# SKRIPSI

**PENGARUH *HEALTH EDUCATION* TERHADAP KUALITAS HIDUP PADA PASIEN GAGAL JANTUNG**

***LITERATURE REVIEW***

****

**Disusun Oleh :**

**ABUSIRI**

**NIM 1610001**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**TAHUN 2020**

# SKRIPSI

**PENGARUH *HEALTH EDUCATION* TERHADAP KUALITAS HIDUP PADA PASIEN GAGAL JANTUNG**

***LITERATURE REVIEW***

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.)**

**di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya**

****

**Disusun Oleh :**

**ABUSIRI**

**NIM 1610001**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**TAHUN 2020**

**HALAMAN PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Abusiri

Nim : 1610001

Tanggal Lahir : Pamekasan, 14 Juni 1996

Program Studi : S1 Keperawatan

Menyatakan bahwa skrips yang berjudul **‘’Pengaruh *Health Education* Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Jantung”**, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dengan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Surabaya.Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Surabaya, 24 Juli 2020



**Abusiri**

**NIM 1610001**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Abusiri

Nim : 1610001

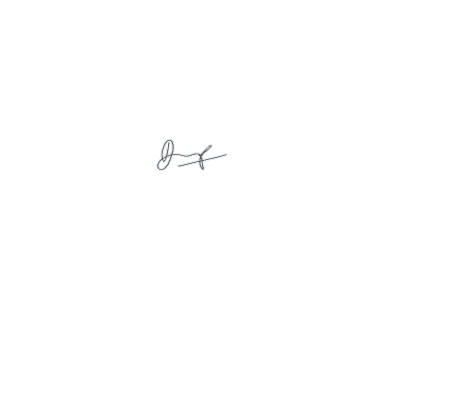
Program Studi : S1 Keperawatan

Judul : Pengaruh *Health Education* terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Jantung

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menggangap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

**SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)**

**Pembimbing 1 Pembimbing 2**

****

**Dwi Priyantini, S.,Kep.Ns.,M.Sc Nisha Dharmayanti, S.Kep.,Ns.,M.Si**

**NIP 03006 NIP.03045**

Ditetapkan : Di Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

# HALAMAN PENGESAHAN

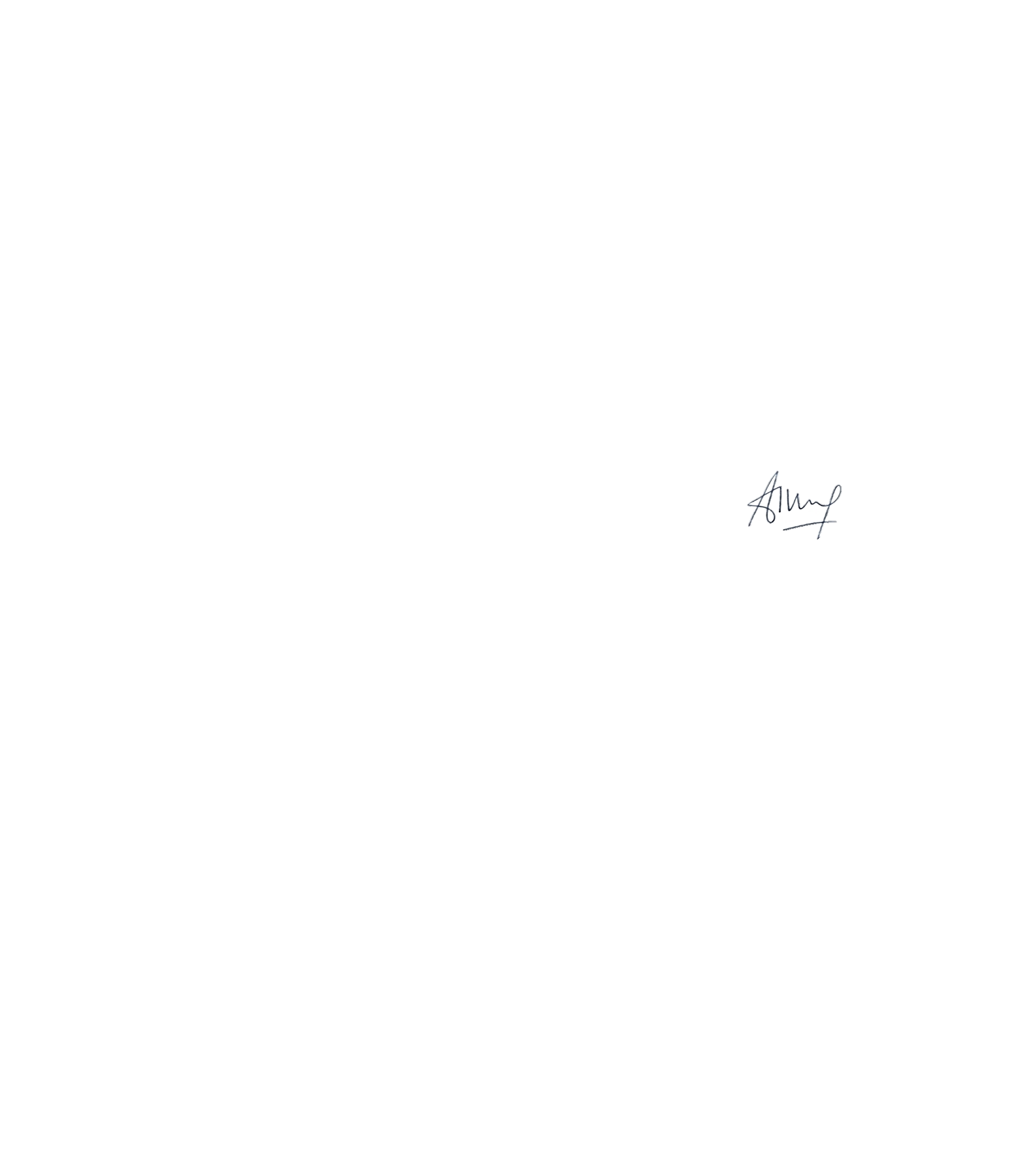
Skripsi dari :

Nama : Abusiri

Nim : 1610001

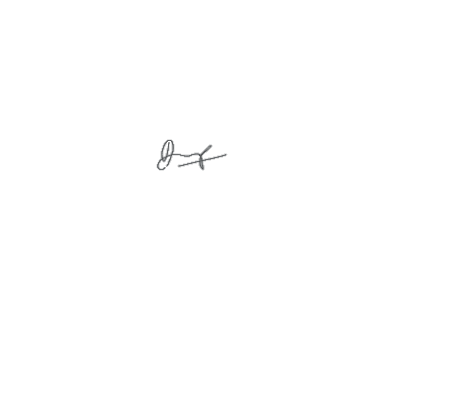
Program Studi : S1 Keperawatan

Judu :“Pengaruh *Health Education* terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Jantung “

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar ‘’SARJANA KEPERAWATAN’’ pada prodi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

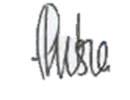
Penguji I : **Merina Widiyastuti, M.Kep.Ns**

**NIP. 03033**



Penguji II : **Dwi Priyantini, S.,Kep.Ns.,M.Sc**

**NIP. 03006**

****

Penguji III : **Nisha Dharmayanti, S.Kep.,Ns.,M.Si**

**NIP. 03045**

**Mengetahui,**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

****

Ditetapkan : Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

**KATA PENGANTAR**

Segala puji dan syukur penleliti panjatkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan nikmat nya sehingga peneliti dapat menyusun skripsi yang berjudul Pengaruh *Health Education* Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Jantung dapat diselesaikan sesuai waktu yang telah ditentukan.

skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di program S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya. skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai litelatur serta pengarahan dan bantuan dari banyak pihak. Dalam kesempatan ini, perkenankan peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada :

1. Direktur RSU Haji Surabaya, yang telah memberikan kesempatan untuk studi pendahuluan.
2. Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan.
4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Kepala Program Studi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan.
5. Ibu Merina Widyastuti, M.Kep.Ns. selaku penguji 1 terima kasih atas segala arahannya serta sarannya dalam pembuatan dan penyelesaian skripsi ini.
6. Ibu Dwi Priyantini, S.Kep.,Ns.,M.Sc selaku dosen pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan, pengajaran, serta saran demi kelancaran dan kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
7. Ibu Nisha Dhamayanti, S.Kep.,Ns.,M.Si selaku dosen pembimbing 2 yang telah memberikan arahan dan masukan serta dukungan kepada penulis demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
8. Seluruh dosen, staf dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing dan membantu kelancaran proses belajar selama menuntut ilmu di Program Studi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surbaya.
9. Kedua orang tua, kakak beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
10. Teman-teman seperjuangan angkatan 22 di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga hal-hal baik, motivasi, dukungan tiada henti yang diberikan kepada peneliti semoga senantiasa mendapatkan balasan Allah SWT yang akan memberikan dampak positif bagi kita semua, serta peneliti berharap bahwa skripsi ini dapat bermanfaat bagi semuanya.

Surabaya, 24 Juli2020

Peneliti

# ABSTRAK

Pengaruh *Health Education* Terhadap Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Jantung : Literature Review

**Introduction :** Kurangnya informasi terkait Gagal Jantung menyebabkan kualitas hidup penderitanya mengalami penurunan. Pemberian edukasi kesehatan merupakan satu diantara intervensi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

**Methods :** Literatur ini diawali dengan mencari 3 database (*Proquest, Scient Direct* dan *google scholar*) Kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* (MeSH) untuk studi menggunakan Cross Sectional dan studi kualitatif yang diterbitkan antara tahun 2010-2020.

**Results :** Literature Review ini menemukan sepuluh studi yang memenuhi kriteria inklusi. Secara signifikan edukasi kesehatan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien gagal yang dapat meningkatkan pengetahuan dan perawatan diri pasien gagal jantung sebagian besar studi kualitatif atau dengan metode wawancara. Jumlah peserta rata-rata mulai dari puluhan hingga ratusan.

**Conclusion :** Dari 10 artikel yang analisis secara keseluruhan terdapat pengaruh edukasi kesehatan terhadap sikap pasien gagal jantung dalam meingkatkan kualitas hidup, sehingga bagi petugas kesehatan diharapkan dapat membantu meningkatkan dukungan bagi pasien pasien gagal jantung. Literature Review ini berimplikasi terhadap praktik keperawatan, memberikan edukasi terstruktur kepada pasien sedini mungkin saat masuk rumah sakit dan menjadikan sebagai intervensi keperawatan dan memodifikasi sistem edukasi kesehatan.

**Kata Kunci** : *Health Education, Health Related Quality of Life, heart failure*

# ABSTRACT

Effects of *Health Education on* Quality of Life in Heart Failure Patients: Literature Review

**Introduction:** Lack of information related to Heart Failure causes the quality of life of sufferers to decrease. Providing health education is one of the interventions that can be done to improve the quality of life in patients with heart failure.

**Methods:** This literature begins by searching for 3 databases (*Proquest, Scient Direct* and *Google Scholar*). Keywords in *review literature* thisare adjusted to *Medical Subject Heading* (MeSH) for studies using Cross Sectional and qualitative studies published between 2010-2020

**Results:** This Literature Review found ten studies that met the inclusion criteria. Significantly, health education has an effect on the quality of life of failing patients, which can improve the knowledge and self-care of heart failure patients, mostly qualitative studies or by interview methods. The average number of participants ranging from tens to hundreds.

**Conclusion:** From the 10 articles analyzed overall, there is an influence of health education on the attitude of heart failure patients in improving quality of life, so that health workers are expected to be able to help increase support for heart failure patients. This Literature Review has implications for nursing practice, provides structured education to patients as early as possible at the hospital and makes it a nursing intervention and modifies the health education system.

**Keywords:** *Health Education, Health Related Quality of Life, heart failure*

# DAFTAR ISI

[SKRIPSI](#_Toc52716122)

[SKRIPSI](#_Toc52716123) i

[HALAMAN PERNYATAAN ii](#_Toc52716124)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc52716125)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc52716126)

[KATA PENGANTAR v](#_Toc52716127)

[ABSTRAK vii](#_Toc52716128)

[ABSTRACT viii](#_Toc52716129)

[DAFTAR ISI ix](#_Toc52716130)

[DAFTAR TABEL xi](#_Toc52716131)

[DAFTAR GAMBAR xii](#_Toc52716132)

[DAFTAR LAMPIRAN xiii](#_Toc52716133)

[DAFTAR SINGKATAN xiv](#_Toc52716134)

[BAB 1 PENDAHULUAN 1](#_Toc52716135)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc52716137)

[1.2 Rumusan Masalah 4](#_Toc52716138)

[1.3 Tujuan Penelitian 5](#_Toc52716139)

[1.4 Manfaat Penelitian 5](#_Toc52716140)

[BAB 2 TINJAUAN TEORI 6](#_Toc52716141)

[2.1 Konsep *Health Education* 6](#_Toc52716143)

[2.1.1 Pengertian *Health Education* 6](#_Toc52716144)

[2.1.2 Tujuan *Health Education* 6](#_Toc52716145)

[2.1.3 Metode *Health Education* 7](#_Toc52716146)

[2.1.4 Media *Health Education* 8](#_Toc52716147)

[2.1.5 Batasan *Health Education* 9](#_Toc52716148)

[2.1.6 Tahapan Edukasi. 10](#_Toc52716149)

[2.1.7 Permasalahan Edukasi Pasien. 11](#_Toc52716150)

[2.2 Konsep Kualitas Hidup 11](#_Toc52716151)

[2.2.1 Definisi Kualitas Hidup 11](#_Toc52716152)

[2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup 12](#_Toc52716153)

[2.2.3 Domain Kualiatas Hidup 15](#_Toc52716154)

[2.2.4 Pengukuran Kualitas Hidup 16](#_Toc52716155)

[2.3 Konsep Gagal Jantung 16](#_Toc52716156)

[2.3.1 Anatomi Jantung 16](#_Toc52716157)

[2.3.2 Definisi Gagal Jantung 17](#_Toc52716158)

[2.3.3 Etiologi 19](#_Toc52716159)

[2.3.4 Patofisiologi gagal jantung 20](#_Toc52716160)

[2.3.5 Klasifikasi Gagal Jantung 21](#_Toc52716161)

[2.3.6 Gejala Gagal Jantung 23](#_Toc52716162)

[2.3.7 Faktor resiko 25](#_Toc52716163)

[2.3.8 Manifestasi Klinis 29](#_Toc52716164)

[2.3.9 Komplikasi 29](#_Toc52716165)

[2.3.10 Pemeriksaan Fisik 30](#_Toc52716166)

[2.3.11 Penatalaksanaan 30](#_Toc52716167)

[2.3.12 Pencegahan 31](#_Toc52716168)

[2.4 Konsep Literatur Review 32](#_Toc52716169)

[2.4.1 Pengertian Literatur Review 32](#_Toc52716170)

[2.4.2 Tujuan Literatur Review 32](#_Toc52716171)

[2.4.3 Teknik Literatur Review 33](#_Toc52716172)

[2.4.4 Langkah-langkah Menyusun Literatur Review 33](#_Toc52716173)

[2.4.4 Sumber Literatur Review 36](#_Toc52716174)

[2.4.5 Analisis Jurnal Dengan Metode PICOT 36](#_Toc52716175)

[2.5 Model Konsep Keperawatan 37](#_Toc52716176)

[2.5.1 Model Konsep Nola J Pender 37](#_Toc52716177)

[2.6 Hubungan Antar Konsep 40](#_Toc52716178)

[BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL 42](#_Toc52716179)

[3.1 Kerangka Konseptual 42](#_Toc52716181)

[3.2 Hipotesis 43](#_Toc52716182)

[BAB 4 METODE PENELITIAN 44](#_Toc52716183)

[4.1 Strategi Pencarian *Literature* 44](#_Toc52716185)

[4.1.1 Protokol dan Registrasi 44](#_Toc52716186)

[4.1.2 Database Pencarian 44](#_Toc52716187)

[4.1.3 Kata Kunci 44](#_Toc52716188)

[4.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi 45](#_Toc52716189)

[4.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas 46](#_Toc52716190)

[4.3.1 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi 46](#_Toc52716191)

[BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN 48](#_Toc52716192)

[5.1 Hasil dan Analisis 48](#_Toc52716194)

[5.1.1 Karakteristik Studi 48](#_Toc52716195)

[5.1.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi 10 Jurnal 49](#_Toc52716196)

[5.1.3 Karakteristik Demografi Responden 52](#_Toc52716197)

[5.1.4 Analisis Jurnal 55](#_Toc52716198)

[5.2 Pembahasan 65](#_Toc52716199)

[5.2.1 faktor yang mempengaruhi *Quality of Life* / Kualitas Hidup 65](#_Toc52716200)

[5.2.2 Pengaruh *Health Education* Terhadap Kualitas hidup 72](#_Toc52716201)

[5.3 Keterbatasan Penelitian 85](#_Toc52716202)

[5.4 Implikasi Terhadap Praktik Keperawatan 86](#_Toc52716203)

[5.4.1 Implikasi teoritis 86](#_Toc52716204)

[5.4.2 Implikasi Praktis 87](#_Toc52716205)

[BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN 88](#_Toc52716206)

[6.1 Simpulan 88](#_Toc52716208)

[6.2 Saran 88](#_Toc52716209)

[6.2.1 Bagi Responden 88](#_Toc52716210)

[6.2.2 Bagi tenaga kesehatan 89](#_Toc52716211)

[6.2.3 Peneliti selanjutnya 89](#_Toc52716212)

[DAFTAR PUSTAKA 90](#_Toc52716213)

[LAMPIRAN 93](#_Toc52716214)

# DAFTAR TABEL

[Tabel 4.1 Kata kunci 45](#_Toc53045412)

[Tabel 4.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi 45](#_Toc53045413)

[Tabel 5.1 Kriteria Inklusi dan Eksklusi 10 Jurnal 49](#_Toc53045414)

[Tabel 5.2 Karakteristik Demografi Responden 52](#_Toc53045415)

[Tabel 5.3 Analisis Jurnal 55](#_Toc53045416)

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2.1 Anatomi Jantung Manusia. (Susanto 2010) 17](#_Toc53045479)

[Gambar 2.2 Kerangka Konsep Diri. (Nursalam 2016) 40](#_Toc53045480)

[Gambar 3.1 Kerangka konsep pengaruh *health education* terhadap kualitas hidup pada pasien gagal jantung. 42](#_Toc53045481)

[Gambar 4.3 Diagram Alur *Review Journal* 47](file:///C:\Users\ABUSIRI\Documents\skripsi\abusiri%201610001%20skripsi%20literature%20riview.docx#_Toc53045482)

# DAFTAR LAMPIRAN

[Lampiran 1 Curriculum Vitae 93](#_Toc53046446)

[Lampiran 2 Motto Dan Persembahan 94](#_Toc53046447)

[Lampiran 3 Surat Ijin Studi Pendahuluan 96](#_Toc53046448)

[Lampiran 4 Surat Ijin Studi Pendahuluan 97](#_Toc53046449)

[Lampiran 5 Pengambilan Data 97](#_Toc53046450)

# DAFTAR SINGKATAN

AF : Atrium, Fibrilasi

ATP : *Adenisin Tripospat*

AV : *Aortic Valve*

DOE : *Dipsneu On Effort*

HDL : *High Density Lipoprotein*

HPM : *Health Promotion Model*

NYHA : *New York Heart Assosiation*

PJB : Penyakit Jantung Bawaan

PJR : Penyakit Jantung reumatik

PND : *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea*

RHD : *Rheumatic Heart Disease*

RSU : Rumah Sakit Umum

SPSS : *Statistical Product And Service Solutions*

WHO : *World Health Organozation*

WHOQOL-BREF : *World Health Organozation Quality of Life*

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Gagal jantung merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang peningkatannya bisa dikatakan pesat (Lavine & Schilling, 2014), Penderita gagal jantung secara fisik akan merasakan sesak, mudah lelah, mengalami gangguan seksual, dan nyeri dada, dalam munculnya bermacam-macam gejala klinis gagal jantung tersebut, maka dibutuhkan banyak persiapan dari berbagai segi seperti personal, keluarga, sosial, dan ekonomi, sehingga memunculkan prognosis buruk dengan frekuensi rawat inap yang tinggi dan mempengaruhi kualitas hidup penderita ( Kikira et al., 2018 Bruno, 2019),. Faktor pemicu meningkatnya jumlah penderita gagal jantung dikaitkan dengan gaya hidup seperti kurang aktivitas, merokok, dan minum-minuman beralkohol. Tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada pasien gagal jantung anatara lain pembengkakan pada kaki, asites, nadi tidak teratur, perubahan output urin, kulit dingin dan pucat, sesak nafas,intoleransi aktivitas, kelemahan, nyeri dada, suara nafas tambahan (Sulastini1 et al. 2018)

Menurut data Riskesdas 2013, di Indonesia prevalensi penyakit gagal jan- tung berdasarkan diagnosis dokter yang sudah ditegakkan diperkirakan 0,13% atau 229,696 orang, dan berdasarkan diagnosis kerja atau gejala 0,3% atau sekitar 530.068 orang, Berdasarkan diagnosis dokter, estimasi jumlah penderita penyakit gagal jantung terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.826 orang (0,19%), (Donsu, Rampengan, and Polii 2020) Menurut Gheorghiade et al, 2013 dalam (Santriono Refki 2019) Angka rehozpitalisasi pasien gagal jantung terus meningkat mendekati 30% dalam 60 hingga 90 hari setelah dipulangkan, berdasarkan hasil dari studi pendahuluan di RSU Haji Surabaya didapatkan data pasien rawat inap dengan diagnose gagal jantung sebanyak 26 pasien dalam kurung waktu tiga bulan terakhir. Petugas kesehatan di RSU Haji Surabaya mengatakan kapasitas maksimal untyuk ruangan jantung sebanyak 12 *baed* .

