



**HUBUNGAN TINGKAT KEPATUHAN TERHADAP KUALITAS HIDUP  
PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT ANGKATAN LAUT Dr.  
MINTOHARDJO**

**Skripsi**  
**Untuk melengkapi syarat-syarat guna memperoleh gelar**  
**Sarjana Farmasi**

**Disusun Oleh :**  
**Harya Devi Siregar**  
**1504015176**

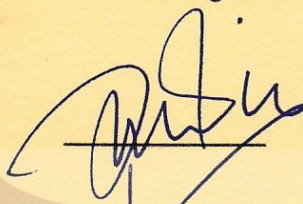




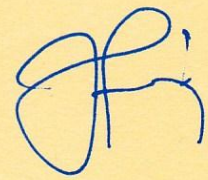


**PROGRAM STUDI FARMASI**  
**FAKULTAS FARMASI DAN SAINS**  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA**  
**JAKARTA**  
**2019**

Skripsi dengan Judul

**HUBUNGAN TINGKAT KEPATUHAN TERHADAP KUALITAS HIDUP  
PASIEEN GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT  
ANGKATAN LAUT Dr. MINTOHARDJO**

Telah disusun dan dipertahankan di hadapan penguji oleh:  
**Harya Devi Siregar, NIM 1504015176**

	Tanda Tangan	Tanggal
Ketua <u>Wakil Dekan I</u> <b>Drs. Inding Gusmayadi, M.Si., Apt.</b>		<u>9/3/2020</u>
<u>Penguji I</u> <b>Numlil Khaira Rusdi, M.Si., Apt.</b>		<u>20 Desember 2019</u>
<u>Penguji II</u> <b>Tuti Wiyati, M.Sc., Apt.</b>		<u>20 Desember 2019</u>
<u>Pembimbing I</u> <b>Daniek Viviandhari, M.Sc., Apt.</b>		<u>20 Desember 2019</u>
<u>Pembimbing II</u> <b>Nurhasnah, M.Farm., Apt.</b>		<u>24 Desember 2019</u>
Mengetahui:		
Ketua Program Studi <b>Kori Yati, M.Farm., Apt.</b>		<u>29/12-19</u>

Dinyatakan lulus pada tanggal: **06 Desember 2019**



## ABSTRAK

### HUBUNGAN TINGKAT KEPATUHAN TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT ANGKATAN LAUT Dr. MINTOHARDJO

Harya Devi Siregar

1504015176

Gagal jantung kongestif atau *Congestive Heart Failure* (CHF) merupakan penyakit tidak menular penyebab kematian nomor satu di dunia yang makin meningkat setiap tahunnya dan merupakan penyakit kronis yang membutuhkan terapi pengobatan seumur hidup. Kepatuhan memegang peranan penting dalam pengobatan serta dalam mempengaruhi keberhasilan suatu terapi dan kualitas hidup pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kepatuhan minum obat terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung yang diukur dengan metode penelitian (*cross sectional*) yang melibatkan pasien gagal jantung sesuai kriteria inklusi di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo. Kuisisioner yang digunakan adalah MMAS-8 (kepatuhan) dan EQ-5D-5L (kualitas hidup). Analisis data pada penelitian ini menggunakan *Spearman Correlation*. Jumlah responden tertinggi dengan tingkat kepatuhan sedang sebanyak 43 pasien 40,9% dan kualitas hidup responden rata-rata  $0,76 \pm 0,24$  dengan nilai rata-rata EQ-VAS  $62,81 \pm 17,03$ . Dari hasil analisa statistik didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat dan kualitas hidup pasien gagal jantung dengan *p-value* < 0,05 EQ-5D-5L (0,021) dan EQ-VAS (0,00) dengan koefisien korelasi (0,225) dan (0,474) menggambarkan kekuatan hubungan yang cukup.

**Kata Kunci:** gagal jantung, kepatuhan, kualitas hidup

## KATA PENGANTAR

*Bismillahirrahmanirrahim*

*Alhamdulillah*, segala puji dan syukur kita panjatkan kepada Allah SWT atas segala nikmat sehat, kekuatan, serta kesabaran yang diberikan kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Shalawat dan salam senantiasa tercurah kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW. Karena atas ijin Allah SWT penulis dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan skripsi, dengan judul: **“HUBUNGAN TINGKAT KEPATUHAN TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT ANGKATAN LAUT Dr. MINTOHARDJO ”**

Penulisan skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi persyaratan guna untuk memperoleh gelar Sarjana Farmasi pada Fakultas Farmasi dan Sains Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA, Jakarta.

