

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Konsep Penyakit Gagal Jantung

a. Pengertian Penyakit Jantung

Penyakit kardiovaskular atau penyakit jantung umumnya mengacu pada kondisi yang melibatkan penyempitan atau pemblokiran pembuluh darah yang bisa menyebabkan serangan jantung, nyeri dada (*angina*) atau stroke. Kondisi jantung lainnya yang mempengaruhi otot jantung, katup atau ritme, juga dianggap bentuk penyakit jantung (*American Heart Association, 2017*). WHO dalam Infodatin Jantung (2014), menyebutkan penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, terdapat banyak penyakit kardiovaskuler, tetapi yang paling umum dan paling terkenal adalah penyakit jantung koroner dan stroke.

Penyakit Kardiovaskular didefinisikan sebagai kondisi yang mempengaruhi irama jantung, kekuatan kontraksi, aliran darah yang melalui bilik jantung, aliran darah *miokard*, serta sirkulasi perifer yang menyebabkan perubahan-perubahan dalam fungsi jantung (Potter & Perry, 2010:332)

Penulis menyimpulkan penyakit kardiovaskular merupakan gangguan pada pembuluh darah dan fungsi jantung yang mengacu

pada kondisi penyempitan atau pemblokiran yang mempengaruhi cara kerja jantung dalam segi ritme, kekuatan, dan laju aliran darah sehingga menyebabkan serangan jantung, gagal jantung, hipertensi dan stroke.

b. Pengertian Penyakit Gagal Jantung Kongestif

Gagal jantung diartikan sebagai abnormalitas dari fungsi struktural jantung atau sebagai kegagalan jantung dalam mendistribusikan oksigen sesuai dengan yang dibutuhkan pada metabolisme jaringan, meskipun tekanan pengisian normal atau adanya peningkatan tekanan pengisian (McMurray et al., 2013). *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan kondisi dimana fungsi jantung sebagai pompa untuk mengantarkan darah yang kaya oksigen ke tubuh tidak cukup untuk memenuhi keperluan tubuh (Andra Saferi, 2013).

Menurut *European Society of Cardiology* (ESC), gagal jantung didefinisikan suatu sindrom yang karakteristiknya terdiri dari beberapa gejala seperti nafas pendek, menetapnya batuk dan *wheezing*, pergelangan kaki bengkak dan mudah lelah, terdapat tekanan *vena jugularis*, terdapat *pulmonary crackles*, meningkatnya frekuensi nadi serta terdapat edema perifer (Lainscak et al., 2017).

Penulis menyimpulkan penyakit gagal jantung adalah abnormalitas fungsi struktural jantung yang menyebabkan

terhambatnya penghantaran darah kaya oksigen untuk memenuhi keperluan tubuh, dengan gejala napas pendek, pembengkakan ekstermitas, mudah lelah, peningkatan frekuensi nadi dan lain sebagainya.

c. Etiologi penyakit Gagal Jantung Kongestif

Smeltzer dan Bare (2013) menyebutkan gagal jantung disebabkan dengan berbagai keadaan seperti :

1) Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita dengan disfungsi miokard (Aspiani, 2014), disebabkan oleh menurunnya kontraktilitas jantung. Kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot jantung mencakup *aterosklerosis koroner*, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi misalnya kardiomiopati. Peradangan dan penyakit *miocardium degeneratif*, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

2) *Aterosklerosis koroner*

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi *hipoksia* dan *asidosis* (akibat penumpukan asam laktat). *Infark miokardium* (kematian sel jantung) biasanya mendahului terjadinya gagal jantung. *Infark miokardium* menyebabkan

pengurangan kontraktilitas, menimbulkan gerakan dinding yang abnormal dan mengubah daya kembang ruang jantung.

3) Hipertensi Sistemik atau pulmonal (peningkatan *after load*)

Meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan *hipertrofi* serabut otot jantung. Hipertensi dapat menyebabkan gagal jantung melalui beberapa mekanisme, termasuk *hipertrofi ventrikel* kiri. Hipertensi *ventrikel* kiri dikaitkan dengan disfungsi *ventrikel* kiri *sistolik* dan *diastolik* dan meningkatkan risiko terjadinya *infark miokard*, serta memudahkan untuk terjadinya *aritmia* (*aritmia atrial* maupun *aritmia ventrikel*).