Kualitas hidup adalah sesuatu yang bersifat subyektifitas dan multidimensi. Subyektifitas yang berarti kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang pasien itu sendiri, sedangkan multidimensi yang berarti bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik yang meliputi aspek fisik atau biologis, psikologis, spiritual dan sosiokultural. Dukungan sosial dapat membuat seseorang menjadi lebih tenang dan secara emosional pasien dapat menjadi tenang. ( Post et al., 2010 Supriyadi et al., 2011)

Gejala klinis gagal jantung dapat muncul sewaktu-waktu pada penderita, sehingga pasien akan mengalami penurunan kondisi dan membutuhkan perawatan di rumah sakit. Kondisi tersebut dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup pasien gagal jantung (Yancy et al, 2013). Penilaian terhadap kualitas hidup menurut *World Health Organization* digolongkan dalam 4 domain yaitu domain kesehatan fisik, psikologi, hubungan sosial dan lingkungan. Manajemen perawatan mandiri mempunyai peran dalam keberhasilan pengobatan gagal jantung dan dapat memberi dampak bermakna pada perbaikan gejala gagal jantung, kapasitas fungsional, kualitas hidup, penurunan angka perawatan, morbiditas dan prognosis. (Aqüicultura et al. 2018) pada gangguan fungsional dan struktural jantung yang terjadi pada gagal jantung dapat mengakibatkan penurunan kemampuan fisik, sosial, mental, dan bahkan menggangu peran pasien. Kelelahan yang dialami oleh penderita gagal jantung akan menggangu aktivitas pasien dan bila terjadi terus menerus sepanjang hidupnya akan mengakibatkan depresi dan berdampak pada penurunan kualitas hidup di karenakan angka *rehozpitalisasi* penyakit jantung tinggi maka perlu dilakukan edukasi untuk pasien gagal jantung yaitu untuk meningkatkan kualitas hidup, mampu melakukan perawatan mandiri, mengurangi depresi, mengurangi rehospitalisasi. (Navidian et al., 2017),

Gejala klinis yang akan terjadi terus menerus pada penderita gagal jantung sangat sulit untuk dicegah. Upaya yang dapat dilakukan untuk mengurangi timbulnya gejala klinis yang timbul pada penderita gagal jantung yaitu dengan self management. (Beti Kristinawati 2019) Penderita gagal jantung penting sekali melakukan manajemen diri karena penderita tidak selamanya akan berada di rumah sakit. Kurangnya pemahaman penderita gagal jantung terhadap menenjemen diri dapat berdampak terhadap memburuknya kondisi penderita, oleh sebab itu untuk meningkatkan pengetahuan tentang hal tersebut membutuhkan edukasi gagal jantung, pasien gagal jantung yang diberikan edukasi gagal jantung akan melatih dirinya untuk meningkatkan kesadaran, meningkatkan sikap dan praktik mengenai perilaku perawatan diri. (Dewi Aminah, Dhiana Setyorini 2012)

Menurut penelitian (Akhmad 2018) manfaat lain dari edukasi kesehtaan untuk pasien gagal jantung yaitu untuk meningkatkan kualitas hidup, mampu melakukan perawatan mandiri, mengurangi depresi, mengurangi rehospitalisasi, meningkatkan kepatuhan dalam minum obat, dan mendeteksi gejala awal penurunan kondisi, Ketidak efektifan penderita gagal jantung dalam mengenal penyakit dan perawatan mandiri menjadi salah satu faktor meningkatnya angka perawatan kembali (Desai & Stevenson, 2012). Faktor yang mempengaruhi perawatan ulang kembali disebabkan karena kurangnya pemahaman saat discharge planning, perawatan diri, perawatan, dan obat-obatan pasien gagal jantung.

Edukasi diberikan untuk memberikan pengetahuan dan support pada pasien. Edukasi gagal jantung akan diberikan oleh tim multidisiplin ilmu dan diberikan secara terus menerus dan berkelanjutan. Edukasi kesehatan yang dapat diberikan pada pasien gagal jantung yaitu seperti edukasi mengenai diet rendah lemak, makanan tinggi serat, kalori yang seimbang, menjaga berat badan secara optimal, mengurangi stress, program olahraga yang teratur. Pasien dengan gagal jantung sulit untuk dapat disembuhkan namun dengan edukasi pasien gagal jantung akan mudah menekan gejala yang muncul. Media dalam pemberian edukasi bisa dengan ceramah, booklet, leaflet, poster, dan aplikasi (Aria Wahyuni and Fitrianola Rezkiki 2015)

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, peneliti ingin mengetahui pengaruh *heatlh education* terhadap kualitas hidup pada pasien gagal jantung dengan penelitian ini agar dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian, “ Apakah ada pengaruh *health education* terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung ’’.

## 1.3 Tujuan Penelitian

**1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan dari studi ini adalah melakukan Literatur Review untuk mengetahui pengaruh *health education* terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung

**1.3.1 Tujuan Khusus**

Menjelaskan tentang pengaruh *health education* terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung

## 1.4 Manfaat Penelitian

Studi ini diharapkan dapat memberi ide penelitian selanjutnya tentang pengaruh *health education* terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung

# BAB 2

# TINJAUAN TEORI

Pada bab ini akan di jelaskan landasan teoritis yang mendasari masalah yang akan diteliti, meliputi : 1) Konsep *Health Education*, 2) Konsep Kualitas Hidup, 3) Konsep Gagal Jantung Konsep*,* 4) Konsep Literatur Review 5) Konsep Keperawatan, 6) Hubungan antar Konsep

## 2.1 Konsep *Health Education*

### 2.1.1 Pengertian *Health Education*

*Health Education* merupakan suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. (Notoatmodjo 2012) dalam *health education* berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari bilamana sakit, dan sebagainya, Kesadaran masyarakat tentang kesehatan disebut melek kesehatan *(health literacy)*. Lebih dari itu, *health education* pada akhirnya bukan hanya mencapai melek kesehatan pada masyarakat saja, namun yang lebih penting ialah mencapai perilaku kesehatan *(healthy behaviour)*.

### 2.1.2 Tujuan *Health Education*

Tujuan utama *health education* adalah agar mampu:

1. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri
2. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar.
3. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat

Kegiatan promosi kesehatan adalah guna untuk mencapai tujuan yaitu perubahan perilaku, dipengaruhi oleh banyak faktor. Disamping faktor metode, faktor materi atau pesannya, petugas yang melakukannya juga alat-alat peraga atau media yang dipakai. Agar mencapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis. (Notoatmodjo 2012)

### 2.1.3 Metode *Health Education*

Metode dalam *health education* bisa dilakukan dengan cara pendekatan secara individual, kelompok, dan masa. (Notoatmodjo 2012), berdasarkan pendekatan sasaran yang ingin dicapai, penggolongan metode pendidikan ada 3 (tiga) yaitu:

1. Metode berdasarkan pendekatan perorangan

Metode ini bersifat individual dan biasanya digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seorang yang mulai tertarik pada suatu perubahan perilaku atau *inovasi.* Dasar dalam penggunaan pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Adapun pendekatannya ada 2, yaitu bimbingan dan penyuluhan *(Guidance and Conceling)*, wawancara. (Notoatmojo 2012)

1. Metode berdasarkan pendekatan kelompok

Penyuluhan berhubungan dengan sasaran secara kelompok. Dalam penyampaian promosi kesehatan dengan metode ini kita perlu mempertimbangkan besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. dibagi 2 jenis tergantung besarnya kelompok tersebut, yaitu kelompok besar dan kelompok kecil. (Notoatmojo 2012)

1. Metode berdasarkan pendekatan massa

Metode pendekatan massa ini baik untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat, dari metode ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya. Sehingga pesan-pesan kesehatan yang ingin disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa. (Notoatmojo 2012)

### 2.1.4 Media *Health Education*

Media sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Menurut (Notoatmodjo 2012) yaitu merupakan penyampaian informasi kesehatan dan karena alat-alat tersebut digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan bagi masyarakat atau klien. Berdasrkan fungsinya sebagai penyalur pesan-pesan kesehatan, media ini dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Media Cetak

Media cetak sebagai alat bantu menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain: booklet, leaflet, flip chart, rubrik, poster.

1. Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan berbeda-beda jenisnya, antara lain : televisi, radio, video, slide, flim strip.

1. Media Papan

Papan *(billboard)* yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan-pesan yang ditulis pada lembaran yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus dan taksi).

### 2.1.5 Batasan *Health Education*

Pendidikan secara umum yaitu merupakan segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan yakni : a) input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat), dan pendidik (pelaku pendidikan), b) proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), c) output (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku). Sedangkan pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan. (Notoatmodjo 2012)

Hasil *output* yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan disini adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung beberapa dimensi berikut ini:

1. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku-perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan, atau dari perilaku negatif ke perilaku yang positif. Perilaku-perilaku yang merugikan kesehatan yang perlu diubah. (Notoatmodjo 2012)

1. Pembinaan Perilaku

Pembinaan disini terutama ditujukan kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar dipertahankan, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat *healthy life style* tetap dilanjutkan atau dipertahankan. (Notoatmodjo 2012)

1. Pengembangan Perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Perilaku sehat bagi anak dimulai sdini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak termasuk kesehatan yang diberikan oleh orang tua akan berpengaruh kepada perilaku anak selanjutnya. (Notoatmodjo 2012)

### 2.1.6 Tahapan Edukasi.

1. Asesmen Awal

Edukasi diawali dengan asesmen kebutuhan edukasi pasien dan keluarganya, untuk menentukan bukan hanya kebutuhan akan pembelajaran, tetapi juga proses edukasi dapat dilaksanakan dengan baik. Dari assessment awal bisa diketahui keyakinan dan nilai nilai pasien dan keluarga kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan hambatan emosional dan motivasi keterbatasan fisik dan kognitif kesediaan pasien untuk menerima informasi.

1. Proses edukasi

Edukasi diberikan selama proses asuhan maupun setelah pasien dipulangkan (discharged) ke rumah atau.ke pelayanan kesehatan lain, berupa tindak lanjut paska perawatan apabila terjadi hal-hal yang tidak diharapkan termasuk akses ke pelayanan emergensi

Edukasi yang Diberikan Kepada Pasien mengenai Pengetahuan tentang penyakit yang diderita, apa yang harus di hindari, apa yang harus dilakukan pasien untuk meningkatkan kualitas hidupnya pasca perawatan rumah sakit, tindakan awal yang harus dilakukan apabila timbul kegawatan. Pemahaman akan pentingnya dan jadwal pemeriksaan ulang Penggunaan obat - obatan yang didapat pasien secara efektif & aman, termasuk potensi efek samping obat Potensi interaksi antara obat yang diresepkan dengan obat lainnya, serta makanan diit dan nutrisi.

### 2.1.7 Permasalahan Edukasi Pasien.

1. Pemberi edukasi

keterbatasan waktu dokter atau perawat untuk mengedukasi menerangkan pasien seperlunya saja

1. Penerima edukasi

Kepatuhan pasien melakukan apa yang telah diedukasi Perilaku pasien terhadap penyakitnya, dimana pasien menyerahkan penyakitnya sepenuhnya kepada dokter/petugas kesehatan sehingga pasien tidak peduli terhadap penyakitnya. Anggapan bahwa selama ada dirumah sakit semua menjadi tanggungjawab petugas rumah sakit, padahal keaktifan mobilisasi dini akan mempercepat proses penyembuhan

## 2.2 Konsep Kualitas Hidup

### 2.2.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait persepsi secara individu terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut (Adam, 2006 dalam Nursalam, 2013). Kualitas hidup digunakan dibidang pelayanan kesehatan untuk menganalisis emosional seseorang, faktor sosial, dan kemampuan untuk memenuhi tuntutan kegiatan dalam kehidupan secara normal dan dampak sakit yang berpotensi menurunkan kualitas hidup terkait kesehatan. (Kurniawan, Koesrini, and Koesrini 2019)

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) Group (dalam Fitriana & Ambarini, 2012), didefinisikan sebagai persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan dan perhatian seseorang. Kualitas hidup yang baik artinya persepsi individu memandang posisi dirinya berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan perhatian. (Kurniawan, Koesrini, and Koesrini 2019)

### 2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup menurut (Aslamiyah, Nurhidayat1, and Isroin2 2019) adalah :

1. Jenis kelamin

Berbagai faktor resiko banyak dimiliki laki-laki seperti merokok dan stress akibat kerja yang banyak terdapat pada laki laki, dapat dilihat bahwa usia termuda responden gagal jantung adalah laki-laki sedangkan pada usia tua atau lansia, penderita penyakit jantung koroner didominasi oleh perempuan. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa pada usia 40-49 tahun pria memiliki risiko dua kali lebih sering menderita penyakit ini dibanding wanita, tetapi pasca menopause, rasio menjadi equivalent antara pria dan wanita. (Asti Pratiwi, M. Ali Maulana 2018)

1. Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang tidak dapat diubah pada penyakit gagal jantung. Seiring peningkatan usia, kejadian aterosklerotik semakin mudah terjadi, karena semakin tua usia seseorang maka tingkat elastisitas pembuluh darah akan semakin menurun yang akan mengakibatkan mudahnya pengerasan dan penumpukan pada pembuluh darah. (Asti Pratiwi, M. Ali Maulana 2018)

1. Pendidikan

pendapat Azwar dalam Rochmayati (2017) faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu pendidikan, yang menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka ia akan cenderung untuk berperilaku positif karena pendidikan yang diperoleh dapat meletakan dasar-dasar dalam diri seseorang Hal ini dipengaruhi oleh pendapatan rata-rata yang kurang

Pendidikan adalah usaha membina dan mengembangkan kepribadian manusia baik dibagian rohani atau dibagian jasmani. Ada juga para beberapa orang ahli mengartikan pendidikan itu adalah suatu proses pengubahan sikap dan tingkah laku seseorang atau sekelompok orang dalam mendewasakan melalui pengajaran dan latihan. Dengan pendidikan kita bisa lebih dewasa karena pendidikan tersebut memberikan dampak yang sangat positif bagi kita, dan juga pendidikan tersebut bisa memberantas buta huruf dan akan memberikan keterampilan, kemampuan mental, dan lain sebagainya. Seperti yang tertera didalam UU No.20 tahun 2003 Pendidikan adalah usaha dasar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan, yang diperlukan dirinya, masyarakat, dan Negara

pendidikan adalah suatu kegiatan untuk meningkatkan pengetahuaan umum seseorang termasuk di dalam peningkatan penguasaan teori dan keterampilan, memutuskan dan mencari solusi atas persoalan-persoalan yang menyangkut kegiatan di dalam mencapai tujuannya, baik itu persoalan dalam dunia pendidikan ataupun kehidupan sehari-hari. Sedangkan menurut Notoadmodjo (2003:77), kalau pendidikan formal dalam suatu organisasi merupakan suatu proses pengembangan kemampuan kearah yang diinginkan oleh organisasi yang bersangkutan

1. Pekerjaan

pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup. Hasil penelitian oleh Siswanto (2015) menunjukkan bahwa pekerjaan dan pendapatan keluarga berpengaruh positif dan signifikan dengan kualitas hidup seseorang. Peneliti berpendapat bahwa pekerjaan yang dilakukan oleh responden mengindikasikan pendapatan yang diperoleh untuk memenuhi kebutuhan keluarganya,

1. Pendapata / Ekonomi

Individu yang mempunyai kondisi ekonomi yang baik akan mampu menyediakam fasilitas yang dibutuhkam dalam menjalani kehidupannya sebaliknya individu yang mempunyai kondisi ekonomi yang rendah akan mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan dihidupnya (Sunaryo, 2004)

1. Lama Sakit

Menurut Widiarti (2012) mengemukakan kemampuan untuk segera berkompetisi dalam arti kemampuan individu dalam menerima dan merubah pola hidup dan kemampuan adaptasi dalam menjalani proses kehidupannya setelah dinyatakan sebagai penderita penyakit jantung koroner. Peneliti berpendapat bahwa semakin lama sakit semakin tinggi pengalaman hidup yang dimiliki secara keseluruhan dalam mengontrol penyakitnya

1. Dukungan keluarga

Memiliki dukungan keluarga dengan kualitas hidup baik. Menurut Kristofferzon dalam Rochmayati, (2017) menyatakan dalam perencanaan perawatan harus mencakup anggota keluarga dan dukungan sosial yang lain yang signifikan sehingga mereka dapat mendukung dan mendorong pasien untuk mengatasi masalah dalam kehidupan sehari-hari.

### 2.2.3 Domain Kualiatas Hidup

Domain Kualitas Hidup Menurut WHO (1996) dalam Nursalam (2013), ada empat domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui kualitas hidup. Setiap domain dijabarkan beberapa aspek yaitu.

1. Domain kesehatan fisik, yang dijabarkan dalam beberapa aspek sebagai berikut: Kegiatan hidup sehari-hari, ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidak nyamanan, tidur dan istrahat dan apasitas kerja.
2. Domain psikologis, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut: Bentuk dan tampilan tubuh, perasaan negatif, perasaan positif, penghargaan diri, spritualisasi agama atau keyakinan peribadi, berfikir, belajar, memori dan kosetrasi.
3. Domain hubungan sosial, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut: Hubungan pribadi, dukungan sosial, dan aktivitas seksual
4. Domain lingkungan, yang dijabarkan dalam beberapa aspek, sebagai berikut: Sumber daya keuangan, kebebasan, keamanan dan keyakinan fisik, kesehatan dan keperdulian sosial : akrebiloitas dan kualitas, lingkungan rumah, peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi dan keterampilan baru, lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas atau iklim), dan Trasportasi. (Hutagaol 2017)

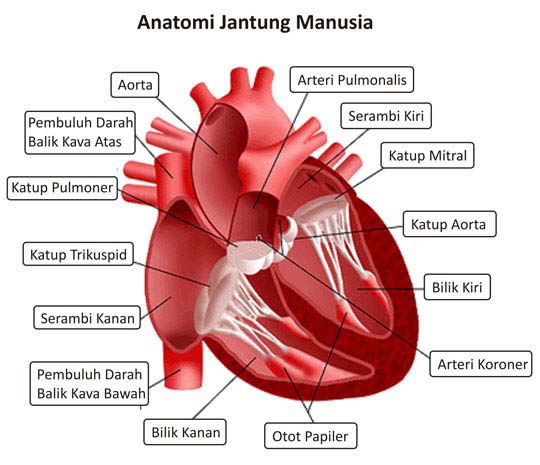
### 2.2.4 Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran Kualitas Hidup WHO telah menginisiasiasi sebuah proyek bernama *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), pada tahun 1991, yang bertujuan membentuk suatu instrumen pengukuran kualitas hidup yang terstandardisasi secara internasional. WHOQOL mengukur persepsi seseorang dalam konteks budaya, sistem nilai, tujuan hidup, standard dan pertimbangan mereka. Instrumen ini telah dikembangkan dan diuji lapangan secara mendunia. WHOQOL-BREF terdiri dari 26 item pertanyaan yang terdiri dari 4 dimensi (Rasjidi, 2010, dan Hutagaol, 2017)

The WHOQOL-BREF menghasilkan kualitas profil hidup adalah mungkin untuk menurunkan empat skor domain. Keempat sekor domain menunjukkan sebuah persepsi individu tentang kualitas kehidupan di setiap domain tertentu. Domain skor berskala kearah yang positif (yaitu skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup lebih tinggi). Biasanya seperti cakupan index antara 0 (mati) dan 1 (kesehatan sempurna).

