

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Bab ini akan menjelaskan tentang hasil penelitian dan pembahasan mengenai pengaruh *supportive-educative system* terhadap *activity daily living* (ADL) dan kualitas hidup pada pasien dengan gagal jantung.

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Jamsostek, Ruang Enggang dan Ruang Penyakit Dalam (H) rumah sakit umum daerah Pontianak. Ruang jamsostek merupakan ruang rawat inap kelas dua untuk pasien umum yang memiliki 8 kamar dengan 16 tempat tidur. Ruang Enggang merupakan ruang rawat inap kelas dua yang memiliki 16 kamar dengan 30 tempat tidur. Sedangkan Ruang Penyakit Dalam (H) memiliki 8 kamar dengan 29 tempat tidur.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Barat Nomor 71 Tahun 2008, maka rumah sakit ini ditetapkan menjadi rumah sakit rujukan tertinggi tingkat propinsi dan juga sebagai Lembaga Teknis Daerah (LTD) tipe Kelas B Pendidikan. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor HK.03.05/III/3970/09 tentang penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Soedarso Pontianak Kalimantan Barat ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan.

Dirumah sakit setiap pasien yang dirawat diberikan *discharge planning* sebelum pulang, *discharge planning* merupakan format yang telah dirancang didalam pelayanan kerawatan di rumah sakit. *Discharge planning* diruangan belum ada standar baku untuk pasien gagal jantung, *discharge planning* yang didapatkan responden selama penelitian pada kelompok kontrol, berupa informasi jadwal kontrol dan obat-obatan yang dibawa pulang.

2. Karakteristik Responden Penelitian

Tabel 7 Distribusi Responden Penelitian Berdasarkan Usia, Jenis kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Pengalaman dirawat di rumah sakit (N=34)

	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	F	%	F	%
Usia				
33-45 Tahun	2	11,8	2	11,8
46-58 Tahun	15	88,2	15	88,2
Jenis kelamin				
Laki-laki	12	70,6	13	76,5
Perempuan	5	29,4	4	23,5
Pendidikan				
SD	1	5,9		
SMP	2	11,8	2	11,8
SMA	11	64,7	12	70,6
Perguruan Tinggi	3	17,6	3	17,6
Pekerjaan				
PNS	4	23,5	2	11,8
Swasta	1	5,9	3	17,6
Wiraswasta	3	17,6	6	35,3
Petani	2	11,8	5	29,4
Lainnya	7	41,2	1	5,9
Pengalaman dirawat dengan gagal jantung				
1	15	88,2	16	94,1
≥ 1	2	11,8	1	6,6 %

Sumber: Data primer 2018

Tabel 7 menunjukkan bahwa karakteristik usia responden terbanyak pada rentang kelompok usia 46 – 50 tahun yaitu kelompok intervensi dan kelompok

kontrol masing-masing sebesar 15 responden (88,2 %). Jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki pada kelompok intervensi 12 reponsen (70,6 %) dan pada kelompok kontrol 13 responden (76,5 %). Karakteristik tingkat pendidikan terbanya SMA yaitu pada kelompok intervensi sebesar 11 responden (64,7 %) dan pada kelompok kontrol sebesar 12 responden (70,6%).

Karakteristik pekerjaan terbanyak pada kelompok intervensi terbanyak adalah lainnya 7 responden (41,2%) dan pada kelompok kontrol terbanyak adalah wiraswasta 6 responden (35,3%). Untuk karakteristik pengalaman dirawat dirumah sakit pada kelompok kontrol terbanyak adalah dengan pengalaman sakit satu kali sebesar 16 responden (94,1 %).