4) Penyakit jantung lain

Terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (*stenosis katub semiluner*), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah (*tamponade*, *pericardium*, *perikarditif konstriktif* atau *stenosis AV*), peningkatan mendadak *after load*. *Regurgitasi mitral* dan *aorta* menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan *preload*) sedangkan *stenosis aorta* menyebabkan beban tekanan (*after load*)

5) Faktor sistemik

Terdapat sejumlah besar faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal jantung, diantaranya adalah peningkatan kebutuhan metabolik atau *demand overload* (Aspiani,

2014). Meningkatnya laju metabolisme (misal : demam, tirotoksikosis). *Hipoksia* dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. *Asidosis respiratorik* atau *metabolik* dan abnormalitas elektronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung.

d. Manifestasi Klinis Penyakit Gagal Jantung Kongestif

Ignatavicius dan Workman (2016) menyebutkan manifestasi klinis yang ditemui pada pasien dengan gagal jantung kongestif berdasarkan tipenya tersendiri, yang terdiri dari:

1) Gagal jantung kiri

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

2) Gagal jantung kanan

Gagal jantung kanan manifestasi klinisnya adalah kongesti sistemik yaitu berupa ; *distensi vena jugularis*, pembesaran hati dan lien, *anoreksia* dan *nausea*, edema menetap, distensi abdomen, bengkak pada tangan dan jari, poliuri, peningkatan berat badan,

peningkatan tekanan darah karena kelebihan cairan atau penurunan tekanan darah karena kegagalan pompa jantung.

3) Gagal jantung kongestif

Manifestasi pada gagal jantung kongestif adalah terjadinya *kardiomegali*, dan *regurgitasi katup mitral/trikuspid sekunder*. Penurunan otot *skelet* bisa substansial dan menyebabkan *fatigue*, kelelahan dan kelemahan (Armiaty 2018).

e. **Klasifikasi Penyakit Gagal Jantung Kongestif**

New York Heart Assosiation/NYHA (2015) membuat klasifikasi fungsional CHF dalam 4 kelas yaitu :

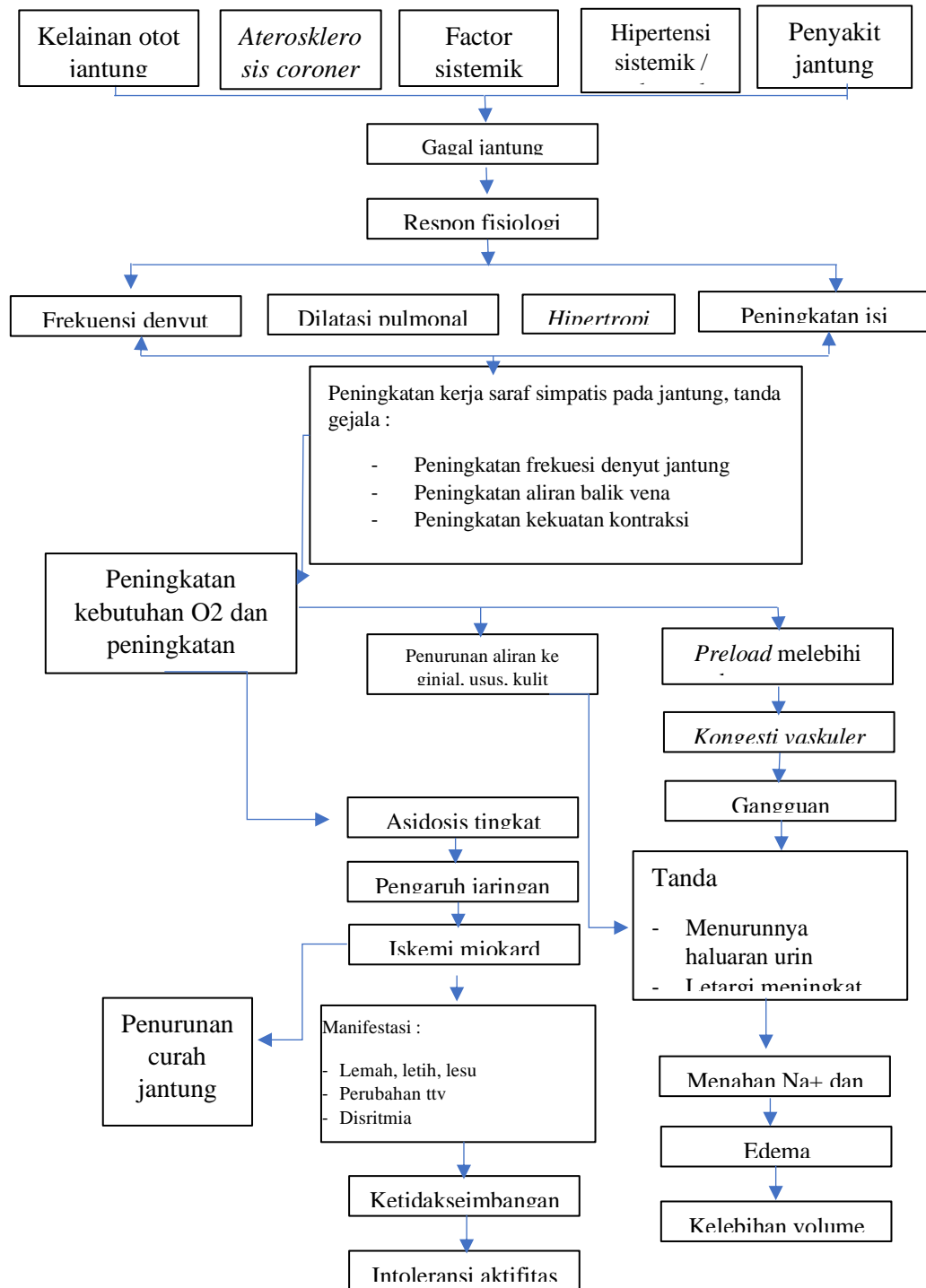
- 1) Kelas I : bila pasien dapat melakukan aktivitas berat tanpa keluhan
- 2) Kelas II : bila pasien tidak dapat melakukan aktivitas lebih berat dari aktivitas sehari – hari tanpa keluhan.
- 3) Kelas III : bila pasien tidak dapat melakukan aktivitas sehari – hari tanpa keluhan
- 4) Kelas IV : bila pasien sama sekali tidak dapat melakukan aktivitas apapun dan harus tirah baring.