Terselesaikannya penelitian dan skripsi ini tidak lepas dari dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Bapak Dr. Hadi Sunaryo, M.Si., Apt., selaku Dekan Fakultas Farmasi dan Sains Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA, Jakarta.
2. Bapak Drs. Inding Gusmayadi, M.Si., Apt selaku Pembimbing Akademik dan Wakil Dekan I Fakultas Farmasi dan Sains Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA, Jakarta.
3. Ibu Dra. Sri Nevi Gantini, M.Si., selaku Wakil Dekan II Fakultas Farmasi dan Sains Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA, Jakarta.
4. Ibu Ari Widayanti, M. Farm., Apt., selaku Wakil Dekan III Fakultas Farmasi dan Sains Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA, Jakarta.
5. Bapak Anang Rohwiyono, M.Ag., selaku Wakil Dekan IV Fakultas Farmasi dan Sains Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA, Jakarta.
6. Ibu Kori Yati, M.Farm., Apt., selaku ketua program studi Fakultas Farmasi dan Sains Universitas Muhammadiyah Prof. DR. HAMKA, Jakarta.
7. Ibu Daniek Viviandhari, M.Sc., Apt., selaku pembimbing I yang telah banyak membantu dan mengarahkan penulis sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
8. Ibu Nurhasnah, M. Farm., Apt., selaku pembimbing II yang telah banyak membantu dan mengarahkan penulis sehingga skripsi ini dapat diselesaikan
9. Pimpinan dan seluruh staf kesekretariatan yang telah membantu segala administrasi yang berkaitan dengan skripsi ini dan telah banyak membantu dalam penelitian.

Penulis menyadari bahwa laporan ini tidak luput dari kekurangan. Oleh karena itu, penulis menerima segala bentuk kritik dan saran yang dapat membangun dari pihak yang membaca.

Jakarta, 6 Desember 2019

Penulis

## LEMBAR PERSEMBAHAN

*Sujud syukurku kusembahkan kepadaMu ya Allah, Tuhan Yang Maha Agung dan Maha Tinggi. Segala syukur kuucapkan kepadaMu Ya Rabb, karena telah menghadirkan orang-orang berarti disekeliling saya Yang selalu memberi semangat dan doa, Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal untuk masa depan dalam meraih cita-cita saya*

*Dengan ini saya persembahkan karya ini untuk ...*

- 1. Orang tua ku tercinta, terutama Ibunda tersayang yang tak henti-henti memberikan do'a, semangat, dukungan moral dan material serta menjadi wanita terhebat yang selalu memberikan semangat kepada saya. Ayahanda dan kakak satu-satunya yang kumiliki sekarang Rangga Portibi S. Aku mencintai kalian selamanya..*
- 2. Teman hidup Prawira Ganda, S. Ars yang selalu memberikan semangat, kenyamanan, berbagi beban pikiran, berdebat, memberikan do'a, serta saling memberikan dukungan.*
- 3. Mpokku tersayang Haryani Agustinah, S.pd, sahabatku Amira Wijdani, S.Farm, Dhita Nidya LP, Amd.Far, mama Mia yang memberikan do'a, semangat, dan dukungannya serta gang ABM, CIS.*
- 4. Bapak Ahid ketua masjid abadi dan teman-temanku PRIMA Al-Muhajirin yang selalu membantu dan memberi dukungan serta pengalaman menyenangkan selama di rantau.*
- 5. Teman seperjuangan penelitian serta teman-teman kelas 1H yang menjadi teman-teman pertama saya sejak awal saya menimba ilmu di UHAMKA.*
- 6. Teman-teman angkatan 2015 yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu.*

*Untuk semua pihak yang saya sebutkan, terima kasih atas semuanya. Semoga kita senantiasa memperoleh rahmat, perlindungan, serta ridho Allah SWT.*

*Aamiin.*

*Saya menyadari bahwa hasil karya skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, tetapi saya harap isinya tetap memberi manfaat sebagai ilmu dan pengetahuan bagi para pembacanya.*

