

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Gagal Jantung Kongestif**

##### **2.1.1 Definisi Gagal Jantung Kongestif (CHF)**

Gagal jantung adalah keadaan patofisiologik yang mana jantung sebagai pompa tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk metabolisme jaringan. Ciri-ciri yang penting dari definisi ini adalah definisi gagal relatif terhadap kebutuhan metabolic tubuh sedangkan penekanan arti gagal ditujukan pada fungsi pompa jantung secara keseluruhan. Gagal jantung diartikan sebagai ketidakmampuan jantung untuk memompa darah dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan jaringan terhadap oksigen sehingga metabolisme mengalami penurunan (Bachrudin M., 2016).

*Congestive Heart Failure*/gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk mempertahankan curah jantung yang adekuat guna memenuhi kebutuhan metabolic dan kebutuhan oksigen pada jaringan meskipun aliran balik vena adekuat (American Heart Association, 2014).

Gagal jantung merupakan suatu keadaan patofisiologis adanya kelainan fungsi jantung yang berakibat jantung gagal mempertahankan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Gagal jantung kongestif adalah keadaan ketika jantung tidak mampu lagi memompakan darah secukupnya dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi tubuh untuk keperluan metabolisme jaringan tubuh

pada kondisi tertentu, sedangkan tekanan pengisian ke dalam kung talam jantung (Aspiani, 2014).

Gagal jantung adalah kumpulan gejala yang kompleks dimana seorang pasien harus memiliki tampilan berupa: Gejala gagal jantung (nafas pendek yang tipikal saat istirahat atau saat melakukan aktivitas disertai/tidak kelelahan); tanda retensi cairan (kongesti paru atau edema pergelangan kaki) adanya bukti objektif dari gangguan struktur atau fungsi jantung saat istirahat (Siswanto, 2015)

### **2.1.2 Etiologi Gagal Jantung Kongestif**

Ada beberapa etiologi/penyebab dari gagal jantung:

a. Kelainan otot jantung

Gagal jantung sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, disebabkan menurunnya kontraktilitas jantung, kondisi yang mendasari penyebab kelainan fungsi otot mencakup aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit degeneratif atau inflamasi.

b. 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. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif, berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi yang secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

c. Hipertensi Sistemik atau Pulmonal

Meningkatnya beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertropi serabut otot jantung.

d. Peradangan dan penyakit miokardium degenerative

Sangat berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun.

e. Penyakit jantung lain

Gagal jantung dapat terjadi sebagai akibat penyakit jantung yang sebenarnya, yang secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (stenosis katup semiluner), ketidakmampuan jantung untuk mengisi darah, peningkatan mendadak *afterload*.

f. Faktor iskemik

Terdapat sejumlah faktor yang berperan dalam perkembangan dan beratnya gagal ginjal. Meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalita elektrolit dapat menurunkan kontraktilitas jantung (Kasron, 2016).

### 2.1.3 Klasifikasi Gagal Jantung Kongestif

Menurut Kasron (2016), gagal jantung di klasifikasikan menjadi 3, yaitu:

a. Gagal Jantung Akut-Kronik

- 1) Gagal jantung akut terjadinya secara tiba-tiba, ditandai dengan penurunan kardiak output dan tidak adekuatnya perfusi jaringan.

- 2) Gagal jantung kronik terjadinya secara perlahan ditandai dengan penyakit jantung iskemik, penyakit paru kronis.
- b. Gagal Jantung Kanan-Kiri
- 1) Gagal jantung kiri terjadi karena ventrikel gagal untuk memompa darah secara adekuat.
  - 2) Gagal jantung kanan, disebabkan peningkatan tekanan pulmo akibat gagal jantung kiri yang berlangsung cukup lama.
- c. Gagal Jantung Sistolik-Diastolik
- 1) Sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah.
  - 2) Diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah (Kasron, 2016)

Adapun Klasifikasi gagal jantung menurut NHYA (2016) sebagai berikut:

- a. Kelas I: Tidak ada pembatasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan yang berarti. Gejala yang muncul: palpitasi (jantung berdebar tidak teratur) dan *dyspnea* (sesak nafas).
- b. Kelas II: Sedikit keterbatasan terhadap aktivitas fisik tetapi nyaman saat istirahat. Aktivitas biasa dapat menyebabkan kelelahan, palpitasi, dan *dyspnea*.
- c. Kelas III: Ditandai dengan pembatasan aktivitas fisik, nyaman saat istirahat. Sedikit aktivitas dapat menyebabkan kelelahan, palpitasi, *dyspnea*.
- d. Kelas IV: Tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa ketidaknyamanan. Jika aktivitas fisik dilakukan ketidaknyamanan akan meningkat.