f. **Patofisiologi Penyakit Gagal Jantung Kongestif**

Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kontraktilitas jantung, sehingga darah yang

dipompakan menurun dan menyebabkan penurunan darah ke seluruh tubuh, apabila suplai darah tidak lancar pada paru-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan di paru-paru yang dapat menurunkan pertukaran oksigen dan karbondioksida antara udara dan darah di paru-paru, sehingga oksigenasi dalam arteri berkurang dan terjadi peningkatan kadar karbondioksida yang dapat membuat asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan gejala sesak napas (*dyspnea*) dan sesak napas saat berbaring (*orthopnea*). Hal itu dapat terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru. Berkurangnya suplai darah di daerah otot dan kulit akan menyebabkan kulit menjadi pucat dan dingin serta timbul gejala lain seperti lemah, letih, dan lesu (Smelzer & Bare, 2013).

Pathway penyakit Gagal Jantung Kongestif



Bagan 1

Pathway Gagal Jantung Kongestif

(Huddak & Gallo, 2010 ; Smelzer & Bare, 2002).

g. Pemeriksaan Diagnostik Penyakit Gagal Jantung Kongestif

1) EKG:

a. Temuan non-spesifik

Mengetahui *hipertrofi atrial* atau *ventrikuler*, *infark*,
penyimpanan *aksis*, *iskemia* dan kerusakan pola.

b. Petunjuk penyebab gagal jantung

Mengetahui gelombang Q pada *infark miokard* dan LVH
pada *stenosis aorta*.

2) Sinar-X:

a. Kardiomegali terutama pada kasus yang berat dan kronis.

b. Perubahan kongestif vena pulmonal yang hadir terutama pada
CHF akut.

c. Pasien dengan CHF mungkin tidak menunjukkan kongesti paru.

d. Terkadang bilateral atau efusi selaput dada kanan.

3) Dua-dimensi Echo dan studi Doppler:

a. Konfirmasi diagnosis gagal jantung.

b. Fraksi ejeksi dan dilatasi ventrikel kiri tertekan.

c. Gerakan abnormalitas dinding ventrikel kiri.

d. Deteksi kelainan katup, *efusi perikardial*, dan *intrakardial shunt*.