## Konsep Gagal Jantung

### 2.3.1 Anatomi Jantung

Jantung adalah sebuah organ berotot dengan empat ruang yang terletak di rongga dada dibawah perlindungan tulang iga, sedikit ke sebelah kiri sternum. Ukuran jantung lebih kurang sebesar genggaman tangan kanan dan beratnya kira-kira 250-300 gram, Jantung merupakan suatu organ otot berongga yang terletak di pusat dada. Pada bagian Pengenalan Jantungi kanan dan kiri jantung masing-masing memilik ruang sebelah atas (atrium) yang berfungsi mengumpulkan darah dan ruang sebelah bawah (ventrikel) yang bertungsi mengalrkan darah keluar. Agar darah hanya mengalir satu arah maka ventrikel memilki satu katup pada jalan masuk dan satu katup pada jalan keluar. Fungsi utama jantung adalah menyediakan oksigen ke seluruh tubuh dan membersihkan tubuh dari hasil metabolisme yang berupa l karbondioksida. Jantung melaksanakan fungsi tersebut dengan mengumpulkan darah. (Susanto 2010)

#### Gambar 2.1 Anatomi Jantung Manusia. (Susanto 2010)

### 2.3.2 Definisi Gagal Jantung

Gagal jantung adalah sindrom klinis yang muncul dari disfungsi ventrikel, dimana jantung tidak dapat memompa darah untuk mencukupi kebutuhan metabolik tubuh (Bruno 2019). Gagal jantung bukan merupakan suatu penyakit yang berdiri sendiri melainkan sebuah sindrom klinis yang dikarakteristikan dengan kelebihan volume darah, tidak adekuatnya perfusi jaringan, dan penurunan toleransi aktivitas sehari- hari, pemyakit ini merupakan salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas, Penyebabnya yaitu suplai oksigen ke miokardium mengalami penurunan yang berakibat pada kematian sel jantung. (Sulastini1 et al. 2018)

Para ahli kesehatan yang lain juga mengajukan definisi yang kurang lebih sama, diantaranya Daulat Manurung tahun 2014 yang mendefinisikan bahwa gagal jantung adalah suatu sindrom klinis kompleks, yang didasari oleh ketidakmampuan jantung untuk memompakan darah keseluruhan jaringan tubuh adekuat, akibat adanya gangguan struktural dan fungsional dari jantung. Pasien dengan gagal jantung biasanya terjadi tanda dan gejala sesak nafas yang spesifik pada saat istirahat atau saat beraktivitas dan atau rasa lemah, tidak bertenaga, retensi air seperti kongestif paru, edema tungkai, terjadi abnormalitas dari struktur dan fungsi jantung. (Jiwa et al. 2016)

Menurut *American Heart Assosiation* (2012) menjelaskan bahwa penyebab utama terjadinya rehospitalisasi dan mortalitas pasien gagal jantung yaitu kurangnya upaya peningkatan kualitas hidup terkait dengan kesehatan pasien setelah pulang dari rumah sakit. Pasien gagal jantung mengalami 3 kesulitan dengan kegiatan aktivitas sehari-hari. Keterbatasan aktivitas yang terus menurun dapat menyebabkan prognosis yang buruk. (Rosita et al. 2017)

Gagal jantung adalah keadaan fatofisiologi dimana jantung sebagai pompa tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk metabolisme jaringan. Gangguan fungsi jantung ditinjau dari efek-efeknya terhadap perubahan 3 penentu utama dari fungsi miokardium yaitu *freeload* (beban awal) yaitu derajat peregangan serabut miokardium pada akhir pengisian ventrikel atau diastolik. *Afterload* (beban akhir) yaitu besarnya tegangan dinding ventrikel yag harus dicapai selama sistol untuk memompa darah. *Kontraktilitas* miokardium yaitu perubahan kekuatan kontraksi.

### 2.3.3 Etiologi

Ada beberapa etiologi / penyebab dari gagal jantung menurut. (Kasron, S.kp. 2012)

1. Kelainan Otot Jantung

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

1. Aterosklerosis Koroner.

Aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung. Terjadi hipoksia dan asídosis (akibat penumpuikan 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 kontraktilitaas menurun.

1. Hipertensi Sistemik Atau Pulmonal

Meningkatnya beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrophi serabut otot jantung

1. Peradangan dan Penyakit Miokardium Degeneratif

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

1. Penyakit jantung lain

Gagal jantung terjadi akibat penyakit jantung yang sebenarnya, secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme biasanya terlibat mencakup gangguan aliran darah yang masuk jantung (*stenosis* katup *semiluner*), ketidak mampuan jantung untuk mengisi darah (tamponade, perikardium, perikarditif konstriktif, atau stenosis AV), peningkatan mendadak afteer load.

1. Faktor Sisitemik

Meningkatnya laju metabolisme, hipoksia dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke jantung. Asidosis respiratorik atau metabolik dan abnormalita elekttronik dapat menurunkan kontraktilitas jantung

### 2.3.4 Patofisiologi gagal jantung

Mekanisme yang mendasari gagal jantung meliputi gangguan kontraktilitas jantung yang menyebabkan curah jantung lebih rendah dari curah jantung normal, bila curah jantung berkurang, sistem saraf simpatis akan mempercepat frekuensi jantung untuk mempertahankan curah jantung, bila mekanisme ini gagal, maka volume sekuncuplah yang harus menyesuaikan, volume sekuncup adalah jumlah darah yang dipompa pada setiap kontraksi, yang dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu preload (jumlah darah yang mengisi jantung), kontraktilitas (perubahan kekuatan kontraksi yang terjadi pada tingkat sel yang berhubungan dengan perubahan panjang serabut jantung dan kadari kalsium), dan afterload (besarnya tekanan ventrikel yang harus dihasilkan untum memompa darah melawan perbedaan tekanan yang ditimbulkan oleh tekanan arteriol), Apabila salah satu komponen itu terganggu maka curah jantung akan menurun. (Otaktavianus; and Sari 2014)

Kelainan fungi otot jantung disebabkan karena aterosklerosis koroner, hipertensi arterial dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi, aterosklerosis koroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung, terjadi hipoksia dan asidosis, infark miokardium biasanya mendahului terjadinya gagal jantung, hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan afterload) meningkatkan beban kerja jantung dan pada gilirannya mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung, efek tersebut (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagal mekanisme kompensasi karena akan meningkatkan kontraktilitas jantung, tetapi untuk alasan tidak jelas, hipertrofi otot jantung tadi tidak dapat berfungsi secara normal, akhirnya terjadi gagal jantung. Peradangan dan penyakit miokardium degeneratif berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun, ventrikel kanan dan kiri dapat mengalami kegagalan secara terpisah, gagal ventrikel kiri paling sering mendahului gagal ventriel kanan, gagal ventrikel kiri murni sinonim dengan edema paru akut, karena curah ventrikel berpasangan atau sinkron, maka kegagalan salah satu ventrikel dapat mengak ibatkan penurunan perfusi jaringan. (Otaktavianus; and Sari 2014)

### 2.3.5 Klasifikasi Gagal Jantung

1. Gagal Jantung Berdasarkan Manisfetasi Klinis
2. Gagal Jantung Kiri dan Gagal Jantung Kanan

Gagal jantung kiri dan gagal jantung kanan dapat terjadi secara tersendiri karena pemompaan ventrikel yang terpisah satu dengan yang lain. Gagal jantung kiri dapat terjadi akibat disfungsi ventrikel kiri yang tidak mampu memompakan darah. Peningkatan tekanan atrium kiri meningkatkan tekanan vena pulmonalis sehingga menyebabkan edema paru yang pada akhirnya dapat mengakibatkan sesak napas, batuk, dan kadang hemoptysis, gagal jantung kanan terjadi akibat disfungsi ventrikel kanan yang tidak mampu menangani pengembalian darah dari sirkulasi sistemik dan akhirnya dapat mengakibatkan edema perifer karena darah terbendung dan kembali ke dalam sirkulasi sistematis, gangguan salah satu fungsi ventrikel dapat menghambat fungsi ventrikel yang lain dimana volume darah yang dipompa dari masing-masing ventrikel bergantung pada volume darah yang diterima oleh ventrikel tersebut. (Sari et al. 2016)

1. Gagal Jantung Akut dan Kronik

Gagal jantung akut disebabkan bila pasien secara mendadak mengalami penurunan curah jantung dengan gambaran klinis dispnea, takikardia serta cemas, pada kasus yang lebih berat penderita tampak pucat dan hipotensi, sedangkan gagal jantung kronik terjadi kerusakan jantung yang disebabkan oleh iskemia atau infark miokard, hipertensi, penyakit jantung katup dan kardiomiopati sehingga mengakibatkan penurunan curah jantung secara bertahap. (Sari et al. 2016)

1. Gagal Jantung Sistolik dan Diastolik

Sistolik terjadi karena penurunan kontraktilitas ventrikel kiri sehingga ventrikel kiri tidak mampu memompa darah akibatnya kardiak output menurun dan ventrikel hipertrofi, Diastolik karena ketidakmampuan ventrikel dalam pengisian darah akibatnya stroke volume cardiac output turun. (Kasron, S.kp. 2012)

1. Klasifikasi gagal jantung berdasarkan kemampuan fungsional

Menurut NYHA (*New York Heart Assosiation*), gagal jantug dibagi berdasarkan 4 derajat kemampuan fisik.

* 1. Derajat I

menunjukkan seseorang bisa beraktifitas secara normal, atau individu yang tidak memiliki tanda – tanda klinis gagal jantung

* 1. Derajat II

menunjukan gejala ringan saat melakukan aktivitas sehingga pasien merasa lebih nyaman bila beristirahat, dan mencakup individu dengan rales atau cracjles di nparu-paru, dan tekanan vena jugularis

* 1. Derajat III

pasien sudah mulai menunjukan adanya keterbatasan fisik, yaitu menggambarkan individu dengan edema paru akut yang terus terang

* 1. Derajat IV

pasien sudah tidak bisa melakukan aktivitas apapun tanpa keluhan, menggambarkan individu dalam syok kardiogenik atau hipotensi (diukur sebagai tekanan darah sistolik lebih rendah dari 90 mmHg) dan bukti vasokonstriksi perifer. (Akhmad 2018)

### 2.3.6 Gejala Gagal Jantung

Menurut Beberapa gejala atau keluhan yang sering ditemukan pada penderita gagal jantung adalah;

1. Dispnea

Dispnea atau perasaan sulit benapas pada saat beraktivitas merupakan manisfetasi gagal jantung yang paling umum. Dispnea diakibatkan karena terganggunya pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam alveoli serta meningkatnya tahanan aliran udara.

1. Ortopnea

Yaitu kesulitan bernafas apabila berbaring telentang. Ortopnea disebabkan oleh redistribusi aliran darah dari bagian-bagian tubuh ke jantung dan paru-paru. Penurunan kapasitas vital paru-paru merupakan suatu faktor penyebab yang penting.

1. *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND)

Yaitu dispnea yang timbul secara tiba-tiba pada saat tidur. *Paroxysmal Nocturnal Dyspnea* (PND) terjadi karena akumulasi cairan dalam paru ketika sedang tidur dan merupakan manifestasi spesifik dari gagal jantung kiri.

1. Batuk

Penderita gagal jantung dapat mengalami keluhan batuk pada malam hari, yang diakibatkan bendungan pada paru-paru, terutama pada posisi berbaring, Batuk yang terjadi dapat produktif, tetapi biasanya kering dan pendek. Hal ini bisa terjadi karena bendungan mukosa bronkial dan berhubungan dengan adanya peningkatan produksi mukus.

1. Rasa mudah lelah

Penderita gagal jantung akan merasa lelah melakukan kegiatan yang biasanya tidak membuatnya lelah. Gejala mudah lelah disebabkan kurangnya perfusi pada otot rangka karena menurunya curah jantung kurangnya oksigen membuat produksi adenisin tripospat (ATP) sebagai sumber energy untuk kontaksi otot berkurang. Gejala dapat diperberat oleh ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sehingga dapat disertai kegelisahan dan kebingungan.

1. Gangguan pencernaan

Gagal jantung dapat menimbulkan gejala-gejala berupa gangguan pada pencernaan seperti kehilangan napsu makan anoreksia, perut kembung, mual dan nyeri abdomen yang disebabkan oleh kongesti pada hati dan usus, Gejala ini bisa diperburuk oleh edema organ intestinal, yang bisa menyertai peningkatan menahun dalam tekanan vena sistemik.

1. Edema (pembengkakan)

Penderita gagal jantung ditemukan edema, misalnya pada pergelangan kaki. Edema kaki dapat terjadi pada venderuta yang mengalami kegagalan ventrikel kanan.

### 2.3.7 Faktor resiko

* + - 1. Umur

Umur berpengaruh terhadap kejadian gagal jantung walaupun gagal jantung dapat dialami orang dari berbagai golongan umur tetapi semakin tua seseorang maka akan semakin besar kemungkinan menderita gagal jantung karena kekuatan pembuluh darah tidak seelastis saat muda dan juga timbulnya penyakit jantung yang lain pada usia lanjut yang merupakan faktor resiko gagal jantung,

* + - 1. Jenis kelamin

Pada umumnya laki-laki lebih beresiko terkena gagal jantung daripada perempuan. Hal ini disebabkan karena perempuan mempunyai hormon estrogen yang berpengaruh terhadap bagaimana tubuh menghadapi lemak dan kolesterol.

* + - 1. Penyakit Jantung Koroner

Penyakit jantung koroner dalam *Framingham study* dikatakan sebagai penyebab gagal jantung 46% pada laki-laki dan 27% pada wanita. Faktor risiko koroner seperti diabetes dan merokok juga merupakan faktor yang dapat berpengaruh pada perkembangan dari gagal jantung. Selain itu berat badan serta tingginya rasio kolesterol total dengan kolesterol HDL juga dikatakan sebagai faktor risiko independen perkembangan gagal jantung.

* + - 1. Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan tekanan darah yang tinggi terus-menerus. Ketika tekanan darah terus di atas 140/80, jantung akan semakin kesulitan memompa darah dengan efektif dan setelah waktu yang lama, risiko berkembangnya penyakit jantung meningkat. Penurunan berat badan, pembatasan konsumsi garam, dan pengurangan alkohol dapat membantu memperoleh tekanan darah yang menyehatkan, 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 baik itu aritmia atrial maupun aritmia ventrikel. Ekokardiografi yang menunjukkan hipertrofi ventrikel kiri berhubungan kuat dengan perkembangan gagal jantung.

* + - 1. Penyakit katup jantung

Penyakit katup sering disebabkan oleh penyakit jantung rematik. Penyebab utama terjadinya gagal jantung adalah regurgitasi mitral dan stenosis aorta. Regurgitasi mitral dan regurgitasi aorta menyebabkan kelebihan beban volume (peningkatan *preload*) sedangkan stenosis aorta menimbulkan beban tekanan (peningkatan *afterload*).

* + - 1. Penyakit Jantung Bawaan

Penyakit jantung bawaan (PJB) adalah penyakit dengan kelainan pada struktur jantung atau fungsi sirkulasi jantung yang dibawa dari lahir yang terjadi akibat adanya gangguan atau kegagalan perkembangan struktur jantung pada fase awal perkembangan janin, Penyakit jantung bawaan bisa terdiagnosis sebelum kelahiran atau sesaat setelah lahir, selama masa anak-anak, atau setelah dewasa, Penyakit jantung bawaan dengan adanya kelainan otot jantung akan mengarah pada gagal jantung.

* + - 1. Penyakit Jantung Rematik

Penyakit Jantung Rematik (PJR) atau Rheumatic Heart Disease (RHD) adalah suatu kondisi dimana terjadi kerusakan pada katup jantung yang bisa berupa penyempitan, atau kebocoran, terutama katup mitral (stenosis katup mitral) sebagai akibat adanya gejala sisa dari Demam Rematik. Demam rematik akut dapat mneyebabkan peradangan pada semua lapisan jantung. Peradangan endokardium biasanya mengenai endotel katup, dan erosi pinggir daun katup Bila miokardium terserang akan timbul nodular yang khas pada dinding jantung sehingga dapat menyebabkan pembasaran jantung yang berakhir pada gagal jantung.

* + - 1. Aritmia

Aritmia adalah berkurangnya efisiensi jantung yang terjadi bila kontraksi atrium hilang (fibrilasi atrium, AF). Aritmia sering ditemukan pada pasien dengan gagal jantung dan dihubungkan dengan kelainan struktural termasuk hipertofi ventrikel kiri pada penderita hipertensi.

* + - 1. Kardiomiopati

Kardiomiopati merupakan penyakit pada otot jantung yang bukan disebabkan oleh penyakit jantung koroner, hipertensi, penyakit jantung kongenital, ataupun penyakit katup jantung. Kardiomiopati ditandai dengan kekakuan otot jantung dan tidak membesar sehingga terjadi kelainan fungsi diastolik (relaksasi) dan menghambat fungsi ventrikel.

* + - 1. Merokok dan Konsumsi Alkohol

Kebiasaan merokok merupakan faktor risiko penyakit jantung. Merokok mempercepat denyut jantung, merendahkan kemampuan jantung dalam membawa dan mengirimkan oksigen, menurunkan level HDL-C (kolesterol baik) di dalam darah, serta menyebabkan pengaktifan platelet, yaitu sel-sel penggumpalan darah. Pengumpalan cenderung terjadi pada arteri jantung, terutama jika sudah ada endapan kolesterol di dalam arteri.

Alkohol dapat berefek secara langsung pada jantung, menimbulkan gagal jantung akut maupun gagal jantung akibat aritmia (tersering atrial fibrilasi), Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menyebabkan kardiomiopati dilatasi (penyakit otot jantung alkoholik). Alkohol menyebabkan gagal jantung 2 – 3% dari kasus. Alkohol juga dapat menyebabkan gangguan nutrisi dan defi1siensi tiamin. Obat-obatan juga dapat menyebabkan gagal jantung. Obat kemoterapi seperti *doxorubicin* dan obat antivirus seperti *zidofudi*n juga dapat menyebabkan gagal jantung akibat efek toksik langsung terhadap otot jantung.

### 2.3.8 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis pada penderita gagal jantung menurut (Nugroho, Putri, and Putri’ 2016) adalah sebagai berikut :

1. Peningkatan volume intravaskular (gambaran dominan)
2. Ortopnue yaitu sesak saat berbaring
3. *Dipsneu on effort* (DOE) yaitu sesak bila melakukan aktifitas
4. *Paroxymal noctural dipsneu* (PND) yaitu sesak nafas tiba-tiba pada malam hari disertai batuk
5. Berdebar-debar
6. Lekas lelah
7. Batuk-batuk
8. Peningkatan desakan vena pulmonal (edema pulmonal) ditandai oleh batuk dan sesak nafas.
9. Peningkatan desakan vena sistemik seperti yang terlihat pada edema perifer umum dan penambahan berat badan.

### 2.3.9 Komplikasi

Adapun komplikasi yang bisa tejadi ialah :

1. Irombosis vena dalam, karena pembentukan bekuan vena karena stasis darah.
2. Syok kardiogenik akibat disfungsi nyata dari jantung.
3. Toksisitas digitalis akibat pemakaian obat-obatan digitalis.

### 2.3.10 Pemeriksaan Fisik

Dalam hal- hal pemeriksaan fisik antara lain yaitu; menurut (Nugroho, Putri, and Putri’ 2016)

1. Auskultasi nadi apikal, biasanya terjadi takikardi (walaupun dalam keadaan berustirahat)
2. Bunyi jantung, S1 dan S2 mungkin lemah karena menurunnya kerja pompa. Irama gallop umum (S3 dan S4) dihasilkan sebagai aliran darah ke atrium yang distensi. Murmur dapat menunjukkan inkompetensi / stenosis katup.
3. Palpasi nadi perifer, nadi mungkin cepat hilang atau tidak teratur untuk dipalpasi dan pulsus alternan (denyut kuat lain dengan denyut lemah) mungkin ada.
4. Tekanan darah
5. Pemeriksaan kulit : kulit pucat (karena penurunan perfusi perifer sekunder) dan sianosis (terjadi sebagai refraktori gagal Jantung kronis). Area yang sakit sering berwarna biru/belang karena peningkatan kongesti vena .