3. Karakteristik ADL antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi dan kontrol

Tabel 8 Karakteristik ADL sebelum dan sesudah antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi dan kontrol

ADL	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
	Pre-test		Post-Test		Pre-Test		Post-Test	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mandiri Penuh (6)	11	64,7	16	94,1	10	58,8	12	70,6
Ketergantungan Sebagian (3-5)	6	35,3	1	5,9	7	41,2	5	29,4

Sumber: Data primer 2018

Berdasarkan Tabel 8 menunjukkan ADL sebelum dan sesudah pemberian intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Sebagian besar responden sebelum diberikan *supportive-educative system* dengan mandiri penuh 11 (64,7%) pada kelompok intervensi dan sebagian besar dengan

mandiri penuh 10 (58,8%) pada kelompok kontrol. ADL setelah diberikan intervensi *supportive-educative system*, sebagian besar dengan mandiri penuh 16 (94,1%) pada kelompok intervensi dan sebagian besar dengan mandiri penuh 12 (70,6%) pada kelompok kontrol.

4. Karakteristik Kualitas Hidup antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi dan kontrol

Tabel 9 Karakteristik Kualitas Hidup sebelum dan sesudah antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi dan kontrol

Kualitas Hidup	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
	Pre-test		Post-Test		Pre-Test		Post-Test	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kualitas hidup baik (< 20)			1	5,9				
Kualitas Hidup Sedang (20-40)	14	82,4	16	94,1	14	82,4	15	88,2
Kualitas Hidup Buruk (> 40)	3	17,6			3	17,6	2	11,8

Sumber: Data primer 2018

Bedasarkan Tabel 9 karakteristik kualitas hidup sebelum dan sesudah pemberian intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Sebagian besar responden sebelum diberikan *supportive-educative system* dengan kualitas hidup sedang (20-40) yaitu 14 (82,4%) pada kelompok intervensi dan kualitas hidup sedang (20-40) yaitu 14 (82,4%) pada kelompok kontrol.

Kualitas hidup setelah diberikan *supportive-educative system* hasilnya sebagian besar dengan kualitas hidup sedang (20-40) 16 (94,1%) pada kelompok intervensi dan sebagian besar dengan kualitas hidup sedang (20-40) 15 (88,2%) dengan kelompok kontrol.

5. Perbedaan ADL dan Kualitas Hidup antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi

Tabel 10 Perbedaan ADL dan Kualitas Hidup antara sebelum (pre) dan sesudah (post) pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi (N=17)

Variabel		N	P
ADL	Sebelum	17	0,025
	Sesudah	17	
Kualitas Hidup	Sebelum	17	0,046
	Sesudah	17	

$P < 0,05$ based on wilcoxon test

Sumber: Data primer 2018

Berdasarkan tabel 10 dapat diketahui bahwa berdasarkan uji *wilcoxon test*, didapatkan nilai ρ -value sebesar 0,24. Terlihat bahwa ρ -value 0,025 $>$ α (0,05) menunjukkan hubungan bermakna secara signifikan ADL antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi.

Berdasarkan tabel 10 dapat diketahui bahwa berdasarkan uji *wilcoxon test* didapatkan nilai ρ -value sebesar 0,046. Terlihat bahwa ρ -value 0,046 $<$ α (0,05) menunjukkan hubungan bermakna secara

signifikan kualitas hidup antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi.

6. Perbedaan ADL dan Kualitas Hidup antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok kontrol

Tabel 11 Perbedaan ADL dan Kualitas Hidup antara sebelum (pre) dan sesudah (post) pemberian *supportive-educative system* pada kelompok kontrol (N=17)

Variabel		N	P
ADL	Sebelum	17	0,157
	Sesudah	17	
Kualitas Hidup	Sebelum	17	0,157
	Sesudah	17	

$P < 0,05$ based on *wilcoxon test*

Sumber: Data primer 2018

Berdasarkan tabel 11 dapat diketahui bahwa berdasarkan uji *wilcoxon test*, didapatkan nilai ρ -value sebesar 0,157. Terlihat bahwa ρ -value 0,157 > α (0,05) menunjukkan tidak ada hubungan bermakna secara signifikan *Activity daily living* (ADL) antara

sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok kontrol.

Berdasarkan tabel 11 dapat diketahui bahwa berdasarkan uji *wilcoxon test* didapatkan nilai ρ -value sebesar 0,157. Terlihat bahwa ρ -value 0,157 $< \alpha$ (0,05) menunjukkan tidak ada hubungan bermakna secara signifikan kualitas hidup antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok kontrol.