4) Kateterisasi Jantung:

Mendeteksi keberadaan dan luasnya penyakit *arteri coroner* pada beberapa pasien yang dipilih.

h. Komplikasi Gagal Jantung Kongestif

Komplikasi yang terjadi pada pasien CHF ,yaitu:

1) *Hepatomegali*

Hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan atas abdomen terjadi akibat pembesaran vena di hepar merupakan manifestasi dari kegagalan jantung.

2) *Asites*

Proses hepatomegali yang berkembang, menyebabkan tekanan dalam pembuluh portal meningkat, sehingga cairan terdorong keluar rongga abdomen, yaitu suatu kondisi yang dinamakan *asites*. Pengumpulan cairan dalam rongga abdomen ini dapat menyebabkan tekanan pada diafragma dan *distres* pernapasan.

3) Edema paru

Kasus pada gagal jantung kiri, darah dari atrium kiri ke ventrikel kiri mengalami hambatan, sehingga atrium kiri dilatasi dan *hipertrofi*. Aliran darah dari paru ke atrium kiri terbandung.

Akibatnya tekanan dalam vena pulmonalis, kapiler paru dan arteri pulmonalis meninggi. Bendungan terjadi juga di paru yang akan menyebabkan edema paru (Aspiani, 2014).

i. Penatalaksanaan Gagal Jantung Kongestif

Penatalaksanaan pada pasien dengan gagal jantung terbagi menjadi terapi farmakologis dan terapi non farmakologis.

1) Terapi farmakologis

a. Terapi digitalis

Terapi digitalis yang digunakan untuk meningkatkan kontraktilitas (inotropik), memperlambat frekuensi ventrikel, peningkatan efisiensi jantung dan menyembuhkan edema pada ekstermitas. *Digoxin* meningkatkan kontraktilitas. Obat ini tidak digunakan untuk kegagalan diastolic yang dibutuhkan pengembangan ventrikel untuk relaksasi, *hidralazin* menurunkan *afterload* pada disfungsi sitolik, *isobarbide dinitrat* mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik, hindari vasodilator pada disfungsi sistolik, *Calcium Channel Blocker* untuk kegagalan diastolic, meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel (jangan dipakai pada CHF kronik). *Beta Blocker* sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard, digunakan pada disfungsi diastolic untuk mengurangi *heart rate* mencegah *iskemi miokard*, menurunkan TD, hipertofi ventrikel kiri. (Kabo, 2013)

b. Terapi *diuretic*

Diberikan untuk memacu ekskresi natrium dan air melalui ginjal. Penggunaan harus hati-hati karena efek sampingnya *hiponatremia* dan *hipokalemia*. Adapun obatnya adalah: *thiazide diurestics* untuk CHF sedang, *loop diuretic*, *metolazon* (kombinasi dari *loop diuretic* untuk meningkatkan pengeluaran cairan), *kalium-sparing diuretic*.

c. Terapi nitrat dan vasodilator

Penggunaan nitrat dapat memvasodilatasi perifer, jantung, pada peningkatan curah jantung lanjut, penurunan *pulmonary artery wedge pressure* (pengukuran yang menunjukkan derajat kongesti vaskular pulmonal dan beratnya gagal ventrikel kiri), serta penurunan konsumsi oksigen miokard.

d. Inotropik positif

1) *Dopamin*

Pada dosis kecil ($1-2\mu\text{kg}/\text{menit}$), dopamin mendilatasi pembuluh darah ginjal, sehingga menghasilkan peningkatan pengeluaran urine pada dosis $2-10\mu\text{kg}/\text{menit}$. Dopamin meningkatkan curah jantung melalui peningkatan kontraktilitas jantung (efek- β) dan meningkatkan tekanan darah melalui vasokonstriksi (efek α -adrenergik).

2) *Dobutamin*

Pada dosis 2,5-20 μ /kg/menit dobutamin adalah suatu obat simpatometik yang dapat meningkatkan kontraksi miokardium dan meningkatkan denyut jantung. Dobutamin merupakan indikasi pada keadaan syok apabila ingin didapatkan perbaikan curah jantung dan kemampuan kerja jantung.

2) Terapi non farmakologis

a. Diet rendah garam

Pembatasan *natrium* untuk mencegah, mengontrol dan mengurangi edema.

b. Membatasi cairan

Mengurangi beban jantung dan menghindari kelebihan volume cairan dalam tubuh.

c. Mengurangi berat badan

Merubah gaya hidup untuk mengurangi makan yang berkolesterol.

d. Menghindari alkohol

e. Mengurangi aktifitas fisik

Kelebihan aktifitas fisik dapat memperberat kerja jantung sehingga perlu dibatasi (Aspiani, 2014).