### 2.3.11 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan gagal jantung dengan sasaran: menurut (Nugroho, Putri, and Putri’ 2016)

1. Untuk menurunkan kerja jantung
2. Untuk meningkatkan curah jantung dan kontraktilitas miokard
3. Untuk menurunkan retensi garam dan air.
4. Tirah baring tirah baring mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung dan menurunkan tekanan darah dengan menurunkan volume intra vaskuler melalui induksi diuresis berbaring.
5. Oksigen Pemenuhan oksigen akan mengurangi demand miokard dan membantu memenuhi kebutuhan oksigen tubuh.
6. Diet Pengaturan diet membuat kerja dan ketegangan otot jantung minimal. Selain itu pembatasan natrium dituiukan untuk mencegah, mengatur, atau mengurangi edema.
7. Revaskularisasi koroner
8. Transplantasi jantung
9. Kardoimioplasti

### 2.3.12 Pencegahan

Kunci untuk mencegah gagal jantung adalah mengurangi faktor-faktor risiko. dapat mengontrol atau menghilangkan banyak faktor-faktor risiko penyakit jantung tekanan darah tinggi dan penyakit arteri koroner, misalnyal dengan melakukan perubahan gaya hidup bersama dengan bantuan obat apa pun yang diperlukan. (Nugroho, Putri, and Putri’ 2016) Perubahan gaya hidup dapat anda buat untuk membantu mencegah gagal jantung meliputi:

1. Tidak merokok
2. Mengendalikan kondisi tertentu, seperti tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi dan diabetes
3. Tetap aktif secara fisik
4. Makan makanan yang sehat
5. Menjaga berat badan yang sehat
6. Mengurangi dan mengelola stress

## 2.4 Konsep Literatur Review

### 2.4.1 Pengertian Literatur Review

Penelitian kepustakaan dan studi pustaka/riset pustaka meski bisa dikatakan mirip akan tetapi berbeda. Studi pustaka merupakan pengertian lain dari kajian pustaka, tinjauan pustaka, kajian teoritis, landasan teori, telaah putsaka (*literature review*), dan tinjauan teoritis. Kepustakaan adalah penelitian yang dilakukan hanya berdasarkan atas karya tertulis, termasuk hasil penelitian baik yang telah maupun yang belum dipublikasikan (Melfianora 2017)

Meskipun merupakan sebuah penelitian, penelitian studi literatur tidak harus turun ke lapangan dan kontak dengan responden. Data yang dibutuhkan dalam penelitian didapatkan dari sumber pustaka atau dokumen. Pada riset pustaka (l*ibrary research*) penelusuran pustaka tidak hanya untuk langkah awal menyiapkan kerangka penelitian (*research design*) tetapi juga memanfaatkan sumber-sumber perpustakaan untuk memperoleh data penelitian (Melfianora 2017)

### 2.4.2 Tujuan Literatur Review

1. Membantu peneliti agar lebih memahami permasalahan yang sedang di teliti sesuai dengan kerangka berpikir ilimiah, sehinngga peniliti memahami bagaimana penelitian tersebut dalam dilaksanakan
2. Mengetahui tentang uraian teori, temuan dan bahan penelitian lain yang didapatkan dari bahan acuan guna dijadikan landasan dalam kegiatan penelitian
3. Menyusun kerangka pemikiran dalam pemecahan masalah
4. Mendapatkan gambaran yang berkaitan dengan apa yang sudah dikerjakan orang lain sebelumnya, dimana gambaran ini berhubungan dengan penelitian yang dilakukan

(Wahono 2015)

### Teknik Literatur Review

1. Mencari Kesamaan (*Compare*) teknik melakukan review dengan cara mencari kesamaan diantara beberapa literatur & diambil kesimpulannya
2. Mencari Ketidaksamaan (*Contrast*) teknik melakukan review dengan cara mencari perbedaan diantara beberapa literatur & diambil kesimpulannya.
3. Memberikan Pandangan (*Criticize*) teknik melakukan review dengan membuat pendapat sendiri terhadap sumber yang dibaca
4. Membandingkan (*Synthesize*) teknik melakukan review dengan menggabungkan beberapa sumber menjadi sebuah ide
5. Meringkas (*Summarize)* teknik melakukan review dengan menulis kembali sumbernya dengan kalimat sendiri (*pharaprase*)

(Wahono 2015)

### 2.4.4 Langkah-langkah Menyusun Literatur Review

1. Langkah 1 : Membaca artikel atau jurnal terkait
2. Tahap 1 Perhatikan struktur dan teks seperti daftar isi, abstrak, heading dan sub-headings, guna melihat apakah teks tersebut sesuai dengan tujuan peneliti.
3. Tahap 2 : Apabila teks terlihat sesuai dengan tujuan maka baca dengan lebih seksama untuk mencari penelitian tertentu yang akan mendukung *Literature Review*. Teknik ini memungkinkan untuk mengidentifikasi materi yang sesuai dengan membaca secara teliti dan untuk memperoleh pengertian umum mengenai literatur yang sesuai dengan penelitian
4. Langkah 2 : Mengevaluasi semua tulisan ilmiah yang dibaca, tulisan ilmiah berkualitas adalah Jurnal yang terindeks oleh *database* atauditerbitkan oleh jurnal yang telah diakreditasi

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam mengevaluasi tulisan ilmiah:

1. Akurasi

Pastikan apakah literatur ini akurat dengan cara mengecek apakah penelitian yang sama diacu di sumber lain atau apakah sumber ini tidak konsisten dengan sumber lain. astikan literatur berasal dari sumber terpercaya

1. Obyektivitas
2. Apakah ada bukti bias dalam artikel? contohnya apakah penliti percaya riset dari pabrik rokok yang menyatakan bahwa merokok tidak membahayakan kesehatan?
3. Apakah statistik sesuai dengan publikasi lain? Apabila tidak, apakah argument (metode, rancangan penelitian dll) yang dipakai dasar cukup meyakinkan?
4. Bagaimana penliti mengetahui jika data yang dimuat adalah benar? Data pendukung apa yang tersedia?
5. Kemutahiran
6. Pastikan kapan tanggal publikasi
7. Pastikan apakah ada informasi yang lebih terbaru dan tidak menimbulkan keraguan atau menentang beberapa temuan yang sudah ada.
8. Cakupan
9. Informasi dari literatur yang tersedia harus lengkap dan mencakup bidang yang diteliti.
10. Pastikan apakah ada penelitian lebih lanjut yang tidak disebut atau secara sengaja dihilangkan dari penemuan?
11. Langkah 3 : Buat ringkasan publikasi-publikasi tersebut dan buatlah catatan saat membaca literatur mengenai
12. Apakah poin/teori/masalah utama yang diangkat dalam teks seperti buku atau artikel?
13. Rangkum poin utama yang diajukan pengarang
14. Catat lengkap kuotasi, atau halaman referensi yang dianggap berguna dalam Literature Review
15. Pastikan peneliti memiliki semua informasi seperti pengarang, tanggal dan tahun, judul buku, sumber, penerbit buku/jurnal, halaman, tujuan penelitian, hipotesis, metode penelitian, material, desain eksperimen, dan hasil/data.
16. Catat bagaimana pengarang menggunakan materi asal. Apabila peneliti menggunakan kata-kata pengarang secara langsung pastikan peneliti memberikan dalam tanda petik dan menyebut halamannya.
17. Apa kesimpulan yang dibuat oleh pengarang?
18. Poin apa yang mendukung kesimpulan?
19. Tulis juga pendapat peneliti tentang bacaan tersebut. Hal ini akan berguna saat peneliti melihat kembali catatan yang di buat atau menggunakannya saat menulis.
20. Langkah 4 : Gabungkan menjadi satu artikel ilmiah yang lengkap mengenai suatu permasalahan

(Wahono 2015)

### 2.4.5 Sumber Literatur Review

Sumber-sumber literatur dapat berupa sumber utama yang berasal dari jurnal, laporan penelitian, informasi dari wawancara/email, sumber lanjutan yang merupakan analisa terhadap sumber utama dan sumber yang berasal dari komunitas professional.

1. Cara Membaca Sumber
2. Skimming adalah proses membaca dokumen objek secara cepat sambil mengambil inti-inti dari setiap paragraf. Skimming dapat membantu melakukan review dengan lebih cepat dan menyeluruh.
3. Paragraph Statement (Kalimat Utama di dalam suatu paragraph) adalah membaca kalimat terpenting di dalam suatu paragraf yang berguna untuk membantu mengerti paragraph objek
4. Document Statement (Kalimat Permasalahan/Tema Penelitian) adalah membaca statement utama dalam dokumen objek yang berguna untuk membantu mengerti tema keseluruhan

(Wahono 2015).

### 2.4.6 Analisis Jurnal Dengan Metode PICOT

1. Population *(Patient, Population, Problem*) *:* Kata-kata mewakili pasien, populasi, dan masalah yang diangkat dalam karya ilmiah yang ditulis
2. Intervension (*Intervension, Prognostic Factor,Exposure*) : Kata ini mewakili intervensi, faktor prognostik atau paparan yang akan diangkat dalam karya ilmiah
3. Comparison (*Comparison*) : Kata ini mewakili perbandingan atau intervensi yang ingin dibandingkan dengan intervensi atau paparan pada karya ilmiah yang akan ditulis
4. Outcome (*Outcome*) : Kata ini mewakili target apa yang ingin dicapai dari suatu penelitian misalnya pengaruh atau perbaikan dari suatu kondisi atau penyakit tertentu (Prasetyo 2019).

## 2.5 Model Konsep Keperawatan

### 2.5.1 Model Konsep Nola J Pender

Model promosi kesehatan Pender adalah model keperawatan yang membantu untuk memprediksi perilaku kesehatan. Direvisi Model didasarkan pada teori pembelajaran sosial yang dimodifikasi untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan olahraga perilaku di mana olahraga adalah promosi kesehatan perilaku yang dipengaruhi oleh pribadi dan perilaku-kognisi dan pengaruh spesifik. Perilaku khusus Kognisi dan pengaruh adalah kategori motivasi utama signifikansi dan sangat penting untuk intervensi, sebagaimana adanya tunduk pada modifikasi melalui tindakan keperawatan, Model promosi kesehatan Pender (HPM), berasal dari teori kognitif sosial, mencakup tiga kelompok faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan: karakteristik individu; kognisi dan pengaruh spesifik perilaku; dan segera kontingensi perilaku. Model menunjukkan bagaimana ini tiga faktor dapat mempengaruhi secara langsung dan tidak langsung perilaku promosi kesehatan (Heydari and Khorashadizadeh 2014)

Model *Health Education* adalah suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. *Health Promotion* Model atau model promosi kesehatan pertama kali dikembangkan oleh Nola J. Pender pada tahun 1987. HPM lahir dari penelitian tentang 7 faktor persepsi kognitif dan 5 faktor modifikasi tingkah laku yang memengaruhi dan meramalkan tentang perilaku kesehatan. Model ini menggabungkan dua teori yaitu dari teori Nilai Pengharapan (*Expectancy-Value*) dan Teori Pembelajaran sosial (*Social Cognitive Theory*) dalam perspektif keperawatan manusia dilihat sebagai fungsi yang holistik. Adapun secara singkat elemen dari teori ini adalah sebagai berikut.

Menurut pender promosi kesehatan meliputi mendorong gaya hidup yang lebih sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, memperkuat tindakan masyarakat, mengorientasikan kembali pelayanan kesehatan dan membangun kebijakan publik yang sehat (Pender, 1997:3). Kesehatan individu dan keluarga ditandai dengan efektifnya dalam komunitas, lingkungan dan masyarakat dimana mereka perlu hidup, dan telah menetapkan skema untuk upaya peningkatan derajat kesehatan.:

1. Kesehatan individu

Individu berperan dalam penentuan status kesehatan mereka sendiri Peningkatan derajat kesehatan individu itu pada tingkat membuat keputusan pribadi dan praktek. Setiap derajat peningkatan harus mempertimbangkan dalam formulasi kesehatan, nasional melalui usaha peningkatan derajat kesehatan.

2. Kesehatan keluarga

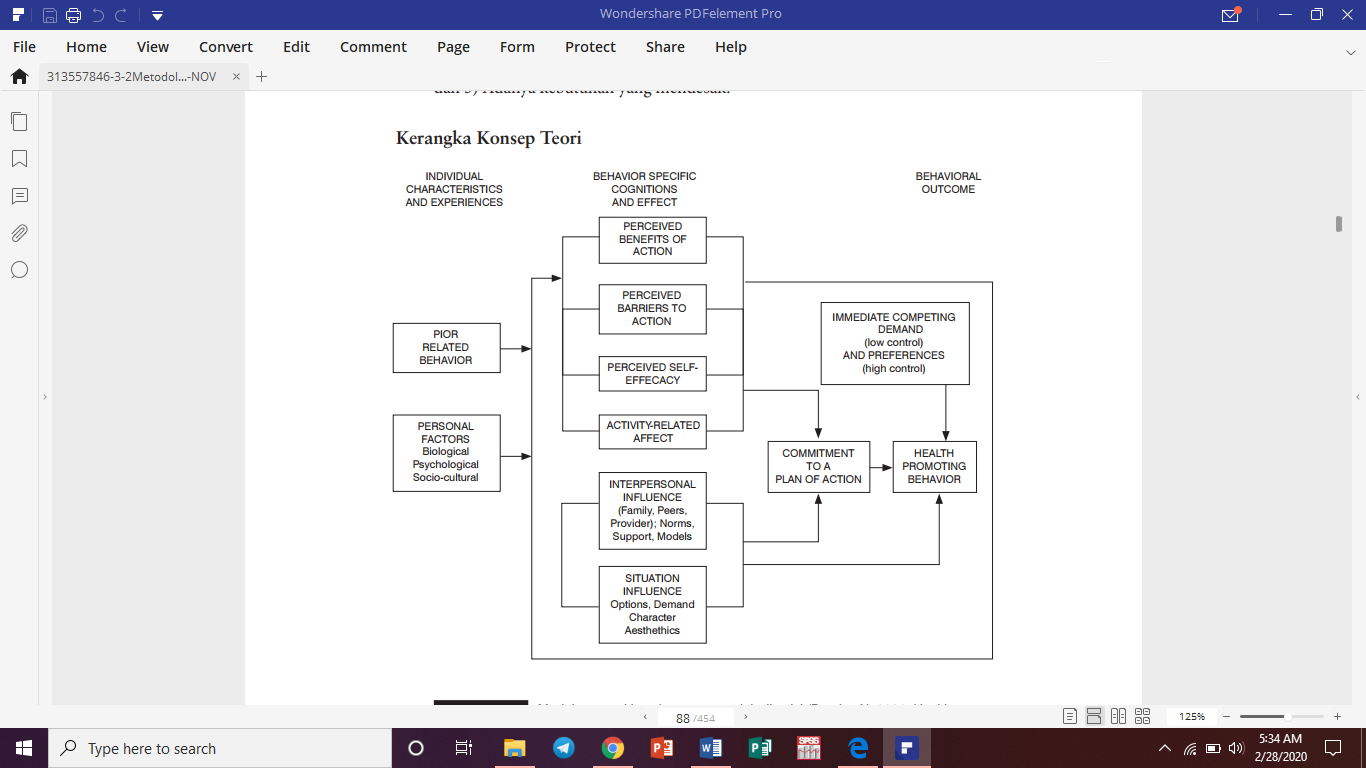
Keluarga berperan dalam perkembangan, kepercayaan kesehatan dan tindakan kesehatan. Masing-masing keluarga mempunyai sebuah karalcter yang berbeda, nilai, peran, dan kekuatan struktur. Gaya orang tua dan lingkungan keluarga dapat memberikan kesehatan atau sebaliknya. Lebih banyak perhatian harus diberikan kepada perkembangaan strategi untuk meningkatkan derajat kesehatan keluarga.

3. Kesehatan lingkungan

Tingkat dari kesehatan lingkungan yang baik berefek luas ke individu, keluarga, dan komunitas dapat sampai ke potensi optimal mereka. Kesehatan lingkungan yang baik adalah manifestasi dalam keharmonisan dan keseimbangan diantara dua manusia dan disekeliling mereka.

1. Kesehatan masyarakat

Sebuah masyarakat yang baik adalah semua anggota masyarakat mempunyai standart hidup kebutuhan dasar manusia dan mengajak dalam beraktifitas yang cepat. Sebuah masyarakat yang baik anggota masyarakat mau membantu dan bertanggungung jawab untuk kesehatan.

****

#### Gambar 2.2 Kerangka Konsep Diri. (Nursalam 2016)

## 2.6 Hubungan Antar Konsep

Gagal jantung juga merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup. Hal ini dikarenakan gagal jantung dapat memberikan dampak yang negatif terhadap pemenuhan kebutuhan dasar; adanya perubahan citra tubuh; kurangnya perawatan diri, perilaku dan aktivitas sehari-hari; kelelahan kronis, disfungsi seksual, dan kekhawatiran tentang masa depan. Ketidak mampuan pada pasien gagal jantung untuk beradaptasi terhadap penyakitnya, termasuk didalamnya mengenal secara dini dari gejala penyakit (seperti sesak napas, intoleransi aktivitas, dan kelelahan) yang akan memengaruhi kehidupan yang dijalaninya setiap hari. (Kaawoan, 2012) *health education* kualitas hidup pasien dengan gagal jantung untuk secara efektif mengelola gejala dari gagal jantung. Dukungan sosial membantu seseorang menjalani hidup dan diperlukan untuk menjaga fisik serta kesejahteraan emosional. (Wahyuni and Sari Kurnia 2014)

Gagal jantung adalah penyebab utama yang mempengaruhi kondisi fisik dan mental yang mempengaruhi kualitas hidup penderita. Faktor pengetahuan dan pemahaman subjek terhadap penyakit yang sedang dideritanya sangat penting untuk menjadi acuhan menjaga kesehatannya. Pemahaman kualitas hidup yang positif akan menentukan sikap subjek selanjutnya, hal ini sangat di pengaruhi oleh konsep diri yang positif terkait dalam penerimaan diri yang baik, citra tubuh positif, perasaan positif, kebahagiaan, harga diri, hubungan sosial, lingkungan dan hubungan spritualitas subjek.

*Health education* pada hakekatnya adalah suatu kegiatan atau usaha menyampaikan pesan kesehatan, Adanya pesan berupa pendidikan kesehatan diharapkan individu, kelompok atau masyarakat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah menjadi mampu mengatasi masalah, sehingga diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilakunya terutama pada pengetahuan dan sikap pada pasien gagal jantung Peningkatan pengetahuan pada pasien gagal jantung pada kelompok kontrol banyak dipengaruhi berbagai faktor, baik itu dari karateristik pasien maupun dari kesadaran pasien itu sendiri sehingga pasien mampu menerima dan mengerti tentang perawatan gagal jantung. (Dewi Aminah, Dhiana Setyorini 2012)

Konsep Nola. J. Pender menerangkan bahwa seseorang akan mengalami suatu perubahan setelah diberikan pendidikan kesehatan karena termotivasi dan persepsi diri yang baik. Konsep ini sangat berhubungan dengan pendidikan kesehatan yang diberikan pada pasien gagal jantung untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri yang tinggi atau *self efficacy* untuk merawat dan mengetahui gagal jantung.

# BAB 3

# KERANGKA KONSEPTUAL

## 3.1 Kerangka Konseptual

Pasien gagal jantung

Faktor-faktor yang mempengaruhi (Quality of life) :

1. Jenis kelamin
2. Usia
3. Pendidikan
4. Pekerjaan
5. Status pernikahan
6. Penghasilan
7. Hubungan dengan orang lain

Kualitas hidup

menurun

PERILAKU

*Health Education*

Model Konsep Promosi Kesehatan Nola.J.Pender

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan promkes

Sasaran

Pasien gagal jantung

Penyuluhan

1. Latihan fisik

2. Diit

Proses pemberian

1. logbook

2. leaflet

Kualitas hidup

Meningkat

#### Gambar 3.1 kerangka konsep pengaruh *health education* terhadap kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

: Diteliti : Berhubungan

: Tidak di Teliti

## 3.2 Hipotesis

Ada pengaruh *health education* terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung.

# BAB 4

# METODE PENELITIAN

## 4.1 Strategi Pencarian *Literature*

### 4.1.1 Protokol dan Registrasi

Rangkuman menyeluruh dalam bentuk *literature review* mengenai pengaruh *health education* terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung. Protokol pada studi ini menggunakan *The Centre for Review* sebagai panduan dalam asesmen kualitas dari studi yang akan dirangkum. Evaluasi dari *literatur review* akan menggunakan tabel PICO untuk menentukan penyeleksian studi yang telah ditemukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *literatur review*.