7. Perbedaan ADL dan Kualitas Hidup pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 12 Perbedaan ADL dan Kualitas Hidup pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Variabel	Kelompok	N	P
ADL	Intervensi	17	0,728
	Kontrol	17	
Kualitas Hidup	Intervensi	17	0,076
	Kontrol	17	

$P < 0,05$ based on *Mann-Whitney Test*

Sumber: Data primer 2018

Berdasarkan tabel 12 dapat diketahui bahwa berdasarkan uji *Mann Whitney Test*, didapatkan nilai ρ -value sebesar 0,728. Terlihat bahwa ρ -value $0,16 > \alpha$ (0,05) menunjukkan tidak ada hubungan bermakna secara signifikan ADL antara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Berdasarkan tabel 12 dapat diketahui bahwa berdasarkan uji *Mann Whitney Test*, didapatkan nilai ρ -value sebesar 0,076. Terlihat bahwa ρ -value $> \alpha$ (0,05) menunjukkan tidak ada hubungan bermakna secara signifikan ADL antara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian diketahui karakteristik responden berdasarkan usia untuk kelompok intervensi dan kontrol terbanyak pada kelompok usia 51 – 60 tahun sebesar 19 responden (55,88 %). Menurut Perki (2015) gagal jantung adalah masalah kesehatan yang terus-menerus dengan bertambahnya usia yang terjadi pada negara maju maupun negara berkembang. Riset Kesehatan Dasar (2013) menyatakan penderita gagal jantung banyak ditemukan pada kelompok umur 54-64 tahun. Karena gagal jantung merupakan proses berkeanjutan terhadap penurunan fungsi jantung baik secara struktur atau fungsional terutama pada ventrikel. Menurut Baransyah et al, (2016). Peningkatan tekanan darah arteri sistemik kronik menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri (*left ventricular hypertrophy*). Hipertensi ventrikel kiri juga dikaitkan dengan disfungsi ventrikel kiri

sistolik dan diastolik serta meningkatkan resiko terjadinya infark miokard, juga memudahkan untuk terjadinya aritmia baik aritmia atrial maupun aritmia ventrikel

Pemilihan responden dalam penelitian ini dibatasi antara umur 19-60 tahun. Lansia akan mengalami fungsi neorologis, serta sensori yang akan berpengaruh dalam penerimaan edukasi. Usia berpengaruh terhadap penerimaan informasi, dimana usia yang matang akan mempermudah penerimaan informasi yang yang diterima, hal ini sesuai dengan Potter & Perry (2010) pada usia 40-65 tahun adalah waktu yang berpengaruh maksimal, menilai sendiri, dan membimbing diri sendiri sehingga pada umur tersebut pasien memiliki efikasi diri yang baik, karena tahap ini disebut sebagai tahapan keberhasilan. Dengan demikian usia yang matang diharapkan akan berpengaruh dalam memudahkan pemberian *supportive-educative* pada responden, dalam hal ini adalah edukasi pada responden gagal jantung.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yaitu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terbanyak adalah laki-laki. Hal ini sesuai dengan penelitian Wahyuni & Kurnia, (2014) bahwa responden gagal jantung yang terbanyak adalah laki-laki yaitu adalah laki-laki sebesar 25 responden (73,52 %) sedangkan perempuan 9 responden (26,47 %). Menurut Sani, (2007), gagal jantung merupakan penyakit yang angkanya terus meningkat terutama pada lansia, bahwa kejadian gagal jantung pertahun pada orang berusia > 45 tahun dengan 7,2 kasus pada 1000 orang laki-laki dan 5,7 kasus setiap 1000 orang perempuan. Hal ini selaras dengan Pudiarifanti et al., (2015) menyatakan kejadian gagal jantung lebih banyak laki-laki daripada perempuan. Hal ini berkaitan dengan hormon, hormon estrogen pada perempuan diduga memiliki efek dalam mencegah kejadian