2.1.2 Konsep *Self Care*

a. Pengertian *Self Care*

Furze, Donnison dan Lewin menyebutkan *Self care* adalah suatu proses kognitif yang aktif dimana seseorang berupaya untuk mempertahankan kesehatan atau mengatasi penyakitnya (Armiaty 2018). *Self care* diartikan sebagai wujud perilaku seseorang dalam menjaga kehidupan, kesehatan, perkembangan dan kehidupan di sekitarnya (Verstraeten, Mark, & Sitskoorn, 2016). Riegel, Lee, Dickson dan Carlson menyebutkan, *self care* pada pasien gagal jantung didefinisikan sebagai suatu proses pengambilan keputusan secara aktif yang memengaruhi tindakan dalam menjaga stabilitas fisiologis (*maintenance*), mengarahkan pengelolaan gejala (*management*), dan keyakinan terhadap *self care* yang dilakukan (*confidence*) (Andreas & Ali 2021).

Penulis menyimpulkan *Self Care* merupakan proses aktif seseorang dalam melakukan kegiatan untuk memenuhi stabilitas fisik, pengelolaan gejala, keyakinan dan kebutuhan dalam mempertahankan kehidupan sebagai wujud menjaga kesehatan, perkembangan dalam kehidupan di sekitarnya.

b. Dimensi *Self Care*

Riegel et al (2004) membagi *self care* dalam 3 kelompok pada pasien gagal jantung yang meliputi:

1) *Self care maintenance*

Meliputi pengobatan terapi, diet rendah garam, aktifitas fisik yang teratur, memonitoring berat badan setiap hari, berhenti merokok, dan menghindari alkohol.

2) *Self care management*

Meliputi upaya untuk mempertahankan kesehatan dengan mengatur aktifitas yaitu dapat mengenal perubahan yang terjadi misalnya edema, dapat mengambil keputusan yang tepat untuk penanganan, melaksanakan pengobatan, dan mengevaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.

3) *Self care confidence*

Meliputi kepercayaan diri klien dalam mengikuti semua petunjuk tentang perasaan bebas dari gejala penyakit, petunjuk pengobatan, mengenal secara dini perubahan yang terjadi, melakukan sesuatu untuk mengatasi gejala penyakit, mampu mengevaluasi keberhasilan dalam menjalani tindakan yang telah dilakukan.

c. ***Self Care Pada Pasien Congestive Heart Failure (CHF)***

Pada pasien dengan penyakit kronis seperti CHF, *self care* sangat penting. Perubahan kondisi kronis terhadap kesehatan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien. Hal ini terkait dengan pengalaman pasien menderita penyakit gagal jantung yang akan berdampak pada perubahan gaya hidup dan secara langsung

berpengaruh terhadap kemampuan *self care* dan kualitas hidup pasien (Smeltzer & Bare, 2013). Saelan (2021), menyebutkan *self care* pada pasien CHF biasanya melibatkan adaptasi perilaku. Pasien mungkin perlu mempelajari perilaku baru, seperti mempelajari cara memantau dan mengelola gejala dan rejimen medis yang kompleks. Pasien mungkin juga perlu menghindari atau berhenti merokok, beradaptasi dalam perubahan diet misalnya membatasi asupan natrium, kolesterol dan cairan mereka dan mempertahankan misalnya berolahraga secara teratur dan pengaturan ulang cairan sesuai dengan gejala klinis dan profil status penyakit.

d. Faktor Prediktor *Self Care* Pada *Congestive Heart Failure*

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

1. Usia

Usia adalah faktor prediktor yang penting pada *self care*. Semakin bertambahnya usia maka besar probabilitas terjadi penurunan kemampuan belajar dan melakukan aktivitas dimana hal tersebut merupakan dasar dari perlakuan *self care* pada pasien terutama dengan penyakit kronis yang salah satunya adalah gagal jantung, hal ini sebagai akibat dari penurunan fungsi sensori.

2. Jenis kelamin

Beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan *self care* pada pria dan wanita, diantaranya adalah pengetahuan dan status fungsional.