### 4.1.2 Database Pencarian

Literature review yang merupakan rangkuman menyeluruh beberapa studi penelitian yang ditentukan berdasarkan tema tertentu. Pencarian literatur dilakukan pada bulan April – Juni 2020. Data yang digunakan dalam peelitian ini merupakan data sekunder yang diperoleh tidak dari pengamatan langsung, tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang diperoleh berupa artikel jurnal bereputasi baik nasional ataupun internasional dengan tema yang sudah ditentukan. Pencarian literatur dalam literature review ini menggunakan tiga database dengan kriteria kualitas tinggi dan sedang, yaitu *ProQuest*, *google scholar*, dan *science direct.*

### 4.1.3 Kata Kunci

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan *keyword* (*AND, OR NOT or AND NOT*) yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* (MeSH) dan terdiri dari sebagai berikut:

##### Tabel 4. Kata kunci

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **effect** | **Health Education** | **Quality of life** | **Heart failure** |
| *effect* | *Health Education* | *Health Related Quality of Life* | *heart failure* |
| *OR* | *OR* | OR | *OR* |
| *effect* |  | *Life quality* | *Heart failure congestive* |
|  |  |  | *OR* |
|  |  |  | *Congestive heart failure* |
| atau | atau | atau | atau |
| pengaruh | Edukasi Kesehatan | Kualitas Hidup | Gagal Jantung |

## 4.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

##### Tabel 4. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriteria** | **Inklusi** | **Eksklusi** |
| *Population* | 1. *Heart failure patients who are wlling to be respondents* | 1. *Patient who are not willing to be respondensts* |
| *Intervension* | *Intervension* |  |
| *Comparators* | *No Comparator* |  |
| *Outcomes* | *there is an influence of health education on the quality of life of heart failure patients* | *No there is an influence of health education on the quality of life of heart failure patients* |
| *Study Design and Publication type* | *Quasy experimen* | *No experimen* |
| *Publication Years* | *Post 2010-2020* | *Pre 2010* |
| *Language* | *English and Indonesian* | *Language other than English and Indonesian* |

## 4.3 Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

### 4.3.1 Hasil Pencarian dan Seleksi Studi

Berdasarkan hasil pencarian literatur melalui publikasi di tiga *database* dan menggunakan kata kunci yang sudah disesuaikan dengan MeSH, peneliti mendapatkan total artikel 15,385 dengan didapatkan melalui tiga *database* diantaranya 5.315 di dapatkan melalui *google scholar* dan 5,150 didapatkan melalui *proquest* dan 4,920 didapatkan mealalui *science direct* yang sesuai dengan kata kunci tersebut dan tersisa 200 artikel. Peneliti kemudian melakukan skrining berdasarkan judul (n = 150), abstrak (n = 50) dan *full text* (n = 10) yang disesuaikan dengan tema *literature review*. *Assessment* yang dilakukan berdasarkan kelayakan terhadap kriteria inklusi dan eksklusi diperoleh sebanyak 10 artikel yang bisa dipergunakan dalam *literature review*. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam Diagram Flow di bawah ini

*Excluded* (n=190)

*Participants*

*does not focus on the effect of health education* (n = 100)

*Intervention*

*Irrelevant with health education* (n = 35)

*Outcome*

*Does not health education on the quality of life of heart failure pattients* (n =55)

*Research identified through data base* *google scholar*

N = 15,385

*Record after duplicats removed*

N= 230

*Titles identified and sreened*

N= 230

*Abstract identified and screened*

N= 40

*Excluded* (n = 30)

*Participants*

*Does not focus onhealth education*

(n = 20)

*Intervention Irrelevant with health education on the quality of life*

(n = 5)

*Outcome*

*Does not health education on the quality of life of heart failure pattients* (n = 5)

*Study included in synthesis*

N=10

#### Gambar 4.3 Diagram Alur *Review Journal*

# BAB 5

# HASIL DAN PEMBAHASAN

## 5.1 Hasil dan Analisis

### 5.1.1 Karakteristik Studi

Dari kesepuluh artikel yang membahas tentang pengaruh *health education* terhadap kualitas hiidup pasien gagal jantung. Semua artikel membahas tentang *health education* pada penyakit gagal jantung dan tujuh dari sepuluh artikel diantaranya berhubungan dengan kualitas hidup. Jumlah Rata- rata peserta beragam mulai dari lebih dari ratusan dan ada juga yang berjumlah hanya puluhan. Secara keseluruhan, setiap penelitian membahas tentang pengaruh *health education* pada pasien gagal jantung.. Studi yang sesuai dengan tinjauan sistematis ini dilakukan di Indonesia (Agus Purnama, 2020) dan (Beti Kristinawati¹, Riska Nurul Khasanah², 2019) di Ethiopia (Mohammed Assen Seid, 2020) dan (Ali Sadeghi Akbari, dkk 2019) di Amerika (Boyoung Hwang, 2020) di indonesia (Aria Wahyuni¹, Fitrianola Rezkiki², 2015) dan penelitian dari cina (Jing Sun, dkk 2019) dan di surabaya (Dewi Aminah¹, Dhiana Setyorini², Sumiyati³, 2012). Di pontianak (Asti Pratiwi¹, M. Ali Maulana², Maria Fudji Hastuti³, 2018) di china (Hui Yu, 2018)

### 5.1.2 Kriteria Inklusi dan Eksklusi 10 Jurnal

##### Tabel 5. Kriteria Inklusi dan Eksklusi 10 Jurnal

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Peneliti / Pengarang** | **Kriteria Inklusi** | **Kriteria Ekslusi** |
| 1. | Agus Purnama, 2020 | 1. pasien yang terdiagnosa PJK 2. pasien yang terdiagnosis PJK tanpa komplikas | Peneliti tidak menjelaskan kriteria ekslusi |
| 2. | Beti Kristinawati¹, Riska Nurul Khasanah², 2019 | * 1. pasien gagal jantung   2. kelas fungsional New York Heart Asociation (NYHA) I, II, III & IV; kondisi stabil; tidak mengalami gangguan psikologi berat; fungsi kognitif baik dan pasien dengan kesadaran compos mentis. | Peneliti tidak menjelaskan kriteria ekslusi |
| 3. | Mohammed Assen Seid, 2020 | 1. pasien yang berusia 18 tahun atau lebih, 2. telah didiagnosis dengan gagal jantung, 3. memiliki setidaknya 1 bulan masa tindak lanjut | Peneliti tidak menjelaskan kriteria ekslusi |
| 4. | Ali Sadeghi Akbari, dkk 2019 | 1. diagnosis pasti gagal jantung 2. fraksi ejeksi (EF) kurang dari 40% 3. ungsional gagal jantung kelas II dan III, 4. berusia antara 30 hingga 65 tahun 5. kemampuan untuk memahami dan berbicara bahasa Persia 6. tidak memiliki cacat penglihatan, pendengaran, bicara, tidak memiliki gangguan kognitif atau kejiwaan, dan tidak menderita penyakit kronis lainnya | 1. Pasien yang kondisi klinisnya memburuk selama penelitian, 2. Memiliki kecenderungan untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian atau menjawab panggilan telepon dari tindak lanjut, 3. dipulangkan sebelum pengiriman sesi intervensi 4. dikeluarkan dari penelitian. |
| 5. | Boyoung Hwang, 2020 | 1. berusia 18 tahun atau lebih 2. memiliki diagnosis klinis gagal jantung 3. dirawat di rumah sakit karena gagal jantung dalam 6 bulan terakhir 4. mampu membaca dan menulis bahasa Inggris | 1. berpartisipasi dalam program manajemen penyakit HF 2. memiliki komorbiditas serius yang rumit (misalnya, penyakit kejiwaan, keganasan yang tidak diobati, gagal ginjal yang memerlukan dialisis, atau penyakit atau penyakit dengan harapan hidup 12 bulan atau kurang) 3. memiliki gangguan kognitif yang didefinisikan sebagai skor recall kata 0 atau skor recall kata ≤ 2 dengan gambar jam abnormal pada Mini-Cog |
| **6.** | Aria Wahyuni¹, Fitrianola Rezkiki², 201599 | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi | Peneliti tidak menjelaskan kriteria ekslusi |
| **7.** | Jing Sun, dkk 2019 | 1. Memenuhi kriteria diagnostik CHF dirilis oleh American Heart Association 2. New York Heart Association (NYHA) kelas II atau lebih tinggi 3. Sadar dan mampu berkomunikasi dengan peneliti 4. berpartisipasi dalam penelitian ini secara sukarela | 1. Kognisi atau masalah belajar 2. Tidak bisa mengurus diri sendiri 3. komorbiditas serius atau komplikasi 4. Pernah berpartisipasi dalam penelitian terkait perawatan diri lainnya |
| **8.** | Dewi Aminah¹, Dhiana Setyorini², Sumiyati³, 2012 | 1. Populasi penelitian adalah semua pasien dengan diagnosis gagal jantung yang dirawat di Ruang Camelia RSUD Dr. Soetomo Surabaya | Peneliti tidak menjelaskan kriteria ekslusi |
| **9.** | Asti Pratiwi¹, M. Ali Maulana², Maria Fudji Hastuti³, 2018. | Peneliti tidak menjelaskan kriteria inklusi | Peneliti tidak menjelaskan kriteria ekslusi |
| **10.** | Hui Yu, 2018 | 1. pasien yang berpartisipasi dalam penelitian ini menandatangani informed consent 2. pasien yang memenuhi kriteria diagnostik untuk gagal jantung kronis 3. pasien yang mampu berkomunikasi dalam bahasa dan tidak memiliki gangguan mental dan gangguan kognitif. | 1. pasien yang memiliki alergi parah 2. pasien yang memiliki gangguan kognitif dan komunikasi. |

### 5.1.3 Karakteristik Demografi Responden

##### Tabel 5. Karakteristik Demografi Responden

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Peneliti/  Pengarang | Populasi | Pendidikan | Usia | Jenis Kelamin | Pekerjaan |
| 1. | Agus Purnama, 2020 | 18 responden | Rata rata responden pendidikannya SD | umur rata-rata pada  kelompok kontrol 56,4, Sedangkan kelompok intervensi 55,11 tahun |  |  |
| 2 | Beti Kristinawati¹, Riska Nurul Khasanah², 2019 | 113 responden | Tidak sekolah 46  SD : 49  SMP : 14  SMA : 1  Diploma: 1  Sarjana :2 | 26-45 tahun : 4  46-65 tahun : 76  >66 tahun : 33 | Laki-laki : 74  Perempuan : 39 | PNS : 3  Swasta : 7  Petani : 47  Buruh : 50  Wiraswasta : 6 |
| 3 | Mohammed Assen Seid, 2020 | 284 responden | Tidak ada Pendidikan formal : 175  1-8 : 57  9-12 : 33  Perguruan Tinggi / Universitas : 19 | <50 tahun : 125  ≥ 50 tahun : 159 | Pria : 97  Perempuan : 187 | Petani : 58  Ibu rumah tangga : 109  Pedagang : 12  Siswa : 28  Pensiunan : 10  Buruh harian : 67 |
| 4 | Ali Sadeghi Akbari, dkk 2019 | 78 responden | Sekolah dasar Intervensi 7 Kontrol 10  SMA Intervensi 21 Kontrol 18  Akademik intervensi 7 kontrol 7 | Umur rata rata kelompok intervensi 71.4 dan rata rata kelompok kontrol 65.7 | Pria  Intervensi : 19  Kontrol : 22  Perempuan  Intervensi : 16  Kontrol : 13 | Yang bekerja intervensi 13 kontrol 16  Tidak bekerja intervensi 22 kontrol 19 |
| 5 | Boyoung Hwang, 2020 | 614 responden |  | Usia rata-rata pasien 65,92 (SD 12,94) tahun | Mayoritas pasien adalah pria, berkulit putih non-hispanik, |  |
| 6 | Aria Wahyuni¹, Fitrianola Rezkiki², 201599 | 26 responden | SD  Intervensi : 1  Kontrol : 2  SMP  Intervensi : 3  Kontrol : 4  SMA  Intervensi : 7  Kontrol : 6  PT/AKADEMIK  Intervensi : 2  Kontrol : 1 | Umur rata rata kelompok kontrol 44,00-62,00 tahun dan rata rata kelompok intervensi 47,00- 52,00 | Pria  Intervensi : 11  Kontrol : 11  Perempuan  Intervensi :2  Kontrol : 2 |  |
| 7 | Jing Sun, dkk 2019 | 50 responden | Middle school and under  Intervensi :38  Kontrol : 35  High school or technical school  Intervensi :9  Kontrol : 10  Junior college, university and above  Intervensi : 3  Kontrol : 5 | Umur rata rata kelompok kontrol 68,57 ± 4,12 tahun dan rata rata kelompok intervensi 68.21 ± 4.69 | Pria  Intervensi : 31  Kontrol : 29  Perempuan  Intervensi : 19  Kontrol : 21 |  |
| 8 | Dewi Aminah¹, Dhiana Setyorini², Sumiyati³, 2012 | 28 responden | Pada kelompok intervensi dengan pendidikan SD sebanyak 7 orang, pada kelompok kontrol yang berpendidikan SD sebanyak 5 orang | kelompok intervensi  yang berusia 30-40 tahun berjumlah 5 orang yang berusia 41-50 tahun berjumlah  3 orang dan yang berusia 51-60  tahun berjumlah 5 orang, pada kelompok kontrol yang mengalami gagal  jantung paling banyak pada usia 51 – 60 tahun |  | pekerjaan pada kelompok  intervensi yang berprofesi swasta sebesar 8 orang, sedangkan kelompok kontrol antara profesi swasta dan tidak bekerja  masing-masing sebanyak 6 orang |
| 9 | Asti Pratiwi¹, M. Ali Maulana², Maria Fudji Hastuti³, 2018 | 38 responden | SD : 2  SMP : 7  SMA : 21  Perguruan Tinggi : 8 | USIA Lansia awal ( 46-55 tahun) : 5  Lansia akhir (56-65 tahun) : 22  Manula (>65 tahun) : 11 | Laki-laki 24  Perempuan 14 |  |
| 10 | Hui Yu, 2018 | 86 responden |  | Rata rata usia 31-69 tahun. | 47 laki-laki dan 39 perempuan |  |

### 5.1.4 Analisis Jurnal

##### Tabel 5.3 Analisis Jurnal

| No | Peneliti/ Pengarang, dan Tahun | Jenis  Penelitian/ Metode | Sampel/ Responden | Random/ Acak | Instrumen | Kontrol | Hasil | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variabel | Temuan Penelitian |
| 1 | Edukasi Dapat Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien yang Terdiagnosa Penyakit Jantung Koroner  (Agus purnama,2020) | quasi eskperimen dan merupakan penelitian kuantitatif | 18 orang | Ya | kuesioner  baku SF-36 | 9 kelompok kontrol | * 1. edukasi   2. Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien yang Terdiagnosa Penyakit Jantung Koroner | 1. Dari hasil penelitian dan analisis statistik peneliti yang dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa rata-rata usia responden yang terdiagnosa penyakit jantung koroner berada pada rata-rata usia 55-56 tahun, serta pada pasien yang dilakukan edukasi kemudian dari hasil analisa bivariat didapatkan hubungan, baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi antara edukasi dengan kualitas hidup pada pasien dengan diagnosis penyakit jantung koroner |
| 2 | Hubungan Pelaksanaan Edukasi dengan Kemampuan  Self Care Management Pasien Gagal Jantung  (Beti Kristinawati1\*, Riska Nurul Khasanah2, 2019) | penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain korelasi dilakukan | 113 orang | Ya | Self Care Heart Failure Index (SCHFI) | - | 1. Pelaksanaan dukasi 2. Kemampuan Self Care Management Pasien Gagal Jantung | 1. uji statistik menggunakan korelation product person didapatkan hasil p-value 0,06; CI 95% dengan koefisiaen kerelasi sebesar 0,257.  2. Berdasarkkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang lemah antara pelaksanaan edukasi dengan kemampuan melakukan self management pada penderita gagal jantung. |
| 3 | Health-related quality of life and extent of self-care practice among heart failure patients in Ethiopia (Mohammed  Assen  Seid, 2020) | A multinomial logistic regression analysis | 284 pasien | ya | Kuesioner yang disiapkan memiliki empat bagian yang berbeda,  yang meliputi karakteristik sosial-demografis,  karakteristik klinis, Kualitas hidup, dan komponen perawatan diri. | - | 1. quality of life 2. extent of self-care practice among heart failure | Secara keseluruhan, mayoritas pasien gagal jantung memiliki HRQOL yang buruk. HRQOL pasien gagal jantung secara signifikan terkait dengan tempat tinggal dan tingkat praktik perawatan diri pasien. Karena itu, pasien gagal jantung dituntut untuk belajar manfaat perilaku perawatan diri untuk meningkatkan kualitas hidup mereka dan mengurangi perkembangan penyakit. Selanjutnya, HF pasien yang datang dari daerah pedesaan perlu penekanan khusus dalam setiap evaluasi tindak lanjut. |
| 4 | Effect of Illness Perception Correction - Based Educational Program on Quality Of Life and Self- Care in Patients with Heart Failure: a Randomized Controlled Trial  (Ali Sadeghi Akbari, dkk, 2019) | melakukan kontrol acak tunggal buta  uji klinis pada pasien dengan gagal jantung | 78 pasien | Ya | Intervensi adalah kombinasi berbasis koreksi persepsi penyakit  program pendidikan (sesi 30 menit selama 3 hari berturut-turut) dan panggilan telepon 10 menit  dilakukan seminggu sekali dalam 8 minggu | 39 kelopok kontrol | 1. Illness Perception Correction 2. Quality Of Life and Self- Care | 1. Meskipun rata-rata kualitas hidup, perawatan diri, dan persepsi penyakit tidak berbeda pada awal, kualitas hidup (45,2 (8,3) VS66.8 (15.4); P <0,001), perawatan diri (18,5 (4,5) VS 37,1 (7,2); P <0,001), dan persepsi penyakit (183,6)(8.4) VS 151.2 (24.5); P <0,001) membaik mengikuti program pada kelompok intervensi diperbandingan dengan kelompok kontrol Menurut temuan penelitian, 2. program ini dapat diterapkan oleh perawat untuk pasien dengan HF sebagai rencana pelepasan untuk meningkatkan kualitas hidup, perawatan diri, dan persepsi penyakit mereka |
| 5 | Effects of an Educational Intervention on Heart Failure Knowledge, Self-Care Behaviors, and Health-Related Quality of Life of Patients with Heart Failure: Exploring the Role of Depression (Boyoung Hwang, Michele M. Pelter, Debra K. Moser, Kathleen Dracup, 2020) | Analisis dilakukan secara acak sesuai dengan prinsip intention-to-treat baseline karakteristik pasien dalam 3 kelompok studi dibandingkan menggunakan analisis varian (ANOVA), tes Kruskal-Wallis, tes chi-square, atau tes Fisher, yang sesuai | 614orang | Ya | pendidikan tatap muka, diikuti oleh 2 panggilan telepon (LITE) atau panggilan dua mingguan | 307 kelompok kontrol | 1. Educational Interventio 2. Heart Failure Knowledge, Self-Care Behaviors, and Health-Related Quality of Life | Intervensi pendidikan meningkatkan pengetahuan dan perawatan diri HF, tetapi tidak HR QOL. Tidak ada efek intervensi yang diamati pada pasien dengan gejala depresi |
| 6 | Pemberdayaan Dan Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Melalui Edukasi Kesehatan Terstruktur (Aria Wahyuni, Fitrianola Rezkiki, 2015) | Penelitian ini menggunakan desain quasi experiment dengan pendekatan pre post test control group design dan post test control group design | 26 orang | Ya | pemberdayaan Kuesioner yang digunakan untuk  mengukur pemberdayaan yaitu dengan  menggunakan the empowerment scale  making decision dan efikasi dengan kuesioner General Self Efficacy | 13 kelompok kontrol | 1. pemberdayaan dan efikasi diri 2. edukasi kesehatan terstruktur | 1. Rata rata pemberdayaan dan efikasi diri pasien PJK meningkat setelah diberi edukasi pada kelompok intervensi sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan ada peningkatan. 2. Hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa edukasi kesehatan terstruktur efektif meningkatkan pemberdayaan dan efikasi diri pasien PJK. 3. Rekomendasi dari penelitian ini diharapkan agar perawat memberikan edukasi terstruktur kepada pasien sedini mungkin saat masuk rumah sakit dan menjadikan sebagai intervensi keperawatan dan memodifikasi sistem pendidikan kesehatan. |
| 7 | Application of self-care based on full-course individualized health education in patients with chronic heart failure and its influencing factors (Jing Sun, dkk, 2019) | Penelitian ini adalah uji coba terkontrol secara acak | 50 orang | Ya | Formulir pendek 36-item  skor survei kesehatan (SF-36) | 25 kelompok kontrol | 1. self-care based on full-course individualized health education 2. chronic heart failure and its influencing factors | 1. FCIHE meningkatkan perilaku perawatan diri dan fungsi jantung pada pasien CHF. Usia, fungsi jantung, dan tingkat pendidikan mempengaruhi pelaksanaan perawatan diri di antara pasien CHF, 2. penemuan baru dari penelitian ini adalah bahwa perawatan diri didasarkan pada kursus penuh individual pendidikan kesehatan dapat lebih membantu perawatan klinis dan dapat mencapai efek terapeutik yang serupa dengan pengobatan dengan mengintervensi perilaku pasien secara keseluruhan. |
| 8 | Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Pasien Gagal Jantung (Dewi Aminah, Dhiana Setyorini, Sumiyati, 2012) | Quasy Experiment menggunakan Pretest-Postest with Control group | 28 pasien | Ya | lembar kuisioner  yang diberikan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi | 14 kelompok kontrol | 1. pendidikan kesehatan 2. pengetahuan dan sikap | 1. Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap pasien gagal jantung pada kelompok intervensi (p=0,025) dan kelompok kontrol (p=0,046) di Ruang Camelia RSUD Dr. Soetomo Surabaya. 2. Pendidikan kesehatan yang optimal memiliki pengaruh luar biasa dalam mengubah pengetahuan dan sikap pasien gagal jantung untuk meningkatkan dan memperbaiki kualitas hidup. Disarankan upaya promosi kesehatan yang telah dilakukan ditambah frekuensinya |
| 9 | Edukasi Kesehatan Terstruktur Terhadap Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner (Pjk) (Asti Pratiwi, M. Ali Maulana, Maria Fudji Hastuti, 2018) | quasy experiment pre and post test control group design | 38 orang | Ya | kuesioner World Health Organization’s Quality of life (WHOQOL-BREF) dengan | 19 keompok kontrol | 1. Edukasi Kesehatan Terstruktur 2. Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner. | 1. Setelah pemberian edukasi kesehatan terstruktur pada pasien Penyakit Jantung Koroner menunjukan hasil uji T berpasangan dengan nilai signifikan p=0,0001 2. Ada perbedaan kualitas hidup pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan terstruktur pada kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Sultan Syarif Mohammad Alkadrie Pontianak |
| 10 | Effect of Health Education Based on Behavioral Change Theories on Self-Efficacy and Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Heart Failure (Hui YU, dkk, 2019) | quasy experiment pre and post test control group | 86 Orang | ya | kuesioner terutama digunakan untuk menentukan  kepuasan keseluruhan pasien dengan beberapa pasien  aspek seperti tingkat pengetahuan pasien tentang  gagal jantung kronis, pendidikan kesehatan, efektif  tingkat komunikasi tim keperawatan, self-efficacy scale (GSES)  quality of life scale (MHL score) | 43 kelompok kontrol | 1. Health Education Based on Behavioral Change Theories 2. Self-Efficacy and Self-Management Behaviors | 1. Skor perilaku manajemen diri pada kelompok pengamatan lebih tinggi daripada yang di kontrol grup (P = 0,002) 2. Pendidikan kesehatan berdasarkan teori perubahan perilaku dapat meredakan gejala jantung kronis kegagalan, dan meningkatkan tingkat kemanjuran diri pasien, kemampuan manajemen diri dan kepuasan pasien |

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 faktor yang mempengaruhi *Quality of Life* / Kualitas Hidup

Penelitian yang dilakukan oleh (Purnama 2020) menyatakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup aspek psikologis dan aspek fisik pasien, dan penemuan ini dimana umur rata-rata pada kelompok kontrol adalah 56,4 dan standar deviasi 7,748 dengan rentang umur antara umur 45 tahun sampai umur 69 tahun. Sedangkan pada kelompok intervensi rata-rata umur responden adalah 55,11 tahun, perbedaan selisih umur antara kelompok kontrol dan intervensi adalah 1,29 artinya antara kelompok kontrol dan intervensi tidak terlalu jauh rentang selisih perbedaannya. Kualitas hidup dibawah angka 50 adalah memiliki kualitas hidup yang buruk dan angka 50-100 adalah memiliki kualitas hidup yang baik. Untuk kelompok kontrol kualitas hidup responden rata-rata adalah 45,89 dengan standar deviasi 8,484 dengan rentang kualitas hidup 35-65. Sedangkan kualitas hidup pada kelompok intervensi rata-rata kualitas hidup adalah 47,17 dengan standar deviasi 10 dan rentang kualitas hidup antara 40-72. Sedangkan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi post perlakuan menunjukan ada peningkatan rata-rata nilai kualitas hidupnya dimana pada kelompok kontrol terdapat peningkatan nilai kualitas hidup menjadi baik sebesar 15,22 menjadi 61,11 sedangakan standar deviasi 14,6 dengan rentang kualitas hidup 41-83 sedangkan pada kelompok intervensi terdapat pula kenaikan nilai kualitas hidup sebesar 15,83 menjadi 70,94.