Jakarta, 6 Desember 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	Hlm
<b>HALAMAN JUDUL</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSEMBAHAN</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b>	<b>vii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang	2
B. Permasalahan Penelitian	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>4</b>
A. Landasan Teori	4
1. Gagal Jantung	4
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi	5
4. Klasifikasi Gagal Jantung	6
5. Penatalaksanaan	6
6. Kepatuhan	7
7. Faktor Kualitas Hidup	9
Kerangka Berfikir	12
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	<b>13</b>
A. Tempat dan Waktu Penelitian	13
B. Metode Penelitian	13
C. Populasi dan Sampel Penelitian	13
D. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	13
E. Pola Penelitian	13
F. Instrumen Penelitian	14
G. Teknik Pengumpulan Data	15
H. Analisis Data	15
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	<b>17</b>
A. Karakteristik Responden	17
B. Kepatuhan Minum Obat	21
C. Kualitas Hidup	27
D. Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kualitas Hidup	30
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>31</b>
A. Simpulan	31
B. Saran	31
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	<b>32</b>
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	<b>36</b>

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 1. Efek dari Respon Kompensasi Jantung Terhadap Perkembangan Gagal Jantung	5
Tabel 2. Klasifikasi Gagal Jantung Menurut NYHA	6
Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	17
Tabel 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	18
Tabel 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	18
Tabel 6. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	19
Tabel 7. Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Obat Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	20
Tabel 8. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Pengobatan Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	21
Tabel 9. Gambaran Responden Berdasarkan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Gagal Jantung yang Menjalani Pengobatan di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	21
Tabel 10. Gambaran Perilaku Responden Berdasarkan Kuisisioner Kepatuhan Minum Obat MMAS-8	22
Tabel 11. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kepatuhan Dalam Mengonsumsi Obat Pada Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	23
Tabel 12. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	25
Tabel 13. Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	27
Tabel 14. Tabel Rata-Rata EQ-5D-5L dan EQ-VAS	29
Tabel 15. Hubungan Kepatuhan Minum Obat terhadap Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo	30

## DAFTAR LAMPIRAN

	Hlm.
Lampiran 1. Biodata Penulis	36
Lampiran 2. <i>Informed Consent</i>	37
Lampiran 3. Identitas Responden	38
Lampiran 4. Kuisioner MMAS-8	39
Lampiran 5. Kuisioner EQ-5D-5L dan VAS	40
Lampiran 6. Surat Permohonan Izin Penelitian	42
Lampiran 7. Surat Keterangan Lulus Kaji Etik	43
Lampiran 8. Surat Keterangan Selesai Menjalankan Penelitian	44
Lampiran 9. Pengumpulan Data Responden	45
Lampiran 10. Hasil Analisa data dengan SPSS	63





# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Gagal jantung kongestif atau *congestive heart failure* (CHF) merupakan penyakit tidak menular penyebab kematian nomor satu di dunia yang makin meningkat setiap tahunnya (Schilling 2014). Gagal jantung juga berkontribusi atas 287.000 laporan kasus kematian pertahun, dimana setengah dari penderita gagal jantung meninggal dalam waktu lima tahun sejak diagnosis awal (Emory Health Care 2018). Di Amerika Serikat, insidensi gagal jantung kongestif ditemukan sebanyak 550.000 orang dan prevalensi gagal jantung kongestif sebanyak 5,7 juta orang setiap tahun (Mozaffarian *et al.* 2016).

Indonesia merupakan negara yang menduduki urutan keempat sebagai negara dengan penderita gagal jantung kongestif terbanyak di Asia Tenggara (Lam 2015). Di Indonesia sendiri prevalensi penyakit gagal jantung secara global pada tahun 2013 sebesar 229.696 orang, sedangkan berdasarkan gejala yang di diagnosis oleh dokter ialah sebesar 530.068 orang. Dari 33 provinsi di Indonesia, DKI Jakarta merupakan provinsi dengan kasus terbanyak ke 5 yaitu sebesar 11.414 orang (Pusdatin 2018)