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis Gagal Jantung Kongestif

Manifestasi klinis gagal jantung harus dipertimbangkan terhadap derajat latihan fisik yang dapat menyebabkan timbulnya gejala. Pada awalnya, secara khas gejala hanya muncul saat melakukan aktivitas fisik. Namun, semakin berat kondisi gagal jantung, semakin menurun toleransi terhadap latihan, dan gejala muncul lebih awal dengan aktivitas yang lebih ringan.

Dampak dari curah jantung dan kongesti yang terjadi pada sistem vena atau sistem pulmonal antara lain:

- a. Sesak saat beraktivitas
- b. Sesak saat berbaring dan membaik dengan melakukan elevasi kepala menggunakan bantal (ortopnea)
- c. Sesak di malam hari (proxysmal nocturnal dyspnea)
- d. Sesak saat beristirahat
- e. Nyeri dada dan palpitasi
- f. Anoreksia
- g. Mual, kembung
- h. Penurunan berat badan
- i. Letih, lemas
- j. Oliguria/nokturia
- k. Gejala otak bervariasi mulai dari ansietas hingga gangguan memori dan konfusi (Asikin et al., 2016).

### 2.1.5 Patofisiologi Gagal Jantung Kongestif

Fungsi jantung sebagai sebuah pompa diindikasikan oleh kemampuannya untuk memenuhi suplai darah yang adekuat keseluruhan bagian tubuh, baik dalam keadaan istirahat maupun saat mengalami stress fisiologik.

Mekanisme fisiologis yang menyebabkan gagal jantung meliputi keadaan-keadaan:

a. *Preload* (beban awal)

Jumlah darah yang mengisi jantung berbanding langsung dengan tekanan yang ditimbulkan oleh panjangnya regangan serabut jantung.

b. Kontraktilitas

Perubahan kekuatan kontriksi berkaitan dengan panjangnya regangan serabut jantung.

c. *Afterload* (beban akhir)

Besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untuk memompa darah melawan tekanan yang diperlukan oleh tekanan arteri.

Pada keadaan gagal jantung, bila salah satu atau lebih dari keadaan diatas terganggu, menyebabkan curah jantung menurun, meliputi keadaan yang menyebabkan *preload* meningkat contoh regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Menyebabkan *afterload* meningkat yaitu pada keadaan stenosis aorta dan hipertensi sistemik. Kontraktilitas miokardium dapat menurun pada infark miokardium dan kelainan otot jantung.

Adapun mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi menurunnya kemampuan kontraktilitas jantung, sehingga darah yang dipompa pada setiap

konstriksi menurun dan menyebabkan penurunan darah keseluruh tubuh. Apabila suplai darah yang kurang ke ginjal akan mempengaruhi mekanisme pelepasan renin-angiotensin dan akhirnya terbentuk angiotensin II mengakibatkan transangnya sekresi aldosteron dan menyebabkan retensi natrium dan air, perubahan tersebut meningkatkan cairan ekstra-intravaskuler sehingga terjadi ketidakseimbangan volume cairan dan tekanan selanjutnya terjadi edema. Edema perifer terjadi akibat penimbunan cairan dalam ruang interstisial. Proses ini timbul masalah seperti nokturia dimana berkurangnya vasokonstriksi ginjal pada waktu istirahat dan juga redistribusi cairan dan absorpsi pada waktu berbaring. Gagal jantung berlanjut dapat menimbulkan asites, dimana asites dapat menimbulkan gejala-gejala gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia.

Apabila suplai darah tidak lancar diparu-paru (darah tidak masuk ke jantung), menyebabkan penimbunan cairan diparu-paru yang dapat menurunkan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> antara udara dan darah diparu-paru. Sehingga oksigenisasi arteri berkurang dan terjadi peningkatan CO<sub>2</sub>, yang akan membentuk asam di dalam tubuh. Situasi ini akan memberikan suatu gejala sesak napas (*dyspnea*), ortopnea (*dyspnea* saat berbaring) terjadi apabila aliran darah dari ekstremitas meningkatkan aliran balik vena ke jantung dan paru-paru.