gangguan kardiovaskular dengan menurunkan stress oksidatif

Karakteristik tingkat pendidikan untuk kelompok intervensi dan kontrol terbanyak adalah SMA sebesar 23 responden (67,64 %), selanjutnya perguruan tinggi 6 responden (17,64 %), SMP sebesar 4 responden (11,74%) dan SD sebesar 1 responden (2,94%). Hal ini selaras dengan penelitian Djaya et al, (2015) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang berada pada frekuensi tertinggi adalah subjek dengan pendidikan SMA atau sederajat (23,9%). Menurut Rini & Hairitama, (2014) seseorang semakin tinggi pendidikan yang dimilikinya maka semakin mudah menerima informasi yang diberikan. Karena seseorang yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan mudah menyerap informasi dan memiliki pengetahuan yang lebih baik dari pada seseorang yang tingkat pendidikannya lebih rendah. Pendidikan berpengaruh terhadap daya tangkap dan kemampuan

seseorang memahami pengetahuan yang diperoleh dalam penerimaan informasi, dalam hal ini informasi mengenai gagal jantung, dimana responden yang berpendidikan lebih tinggi maka semakin mudah untuk menerima informasi. Tingkat pendidikan juga berpengaruh terhadap upaya seseorang dalam memperoleh sarana kesehatan, mencari pengobatan penyakit yang dideritanya dan mampu memilih serta memutuskan tindakan yang dijalannya untuk mengatasi masalah kesehatannya.

Semua responden penelitian sudah bekerja, dengan hasil pada kelompok intervensi dan kontrol terbanyak adalah wiraswasta 9 responden (26,47 %), lainnya 8 responden (23,52 %), petani 20,58 %), guru dan PNS masing-masing sebesar 4 responden (11,76 %) dan swasta 2 responden (5,88 %). Gagal jantung terjadi kelemahan fungsional jantung dengan gejala umum adalah kelelahan dan sesak, dengan melakukan aktivitas berlebihan akan semakin mengganggu

fungsi jantung. Hal ini sesuai dengan Kaplan & Schub (2010), pekerjaan yang berat dan dilakukan terus menerus dan kurang beristirahat dapat meningkatkan kerja jantung dalam memompa darah keseluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan tubuh dalam melakukan aktivitas.

Karakteristik responden berdasarkan pengalaman dirawat di rumah sakit untuk karakteristik pengalaman sakit pada kelompok intervensi dan kontrol terbanyak adalah dengan pengalaman dirawat dirumah sakit satu kali sebesar 31 responden (91,17 %) dan pengalaman sakit lebih dari satu kali 3 responden (8,82). Pengalaman sakit dibatasi oleh peneliti minimal satu kali dengan alasan, pengalaman sakit berhubungan dengan penerimaan pasien terhadap penyakitnya. Pengalaman sakit berpengaruh terhadap penerimaan sakit dan menerima edukasi, responden yang didiagnosis pertama kali atau tanpa pengalaman sakit akan

mengalami penolakan terhadap sakitnya sehingga hal tersebut akan mempengaruhi responden dalam menerima edukasi. Jeon, 2010: Agustina et al, (2017) pengalaman pasien gagal jantung juga mempengaruhi pasien dalam perawatan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: pengetahuan, pemahaman dan kualitas dari layanan kesehatan.

2. Karakteristik ADL sebelum dan sesudah antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi dan kontrol

Berdasarkan penelitian terdapat peningkatan ADL dari mandiri sebagian ke mandiri penuh pada kelompok intervensi, pada kelompok kontrol peningkatannya tidak sebanyak pada kelompok intervensi yaitu hanya dua responden. Dikatakan mandiri penuh jika responden bisa melakukan semua aktivitas tanpa bantuan, yaitu: makan, mandi,

toileting, kontinen, berpindah ke kamar mandi dan berpakaian (Mary & Wallace, 2012).