Umumnya pasien gagal jantung kongestif (CHF) akan diberikan sedikitnya empat jenis pengobatan yakni ACE inhibitor, diuretik, beta bloker, dan digoksin. Beberapa pasien terkadang juga memerlukan perlakuan tambahan seperti pemberian antagonis aldosterone dan sebagainya. Pada kondisi pasien dengan penyakit penyerta maka jumlah kombinasi obat akan semakin bertambah dan akan menurunkan tingkat kepatuhan pasien gagal jantung dalam mengonsumsi obat secara teratur (Joshua Sinjal1), Weny Wiyono2), 2017) Dalam penelitian yang telah dilakukan, Novayelinda (2015) menyatakan bahwa hanya 50-60% pasien gagal jantung yang patuh terhadap pengobatan. Berdasarkan klasifikasi oleh WHO (2013) faktor terapi merupakan salah satu penyebab terjadinya ketidakpatuhan pada pengobatan pasien gagal jantung kongestif. Kepatuhan adalah suatu unsur terpenting dalam pengobatan (Castillo *et al* 2014). Kepatuhan pasien gagal jantung dalam mengonsumsi obat merupakan salah satu unsur penting dalam penanganan penyakit jantung, namun ketidakpatuhan dalam

mengonsumsi obat sudah menjadi hal yang umum bagi pasien kardiovaskular, ketidakpatuhan akan menyebabkan pasien gagal jantung berada dalam kondisi sakit dalam waktu lama, kondisi medis yang makin memburuk, perlunya perawatan di rumah sakit hingga menyebabkan kematian (Grossman *et al* 2009).

AHA (2014) menyatakan bahwa dari total pasien gagal jantung kongestif sebanyak 1.094.000 atau 50% diantaranya mengalami rehospitalisasi karena kekambuhan pada episode gagal jantung kongesif (CHF). Kebanyakan penyebabnya adalah ketidakpatuhan pasien yang dikarenakan rasa bosan, rasa putus asa saat mengonsumsi obat yang banyak dalam waktu yang lama, dalam menjalani pengobatan melakukan aktivitas fisik yang berlebihan dan tidak dapat mengenali gejala kambuhan (Smeltzer *et al* 2010).

Kepatuhan minum obat yang buruk dan gejala umum pada pasien gagal jantung menjadikan pasien rentan mengalami stress, cemas, depresi, dan sulit mengendalikan emosi yang akan menyebabkan penurunan kualitas hidup pada pasien tersebut (AHA 2013). Serta berpengaruh pada perubahan perilaku diet, latihan fisik, dan pekerjaan pasien (Panthee *et al* 2011).

Dalam penelitian Jin *et al* (2008) ketidakpatuhan terapi pasien gagal jantung akan berdampak negatif terhadap kualitas hidupnya. Maka dari itu kepatuhan minum obat dalam pengobatan jangka panjang sangat berpengaruh pada kualitas hidup dan meningkatnya prevalensi serta kasus rehospitalisasi pasien gagal jantung kongestif. Penyakit gagal jantung sendiri merupakan 10 penyakit terbanyak dengan jumlah pasien perbulan mencapai 300 pasien di rumah sakit Dr. Mintohardjo, hal ini pula menjadi alasan penulis untuk melakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Tingkat Kepatuhan Terhadap Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kongestif (CHF) di RSAL Mintohardjo”.

## **B. Permasalahan Penelitian**

Berdasarkan latar belakang masalah yang ada dapat ditemukan permasalahan yaitu :

Adakah hubungan antara kepatuhan penggunaan obat dengan kualitas hidup pada pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo?

### **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan penggunaan obat dengan kualitas hidup pasien pada pasien penyakit gagal jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo.

### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian di bidang farmasi klinik ini dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Bagi Peneliti Diharapkan dapat memberi pengetahuan dan wawasan baru bagi peneliti dalam melakukan penelitian tentang kepatuhan penggunaan obat dan kualitas hidup pasien Penyakit gagal jantung yang ada di Rs. Mintohardjo.
2. Bagi Rumah Sakit Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan evaluasi dan masukan bagi tim kesehatan seperti : farmasis, perawat dan dokter di rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terutama pada terapi, pemberian informasi obat serta info penting dan dampak bagi pasien penyakit gagal jantung kedepannya.
3. Bagi Institusi Pendidikan sebagai referensi untuk perkembangan ilmu pengetahuan khususnya yang terkait dengan kepatuhan penggunaan obat dan kualitas hidup pasien penyakit gagal jantung.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### **1. Penyakit Gagal Jantung**

Gagal jantung sering disebut dengan gagal jantung kongestif ialah keadaan dimana jantung tidak mampu memompakan cukup darah untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi (Kasron 2012). Gagal jantung dapat dihasilkan oleh apapun yang mengurangi pengisian venrikel (disfungsi diastolik) dan miokard kontraktilitas (disfungsi sistolik) (Dipiro *et al* 2015). Gagal jantung biasanya ditandai dengan adanya gejala takikardia, penurunan toleransi saat exercise, napas yang pendek, edema perifer dan paru, serta adanya kardiomegali (Katzung 2012).

