan waktunya untuk menemani saya saat di rumah				
7	Seseorang tetap mendengarkan saya bicara walaupun membosankan				
8	Keluarga saya membantu menyiapkan makanan untuk saya sesuai diet yaitu rendah garam				
9	Keluarga ataupun teman sangat memperhatikan jenis makanan yang saya makan apabila sedang makan bersama di luar rumah				
10	Keluarga ataupun teman melarang saya merokok				
11	Keluarga ataupun teman saya tidak mengizinkan saya minum alkohol saat lagi berkumpul bersama				
12	Seseorang akan melakukan sesuatu yang membuat saya merasa nyaman, seperti menemani saya nonton TV, mendengarkan musik atau mengatur posisi tidur saya				
13	Keluarga ataupun teman saya berusaha memahami masalah penyakit saya				
14	Seseorang akan selalu membantu memenuhi semua kebutuhan saat saya terbaring lemah di atas tempat tidur				
15	Seseorang selalu ada bagi saya untuk memberikan penjelasan sesuatu hal yang belum saya pahami tentang penyakit saya				
16	Seseorang akan berusaha membuat saya tidak terlarut memikirkan kondisi sakit ini				
17	Seseorang melakukan sesuatu yang menyenangkan bagi saya, seperti mengajak ngobrol, melakukan hobby yang sama secara bersama-sama				
18	Seseorang akan ada bagi saya kapan pun saya perlu bantuan				
19	Pada saat saya merasa takut dan cemas, seseorang akan ada di samping saya untuk menenangkan				



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik@ui.ac.id](mailto:humasfik@ui.ac.id) Web Site : [www.fik.ui.ac.id](http://www.fik.ui.ac.id)

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Hubungan *Self Care* dan Depresi dengan *Quality of Life* Pasien *Heart Failure* di RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado.**

Nama peneliti utama : **Adeleida Yuliana Anita Kaawoan**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 8 Juni 2012

Dekan,

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



# KEMENTERIAN KESEHATAN R.I

DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN

BADAN LAYANAN UMUM RSUP PROF. Dr. R.D. KANDOU MANADO

Jalan Raya Tanawangko No.56. PO Box 102 Telepon ☎ (0431) 838305 - 838203 Faksimile. (0431) 838204 Manado 95115



No : 328 /Diklit/VI/2012  
Lamp :  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :

**Kepala Instalasi/PJ Rawat Jalan**

**BLU RSUP. Prof. Dr. R.D. Kandou Manado**

Di –

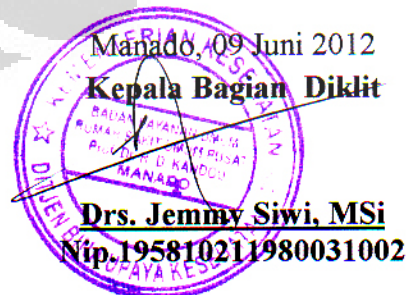
Manado

Menindaklanjuti surat dari Dekan Fak. Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta Nomor : 2474/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tertanggal 25 Mei 2012 perihal Permohonan Izin Penelitian a.n. :

**Nama : Adeleida Y. A. Kaawoan**  
**NIM : 1006800674**  
**Judul : Hubungan Self Care dan Depresi Dengan Quality of Life Pasien Heart Failure di Poliklinik Jantung BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado**

Pada prinsipnya pihak Rumah Sakit menerima mahasiswa tersebut untuk melakukan Penelitian di Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik Jantung) BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado yang akan dilaksanakan pada bulan Juni 2012 sampai selesai dengan mematuhi tata tertib dan ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit. Kiranya Kepala Instalasi / Penanggung Jawab dapat membantu dan memfasilitasi kegiatan tersebut.

Demikian penyampaian kami, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Direktur Utama (sebagai laporan)
2. Direktur SDM & Pendidikan
3. Dekan Fak. Ilmu Keperawatan UI Jakarta
4. Poliklinik Jantung
5. Arsip.



**SURAT KETERANGAN**

**No : 388/Diklit/VI/2012**

Kepala Bagian Diklit BLU. RSUP. PROF. Dr. R .D. Kandou Manado dengan ini menerangkan bahwa :

**Nama : Adeleida Y. A. Kaawoan**  
**Nim : 1006800674**  
**Status : Mahasiswa Fak. Ilmu Keperawatan Universitas Jakarta**

Telah selesai melaksanakan Penelitian di Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik Jantung) BLU RSUP. Prof. Dr. R. D. Kandou Manado pada bulan Juni 2012.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Manado, 30 Juni 2012  
**Kepala Bagian Diklit**

**Drs. Jemmy Siwi, MSi**  
**Nip. 195810211980031002**