Sebagian besar responden menunjukkan mandiri penuh yaitu 94,1% setelah diberikan intervensi, hal ini disebabkan oleh faktor - faktor yang mempengaruhinya seperti usia, jenis kelamin, komplikasi penyakit dan status perkawinan (Alosco, 2010; Dunlay, 2016; Sekarsari & Suryani, 2017). Faktor yang mempengaruhi ADL sebagian besar sudah dikendalikan, sehingga tidak ada responden dengan ketergantungan total. Salah satunya komplikasi penyakit seluruh responden tidak ada dengan riwayat demensia, karena beresiko mengalami hambatan dalam memenuhi kebutuhan ADL (Alosco, 2010).

3. Karakteristik Kualitas Hidup sebelum dan sesudah antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi dan kontrol

Berdasarkan penelitian terdapat peningkatan dari kualitas hidup sedang menjadi kualitas hidup baik pada kelompok intervensi, pada kelompok kontrol tidak menunjukkan peningkatan yang signifikan, dimana masih terdapatnya kualitas hidup buruk pada kelompok tersebut. Peningkatan kualitas hidup dipengaruhi oleh faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup itu sendiri seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat penyakit dan frekuensi dirawat di rumah sakit (Yaghobi, 2012; Arestedt, 2013; Pudiarifanti, 2015). Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup tersebut sudah dikendalikan dalam penelitian, sehingga hanya tiga responden dengan kualitas hidup buruk. Menurut Behlouli (2009) dikatakan kualitas hidup buruk jika

nilai kualitas hidup berdasarkan MLHFQ menunjukkan kurang dari 20.

Kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai pandangan yang berfokus pada penilaian yang subjektif terhadap kehidupannya dikaitkan dengan nilai budaya dan sistem nilai, yang dikaitkan dengan tujuan hidup, harapan, dan perhatian mereka yang dikaitkan dalam konteks nilai budaya, sosial, dan lingkungan mereka. Menurut Larasati, (2012) dalam bidang kesehatan dan aktivitas pencegahan penyakit, kualitas hidup dijadikan aspek untuk menggambarkan kondisi kesehatan. Kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Kualitas hidup individu tersebut biasanya dapat dinilai dari kondisi fisiknya, psikologis, hubungan sosial dan lingkungannya.

4. Perbedaan ADL dan kualitas hidup sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok Intervensi

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa hasil uji beda menunjukkan hubungan bermakna secara signifikan ADL antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi. Hal ini bermakna secara klinis dimana adanya peningkatan *Activity daily living* dari mandiri sebagian menjadi mandiri penuh. Peningkatan *Activity daily living* dikarenakan edukasi, dan motivasi responden. Menurut Notoatmojo (2010) edukasi merupakan serangkaian proses pembelajaran bagi individu dengan tujuan agar didapatkan pengetahuan dan pemahaman yang lebih tinggi terhadap objek-objek tertentu yang ditujukan kepada seseorang ataupun kelompok yang lebih besar.

Edukasi dapat memberikan informasi yang diperlukan pasien gagal jantung dan meningkatkan

pengetahuan pasien terhadap pengelolaan penyakitnya, karena pasien mendapatkan informasi mengenai bagaimana aktivitas yang bisa dilakukan. Hal ini selaras dengan Musekamp et al, (2017) yang mengatakan bahwa edukasi yang diberikan sebagai bentuk intervensi kepada pasien gagal jantung yang dilakukan dengan fokus dan berkelanjutan serta memiliki kesesuaian dalam kehidupan sehari-hari akan memberikan pengaruh berkelanjutan.