##### **2. Etiologi**

###### **a. Gagal jantung sistolik dan diastolik**

Gagal jantung sistolik dan diastolik adalah ketidak mampuan kontraksi jantung memompa sehingga curah jantung menurun dan menyebabkan kelemahan, fatik. Gagal jantung distolik adalah gangguan relaksasi dengan gangguan pengisian ventrikel. Gagal jantung diastolik didefinisikan sebagai gagal jantung dengan fraksi ejeksi lebih dari 50% (Sudoyo dkk 2010).

###### **b. *Low output dan High output Heart Failure***

*Low output heart Failure* disebabkan oleh hipertensi, kardiomiopati dilatasi, kelainan katup perikard. *High output heart failure* ditemukan pada penurunan resistensi vascular sistemik seperti hipertiroidisme, anemia, kehamilan, fistula A-V, beri-beri dan penyakit paget (Sudoyo dkk 2010).

###### **c. Gagal jantung akut dan kronik**

Contoh gagal jantung akut adalah robekan daun katup secara tiba-tiba akibat endocarditis, trauma atau infark miokard luas. Curah jantung yang menurun secara tiba-tiba menyebabkan penurunan tekanan darah tanpa disertai edema perifer. Contoh gagal jantung kronis adalah kardiomiopati dilatasi atau kelainan multivalvular yang terjadi secara perlahan-lahan (Sudoyo dkk 2010).



### 3. Patofisiologi

Terjadinya gagal jantung diawali dengan adanya kerusakan pada jantung atau miokard. Kerusakan ini akan menyebabkan respon kompensasi jantung atau usaha untuk mempertahankan fungsi jantung agar tetap dapat memompa darah secara adekuat. Respon kompensasi jantung berupa aktivasi sistem saraf simpatis dan sistem renin-angiotensin-aldosteron sehingga menimbulkan beberapa dampak, seperti vasokonstriksi, retensi cairan, dan hipertrofi ventrikel. Adanya mekanisme kompensasi inilah yang menyebabkan kerusakan pada jantung berkembang menjadi kondisi gagal jantung (Dipiro *et al.* 2008).

Gambaran patofisiologi paling mudah digambarkan dengan model neurohormonal. Adanya aktivasi neurohormonal akibat norepinefrin, angiotensin II, aldosteron, vasopressin, serta beberapa jenis sitokin akan menimbulkan respon kompensasi yang lambat laun berkembang menjadi gagal jantung. Oleh sebab itu, terapi farmakologis fokus ditujukan untuk menghambat aktivitas neurohormonal. Dengan begitu perburukan kondisi gagal jantung menjadi lebih lambat dan penderita dapat bertahan hidup lebih lama (Dipiro *et al.*, 2008).

**Tabel 1 .Efek dari Respon Kompensasi Jantung Terhadap Perkembangan Gagal Jantung**

Respon Kompensasi	Dampak Positif	Dampak Negatif
Peningkatan preload melalui retensi Na <sup>+</sup> cairan	Mempertahankan stroke Volume	Kongesti paru dan sistemik, pembentukan edema
Peningkatan preload (melalui retensi Na <sup>+</sup> dan cairan)	Mempertahankan Stroke volume	Peningkatan MVO <sub>2</sub>
Vasokonstriksi	Mempertahankan tekanan darah untuk mengurangi CO	Peningkatan MVO <sub>2</sub>
	Mengalirkan darah dari organ ke otak dan jantung	Peningkatan afterload, mengurangi stroke volume Peningkatan MVO <sub>2</sub>
Takikardia dan peningkatan kontraksi (akibat aktivitas SNS)	Mempertahankan CO <sub>2</sub>	Pengurangan waktu pengisian diastolic Berkurangnya respon reseptor B <sub>1</sub> dan sensitivitas reseptor Pengendapan aritmia ventrikel

#### 4. Klasifikasi Gagal Jantung

Klasifikasi gagal jantung menurut *New York Heart Association* (NYHA) 2015 berdasarkan kelainan struktural jantung dan gejala yang berkaitan dengan kapasitas fungsional yang dapat dilihat pada Table 2.