Apabila terjadi pembesaran vena dihepar mengakibatkan hepatomegali dan nyeri tekan pada kuadran kanan. Suplai darah yang didaerah otot dan kulit, menyebabkan kulit menjadi pucat dan dingin serta timbul gejala letih, lemah, lesu (Kasron, 2016).

### 2.1.6 Penatalaksanaan Gagal Jantung Kongestif

Penatalaksanaan Gagal Jantung Kongestif menurut Kasron (2016):

a. Non Farmakologis

- 1) Meningkatkan oksigenasi dengan pemberian oksigen dan menurunkan konsumsi oksigen dengan istirahat yang cukup atau pembatasan aktivitas
- 2) Diet pembatasan natrium (<4gr/hari) untuk menurunkan edema
- 3) Pembatasan cairan (1200-1500cc/hari)
- 4) Olahraga secara teratur
- 5) Menghentikan obat-obatan yang memperparah seperti NSAIDs (golongan obat-obatan untuk meredakan inflamasi dan nyeri) karena efek prostaglandin pada ginjal yang menyebabkan retensi air dan natrium.

b. Farmakologis

- 1) Diuretic bertujuan untuk mengurangi pada disfungsi sistolik dan mengurangi kongesti pulmonal pada disfungsi diastolik.
- 2) ACE inhibitor bertujuan untuk meningkatkan curah jantung dan menurunkan kerja jantung
- 3) Digoxin: meningkatkan kontraktilitas
- 4) Hidralazin: menurunkan *afterload* pada disfungsi sistolik.
- 5) Isobarbide dinitrat: mengurangi *preload* dan *afterload* untuk disfungsi sistolik.



- 6) Calcium Channel Blocker: untuk kegagalan diastolik, meningkatkan relaksasi dan pengisian ventrikel.
- 7) Beta Blocker: sering dikontraindikasikan karena menekan respon miokard. Digunakan pada disfungsi diastolik untuk mengurangi denyut jantung, mencegah iskemi miokard, menurunkan tekanan darah, hipertrofi ventrikel kiri (Kasron, 2016).

### **2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik**

#### **a. EKG**

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

#### **b. Tes laboratorium darah**

Enzim hepar meningkat dalam gagal jantung.

#### **c. Radiologi**

- 1) Sonogram Ekokardiogram, dapat menunjukkan pembesaran bilik perubahan dalam fungsi struktur katup, penurunan kontraktilitas ventrikel.
- 2) Scan Jantung: Tindakan penyuntikan fraksi dan memperkirakan gerakan dinding.
- 3) Rontgen Dada: Menunjukkan pembesaran jantung. Bayangan mencerminkan dilatasi atau hipertrofi bilik atau perubahan dalam pembuluh darah atau peningkatan tekanan pulmonal (Kasron, 2016).

## **2.2 Kualitas Hidup**

### **2.2.1 Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup (Quality of life) merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang di alami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada (Nursalam, 2020).

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* atau WHOQOL dapat diartikan sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan dimana dalam konteks budaya dan sistem nilai mereka memiliki suatu tujuan, harapan serta standar dalam hidup (World Health Organization, 2018).

Kualitas hidup adalah sebuah persepsi setiap individu dimana posisi hidupnya dinilai dengan cara mereka hidup yang berkaitan akan tujuan hidupnya, harapan hidupnya, dan standar hidupnya (Adebayo et al., 2017).

Kualitas hidup adalah suatu persepsi yang bersifat subjektif dari setiap individu yang akan berhubungan dengan setiap efek kondisi klinis atau jenis perawatannya dalam kehidupan sehari-hari setiap individu subjek ualitas hidup juag bisa diartikan suatu kondisi bersifat dimana akan hanya dapat ditentukan dari pandangan dari semua aspek sebuah kehidupan seseorang secara holistik (Saida et al., 2020).

### 2.2.2 Aspek – Aspek Kualitas Hidup

Terdapat 4 domain yang menjadi parameter dalam penilaian kualitas hidup penilaian kualitas hidup dengan domain ini disebut dengan WHOQOL-BREF.