3. Tingkat Pendidikan

Tingkat pengetahuan memiliki pengaruh besar terhadap kemampuan *self care* dan kepatuhan pasien gagal jantung pada pengobatan, dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi pasien akan lebih mudah untuk memahami informasi yang diberikan dan mengenal status kesehatannya termasuk kondisi dan manifestasi klinis yang dirasakan akibat penyakit gagal jantung yang diderita. Tingkat pendidikan juga sangat menentukan kemampuan pasien dalam pengambilan keputusan terhadap tindakan dan pengobatan yang akan diberikan.

4. Penghasilan

Penghasilan sangat erat kaitannya dengan status ekonomi pasien. Penghasilan yang rendah cenderung membuat pasien mengalami kesulitan dalam beberapa aspek *self care*, diantaranya adalah terkait dengan kepatuhan terhadap diet dan program terapi yang diberikan, hal ini disebabkan karena penghasilan menjadi faktor pendukung dalam melaksanakan *self care* dalam program diet dan terapi mengingat beberapa

sdm tidak tersedia secara gratis dan perlu dibeli (Adeleida 2013).

5. Derajat Keparahan / Kelas Penyakit

Klasifikasi *New York Heart Association* / NYHA, merupakan paduan dalam melihat derajat keparahan penyakit, klasifikasi ini didasarkan pada gejala yang dialami pasien sesuai dengan tingkatan aktifitas fisik yang dijalani pasien. Status fungsional yang buruk seperti klasifikasi NYHA III dan IV akan memberikan efek yang kurang baik pada kemampuan *self care* pasien (Adeleida, 2013).

e. Alat Ukur *Self Care*

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur *self care* yaitu *self care of heart failure index*, yang dikembangkan oleh Riegel, Carlson dan Glaser (2000). Kemudian direvisi ulang pada tahun 2004 oleh Riegel, Carlson, Sebern, Hicks dan Roland. Uji validitas dan reliabilitas telah dilakukan, hasil uji validitas pada kuisioner *self care* menunjukkan tidak ditemukan item pertanyaan yang memiliki nilai $r < 0.3$ dengan demikian seluruh pertanyaan dinyatakan valid, hasil uji reliabilitas dengan *formula Cronbach alpha*, menunjukkan hasil *Cronbach alpha* : 0,965. Hal ini menunjukkan bahwa kuisioner reliabel untuk mengukur *self care*.

f. Instrumen penelitian *Self Care* pada pasien CHF

Instrumen *self care* mengacu pada poin poin penting *self care* yang bersisi 20 pertanyaan dari 3 dimensi, item pertanyaan no 5 pada *self care maintenance* (membuat janji dengan dokter atau perawat) dikeluarkan karena tidak sesuai pilihan jawaban secara umum pada dimensi ini, dan dilakukan penggabungan item pertanyaan nomor 4 dan 7 (melakukan Latihan fisik 30 menit) untuk mengurangi pengulangan pertanyaan yang serupa, kuisioner terdiri atas *self care maintenance* dengan *skoring* (1= tidak pernah, 2 = kadang – kadang, 3= sering, 4 = selalu), *self care management* dengan *scoring* (1 = tidak cepat mengenali, 2 = agak cepat mengenali, 3 = cepat mengenali dan 4 = sangat cepat mengenali) dan *self care confidence* dengan *skoring* (1 = tidak yakin, 2 = agak yakin, 3 = yakin dan 4 = sangat yakin). Rentang skor 0-50 dan 50-80 dengan hasil pengukuran *self care* berdasarkan skor total skor ≥ 50 : *self care* baik, skor < 50 : *self care* buruk. Instrument ini dinilai menggunakan skala *likert* yang disesuaikan dengan masing- masing dimensi, skor tinggi yang dicapai melalui pengukuran ini menunjukkan bahwa kemampuan *self care* pasien sangat baik.

2.1.3 Konsep Dasar Kualitas Hidup

a. Pengertian Kualitas Hidup

Menurut *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQoL Group) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi

individu dari posisi individu dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana individu hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran. Kualitas hidup adalah konsep yang luas mulai terpengaruh dengan cara yang kompleks dengan kesehatan fisik individu, keadaan psikologis, keyakinan pribadi, hubungan sosial dan hubungan individu dengan fitur penting dari lingkungan individu.

Kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dari individu terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dialaminya (Urifah, 2013). Cohan dan Lazarus menyebutkan kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi (Handini, 2013)

Penulis menyimpulkan kualitas hidup adalah perspektif suatu individu terhadap kondisi dan posisinya dalam kehidupan dari aspek fisik, psikologis, sosial, budaya, dan lingkungan yang berkaitan dengan tujuan dan harapan dalam suatu konsep yang luas, yang menggambarkan keunggulan individu dari tujuan hidupnya.

b. Aspek Kualitas Hidup

Aspek kualitas hidup berdasarkan skala kualitas hidup dari WHO yang disebut dengan (WHOQOL-BREF) terbagi dalam domain/aspek, yaitu :

1) Keadaan fisik (*physical*)

Kesehatan fisik dalam hal ini merupakan penggambaran dari kepuasan individu terhadap kesehatan fisiknya, yang dicakup dalam tingkat energi dan kelelahan (*energy and fatigue*), rasa sakit dan ketidak nyamanan (*pain and discomfort*), dan lama waktu untuk tidur dan beristirahat (*sleep and rest*).

2) Keadaan psikologi (*psychological*)

Adalah persepsi individu terhadap keadaan dirinya yang meliputi, gambaran diri dan penampilan (*bodily and appearance*), seberapa sering seseorang memiliki perasaan yang negatif seperti sedih, dan marah (*negative felly*), perasaan positif (*positive felly*), gambaran tentang kepuasan terhadap diri (*self esteem*), dan mengenai kemampuan seseorang dalam berfikir, belajar, mengingat dan berkonsentrasi (*thinking, learning, memory and concentration*).

3) Hubungan sosial (*social relationship*)

Merupakan kemampuan individu dalam bergaul yang meliputi, hubungan personal antara individu dengan orang disekitarnya (*personal relationship*), dukungan yang didapat individu dari lingkungan sosialnya (*social support*), dan aktivitas seksual (*sexual activity*)

4) Hubungan dengan lingkungan (*Environment*)

Menunjukkan tentang keadaan disekitar kehidupan individu yang meliputi, sumberdaya keuangan/ kemampuan finansial yang dimiliki individu (*financial resources*), kebebasan individu, keselamatan fisik dan keamanan yang dimiliki individu (*freedom, safety physical and security*), ketersediaan akses dan kualitas fasilitas kesehatan dan sosial (*health and social care : accessibility and quality*), keadaan lingkungan sekitar rumah (*home environment*), keterampilan dan kesempatan untuk memperoleh informasi baru (*opportunities for acquiring new information and skill*), partisipasi dalam kegiatan rekreasi dan olahraga (*participation in and opportunities for recreation/leisure*), kesehatan lingkungan seperti polusi, kebisingan, lalu lintas dan iklim (*physical environment (pollution/noise/traffic/cimate)*), dan ketersediaan sarana transportasi di lingkungan sekitar tempat tinggal individu (*transport*).

c. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Kumar dan Majumdar (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah:

a. Usia

Usia sangat mempengaruhi kualitas hidup individu, karena individu yang semakin tua akan semakin turun kualitas hidupnya. Semakin bertambahnya usia, munculnya rasa putus asa akan terjadinya hal-hal yang lebih baik dimasa yang akan datang.

b. Pendidikan

Pendidikan juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu.

c. Status Pernikahan

Individu yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah. Pasangan yang menikah akan merasa lebih bahagia dengan adanya pasangan yang selalu menemaninya.

d. Keluarga

Keluarga juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Individu yang memiliki keluarga yang utuh dan harmonis akan lebih tinggi kualitas hidupnya. Keluarga dapat

memberikan dukungan dan kasih sayang untuk meningkatkan kualitas hidup

d. Konsep Kualitas Hidup Pada Pasien *Congestive Heart Failure*

Furze, Donnison, & Lewin (2008) menyebutkan kualitas hidup pasien gagal jantung dipengaruhi oleh beratnya gejala yang timbul. Semakin berat suatu gejala maka semakin berkurang kemampuan fungsional pasien, oleh karena itu pasien dengan penyakit kronis seperti gagal jantung mengharapkan terjadi peningkatan harapan dan kualitas hidup sehingga memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan fungsi yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari (Armiaty,2018).

e. Alat Ukur Kualitas Hidup Pasien *Congestive Heart Failure*

Alat ukur yang digunakan untuk menilai kualitas hidup pasien *Congestive Heart Failure* adalah *Minnesota Living With Heart Failure Quisioner*. Uji reliabilitas dilakukan dengan *formula Cronbach alpha*, didapatkan hasil *Cronbach alpha* = 0,954, menunjukkan bahwa kuisioner *reliabel* untuk mengukur kualitas hidup pada pasien CHF (Yuliana,2013).