**Tabel 2. Klasifikasi Gagal Jantung Menurut NYHA**

<b>Klasifikasi menurut ACC/AHA</b>	<b>Klasifikasi menurut NYHA</b>
<b>Stadium A</b> Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fungsional jantung	<b>Kelas I</b> Pasien dengan penyakit jantung tetapi tidak ada pembatasan aktivitas fisik. Aktivitas fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan berlebihan, palpitasi, dispnea atau nyeri angina
<b>Stadium B</b> Telah terbentuk penyakit struktur Jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung, tidak terdapat tanda dan gejala.	<b>Kelas II</b> Pasien dengan penyakit jantung dengan sedikit pembatasan aktivitas fisik. Merasa nyaman saat istirahat.
<b>Stadium C</b> Gagal jantung yang simpatomatis struktural jantung yang mendasari.	<b>Kelas III</b> Pasien dengan penyakit jantung yang terdapat pembatasan aktivitas fisik. Merasa nyaman saat istirahat.
<b>Klasifikasi menurut ACC/AHA</b> <b>Stadium C</b> Gagal jantung yang simptomatis struktural jantung yang mendasari.	<b>Klasifikasi menurut NYHA</b> <b>Kelas III</b> Aktifitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, palpitasi, dispnea atau nyeri angina
<b>Stadium D</b> Penyakit struktural jantung yang lanjut serta gejala gagal jantung yang walaupun telah mendapat terapi medis maksimal (refrakter).	<b>Kelas IV</b> Pasien dengan penyakit jantung yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas fisik Apapun tanpa ketidaknyamanan. Gejala gagal jantung dapat muncul bahkan pada saat istirahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas.

Sumber : Dikutip dari pedoman tatalaksana gagal jantung edisi pertama 2015

#### 5. Penatalaksanaan Gagal Jantung

##### a. Terapi Farmakologi

- 1) Diuretik (Diuretik tiazid dan loop diuretik) Mengurangi kongestif pulmonal dan edema perifer, mengurangi gejala volume berlebihan seperti ortopnea dan dispnea nokturnal peroksimal, menurunkan volume plasma selanjutnya menurunkan preload untuk mengurangi beban kerja jantung dan kebutuhan oksigen dan juga menurunkan afterload agar tekanan darah menurun.

- 2) Antagonis aldosteron Menurunkan mortalitas pasien dengan gagal jantung sedang sampai berat.
- 3) Obat inotropik Meningkatkan kontraksi otot jantung dan curah jantung.
- 4) Glikosida digitalis Meningkatkan kekuatan kontraksi otot jantung menyebabkan penurunan volume distribusi.
- 5) Vasodilator (Captopril, isosorbit dinitrat) Mengurangi preload dan afterload yang berlebihan, dilatasi pembuluh darah vena menyebabkan berkurangnya preload jantung dengan meningkatkan kapasitas vena.
- 6) Inhibitor ACE Mengurangi kadar angiotensin II dalam sirkulasi dan mengurangi sekresi aldosteron sehingga menyebabkan penurunan sekresi natrium dan air. Inhibitor ini juga menurunkan retensi vaskuler vena dan tekanan darah yg menyebabkan peningkatan curah jantung.

#### **b. Terapi Non farmakologi**

Penderita dianjurkan untuk membatasi aktivitas sesuai beratnya keluhan seperti: diet rendah garam, mengurangi berat badan, mengurangi lemak, mengurangi stress psikis, menghindari rokok, olahraga teratur.

### **6. Kepatuhan**

#### **a. Definisi**

Kepatuhan (*compliance*) dalam pengobatan diartikan sebagai perilaku pasien yang mematuhi semua nasihat dan petunjuk yang dianjurkan oleh kalangan tenaga medis, seperti dokter dan Apoteker mengenai segala hal yang harus dilakukan agar tujuan pengobatan tercapai, salah satunya adalah kepatuhan minum obat (Saragi, 2011). Kepatuhan minum obat adalah tindakan yang sesuai dengan jadwal minum obat yang telah ditentukan (National Stroke Association, 2012).