Empat domain utama tersebut meliputi:

- a. Kesehatan Fisik
  1. Kegiatan kehidupan sehari – hari
  2. Ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis
  3. Energi dan kelelahan
  4. Mobilitas
  5. Rasa sakit dan ketidaknyamanan
  6. Tidur dan istirahat
  7. Kapasitas kerja
- b. Kesehatan Psikologis
  1. Bentuk dan tampilan tubuh
  2. Perasaan negatif
  3. Perasaan positif
  4. Penghargaan diri
  5. Spiritualitas agama atau keyakinan pribadi
  6. Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi
- c. Hubungan Sosial
  1. Hubungan pribadi
  2. Dukungan sosial
  3. Aktivitas seksual

d. Hubungan dengan lingkungan

1. Sumber daya keuangan
2. Kebebasan, keamanan dan kenyamanan fisik
3. Kesehatan dan kepedulian sosial: aksesibilitas dan kualitas
4. Lingkungan rumah
5. Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru
6. Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan keterampilan baru
7. Lingkungan fisik (polusi atau kebisingan atau lalu lintas atau iklim)
8. Transportasi

Menurut Bilbao, 2016 (*The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures*) :

a. Fisik

Seperti bengkak pada kaki, sesak nafas, kelalahan pada pasien (gagal jantung terkait kualitas hidup)

b. Sosial

Seperti hubungan personal dan sosial, dukungan sosial, seperti bekerja mencari nafkah, pergi jauh dari rumah, rekreasi, melakukan sesuatu dengan keluarga atau teman, biaya perawatan medis.

c. Emosional

Kemampuan untuk berkonsentrasi dan mengingat, serta perasaan kehilangan kendali diri, konsentrasi dan mengingat, perasaan khawatir dan tertekan (Bilbao, 2016).

### 2.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup pada penderita gagal jantung kongestif, meliputi:

a. Sistem Dukungan

Sistem dukungan dapat berasal dari berbagai pihak seperti lingkungan keluarga, lingkungan masyarakat dan dapat berasal dari sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal dan hunian yang layak serta fasilitas yang memadai yang dapat menunjang jalannya kehidupan.

Individu yang memiliki keluarga yang utuh dan harmonis akan lebih tinggi kualitas hidupnya. Dikarenakan keluarga dapat memberikan dukungan dan kasih sayang untuk meningkatkan kualitas hidup (Kumar, 2014).

b. Usia

Teori yang ada mengatakan bahwa dengan bertambahnya usia, maka akan terjadi perubahan pada fungsi jantung. Pada pasien berusia 40 tahun ke atas yang tidak aktif, pengecilan pada jantung kiri akan terjadi sebagai akibat dari beban kerja yang rendah. Teori lain juga mengatakan bahwa pelebaran dan penurunan elastisitas aorta, peningkatan jaringan ikat, serta kekakuan dan penebalan katup jantung, dapat mengakibatkan terjadinya gagal jantung. Penurunan kualitas hidup yang terjadi pada lansia dikaitkan dengan penurunan fungsi fisiologis pada pasien (Hinkle & Cheever, 2017).

c. Pendidikan

Pasien dengan tingkat pendidikan yang tinggi menunjukkan nilai kualitas hidup yang baik, hal ini disebabkan oleh kepatuhan berobat, kesadaran

terhadap kesehatan, dan pola hidup yang sehat. Faktor risiko dapat dikendalikan dengan lebih baik pada pasien dengan pendidikan tinggi dibandingkan dengan pendidikan rendah. Dengan demikian, kemampuan mereka untuk kembali bekerja jauh lebih baik dibandingkan dengan pasien dengan pendidikan rendah. Kemampuan untuk bekerja menyebabkan peningkatan status sosioekonomi, yang akhirnya dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien (Rangel, 2013).

#### d. Pekerjaan

Pasien gagal jantung yang bekerja memiliki nilai kualitas hidup yang tinggi hal ini menunjukkan bahwa kecemasan, tekanan, dan stress dapat berkurang pada pasien yang bekerja. Pekerjaan juga memiliki pengaruh yang positif terhadap finansial, aktivitas fisik, dan hubungan sosial pasien. Dengan berkomunikasi dan berinteraksi sosial, beban mental yang dimiliki pasien dapat berkurang. Meskipun demikian, suatu studi menemukan bahwa aktivitas fisik yang berlebihan dalam bekerja merupakan salah satu faktor yang dapat mengurangi kualitas hidup pasien (Sawafta & Chen, 2013).