Instrumen yang digunakan oleh peneliti pada penelitian ini adalah kuesioner dimana kuesioner yang digunakan adalah kuesioner baku SF-36 dimana kuesioner ini sudah dilakukan uji validasi secara baku beserta dengan realibilitasnya, analisis Pengaruh Kualitas Hidup PrePost Kelompok Kontrol dan Pre-Post Edukasi Kelompok Intervensi. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan jumlah responden kontrol adalah 9 responden, Mean sebelum perlakuan berupa edukasi adalah 45,889 yang berarti berada pada kualitas hidup yang buruk dan mean setelah perlakuan adalah 61,111 yang berarti kualitas hidup responden baik maka terdapat peningkatan mean sebesar 18,223 yang berarti terdapat peningkatan kualitas hidup pada responden tersebut. Hal ini disebabkan karena penyakit jantung koroner. Secara teoritis menyatakan bahwa penyakit jantung koroner sangat erat kaitannya dengan kualitas hidup pasien hal ini dikarenakan pasien akan cepat merasa lelah dan berbagai gangguan lainnya.

Penelitian yang dilakukan oleh (Seid 2020) menyatakan bahwa Perilaku perawatan diri adalah faktor yang dapat dimodifikasi yang menekankan tindakan yang harus diambil oleh pasien HF untuk mempertahankan hidup, fungsi tingkat keterlibatan terhadap rekomendasi perawatan diri. Kualitas hidup pada pasien dengan gagal jantung secara signifikan terganggu di semua dimensi (fungsi fisik dan subkomponen emosional). Kuesioner yang disiapkan memiliki empat bagian yang berbeda, yang meliputi karakteristik sosio-demografis, karakteristik klinis, Kualitas hidup, dan komponen perawatan diri. Kualitas hidup terkait kesehatan gagal jantung (HRQOL) dinilai dengan menggunakan Minnesota Living with HF Questionnaire (MLHFQ), skala 21-item yang memiliki subskala fisik (8 item) dan emosional (5 item). MLHFQ ini digunakan untuk mengevaluasi seberapa banyak penyakit dan perawatannya telah mempengaruhi pasien 'seberapa banyak penyakit dan perawatannya telah mempengaruhi pasien ' Kehidupan bulan lalu (4 minggu). MLHFQ adalah alat yang valid dan dapat diandalkan yang digunakan secara luas untuk menilai HRQOL pada pasien HF. 21-item memiliki skala Likert 6 poin mulai dari 0 (tidak ada efek) hingga 5 (sangat banyak). Total skor maksimum MLHFQ adalah 105, dengan skor lebih tinggi

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari enam puluh enam persen populasi penelitian adalah perempuan. Skor rata-rata keseluruhan pasien gagal jantung ' kualitas hidup adalah 46,4 ± 22,4 dan skor rata-rata subskala fisik dan emosional 20,2 ± 9,8 dan 10,5 ± 6,8 masing-masing. Mayoritas peserta penelitian 147 (51,8%) memiliki kualitas hidup yang buruk. Hasil analisis regresi logistik multinomial menunjukkan bahwa tempat tinggal pedesaan (rasio odds 2,41, 95% CI, 1,23-4,71) dan tingkat praktik perawatan mandiri yang tidak memadai (rasio odds 2,61, 95% CI, 1,43 hingga 4,78) merupakan prediktor independen dari HRQOL yang buruk, pasien gagal jantung ' Skor HRQOL dan skor praktik perawatan diri (r = - 0,127, P = 0,03) Penekanan pada rekomendasi perawatan diri ini selama setiap evaluasi tindak lanjut. Perilaku perawatan diri adalah faktor yang dalam perilaku perawatan diri dapat dimodifikasi yang menekankan tindakan yang harus diambil oleh pasien HF untuk mempertahankan hidup, fungsi yang sehat dan untuk meningkatkan keseluruhan HRQOL.

Penelitian dari (Sadeghi Akbari et al. 2019) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu persepsi paien tentang penyaki mereka adalah salah satu aspek dari faktor pribadi, hubungan yang kuat telah ditemukan antara persepsi konsekuensi HF dan kualitas hidup emosional (atau fisik), kepercayaan diri perawatan, dan koherensi penyakit juga, persepsi kepercayaan perawatan diri, penyakit dan perilaku perawatan diri kecuali untuk jangka waktu dan konsekuensi. Kelompok kontrol tidak menerima intervensi. untuk menilai kriteria kelayakan, persepsi penyakit pasien diukur dengan kuesioner persepsi penyakit (IPQ) sesuai dengan laporan diri pasien. IPQ pertama kali dikembangkan oleh Weinman di 1996 18 IPQ berisi 72 item dengan Likert lima poin dari sepenuhnya setuju untuk benar-benar tidak setuju pada gejala (12 item), kemajuan (7 item), hasil (8 item), kemampuan kontrol / skr (11 item), dan penyebab (16 item). Skor total diperoleh dengan menambahkan skor item ke maksimum 242. Minnesota Living with HF Questionnaire (MLHFQ) digunakan untuk mengukur kualitas hidup. MLHFQ dikembangkan oleh Rektor pada tahun 1993. 19 Di Iran, validitas dan dikembangkan oleh Rektor pada tahun 1993. 19 Di Iran, validitas dan dikembangkan oleh Rektor pada tahun 1993. 19 Di Iran, validitas dan reliabilitasnya (Cronbach's alpha = 0,9) juga diselidiki oleh Abbasi, dkk., Pada tahun 2007. Ini terdiri dari 21 item fisik (13 item), sosial ekonomi (4 item), dan psikologis (4 item) aspek kehidupan

Dari 78 pasien yang memenuhi syarat, 70 pasien dengan HF menyelesaikan penelitian, meskipun rata-rata kualitas hidup, perawatan diri, dan persepsi penyakit tidak berbeda pada awal, kualitas hidup (45,2 (8,3) VS 66.8 (15.4); P <0,001), perawatan diri (18,5 (4,5) VS 37,1 (7,2); P <0,001), dan persepsi penyakit (183,6 (8,4) VS 151,2 (24,5); P <0,001) meningkat mengikuti program dalam intervensi kelompok dibandingkan dengan kelompok kontrol

Penelitian lain yang dilakukan oleh (Boyoung Hwanga, Michele M. Pelter, Debra K. Moser 2017) dimana penelitian ini depresi adalah satu-satunya faktor yang secara konsisten dilaporkan terkait dengan perawatan diri yang buruk pada pasien dengan gagal jantung. tetapi efek pada kualitas hidup terkait kesehatan (HRQOL) juga perlu diperiksa lebih lanjut. Meskipun HRQOL telah diukur sebagai salah satu hasil utama dalam uji coba acak yang menguji intervensi perawatan diri, tidak ada kesimpulan yang kuat tentang efek intervensi perawatan diri pada HRQOL telah dibuat kedua kelompok intervensi menunjukkan peningkatan pengetahuan HF pada 3 bulan (LITE- UC, p = 0,003; PLUS – UC, p < 0,001).Peningkatan hanya bertahan selama 24 bulan dalam kelompok PLUS. Dibandingkan dengan UC, kedua kelompok intervensi menunjukkan perawatan diri yang lebih baik pada 3 bulan (LITE-UC,) Pasien juga mengisi 9-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9), instrumen skrining yang valid untuk depresi [25]. 9 item berhubungan langsung dengan 9 kriteria diagnostik untuk gangguan depresi mayor dalam Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental [26]. Tanggapan untuk setiap item dinilai dari 0 (tidak sama sekali) sampai 3 (hampir setiap hari), dengan skor total mulai dari 0 hingga 27. Skor 10 atau lebih besar menunjukkan depresi klinis.

Penelitian yang dilakukan oleh (Sun et al. 2019) yaitu meneliti dimana gagal jantung krones (CHF) adalah tahap akhir dari sebagian besar penyakit kardiovaskular. Sebagai salah satu masalah kesehatan masyarakat yang serius di seluruh dunia, ini secara drastis merusak kualitas hidup pasien karena prevalensi yang tinggi. Survei kesehatan formulir pendek 36-item (SF-36)kuesioner yang direvisi oleh Medical College of Zhejiang University digunakan dalam survei. Isinya delapan subskala, termasuk fungsi fisik, batasan peran karena masalah fisik, nyeri tubuh, persepsi kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, keterbatasan peran karena masalah emosional, dan kesehatan mental. Skor berkisar dari 0 hingga 100. Semakin tinggi skor, semakin baik kualitas hidup pasien. Keandalan split-setengah dari SF-36 adalah 0,920, dan α Cronbach adalah 0,880.

FCIHE membantu untuk meningkatkan kualitas hidup Seperti yang ditunjukkan dalam penelitian kami, tidak ada perbedaan yang signifikan dalam skor SF-36 antara kedua kelompok saat masuk (P> 0,05). Tiga dan 6 bulan setelah keluar, skor kualitas hidup juga secara signifikan lebih tinggi pada intervensi daripada pada kelompok kontrol. Skor SF-36 secara akurat mencerminkan kualitas hidup dari delapan subskala termasuk fungsi fisik, keterbatasan peran karena masalah fisik, nyeri tubuh, persepsi kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, keterbatasan peran karena masalah emosional, dan kesehatan mental. Seperti yang ditunjukkan oleh skor SF-36, FCIHE secara signifikan meningkatkan kualitas hidup pasien kami, yang mungkin dijelaskan oleh fakta bahwa pasien dalam kelompok intervensi secara bertahap berubah dari keperawatan pasif menjadi perawatan mandiri aktif setelah implementasi FCIHE, Perawatan-diri yang membantu pasien untuk mengoptimalkan tindakan perawatan mereka selama perawatan-diri dan dengan demikian secara nyata meningkatkan kualitas hidup mereka.

Penelitian yang dilakukan oleh (Asti Pratiwi, M. Ali Maulana 2018) dimana menyatakan bahwa PJK memberikan dampak berupa gejala fisik dan psikoemosional, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup. Kualitas hidup atau Quality of Life (QoL) secara umum terdiri dari sejumlah besar domain yang meliputi fungsi fisik, psikologis (emosional), sosial dan lingkungan Populasi dalam penelitian ini adalah 62 kasus penderita Penyakit Jantung Koroner di RSUD Sultan Syarif Mohammad Alkadrie Pontianak. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik Purposive sampling. Sampel yang diambil dalam penelitian ini didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang dibuat peneliti berjumlah 38 orang Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa lembar persetujuan (informed consent), lembar balik (booklet) yang berisi edukasi PJK, dan kuesioner World Health Organization’s Quality of life (WHOQOL-BREF).

Penelitian lain dilakukan oleh (Yu et al. 2019) bahwa gagal jantung kronis adalah suatu kondisi ketika penyakit kardiovaskular berkembang ke tahap akhir. Karena kurangnya gaya hidup yang teratur dan sehat, pasien menderita serangan tidak teratur dari penyakit ini dalam jangka waktu yang lama, yang secara serius mempengaruhi kualitas hidup mereka dan menempatkan beban psikologis dan ekonomi yang besar kepada pasien Kualitas hidup dinilai dengan menggunakan skala kualitas hidup (skor MHL) untuk gagal jantung yang dikembangkan oleh University of Minnesota. Skala ini memiliki empat dimensi, yaitu fungsi sosial, peran fisik, peningkatan keadaan penyakit, dan peran emosional. Α Cronbach adalah 0,95. 18 item dalam empat dimensi diukur menggunakan skala skor Likert empat poin. Skor yang lebih tinggi menunjukkan bahwa pasien memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

Para pasien dibagi secara merata ke dalam kelompok kontrol dan kelompok observasi (43 pasien di setiap kelompok), sesuai dengan metode tabel angka acak. Pasien dalam kelompok kontrol menerima intervensi pendidikan kesehatan rutin. Pasien dalam kelompok pengamatan menerima pendidikan kesehatan berdasarkan teori perubahan perilaku di samping intervensi keperawatan rutin. Pendidikan kesehatan termasuk penguasaan pengetahuan teoritis terkait penyakit, manajemen diri sehari-hari dan bimbingan latihan. Setelah 8 minggu intervensi, tingkat efikasi diri, kemampuan manajemen diri dan kualitas hidup dinilai dan dibandingkan antara kedua kelompok.

### 5.2.2 Pengaruh *Health Education* Terhadap Kualitas hidup

Penelitian yang dilakukan oleh (Purnama 2020) menyatakan bahwa Edukasi merupakan suatu intervensi dengan proses untuk mengembangkan keterampilan dan memiliki tujuan utama untuk meningkatkan tarap kesehatan pada pasien mampu melakukan latihan latihan tertentu, intervensi dengan edukasi erat kaitannya dengan kualitas hidup dan sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dalam menjalani kehidupannya terutama pada pasien yang telah terdiagnosa PJK, bahwa pasien yang kurang informsasi tentang edukasi memiliki fungsi sosial serta mengalami gangguan mood dan mengganggu kualitas hidup pasien tersebut.

Didapatkan hasil dimana mean kualitas hidup pada kelompok kotrol pre dan post pengukuran terdapat peningkatan nilai mean dari 45,8889 menjadi 61,111 dengan nilai p value 0,001<0,05. Kemudian untuk kelompok intervensi nilai mean pre edukasi dan post edukasi pasien didapatkan peningkatan juga dengan nilai 50,17 menjadi 70,94 dengan nilai p value 0,019<0,05. Dapat disimpulkan terdapat adanya peningkatan kualitas hidup pada pasien yang dilakukan edukasi kemudian dari hasil analisa bivariat didapatkan hubungan, baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi antara edukasi dengan kualitas hidup pada pasien dengan diagnosis penyakit jantung koroner

Peneltian yang dilakukan oleh (Beti Kristinawati 2019) menyatakan bahwa Manfaat edukasi untuk pasien gagal jantung tidak hanya untuk meningkatkan perilaku perawatan mandiri namun ada beberapa manfaat lain seperti meningkatkan kualitas hidup, mengurangi depresi, serta mengurangi rehozpitalisasi, Pada penelitian ini juga menyatakan bahwa edukasi di pengaruhi oleh pendidikan, rata-rata pendidikan responden pada penelitian ini adalah tingkatan SD. Tingkat pendidikan sangat menentukan atau berpengaruh dengan kemampuan pasien untuk memahami kesehatan. Tingkat pendidikan berkorelasi positif dengan kemampuan pasien dalam melakukan self management, pengobatan, perawatan, dan pengobatan, dan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dapat memberikan kontribusi pada kepatuhan pasien dalam pengobatan sehingga berdampak pada perilaku hidup sehat dan mampu beradaptasi.

Edukasi perawatan diri sangat dibutuhkan bagi penderita gagal jantung dengan cara memberikan edukasi, melibatkan pasien dalam kegiatan perawatan dirinya dan meningkatkan keterampilan yang dipelajari dan digunakan oleh pasien untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Berdasarkan hasil penelitiian didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara pelaksanaan edukasi gagal jantung terhadap kemampuan self management pasien gagal jantung. Faktor-faktor lain juga berpengaruh dalam kemampuan melakukan perawatan mandiri. Edukasi diberikan untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan mandiri sehingga kemampuan pasien dalam perawatan mandiri akan meningkat. Self management sangat berperan penting dalam perawatan pasien gagal jantung. Manfaat self management gagal jantung yaitu dapat meningkatkan kulitas hidup, mengurangi rehozpitalisasi, dan dapat mengurangi biaya perawatan.

Penelitian yang dilakukan oleh (Seid 2020) Sebuah studi berbasis institusi dilakukan pada 284 pasien gagal jantung di rumah sakit rujukan Universitas Gondar. Data dikumpulkan dengan menggunakan wawancara berbasis kuesioner terstruktur. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa hampir setengah (48%) dari pasien gagal jantung keterlibatan perawatan diri ditemukan tidak memadai. keterlibatan perawatan diri ditemukan tidak memadai bahwa pasien gagal jantung menghubungi penyedia layanan kesehatan mereka lebih sering ketika mereka mengalami sesak napas (SOB) dari pada gejala lainnya. Mayoritas pasien gagal jantung juga mengambil obat sesuai resep. Namun, temuan penelitian ini berimplikasi bahwa pasien gagal jantung memiliki keterlibatan perawatan diri yang buruk terhadap melakukan olahraga teratur, memantau berat badan mereka dan membatasi jumlah asupan cairan. Oleh karena itu penyedia layanan kesehatan harus memberikan lebih banyak. Penekanan pada rekomendasi perawatan diri ini selama setiap evaluasi tindak lanjut. Perilaku perawatan diri adalah faktor yang dalam perilaku perawatan diri dapat dimodifikasi yang menekankan tindakan yang harus diambil oleh pasien HF untuk mempertahankan hidup, fungsi yang sehat dan untuk meningkatkan keseluruhan HRQOL.

. Penelitian dari (Sadeghi Akbari et al. 2019) menyatakan bahwa pendidikan berdasarkan model pengaturan diri Leventhal adalah jenis pendidikan khusus yang diberikan sesuai dengan persepsi penyakit pasien, dengan tujuan akhir untuk memperbaikinya. Ini berfokus pada 5 komponen persepsi penyakit, termasuk identitas, penyebab, garis waktu, konsekuensi, dan kesembuhan / pengendalian. tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi efek dari program pendidikan berbasis koreksi persepsi penyakit pada kualitas hidup dan perawatan diri pada pasien dengan gagal jantung. Pada kelompok intervensi, pendidikan berbasis koreksi persepsi penyakit disediakan untuk setiap pasien. Pendidikan didasarkan pada model pengaturan diri Leventhal. Itu dilakukan tatap muka, secara individu, dan di bangsal oleh perawat peneliti selama 3 hari berturut-turut (dalam sesi 30 menit). Pada sesi pertama, kami menjelaskan identitas dan penyebab penyakit. Kemudian, persepsi mereka yang salah tentang dua komponen ini dibahas. Pada sesi kedua, masalah sesi sebelumnya ditinjau dan kemudian, persepsi pasien tentang garis waktu, konsekuensi, dan kemampuan kurabilitas / kontrol dinilai dan dibahas. Pada sesi ketiga, program perawatan individu diberikan, dan pendidikan yang disampaikan dalam sesi sebelumnya ditinjau untuk ditumpuk dalam pikiran pasien. Kemudian, tertulis dan lisan. pendidikan tentang pasien`obat diberikan. Buklet pendidikan juga dikirimkan kepada mereka.

Selama 8 minggu setelah pertanyaan pasien dijawab dan mereka didorong untuk mematuhi nasihat yang diberikan melalui panggilan telepon selama 10 menit seminggu sekali. Selain itu, waktu panggilan telepon sebelumnya diatur oleh peneliti sesuai dengan preferensi pasien.