Pertama kali dipublikasikan oleh rector, kubo & kohn (1987) yang bertujuan untuk mengetahui efek dan kualitas hidup pada pasien CHF. Dikembangkan kedalam 4 dimensi yaitu kualitas

hidup fisik, sosial, mental, emosional, dengan perhitungan skala *likert* dengan skoring (1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering dan 4 = selalu).

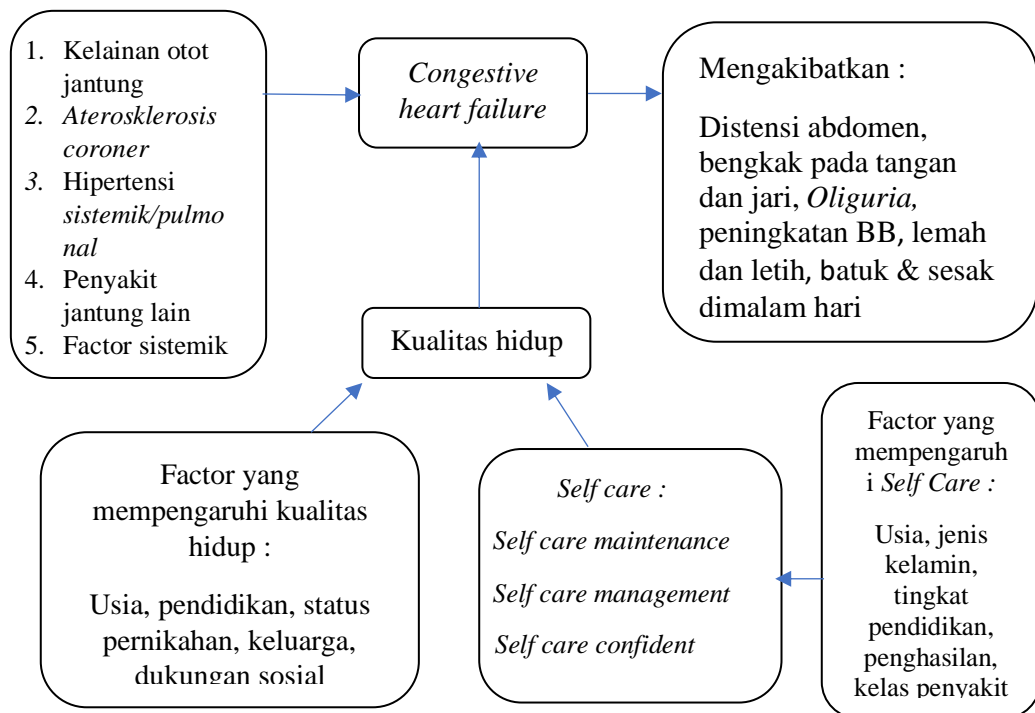
f. Instrument penelitian Kualitas Hidup Pasien CHF

Instrumen kualitas hidup CHF telah dilakukan uji validitas dilakukan dan ditemukan 1 item pertanyaan yaitu nomor 10 (pertanyaan mengenai aktivitas seksual) menunjukkan nilai $r < 0,3$ yang menunjukkan bahwa item ini tidak homogen sehingga dikeluarkan dari kuisisioner.

Hasil skor penilaian dinyatakan dalam kategorik. Kuisisioner total terdiri dari 21 item pertanyaan dengan pengeluaran 1 item tidak valid sehingga terdiri atas 20 pertanyaan, dengan skoring ≥ 50 : kualitas hidup rendah, < 50 : kualitas hidup tinggi.

2.2 Kerangka Teori

Merupakan gambaran dari teori yang telah disusun pada tinjauan pustaka yang berisi hubungan antara variabel dengan teori yang telah disusun sebagai landasan dasar dalam penelitian. (Siyoto & Sodik, 2015).



Bagan 2 Kerangka Teori

(Kumar & Mamjudar, 2014; Smeltzer & Bare, 2010; Riegel et al, 2004; Igtanavius & Workman,2010)