### **2.2.4 Faktor yang Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung**

Menurut Rampengan, (2014) gagal jantung adalah suatu keadaan dimana jantung tidak mampu untuk memompa darah ke seluruh tubuh, sehingga mempengaruhi aliran balik vena dan erat kaitanya dengan kebutuhan metabolisme ke sel-sel tubuh. Semua bentuk penyakit jantung dapat menyebabkan dekomposisi dan kegagalan (Rampengan, 2016). Sedangkan menurut Vellone (2015) perawatan diri yang lebih baik dapat meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Efek

yang lain dapat meningkatkan kualitas hidup keluarga yang merawat pasien dengan gagal jantung, karena menurunkan tingkat stres. Hal ini memberikan efek yang lebih positif pada pasien dan juga keluarga (Vellone, 2015).

Menurut Arestedt, (2013) bahwa dukungan sosial memberikan efek yang signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Dukungan sosial yang diberikan berupa dukungan dari keluarga dan teman-teman selama perawatan di rumah. Karena dukungan dari keluarga dan teman-teman selama perawatan di rumah memberikan efek yang positif dalam meningkatkan perawatan diri pasien (Arestedt, 2013).

Pasien dengan gagal jantung yang dengan gejala simptomatik yang tetap, pengobatan teratur, pengobatan intravena dengan dosis rendah menunjukkan peningkatan kualitas hidup. Sehingga pasien yang disiplin dalam minum obat, teratur dalam kontrol rawat jalan berpengaruh dalam peningkatan kualitas hidup secara bertahap, tetapi tidak berpengaruh kelangsungan hidup jangka panjang (Chernomordik, 2017). Meningkatnya angka penyakit kardiovaskular juga dapat berdampak pada penurunan kualitas hidup pasien, gagal jantung berkaitan erat dengan kemunduran ADL meningkat, dan penurunan kualitas hidup, selain menyebabkan penurunan morbiditas dan mortalitas pada penderita (Demir & Unsar, 2011).

### **2.2.5 Pengukuran Kualitas Hidup**

Kualitas hidup (*Quality of Life*) dapat diukur dengan menggunakan beberapa jenis kuisioner yang meliputi:

a. WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF merupakan instrumen yang dikembangkan oleh *World Health Organization* (WHO). Instrumen ini digunakan untuk menilai kualitas hidup secara umum dan menyeluruh. WHOQOL-BREF ini merupakan pembaharuan atau rangkuman dari instrumen sebelumnya yaitu WHOQOL-100. Pada instrumen WHOQOL-100 terdapat 6 domain yaitu (kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas). Terdapat pembaharuan dengan adanya penggabungan domain 1 dan 3 serta penggabungan domain 4 dan 6. Oleh karena itu terbentuklah instrumen WHOQOL-BREF yang terdiri dari 4 domain utama yaitu (kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan). Instrumen ini terdiri dari dua item yaitu kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan umum. Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dengan satu item yang terdiri dari 24 pertanyaan yang diadopsi dari instrumen WHOQOL-100 (*The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL)-BREF, 2014).

b. KDQOL-SFTM

KDQOL-SFTM merupakan instrumen yang dikembangkan oleh *Research and Development* (RAND) dan Universitas Arizona yang digunakan untuk mengukur *Health Related Quality of Life* (HRQOL) pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani tindakan hemodialisis. Instrumen KDQOL-SFTM ini terdiri dari 24 pertanyaan dimana terdapat rentang nilai/ skor disetiap item pertanyaan. Skor 76-100 termasuk kategori baik, skor 60-75 termasuk kategori sedang dan skor < 60 termasuk kategori buruk (Hays dalam Theofilou, 2013).



c. SF – 36

Kualitas hidup diukur menggunakan instrumen *Short Form* (SF-36). Instrumen ini terdiri dari 36 item pertanyaan meliputi delapan domain, seperti fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peranan emosi, dan kesehatan mental atau psikis.

d. *MLHFQ*

Kualitas hidup pasien gagal jantung diukur dengan menggunakan alat ukur spesifik yang disebut *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) yaitu berupa kuesioner yang berisi pertanyaan-pertanyaan khusus terkait dengan penyakit gagal jantung. Rector, Kubo dan Kohn merupakan orang pertama yang menggunakan *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) untuk mengetahui efek gagal jantung terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung. Kuesioner ini juga pernah digunakan oleh Kaawoan (2012) dalam penelitiannya dengan jumlah pertanyaan sebanyak 20 dengan penilaian menggunakan skala Likert yaitu 1 = tidak pernah, 2 = jarang, 3 = sering dan 4 = selalu. Hasil skor penilaian dinyatakan dalam rentang 20-80 (Bilbao, 2016).