Pada penelitian tidak hanya edukasi yang mempengaruhi ADL pada pasien tetapi juga dipengaruhi oleh motivasi pasien untuk melakukan ADL secara mandiri dirumah, dapat dilihat dari hasil *post-test* ADL pasien meningkat. Sesuai dengan penelitian Klompstra et al, (2015) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi, *self-efficacy* pada olahraga dan motivasi dikaitkan dengan tingkat ADL yang lebih tinggi. Faktor-faktor ini perlu

diperhatikan dalam memberikan edukasi pada pasien gagal jantung.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa hasil uji beda menunjukkan hubungan bermakna secara signifikan kualitas hidup antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok intervensi. Hal ini bermakna secara klinis adanya peningkatan kualitas hidup dari buruk menjadi sedang dan sedang menjadi baik. Peningkatan kualitas hidup ini dikarenakan sebagian besar responden mengetahui manajemen gagal jantung. Vesbergen et al, (2013) menyatakan bahwa edukasi yang diberikan pada pasien gagal jantung dalam melakukan manajemen diri dapat memberikan informasi lebih banyak mengenai pencegahan penyakit pada pasien gagal jantung.

Kualitas hidup pasien gagal jantung dapat ditingkatkan dengan memberikan pemahaman mengenai informasi mengenai manajemen gagal

jantung, yang diharapkan dapat mengubah manajemen diri dan perawatan diri pasien gagal jantung, yang kemudian berdampak pada peningkatan kualitas hidup pasien gagal jantung. Hasil penelitian Laborde-Castérot et al, (2016) edukasi terstruktur yang diberikan pada pasien gagal jantung efektif mengurangi beban kesehatan pasien dengan gagal jantung, dimana program ini bersifat multi dimensional, dimana kegiatannya salah satunya berupa kunjungan pemantauan dirumah oleh perawat dan tenaga kesehatan lainnya, untuk melihat bagaimana kondisi pasien setelah keluar dari rumah sakit, apakah muncul gejala kekambuhan, dan program minum obat.

Hal ini sesuai menurut penelitian Wang et al, (2017) penelitian ini memberikan bukti bahwa selain terapi standar, pasien dengan gagal jantung juga dapat memanfaatkan program pendidikan khusus. Program pendidikan khusus dapat berupa strategi pendidikan kesehatan yang dapat memberikan manfaat pada

pasien dengan gagal jantung, yaitu program pendidikan manajemen mandiri efektif dalam meningkatkan kualitas hidup dan kepuasan pengobatan, dan program asuhan keperawatan pendidikan yang mendukung dapat mengurangi kelelahan.

Hal ini selaras pada hasil penelitian Chen, (2018) bahwa program rehabilitasi jantung berbasis rumah yang diberikan pada pasien dan keluarga, berpengaruh pada kualitas hidup. Program yang diberikan berupa mengatur program rehabilitasi individu yang dilakukan dirumah, edukasi diet, dan pengelolaan aktivitas sehari-hari selama periode tiga bulan. Peningkatan kualitas hidup ini terkait dengan peningkatan toleransi latihan, selain manfaat dari program rehabilitasi jantung itu sendiri dan program rehabilitasi rumah mudah diintegrasikan pada pasien dan keluarga.

5. Perbedaan ADL dan Kualitas Hidup antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok kontrol

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa dari hasil uji beda menunjukkan tidak ada hubungan bermakna secara signifikan ADL antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok kontrol. Hal ini bermakna secara klinis adanya peningkatan ADL dari ketergantungan sebagian menjadi mandiri penuh, walaupun peningkatannya tidak signifikan. Peningkatan ADL ini dikarenakan sebagian besar responden tidak melakukan latihan aktifitas fisik ketika kembali kerumah. Menurut Klompstra et al, (2014) yang menyatakan program latihan dapat memberikan dampak yang signifikan terhadap aktifitas fisik sehari-hari dan memberikan potensi lebih baik untuk meningkatkan kapasitas olahraga pada pasien gagal jantung.

Menurut Muller et al (2012) program berbasis rumah berupa latihan aktivitas yang dilakukan sebagai gaya hidup aktif dan dilakukan dengan rutin dua kali seminggu, menunjukkan ADL meningkat secara signifikan. Sehingga latihan aktivitas ini aman dan layak dilakukan dalam kegiatan sehari-hari.