Ketidakpatuhan menjalani pengobatan didefinisikan sebagai kesalahan penggunaan dosis baik saat lupa digunakan atau digunakan dengan cara yang salah sehingga membahayakan hasil terapi pasien. Kegagalan pasien dalam mematuhi atauran pengobatan akan menjadi masalah penting dan sudah seharusnya menjadi perhatian utama bagi asuhan kefarmasian (Rantucci 2010).

## **b. Variabel yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan**

Variabel yang mempengaruhi kepatuhan diantaranya adalah (Jin *et al* 2008)

- 1) Faktor demografi meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan, dan status perkawinan.
- 2) Faktor psikososial meliputi keyakinan, motivasi, dan sikap.
- 3) Faktor yang berhubungan dengan terapi meliputi rute pemberian, kompleksitas pengobatan, durasi masa pengobatan, efek samping obat, tingkat perubahan perilaku yang diperlukan, rasa obat dan kebutuhan untuk penyimpanan obat.
- 4) Faktor sosial dan ekonomi meliputi komitmen waktu, biaya terapi, pendapatan dan dukungan sosial.
- 5) Faktor sistem kesehatan meliputi ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan.
- 6) Faktor penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.

## **c. Jenis Ketidakpatuhan (*Non-Compliance*)**

- 1) Ketidakpatuhan yang disengaja (*Intentional Non-Compliance*)

Yaitu pasien memang tidak mau mematuhi segala petunjuk tenaga medis dalam pengobatan, dengan adanya masalah yang mendasar. Biasanya disebabkan oleh keterbatasan biaya pengobatan, sikap apatis pasien, dan ketidakpercayaan pasien akan efektifitas obat (Saragi 2011).

- 2) Ketidakpatuhan yang tidak disengaja (*Unintentional Non-Compliance*)

Ketidakpatuhan pasien yang tidak disengaja disebabkan oleh faktor di luar kontrol pasien, pada dasarnya pasien berkeinginan untuk mentaati segala pengobatan. Faktor utama yang menyebabkan ketidakpatuhan yaitu lupa, kurang informasi terkait petunjuk pengobatan, dan kesalahan dalam hal pembacaan etiket (Saragi 2011).

- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan (*Non-Compliance*)

Diantaranya adalah psikologis, lingkungan sosial, hubungan interaksi antara dokter-pasien, dan kerumitan aturan pakai obat. Ada lima faktor yang perlu diperhatikan untuk menghindari ketidakpatuhan pasien menggunakan obatnya, yaitu : penyakit pasien, individu pasien, sikap dokter, obat yang diberikan, dan lingkungan pengobatan (Saragi 2011).



#### 4) Akibat ketidakpatuhan

Biasanya mengakibatkan kegagalan terapi, terjadinya resistensi antibiotika, dan yang lebih berbahaya adalah terjadinya toksisitas. Adapun penyebab lainnya meliputi usia lanjut, regimen yang kompleks, lamanya terapi, hilangnya gejala, takut akan efek samping, takut ketergantungan obat, rasa obat yang tidak enak, masalah ekonomi, kurangnya pengetahuan tentang penyakit, pentingnya terapi dan petunjuk penggunaan obat (Muliawan, 2008).

### 7. Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah suatu pandangan umum yang terdiri dari beberapa komponen dan dimensi dasar yang berhubungan dengan kesehatan diantaranya keadaan dan fungsi fisik, keadaan psikologis, fungsi sosial dan penyakit serta perawatannya (Coons *et al* 2011). Kualitas hidup didefinisikan oleh *The World Health Quality of Life* sebagai persepsi individu seseorang dalam menjalani kehidupannya ditinjau pada sistem sosial, sistem nilai di lingkungannya, dan dalam hubungannya dengan target, pengharapan, standar, dan kepentingan pasien secara individual. Oleh karena itu, kualitas hidup sangat terkait dengan hubungan kompleksitas antara kesehatan fisik individu, kondisi psikologi, tingkat kepercayaan diri, hubungan dan kontak sosial dengan lingkungan sekitar.