## **2.3 Dukungan Keluarga**

### **2.3.1 Definisi Dukungan Keluarga**

Dukungan keluarga menurut Friedman (2014) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal

yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan. Orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dibandingkan rekannya yang tanpa keuntungan ini, karena dukungan keluarga dianggap dapat mengurangi atau menyangga efek kesehatan mental individu.

Dukungan keluarga adalah bantuan yang dapat diberikan kepada anggota keluarga lain berupa barang, jasa, informasi dan nasihat yang mampu membuat penerima dukungan akan merasa disayang, dihargai, dan tenteram. Dukungan ini merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung akan selalu siap memberi pertolongan dan bantuan yang diperlukan. Dukungan keluarga yang diterima salah satu anggota keluarga dari anggota keluarga yang lainnya dalam rangka menjalankan fungsi-fungsi yang terdapat dalam sebuah keluarga. Bentuk dukungan keluarga terhadap anggota keluarga adalah secara moral atau material. Adanya dukungan keluarga akan berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita dalam menghadapi proses pengobatan penyakitnya (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

### **2.3.2 Bentuk dan Fungsi Dukungan Keluarga**

Friedman (2014) membagi bentuk dan fungsi dukungan keluarga menjadi 4 dimensi yaitu:

#### **a. Dukungan Emosional**

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap

emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional (Friedman, 2014). Dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum, dan istirahat.

c. Dukungan Informasional

Dukungan informasional adalah keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

d. Dukungan Penilaian atau Penghargaan

Dukungan penghargaan atau penilaian adalah keluarga bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian.

### **2.3.3 Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga**

Friedman (2014) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah kelas sosial ekonomi meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas dan otokrasi. Selain itu orang tua dan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah. Faktor lainnya adalah adalah tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan kemungkinan semakin tinggi dukungan yang diberikan pada keluarga yang sakit.

### **2.3.4 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan**

Menurut Donsu (2016) tugas keluarga adalah:

- a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- b. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.
- c. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga.
- e. Pengaturan jumlah anggota keluarga.
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
- g. Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas.
- h. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarga (Donsu, 2016).