Kelompok kontrol tidak menerima intervensi. Mereka menerima perawatan rutin, termasuk pendidikan tentang obat-obatan dan saran untuk membatasi garam dan air setiap hari, menimbang diri mereka sendiri setiap hari dan saran lain yang berkaitan dengan penyakit mereka. Untuk menghormati prinsip keadilan etis, buklet pendidikan disampaikan kepada mereka di akhir penelitian. Untuk menilai kriteria disampaikan kepada mereka di akhir penelitian. Untuk menilai kriteria kelayakan, persepsi penyakit pasien diukur dengan kuesioner persepsi penyakit (IPQ) sesuai dengan laporan diri pasien, pada hasil penelitian didapatkan program pendidikan berbasis koreksi persepsi penyakit dapat meningkatkan kualitas hidup dan perawatan diri pada pasien dengan gagal jantung. Perawat sebagai anggota kunci tim perawatan kesehatan memainkan peran penting dalam pendidikan pasien selama rawat inap pasien dan setelah keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu, jenis pendidikan khusus ini direkomendasikan sebagai intervensi non-farmakologis yang efektif untuk mempromosikan kualitas hidup dan perawatan diri pada pasien dengan gagal jantung.

Penelitian lain yang dilakukan oleh (Boyoung Hwanga, Michele M. Pelter, Debra K. Moser 2017) dimana setelah pengumpulan data awal, pasien diacak menjadi satu dari tiga kelompok: perawatan biasa (kontrol) atau salah satu dari dua kelompok intervensi (Fluid Watchers LITE [LITE] atau Fluid Watchers PLUS [PLUS]) pasien dalam dua kelompok intervensi menerima sesi pendidikan tatap muka dengan perawat terdaftar, yang berlangsung sekitar 50 menit. Anggota keluarga diundang untuk bergabung dalam sesi ini. Intervensi pendidikan dirancang untuk meningkatkan pengetahuan tentang gejala gagal jantung dan meningkatkan perawatan diri oleh pasien. Untuk memastikan kesetiaan intervensi di seluruh situs, kami menggunakan flip chart terstruktur berdasarkan pedoman klinis saat ini. Pendidikan termasuk tanda-tanda dan gejala gagal jantung beserta penyebab dan konsekuensinya, pentingnya kepatuhan pengobatan, diet, dan pemantauan gejala, dan pembinaan yang mendukung dalam mengidentifikasi hambatan untuk mencari perawatan dan mengembangkan rencana aksi. Selain itu, pasien dalam dua kelompok intervensi diberi skrip untuk digunakan ketika memanggil penyedia layanan kesehatan mereka untuk memberi tahu mereka tentang memburuknya gejala gagal jantung.

Pasien dalam kelompok LITE menerima dua panggilan telepon dua mingguan dari perawat yang sama yang telah melakukan sesi pendidikan untuk memperkuat informasi. Pasien dalam kelompok PLUS diberikan rekaman video dari sesi pendidikan, yang memungkinkan mereka untuk meninjau konten di rumah. Grup PLUS juga menerima panggilan tindak lanjut telepon setiap dua minggu sampai mereka menunjukkan kompetensi konten (rata-rata 5,3 ± 3,6 panggilan). Tingkat pemahaman pasien ditentukan oleh perawat menggunakan teknik mengajar kembali. Kedua kelompok intervensi menunjukkan peningkatan pengetahuan HF pada 3 bulan (LITE- UC, p = 0,003; PLUS – UC, p < 0,001). Peningkatan hanya bertahan selama 24 bulan dalam kelompok PLUS. Dibandingkan dengan UC, kedua kelompok intervensi menunjukkan perawatan diri yang lebih baik pada 3 bulan (LITE-UC, Tidak ada perbedaan dalam kualitas hidup terkait p < 0,001; PLUS – UC, p < 0,001) dan 12 bulan (LITE – UC, p = 0,001; PLUS – UC, p = 0,002). Tidak ada perbedaan dalam kualitas hidup terkait kesehatan (HRQOL) di antara kelompok. Dalam analisis subkelompok, efek yang sama ditemukan pada pasien yang tidak mengalami depresi, tetapi tidak pada pasien yang mengalami depresi. Intervensi pendidikan meningkatkan pengetahuan dan perawatan diri HF, tetapi tidak HRQOL. Tidak ada efek intervensi yang diamati pada pasien dengan gejala depres.

Penelitian yang dilakukan oleh (Aria Wahyuni dan Fitrianola Rezkiki 2015) masih kurangnya pengetahuan pasien dalam menangani PJK oleh karena itu tenaga kesehatan diharuskan berinisiasi dalam melakukan penanganan sedini mungkin. Pemberian informasi yang dimaksud adalah pemberian edukasi kesehatan, yang juga mempunyai tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman, mengubah perilaku pasien dan keluarga untuk mencegah komplikasi, dukungan kondisi kesehatan dalam hal pemulihan pasien, meningkatkan pemberdayaan pasien, dan efikasi diri, serta mencegah kematian. Edukasi kesehatan yang efektif tidak diberikan dalam satu kali pertemuan melainkan diberikan dalam keadaan terstruktur selama pasien dirawat, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh penerapan edukasi kesehatan terhadap pemberdayaan dan efikasi diri pasien PJK. Penelitian ini menggunakan desain quasi experiment dengan pendekatan pre post test control group design dan post test control group design. Responden berjumlah 26 orang dibagi dalam dua kelompok yaitu 13 orang kelompok kontrol dan 13 orang kelompok intervensi.

Responden pada kelompok kontrol diukur terlebih dahulu diukur pemberdayaan dan efikasi diri pasien kemudian menjalankan prosedur edukasi yang berlaku di rumah sakit tersebut. Responden pada kelompok intervensi terlebih dahulu di ukur pemberdayaan dan efikasi diri kemudian diberikan edukasi kesehatan (diberikan booklet sebagai panduan) selama tiga kali pasien selama dirawat. Peneliti mengukur kembali pemberdayaan dan efikasi diri saat pasien datang kontrol ke poliklinik yaitu minggu kedua. Untuk kelompok kontrol peneliti mengukur pemberdayaan dan efikasi diri, peneliti juga memberikan edukasi dan booklet pada saat responden datang untuk kontrol paska rawat.

Ratarata pemberdayaan dan efikasi diri pasien PJK meningkat setelah diberi edukasi pada kelompok intervensi sedangkan kelompok kontrol tidak menunjukkan ada peningkatan. Rata-rata pemberdayaan dan efikasi diri pasien PJK pada kelompok intervensi lebih tinggi bila dibandingkan dengan kelompok kontrol. Ada perbedaan yang bermakna antara pemberdayaan dan efikasi diri sebelum dan sesudah diberikan edukasi pada kelompok intervensi. Tidak ada perbedaan yang bermakna antara pemberdayaan dan efikasi diri sebelum dan sesudah diberikan edukasi pada kelompok kontrol.

Penelitian yang dilakukan oleh (Sun et al. 2019) Penelitian menerapkan pendidikan kesehatan individual penuh (FCIHE) pada pasien CHF, memberikan pasien dengan pedoman kesehatan ilmiah, profesional, dan disesuaikan dan membantu mereka belajar dan mengadopsi konsep perilaku perawatan diri, dalam upaya untuk memberikan panduan baru untuk pengembangan program perawatan diri untuk pasien CHF. Pasien dalam kelompok kontrol menerima asuhan keperawatan rutin termasuk asuhan keperawatan rutin selama rawat inap, panduan pada saat keluar (termasuk pengiriman manual pendidikan kesehatan), dan tindak lanjut telepon. Tindak lanjut telepon dilakukan oleh perawat kardiologi 2 minggu setelah pemulangan, dan konten tindak lanjut termasuk kondisi kesehatan baru-baru ini (misalnya, asma dan edema) dan bimbingan kesehatan rutin (olahraga, penggunaan obat-obatan, dan diet). Pasien dalam kelompok intervensi menerima FCIHE, seperti yang dijelaskan di bawah ini.

Selama tinggal di rumah sakitPada hari masuk, kondisi penyakit pasien,kesadaran akan penyakit, status keluarga, latar belakang pendidikan, dan kemampuan belajar dievaluasi untuk membuat catatan kesehatan. Menurut hasil evaluasi, tim peneliti merumuskan rencana pendidikan kesehatan di rumah sakit untuk setiap pasien untuk menentukan konten pendidikan kesehatan sehari-hari; terutama mencakup pengetahuan terkait penyakit utama, mekanisme patogenesis penyakit, rencana dan tujuan pengobatan, pedoman pengobatan, olahraga, pedoman nutrisi, dan pencegahan serangan akut. Motivasi penelitian ini adalah untuk mendukung proses perawatan klinis pasien dengan lebih baik melalui perawatan mandiri berdasarkan pendidikan kesehatan individual penuh dan mengintegrasikan intervensi keperawatan ke dalam proses perawatan klinis, sehingga untuk memberikan efek terapeutik yang lebih jelas, membantu mengendalikan kondisi. , dan meningkatkan keadaan hidup pasien

Studi ini menemukan bahwa setelah menerapkan perawatan diri berdasarkan kesehatan individual penuhpendidikan, jarak berjalan 6 menit pasien lebih lama, dan skor perilaku perawatan diri dan skor SF-36 lebih baik. Pada saat yang sama, analisis regresi logistik menemukan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri pasien terutama meliputi usia, klasifikasi fungsi jantung, dan tingkat pendidikan. Oleh karena itu, aplikasi klinis perawatan diri berdasarkan pendidikan kesehatan individual penuh dapat meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan dan prognosis klinis pasien. Pada saat yang sama, intervensi ilmiah berdasarkan usia, klasifikasi fungsi jantung, dan tingkat budaya ditargetkan untuk mempromosikan efek perawatan diri pasien yang lebih baik. Namun, bagaimana mengimplementasikannya secara rinci adalah salah satu masalah yang harus dipecahkan di masa depan. Fenomena baru yang ditemukan dalam penelitian ini adalah bahwa efek perawatan diri berdasarkan pendidikan kesehatan individual penuh tentu saja lebih baik dari yang diharapkan, dan juga berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien. Hipotesis yang dikonfirmasi melalui percobaan dalam penelitian ini adalah bahwa perawatan mandiri yang didasarkan pada pendidikan kesehatan individual penuh memiliki prognosis klinis yang lebih baik untuk pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh (Dewi Aminah, Dhiana Setyorini 2012) penelitian ini meneliti tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap dan pengetahuan pasien gagal jantung. Hasil diperoleh terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan pasien gagal jantung di Ruang Camelia RSUD Dr. Soetomo Surabaya sebelum dan sesudah perlakuan (p=0,001<α=0,05). Hal ini ditunjukkan bahwa dari 13 pasien gagal jantung kelompok intervensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan hal ini dapat dijelaskan bahwa banyak hal yang mempengaruhi peningkatan pengetahuan tentang perawatan pada pasien gagal jantung diantaranya faktor tingkat pendidikan. Pasien gagal jantung pada kelompok intervensi lebih banyak berpendidikan SD sebanyak 7 orang (53,8%), kemungkinan pasien lebih mudah diberi pendidikan kesehatan dan lebih mudah menerima pengetahuan tentang perawatan gagal jantung yaitu mulai dari pengertian, penyebab, tanda, gejala, dan bagaimana tindakan saat terjadi kekambuhan saat di rumah maupun saat dirawat. .Tingkat pendidikan, usia, da pekerjaan juga bisa mempengaruhi dalam peningkatan pengetahuan. Peningkatan pengetahuan pada pasien gagal jantung pada kelompok kontrol banyak dipengaruhi berbagai faktor, baik itu dari karateristik pasien maupun dari kesadaran pasien itu sendiri sehingga pasien mampu menerima dan mengerti tentang perawatan gagal jantung yang diberikan di Ruang Camelia Dr. Soetomo Surabaya. Dan dengan penerimaan yang baik diharapkan tingkat kekambuhan atau terjadinya serangan ulang bisa diturunkan seminimal mungkin.

Peningkatan pengetahuan pada pasien gagal jantung pada kelompok kontrol banyak dipengaruhi berbagai faktor, baik itu dari karateristik pasien maupun dari kesadaran pasien itu sendiri sehingga pasien mampu menerima dan mengerti tentang perawatan gagal jantung yang diberikan di Ruang Camelia Dr. Soetomo Surabaya. Dengan penerimaan yang baik diharapkan tingkat kekambuhan atau terjadinya serangan ulang bisa diturunkan seminimal mungkin. Ada perubahan sikap pada pasien gagal jantung yang positif di ruang Camelia berupa pasien mengikuti semua prosedur ruangan misalnya dengan minum obat teratur sesuai jadwal yang ditentukan, mengkosumsi makanan dari rumah sakit sesuai dengan diet gagal jantung, dan memutuskan berhenti untuk merokok saat di rumah sakit maupun saat pulang. Hasil peneltian menunjukkan adanya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan pasien gagal jantung pada kelompok intervensi (p=0,001) dan kelompok kontrol (p=0,011) di Ruang Camelia RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap pasien gagal jantung pada kelompok intervensi (p=0,025) dan kelompok kontrol (p=0,046) di Ruang Camelia RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Pendidikan kesehatan yang optimal memiliki pengaruh luar biasa dalam mengubah pengetahuan dan sikap pasien gagal jantung untuk meningkatkan dan memperbaiki kualitas hidup.

Penelitian yang dilakukan oleh (Asti Pratiwi, M. Ali Maulana 2018) Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif, dengan *desain quasi eksperimen* design dengan rancangan *pre test and post test nonequivalent control group design.* Pada penelitian ini, dilakukan perbedaan skor kualitas hidup sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan terstruktur pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dan didapatkan hasil nilai p = 0,0001. Hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup yang bermakna pada pengukuran sesudah edukasi kesehatan terstruktur pada kelompok intervensi dan kontrol. Hal ini membuktikan bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh edukasi terstruktur yang diberikan oleh peneliti. Berdasarkan data diatas dapat dikatakan ada perbedaan skor kualitas hidup pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pemberian edukasi kesehatan terstruktur berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien PJK di RSUD Sultan Syarif Mohammad Alkadrie Pontianak. Kualitas hidup yang baik tersebut dapat terjadi karena suatu proses

pembelajaran melalui edukasi terstruktur, terutama menggunakan booklet yang didesign khusus oleh peneliti sesuai kebutuhan pasien penyakit jantung koroner. Media booklet dapat memberikan informasi secara visual sehingga dapat dengan mudah untuk dimengerti. Kualitas hidup juga dipengaruhi oleh peningkatan keyakinan diri pasien terhadap kemampuannya dalam menjalani kehidupan paska serangan jantung koroner. Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan baru, sikap, dan keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu.14 Pasien dengan edukasi yang tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibanding pasien dengan edukasi yang rendah. Intervensi edukasi serta modifikasi gaya hidup dan latihan yang langsung dilakukan perawat terhadap pasien PJK dapat meningkatkan kualitas hidup dan kemampuan fisik pasien setelah perawatan.

Penelitian lain dilakukan oleh (Yu et al. 2019) gagal jantung kronis adalah suatu kondisi ketika penyakit kardiovaskular berkembang ke tahap akhir. Karena kurangnya gaya hidup yang teratur dan sehat, pasien menderita serangan tidak teratur dari penyakit ini dalam jangka waktu yang lama, yang secara serius mempengaruhi kualitas hidup mereka dan menempatkan beban psikologis dan ekonomi yang besar kepada pasien dan keluarga mereka juga. Karena itu, selain pengobatan klinis dan perawatan bedah. Namun, pendidikan kesehatan tradisional hanya disampaikan kepada pasien melalui poster dan kata-kata sederhana. Karena tidak ada panduan tahap yang jelas, pasien tidak sering tahu apa yang harus dilakukan untuk meningkatkan perilaku mereka di setiap tahap. Tujuan pengobatan untuk gagal jantung kronis bukan hanya untuk memperbaiki gejala, tetapi yang lebih penting, juga untuk mengurangi tingkat kematian dan tingkat rawat inap dan meningkatkan kualitas hidup melalui obat-obatan standar yang dikombinasikan dengan perilaku manajemen diri seperti diet, olahraga, dan manajemen emosional . Teori perubahan perilaku bertujuan untuk meningkatkan kemampuan manajemen diri individu melalui proses yang berkelanjutan dan dinamis, dan untuk meningkatkan prognosis pasien dengan gagal jantung kronis melalui upaya bersama dari kedua staf medis Pendidikan kesehatan berdasarkan teori perubahan perilaku, yang merupakan model baru pendidikan kesehatan untuk penyakit kronis, sejalan dengan tren perkembangan masyarakat modern. Sebagai produk layanan, dapat meningkatkan interaksi antara staf medis dan pasien, dan memiliki fungsi dan fitur umpan balik otomatis, keterbukaan, dan kesetaraan. asil menunjukkan, tingkat self-efficacy pasien dalam kelompok pengamatan secara signifikan lebih tinggi daripada pada kelompok kontrol, dan perbedaannya signifikan secara statistik ( P < 0,05). Para pasien berkomunikasi dengan sesama pasien mereka selama pertemuan, yang mungkin membantu meningkatkan kepercayaan diri pasien. Dengan bertukar pengalaman antara pasien, pasien menjadi lebih percaya diri dalam mencapai tujuan dari setiap tahap. Dengan demikian tingkat self-efficacy mereka meningkat. Hasil menunjukkan, kualitas skor hidup pasien dalam kelompok pengamatan secara signifikan lebih tinggi daripada pada kelompok kontrol, dan perbedaannya signifikan secara statistik.

Sebuah tim keperawatan dibentuk untuk menerapkan intervensi keperawatan pendidikan kesehatan berdasarkan teori perubahan perilaku. Tim ini terdiri dari 5 orang, termasuk 1 kepala perawat dan 4 staf keperawatan yang memiliki pengalaman dalam pendidikan kesehatan selama lebih dari 2 tahun. Anggota tim dituntut untuk pandai berkomunikasi dan memiliki minat yang kuat dalam penelitian pendidikan kesehatan. Protokol pendidikan kesehatan berdasarkan teori perubahan perilaku diselesaikan setelah diskusi menyeluruh. Dalam hal terapi olahraga, kepala perawat mengembangkan program latihan yang cocok untuk pasien sesuai dengan kondisi fisik, minat, hobi, dan lingkungan hidup yang disediakan oleh perawat yang bertanggung jawab. Jumlah latihan juga ditentukan

untuk masing-masing pasien. tim keperawatan mengirim artikel pendidikan kesehatan kepada pasien seminggu sekali. Artikel-artikel tersebut bertujuan untuk memberi informasi kepada pasien dengan cara yang diilustrasikan tentang pengetahuan mereka yang tidak terpisahkan, tujuan latihan dan tujuan manajemen diri pada tahap ini, dan strategi manajemen diri,

## 5.3 Keterbatasan Penelitian

Dari pembahasan yang diuraikan tidak menjamin kepastian dan kebenaran dari penelitian ini. Masih terdapat banyak keterbatasan yang dialami pada penelitian ini. Berikut ini keterbatasan yang perlu dipertimbangkan:

1. Metode penelitian yang digunakan adalah *literature review,* dimana penelitian ini hanya mengetahui keberhasilannya dari menelaah jurnal bukan meneliti secara langsung.
2. Penelitian ini hanya meneliti tentang pengaruh *health education* untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung, jadi perlu untuk dilakukan penelitian lebih mendalam terkait faktor lain yang dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien gsgal jantung
3. menggunakan *databease* tiga dengan kata kunci dalam *literature review* ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading* (MeSH) sehingga referensi jurnal perlu ditambahkan

## 5.4 Implikasi Terhadap Praktik Keperawatan

### 5.4.1 Implikasi teoritis

Literatur review ini berimplikasi terhadap praktik keperawatan, dan hasilnya bisa diterapkan karena mudah, cepat dan tidak membutuhkan biaya. Penelitian yang telah ditelaah dalam artikel ini menunjukkan bahwa *health education* baik dalam peningkatan kualitas hidup, setelah diberikan health education dapat prediksi kualitas hidup pada pasien gagal jantung yang di rawat inap menjadi lebih baik.

Dalam praktik keperawatan *health education* merupakan salah satu promosi kesehatan yang dapat digunakan salah satu dalam penerapan asuhan keperawatan, karena dari hasil riset dari sepuluh jurnal menunjukkan adanya perbaikan kualitas hidup pada pasien gagal jantung. Dalam hal penerapan health educaction tidak meiliki efek samping dan mudah untuk menyampaikan

Hal ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi perawat pada tatanan kesehatan dirumah sakit, khususnya bagi perawatan jantung. Perawat jantung dapat mempraktekkan pada pasien gagal jantug yang kooperatif.

Perawat juga dapat memodifikasi atau mengembangkan metode dalam artikel ini sesuai dengan asuhan keperawatan dalam peningkatan pengetahuan pada psien gagal jantung. Penting juga bagi perawat dalam pelaksanaan metode *health education* dalam artikel ini untuk memperhatika kualttas hidup pada pasien gagal jantung yang sedang dirawat inap. Selain itu, membutuhkan evaluasi dan monitoring pengaruh terapi *health education* oleh perawat.