Gejala dyspnea dan kelehan juga menjadi faktor tidak adanya peningkatan ADL pada kelompok kontrol. Karena ada beberapa responden pada kelompok kontrol muncul gejala kekambuhan berupa dyspnea dan kelehan. Dyspnea dan kelehan dan kelelahan adalah gejala klinis yang khas untuk pasien dengan gagal jantung, karena kegagalan miokard dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (Kasper, 2008 ; Tung, 2012)

Menurut Klabunde, (2015) menyatakan bahwa gagal jantung dapat sangat membatasi kemampuan aktifitas fisik dan olahraga. Pada keadaan gagal jantung ringan tekanan arteri istirahat mungkin masih

normal tetapi jika penderita mulai melakukan kerja fisik, beban kerja maksimal jantung akan berkurang, sehingga akan mengalami kelelahan dan sesak nafas untuk aktifitas normal. Hal tersebut yang menyebabkan munculnya gejala dyspnea dan kelelahan pada pasien gagal jantung, dan akhirnya mengganggu pemenuhan aktivitas fisik sehari-hari pada pasien.

Menurut Dunlay et al, (2016) hambatan dalam memenuhi kebutuhan ADL adalah hal yang umum dialami oleh pasien gagal jantung, dimana mengalami kesulitan satu atau lebih dalam memenuhi kebutuhan *ADL*. Individu yang mengalami hambatan ADL terus-menerus akan mengakibatkan prognosis yang semakin buruk yang dialami pasien gagal jantung. Pasien gagal jantung yang dirawat di rumah sakit memiliki resiko yang lebih besar dalam hambatan memenuhi kebutuhan ADL.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa dari hasil uji beda menunjukkan tidak ada hubungan bermakna secara signifikan kualitas hidup antara sebelum dan sesudah pemberian *supportive-educative system* pada kelompok kontrol. Hal ini bermakna secara klinis adanya peningkatan kualitas hidup dari buruk menjadi sedang, walaupun peningkatannya tidak secara signifikan. Hal ini disebabkan oleh pengobatan yang tidak teratur, kurangnya dukungan keluarga. Karena beberapa responden tidak melakukan minum obat secara teratur dan tidak mengatur pola makan ketika dirumah, serta kurangnya dukungan keluarga. Hal senada juga dinyatakan oleh gallacber, (2011); Agustina et al, (2017). menyatakan bahwa kendala dalam pengobatan gagal jantung adalah kurangnya pemahaman pasien dalam perawatan, interaksi dengan orang lain dalam regimen pengobatan, gaya hidup, ketaatan dan kepatuhan minum obat ketidaktaatan kontrol ke

dokter, akses layanan dan kurang komunikasi dengan pemberi layanan kesehatan

Responden kelompok kontrol diberikan informasi hanya mengenai jadwal kontrol dan obat-obatan yang diminum. Dalam penelitian Yusuf & Kaelan, (2018) mengatakan pelayanan di rumah sakit telah melakukan pemberian *discharge planning*, namun dalam penerapannya hanya bersifat seperti pendokumentasian keperawatan, dimana tidak dilakukan pengkajian keperawatan dari awal pasien pasien masuk ruang rawat inap sampai persiapan pulang hanya berupa pemberian lembar resume keperawatan yang berisi tentang jadwal kontrol selanjutnya, intervensi medis, dan non medis, serta gizi yang harus diperoleh pasien ketika kembali kerumah.

Dukungan keluarga berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan pasien gagal jantung ketika kembali dirumah, karena keluarga dapat memberikan

motivasi dalam proses penyembuhan. Menurut Teichman et al, (2015) edukasi yang diberikan pada pasien gagal jantung selain memerlukan usaha dari tim kesehatan, juga diperlukan peranan keluarga. Pendidikan seharusnya tidak terbatas pada pasien saja anggota keluarga atau pengasuh harus disertakan bila memungkinkan. Perawatan pasien tidak berakhir saat mereka dipulangkan dari rumah sakit karena pasien kemungkinan akan memerlukan bantuan tambahan dari apoteker, pekerja sosial, dan keluarga mereka sendiri.