### **2.3.5 Hasil Penelitian Dukungan Keluarga Terhadap Kualitas Hidup**

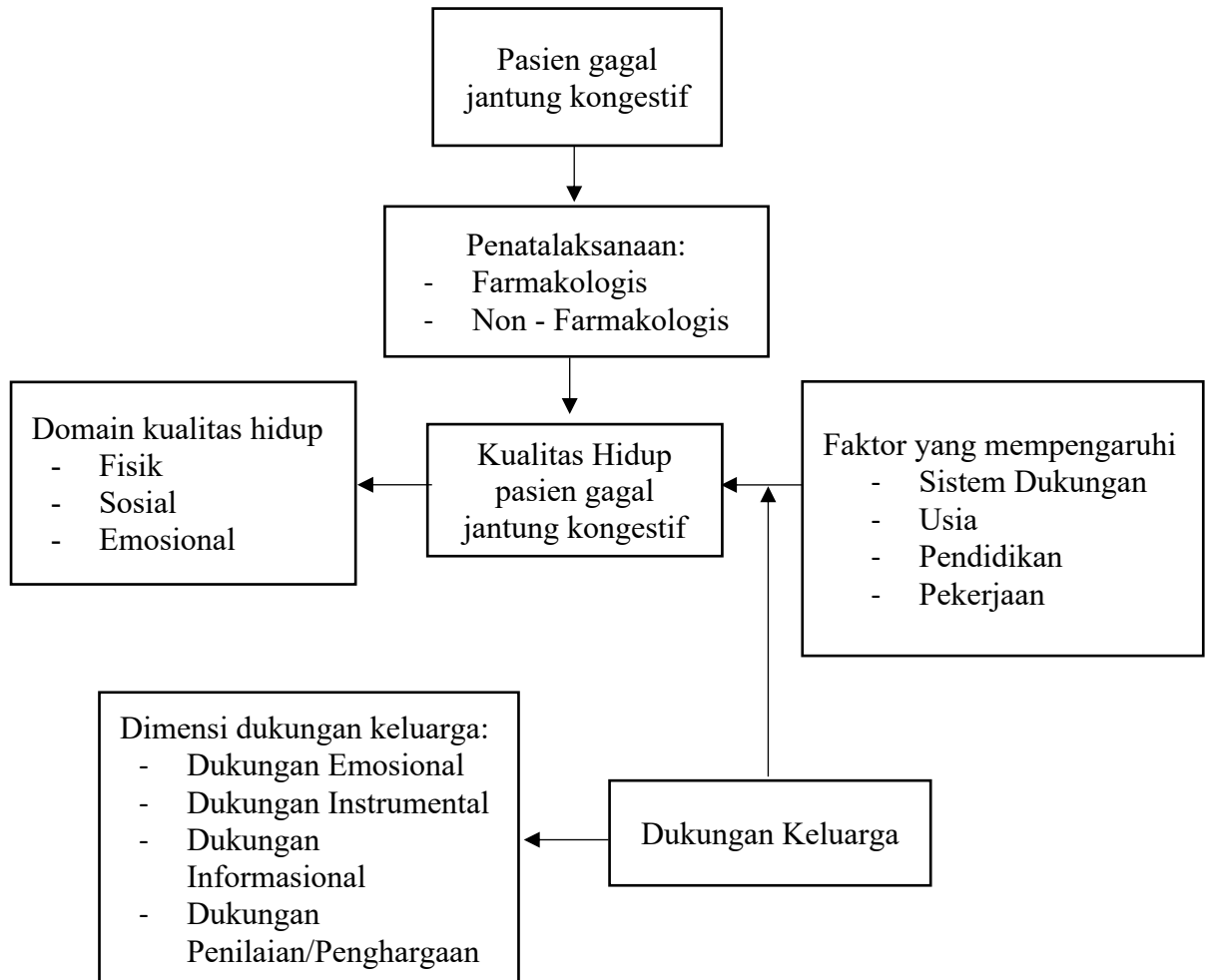
Hasil penelitian Zulmi (2018), didapatkan bahwa dukungan keluarga sebagian besar dalam kategori baik (56,4%). Kualitas hidup pasien gagal jantung yang baik dan buruk sama besar yaitu masing-masing 50,0%. Ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada pasien GJK di Instalasi Elang RSUP Dr. Kariadi Semarang dengan nilai  $r$  sebesar 0,437 dan nilai  $p$  sebesar 0,000 (Zulmi, 2018).

Hasil penelitian Yuliatin (2019), didapatkan rata-rata dukungan keluarga pasien gagal jantung adalah 58,08 termasuk dalam kategori dukungan keluarga tinggi. Nilai rata-rata kualitas hidup responden adalah 65,48 termasuk dalam kategori kualitas hidup baik. Hasil uji statistik korelasi Spearman mempunyai  $p$ -value 0,000 dengan nilai koefisien korelasi sebesar 0,793 yang artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagal jantung dengan tingkat hubungan yang tinggi dan hasil yang positif menunjukkan adanya hubungan yang searah (Yuliatin, 2019).

Hasil penelitian Sari (2021), didapatkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien dengan gagal jantung kongestif. Keadaan ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya Faktor Kesehatan, Ekonomi Sosial, Psikologis serta budaya (Sari, 2021). Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Isma (2019), didapatkan besar presentase pasien dengan dukungan keluarga negatif sebanyak 48 pasien (41,7%). Kepatuhan pengobatan rendah sebanyak 47 pasien (40,9%). Kualitas hidup buruk sebanyak 54 pasien (47,0%). Terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan

dengan nilai  $P = 0,001$  sa  $(0,05)$ . Sementara itu, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup, dibuktikan dengan nilai  $P = 0,133 > \alpha (0,05)$  (Isma, 2019).

## 2.4 Kerangka Teori



Bagan 1  
Kerangka Teori

Sumber: Kasron 2016, Friedman 2003, Nursalam 2020