Untuk pelayanan yang lebih dibutuhkan perawat dengan menerapkan konsep dari Konsep Nola. J. Pender menerangkan bahwa seseorang akan mengalami suatu perubahan setelah diberikan pendidikan kesehatan karena termotivasi dan persepsi diri yang baik. Konsep ini sangat berhubungan dengan pendidikan kesehatan yang diberikan pada pasien gagal jantung untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri yang tinggi atau *self efficacy* untuk merawat dan mengetahui gagal jantung.

### 5.4.2 Implikasi Praktis

1. Bagi mahasiswa

Mahasiswa mampu meningkatkan kualitas hidupkepada pasien gagal jantung dengan melakukan *health education* untuk mengatasi masalah yang sedang dialami oleh pasien gagal jantung yang sedang dirawat inap

1. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat mengembangkan *health education* tidak hanya bagi pasien gagal jantung tapi kepada masyarakat yang mengalami penykit jantung.

# BAB 6

# SIMPULAN DAN SARAN

## Simpulan

Jurnal yang telah ditelaah menunjukkan bahwa ada pengaruh *health education* terhadap kualitas hidup pada pasien gagal jantung seperti salah satu dari penelitian yang dilakukan oleh (Sadeghi Akbari et al. 2019) pemberian *health education* tentang latihan fisik dan diit tentang pendidikan obat-obatan dan saran untuk membatasi garam dan air setiap hari, menimbang diri mereka sendiri setiap hari dan saran lain yang berkaitan dengan penyakit mereka membuktikan, dapat memberikanpengaruh dalam meningkatkan kualitas hidup bagi pasien gagal jantung. Usaha menyampaikan pesan kesehatan berupa pendidikan kesehatan diharapkan pasien gagal jantung memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah menjadi mampu mengatasi masalah, sehingga diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilakunya terutama pada kualitas hidup pada pasien gagal jantung.

Hal tersebut membuktikan bahwa *health education* dapat diterapkan sebagai promosi kesehatan karena efektif, dalam hal segi biaya hanya pengeluaran dalam biaya cetak leaflet dan logbook. Sederhana Dan dapat di terapkan oleh perawat meningkatakan asuhan keperawatan

## 6.2 Saran

### 6.2.1 Bagi Responden

Pasien gagal jantung dapat memahami dan menerapkannya tidak hanya pasien gagal jantung melainkan semua pasien yang mengalami masalah denga penyakit jantung

### 6.2.2 Bagi tenaga kesehatan

Untuk kedepannya bagi tim kesehatan seperti perawat, bisa mengimplemntasikan *health education* untuk mengatasi masalah kualitas hidup pada pasien gagal jantung

### 6.2.3 Peneliti selanjutnya

Untuk penelitian selanjutnya bagi peneliti diharapkan melakukan telaah referensi yang lebih banyak deri database yang lain

# DAFTAR PUSTAKA

Akhmad, Arif Nur. 2018. “Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kongestif (GJK) Berdasarkan Karakteristik Demografi.” *Jurnal Keperawatan Soedirman* 11 (1): 27. https://doi.org/10.20884/1.jks.2016.11.1.629.

Aqüicultura, Programa D E Pós-graduação E M, Julie G Donalek, Sandie Soldwisch, Elementos D E Coesão, Marco Antonio Moreira, Roberto Fabiano Fernandes, Universidade Federal, et al. 2018. “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Rsud Kabupaten Sukoharjo,” no. 1: 43. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004.

Aria Wahyuni, and Fitrianola Rezkiki. 2015. “Pemberdayaan Dan Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Melalui Edukasi Kesehatan Terstruktur.” *Jurnal Ipteks Terapan* 9 (iL): 28–39.

Aslamiyah, Syaibatul, Saiful Nurhidayat1, and Laily Isroin2. 2019. “Hubungan Kepatuhan Kontrol Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner ( PJK ),” 223–33.

Asti Pratiwi, M. Ali Maulana, Maria Fudji Hastuti. 2018. “STRUCTURED Health Education To Quality Of Life Patient With Coronary Heart Disease (CHD) Asti” 47.

Beti Kristinawati, Riska Nurul Khasanah2. 2019. “Hubungan Pelaksanaan Edukasi Dengan Kemampuan Self Care Management Pasien Gagal Jantung Beti.”

Boyoung Hwanga, Michele M. Pelter, Debra K. Moser, Kathleen Dracup. 2017. “Effects of an Educational Intervention on Heart Failure Atient Educ Couns Knowledge, Self-Care Behaviors, and Health-Related Quality of Life of Patients with Heart Failure: Exploring the Role of Depression.” *Physiology & Behavior* 176 (12): 139–48. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040.

Bruno, Latour. 2019. “Faktor Faktor Yang Mempengadruhi Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Jantung Di Rsud Sukoharjo.” *Journal of Chemical Information and Modeling* 53 (9): 1689–99. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004.

Dewi Aminah, Dhiana Setyorini, Sumiyati. 2012. “Dan Sikap Pasien Gagal Jantung Influence of Health Heducation on Knowledge and Attitude in Heart Failure Patients” V (1): 34–38.

Donsu, Rudolof A, Starry H Rampengan, and Natalia Polii. 2020. “Karakteristik Pasien Gagal Jantung Akut Di RSUP Prof Dr . R . D .” 1 (2): 30–37.

Heydari, Abbas, and Fatemeh Khorashadizadeh. 2014. “Pender’s Health Promotion Model in Medical Research.” *Journal of the Pakistan Medical Association* 64 (9): 1067–74.

Hutagaol, Emma Veronika. 2017. “Peningkatan Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa Melalui Psychological Intervention Di Unit Hemodialisa Rs Royal Prima Medan Tahun 2016” 2.

Jiwa, Jurnal Keperawatan, Tania Khaerunnisa, Yossie Susanti, Eka Putri, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, Departeman Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, and Universitas Indonesia. 2016. “Application of Ansietas Nursing Care in Conestive Failure Patients” 4 (2).

Kasron, S.kp., Ns. 2012. “Gangguan Sistem Kardiovarkuler.” In . yogyakarta: Nuha Medika.

Kurniawan, Ardhiles Wahyu, Juliati Koesrini, and Juliati Koesrini. 2019. “Hubungan Kadar Ureum, Hemoglobin Dan Lama Hemodialisa Dengan Kualitas Hidup Penderita PGK.” *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)* 6 (3): 292–99. https://doi.org/10.26699/jnk.v6i3.art.p292-299.

Melfianora. 2017. “Penulisan Karya Tulis Ilmiah Dengan Studi Literatur.” *Studi Litelatur*.

Notoatmodjo, S. 2012. “Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan.” In . jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmojo, S. 2012. “Metodologi Penelitian Kesehatan.” In . jakarta: Rineka Cipta.

Nugroho, Taufan, Bunga Tamara Putri, and Dara kirana Putri’. 2016. “Teori Asuhan Keperawatan Gawat Darurat.” In . Yogyakarta: Nuha Medika.

Nursalam. 2016. *Metodologi Peneliti Ilmu Keperawatan*.

Otaktavianus;, and febriana sartika Sari. 2014. “Asuhan Keperawatan Pada Sistem Kardiovaskular Dewasa.” In . yokyakarta: graha ilmu.

Prasetyo, Wijar. 2019. “Literatur Review : Kesadaran Dan Kesiapan Dalam Manajemen Bencana.”

Purnama, Agus. 2020. “Edukasi Dapat Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Yang Terdiagnosa Penyakit Jantung Koroner.”

Rosita, Siti, Titis Kurniawan, Sandra Pebrianti, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran, Fakultas Keperawatan, and Universitas Padjadjaran. 2017. “Risiko Penyakit Jantung Pada Keluarga Penderita Di Poli Jantung Rsud Dokter Slamet Garut Tahun 2017 *Health Risk Of Heart Disease In Family With Heart Cases At Doctor Slamet Hospital Garut Year Of* 2017 Hingga Sampai Saat Penyakit Jantung Koroner Masih Teta.”

Sadeghi Akbari, Ali, Mohammad Ali Cheraghi, Anoushiravan kazemnejad, Mahin Nomali, and Maasumeh Zakerimoghadam. 2019. “Effect of Illness Perception Correction - Based Educational Program on Quality Of Life and Self- Care in Patients with Heart Failure: A Randomized Controlled Trial.” *Journal of Caring Sciences* 8 (2): 89–93. https://doi.org/10.15171/jcs.2019.013.

Santriono Refki, Rusdianto Rustam. 2019. “Gambaran Pelaksanaan Edukasi Pada Pasien Gagal Jantung Yang Menjalani Rawat Inap Di Rsud Dr. Moewardi Di” 4 (1): 75–84. https://doi.org/.1037//0033-2909.I26.1.78.

Sari, Pradila Desti, Ade Yonata, Haryadi, and Bobby Swadharma. 2016. “Penatalaksanaan Gagal Jantung NYHA II Disertai Pleurapneumonia Pada Laki-Laki Usia 38 Tahun.” *Jurnal Medula Unila* 6: 114–19.

Seid, Mohammed Assen. 2020. “Health-Related Quality of Life and Extent of Self-Care Practice among Heart Failure Patients in Ethiopia.” *Health and Quality of Life Outcomes* 18 (1): 1–8. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01290-7.

Sulastini1, Engkus Kusnadi2, Rina Rismawati3, and Bambang Aditya Nugraha4. 2018. “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktifitas Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Penyakit Dalam Kelas 3 RSUD Dr. SLAMET GARUT.” *Jurnal Keperawatan* 5 (6): 79–97.

Sun, Jing, Zhi Wei Zhang, Yue Xian Ma, Wei Liu, and Chun Ying Wang. 2019. “Application of Self-Care Based on Full-Course Individualized Health Education in Patients with Chronic Heart Failure and Its Influencing Factors.” *World Journal of Clinical Cases* 7 (16): 2165–75. https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i16.2165.

Supriyadi, Wagiyo, and Sekar Widowati. 2011. “Tingkat Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Terapi Hemodialisis.” *KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat* 6 (2): 107–12. https://doi.org/10.15294/kemas.v6i2.1760.

Susanto. 2010. “Cekal (Cegah Dan Tangkal) Penyakit Modern.” In , edited by hernita.p. yogyakarta: andi.

Wahono, Romi Satrio. 2015. “A Systematic Literature Review of Software Defect Prediction: Research Trends, Datasets, Methods and Frameworks.” *Journal of Software Engineering*.

Wahyuni, Aria, and Ovta Sari Kurnia. 2014. “Hubungan Self Caredan Motivasi Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung.” *Jurnal Keperawatan Padjadjaran* v2 (n2): 108–15. https://doi.org/10.24198/jkp.v2n2.5.

Yu, Hui, Panpan Zhang, Xiao Wang, Yan Wang, and Binyu Zhang. 2019. “Effect of Health Education Based on Behavioral Change Theories on Self-Efficacy and Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Heart Failure.” *Iranian Journal of Public Health* 48 (3): 421–28. https://doi.org/10.18502/ijph.v48i3.884.

# LAMPIRAN

###### Lampiran 1

***CURRICULUM VITAE***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : Abusiri | |
| NIM | : 161.0001 | |
| Program Studi | : S-1 Keperawatan | |
| Tempat, Tanggal Lahir | : Pamekasan, 14 Juni 1996 | |
| Alamat | : Dusun Klobungan, Cenlecen, Pakong | |
| Agama | : Islam | |
| Email  No. HP | : [aabmayor89@gmail.com](mailto:aabmayor89@gmail.com)  : 085338064486 | |
| Riwayat Pendidikan | : | |
| 1. SD Negeri Bajang 2 | | Lulus Tahun 2009 |
| 1. MTsN Model sumber Bungur | | Lulus Tahun 2012 |
| 1. SMK Al-Hamidy Banyuanyar | | Lulus Tahun 2015 |

###### Lampiran 2

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

**MOTTO**

**“ *Action Is The Basic Key To All Success”***

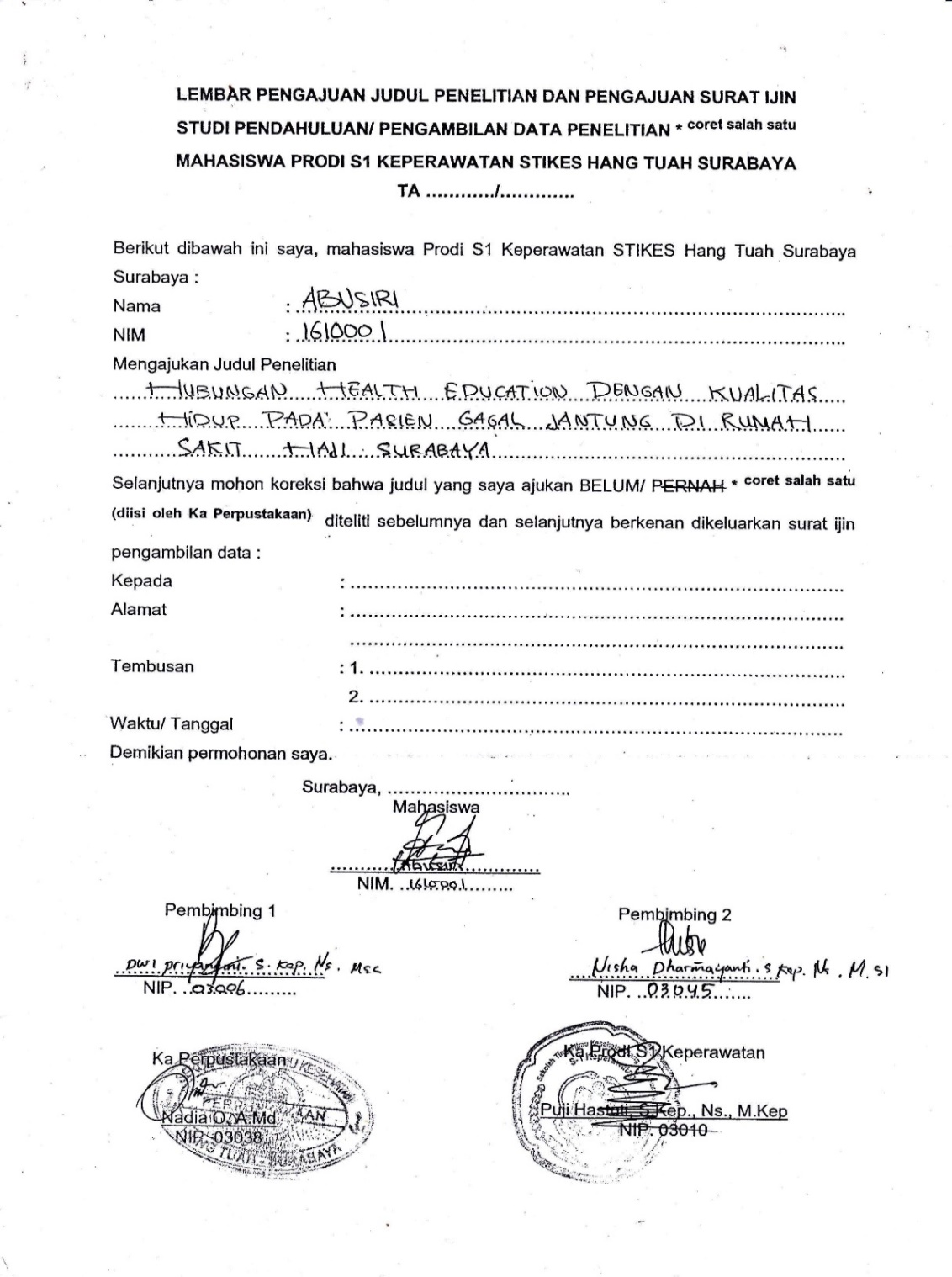
**PERSEMBAHAN**

Alhamdulillah, Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberi kesehatan, kemampuan dan mencukupi kebutuhan dengan perantara keluarga untuk menyelesaikan pendidikan hingga Sarjana.

skripsi ini saya persembahkan kepada :

1. Orang Tua saya tercinta (Ayah Salihen dan Ibu Suratna) serta kakak saya dan kakak ipar, nenek dan serta saudara saya yang selalu memberikan doa dan dukungan kepada saya dalam menuntut ilmu sehingga skripsi saya dapat selesai dengan tepat waktu.
2. Terima kasih kepada Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah membimbing, memberi ilmu, serta membentuk jiwa keperawatan kepada saya.
3. Terima kasih kepada kelompok bimbingan skripsi saya (Anggie, Elza, Eka dian, Dina, Made) yang telah bersedia berproses bersama dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Terima kasih kepada sahabat senasib perguruan (Rosiela, Sri Nur) serta KOS squad (Jati, Bima, Kadek, Yusuf, Felix, Wahyu, Zegi, Made, Satria, Yudha, Dodi) yang telah jatuh bangun bersama menghadapi kerasnya hidup ini. yang tidak lupa memotivasi dan memberikan semangat sehingga skripsi ini dapat selesai dengan baik.
5. Terima kasih untuk Lulu Antika teman dekat yang telah memberikan semangatnya untuk saya dan membantu saya menyelesaikan skripsi ini.
6. Super-A Class dan angkatan 22 yang telah berproses baik suka maupun duka, memberikan support dan melengkapi cerita hidup ini selama 4 tahun.
7. Organisasi Badan Eksekutif Mahasiswa yang telah menjadi rumah kedua dimana saya mendapatkan banyak pengalaman berorganisasi baik suka maupun duka, untuk melengkapi cerita hidup ini selama 2 tahun.
8. UKM KSR yang telah menjadi rumah ketiga dimana saya banyak sekali mendapatkan ilmu yang sangat berharga dan dapat menjadi bekal ilmu dalam dunia Kesehatan.

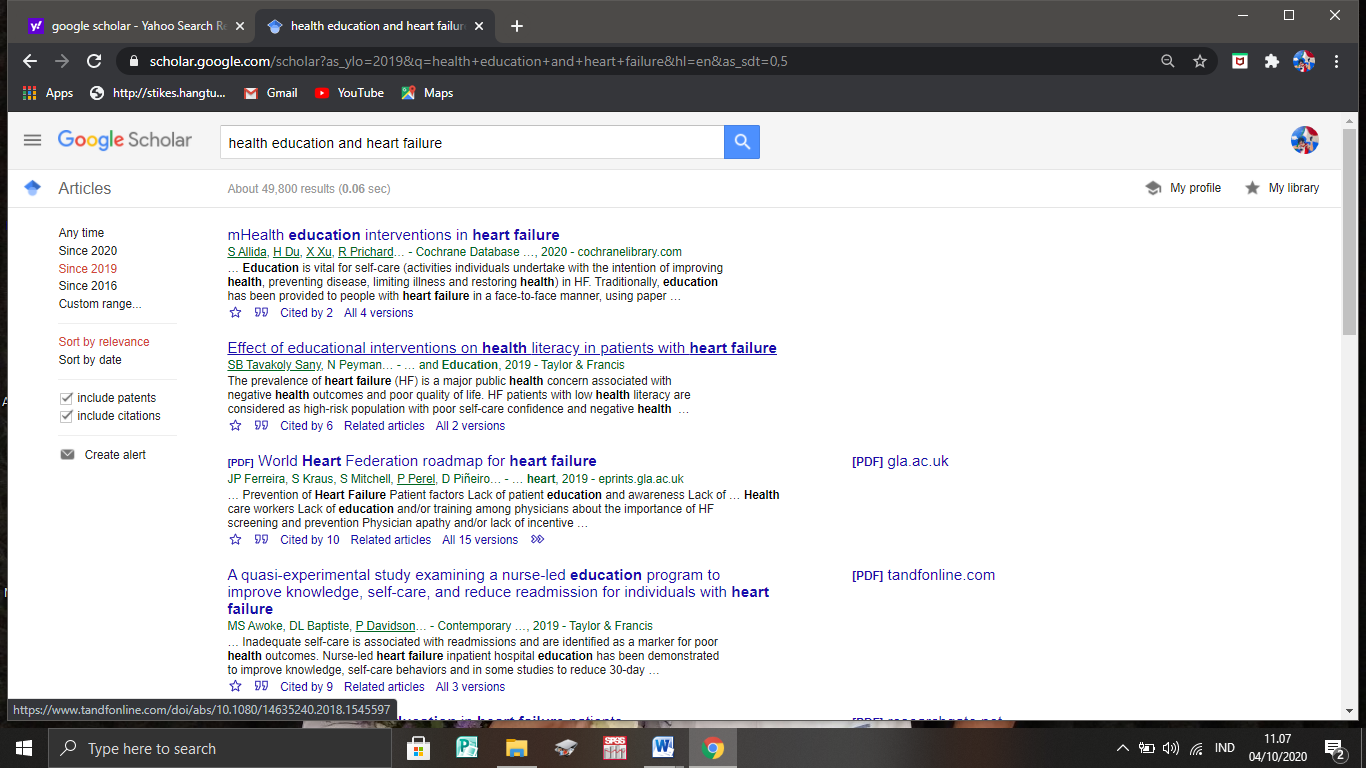
###### Lampiran 3

SURAT IJIN STUDI PENDAHULUAN

###### Lampiran 4

SURAT IJIN STUDI PENDAHULUAN

###### Lampiran 5

**PENGAMBILAN DATA**