6. Perbedaan ADL dan Kualitas Hidup pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata ADL setelah diberikan intervensi *supportive-educative system* sesudah diberikan *supportive-educative system* pada kelompok intervensi tidak ada peningkatan signifikan, serta hasil statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna secara signifikan ADL antara

antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan adanya kemaknaan klinis dimana adanya peningkatan dari mandiri sebagian menjadi mandiri penuh jika dilihat dari peningkatan kemampuan memenuhi aktifitas sehari-harinya. Walaupun secara statistik tidak terlihat adanya peningkatan rata-rata dan tidak ada hubungan yang bermakna. ADL merupakan kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan aktifitas sehari-hari, dimana nilai yang diukur adalah perilaku dan bersifat multifaktoral (Shoemaker et al, 2013).

Penilaian perilaku memerlukan waktu yang lama, dan juga dipengaruhi oleh banyak faktor salah satunya adalah waktu dalam memberikan intervensi. Pada penelitian ini responden hanya diberikan satu kali intervensi *supportive-educative system*, sehingga menjadi salah satu penyebab tidak terlihat peningkatan rata-rata secara statistik. Hal ini sesuai menurut Etemadifar et al, (2014) menyatakan intervensi

supportive-educative efektif diberikan sebagai intervensi kepada keluarga dan pasien dengan gagal jantung, intervensi yang dilakukan dalam waktu yang lama dari waktu ke waktu menunjukkan hasil yang baik. Intervensinya diberikan selama empat kali dan dilakukan selama enam bulan, dengan setiap sesinya diberikan selama dua jam.

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata kualitas hidup setelah diberikan intervensi *supportive-educative system* pada kelompok intervensi tidak ada peningkatan signifikan, serta hasil statistik menunjukkan tidak ada hubungan bermakna secara signifikan kualitas hidup antara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan adanya kemaknaan klinis dimana adanya peningkatan dari kualitas hidup sedang menjadi baik pada kelompok intervensi dan kualitas hidup buruk menjadi kualitas hidup sedang pada kelompok kontrol. Walaupun secara statistik tidak terlihat adanya

peningkatan rata-rata dan tidak ada hubungan yang bermakna. Hal ini merupakan untuk menilai suatu dampak terapi pada pasien salah satunya menggunakan kualitas hidup karena kualitas hidup merupakan ukuran konseptual yang digunakan pada saat sakit kronis (Broker, 2008).

Pengukuran konseptual memerlukan waktu hingga berbulan-bulan bahkan tahunan. Karena akan menggambarkan secara lebih detail dampak penyakit dan terapi terhadap kualitas hidup responden. Hal ini sesuai menurut Grady et al, (2014) menyatakan pasien gagal jantung menerima edukasi manajemen gagal jantung yang dilakukan selama delapan belas sesi konseling kelompok dalam waktu dua jam selama periode waktu satu tahun, efektif meningkatkan kualitas hidup secara bertahap.

Ketidapatuhan responden dalam melakukan intervensi *supportive-educative system* juga menjadi faktor tidak adanya peningkatan yang signifikan

terhadap ADL dan kualitas hidup responden gagal jantung. Dari hasil observasi responden pada kelompok intervensi menyatakan terkadang lupa untuk melakukan edukasi yang sudah diajarkan, sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar pasien tidak melakukan manajemen gagal jantung yang seharusnya dilakukan ketika kembali kerumah. Menurut Grady et al, (2014) ketidakpatuhan pasien dalam melakukan pengobatan seperti diet, minum obat, aktivitas sehari-hari dan lain sebagainya, yang sesuai dengan edukasi yang telah diterima sebelumnya akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup pasien gagal jantung.

C. Kelemahan Penelitian

1. Kelemahan

- a. Media yang digunakan salah satunya adalah modul Management Gagal Jantung modul yang digunakan tidak dilakukan uji *content* oleh pakar
- b. Rentang pemberian edukasi *supportive educative system* yang pendek yaitu hanya satu kali dan waktu penelitian yang hanya empat minggu
- c. Jumlah responden yang terbatas hanya 34 responden dan juga metode penelitian *time series* sehingga lebih terlihat perubahan setiap intervensi.