Kualitas hidup adalah evaluasi dari semua aspek kehidupan, tempat tinggal, bagaimana menjalani kehidupan, bermain, dan bekerja. Kesehatan individu atau aktivitas dalam menjaga atau memperbaiki kesehatan mempengaruhi makna *Health-Related Quality of Life (HRQoL)*. *Quality of Life (QoL)* dan *HRQoL* memiliki pengertian yang berbeda. *QoL* memiliki konsep yang lebih luas dengan aspek yang mengukur persepsi kehidupan seseorang secara keseluruhan termasuk aspek yang terkait dengan kesehatan (*health related*) dan tidak terkait dengan kesehatan (*non-health related*), misalnya ekonomi, politik, dan budaya (Andayani 2013).

#### a. *Health Related Quality of Life (HRQoL)*

Pengukuran *HRQoL* semakin meningkat sejak pertengahan tahun 1980. Pada umumnya, kesehatan hanya dipertimbangkan dari sudut pandang biomedik. Dari sudut pandang ini, penekanan terletak pada aktivitas yang terkait dengan memperbaiki gangguan atau kerusakan dan menurunkan pengaruh dari lamanya

penyakit. Definisi kesehatan diperbaharui WHO melalui *Ottawa Character for Health Promotion* pada tahun 1985 dinyatakan bahwa sehat adalah sumber daya untuk kehidupan sehari-hari secara obyektif dan merupakan konsep positif pada sosial dan sumber daya personal sebagaimana kapasitas fisik. Oleh karena itu batasan sehat meliputi fisik, mental, dan fungsi sosial yang baik serta bersifat personal bukan obyektif.

Maka dampak akibat timbulnya penyakit dan terapinya pada kehidupan pasien sangat perlu diperhatikan. Peristiwa dalam kehidupan pribadi seperti stress, ansietas, dan emosi lainnya mempengaruhi kesehatan. Studi mengenai hal ini tercakup dalam bidang *health-related quality of life (HRQoL)*. *HRQoL* bidang yang fokus dalam mempelajari penelitian pelayanan kesehatan atau kualitas hidup. Sementara kualitas hidup sendiri mengacu pada kesehatan pribadi dan aktivitas untuk mengatur atau meningkatkan tingkat kesehatan (Andayani 2013).

**b. Instrumen Euro Quality of Life (EQ-5D-5L)**

Kuesioner EQ-5D yang digunakan adalah EQ-5D-5L. Kuisisioner ini merupakan salah satu metode yang digunakan untuk mengukur nilai utilitas kesehatan yang sederhana untuk penilaian klinis dan ekonomi. Kuesioner kualitas hidup EQ-5D-5L mencakup 5 pertanyaan dengan 5 domain yaitu mobilitas (kemampuan berjalan), perawatan diri, kegiatan yang biasa dilakukan, rasa nyeri / tidak aman, rasa cemas / depresi (Euroqol 2015).

**c. EQ 5D-5L Indonesia**

Pada kuisisioner kualitas hidup terdapat lima dimensi yang menggambarkan permasalahan yang dialami pasien gagal jantung meliputi mobilitas (bergerak atau berjalan), perawatan diri (mandi, memakai baju), aktivitas sehari-hari (bekerja, belajar, mengerjakan pekerjaan rumah tangga, kegiatan keluarga, bersantai/berekreasi), rasa sakit atau tidak nyaman, serta depresi atau kecemasan. Skor dari tiap pertanyaan memiliki nilai level 1-5 yang bermakna level 1 (tidak bermasalah) dan level 2-4 (bermasalah), sehingga akan didapatkan gambaran value set nilai dengan digit '11111' menandakan tidak adanya masalah pada lima dimensi. Nilai '54321' menunjukkan pasien tidak dapat berjalan, terdapat masalah masalah sedang dalam melaksanakan kegiatan, nyeri ringan, dan tidak ada rasa cemas/depresi. '35554' masalah berat, '15411' masalah sedang namun sulit untuk

membayangkannya. Sistem EQ-5D-5L dinilai juga dengan penilaian sendiri pasien melalui Visual Analogue Scale (VAS) mulai dari '0' kesehatan terburuk sampai '100' kesehatan terbaik yang dapat dibayangkan (Purba *et al* 2017).

## **8. Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup**

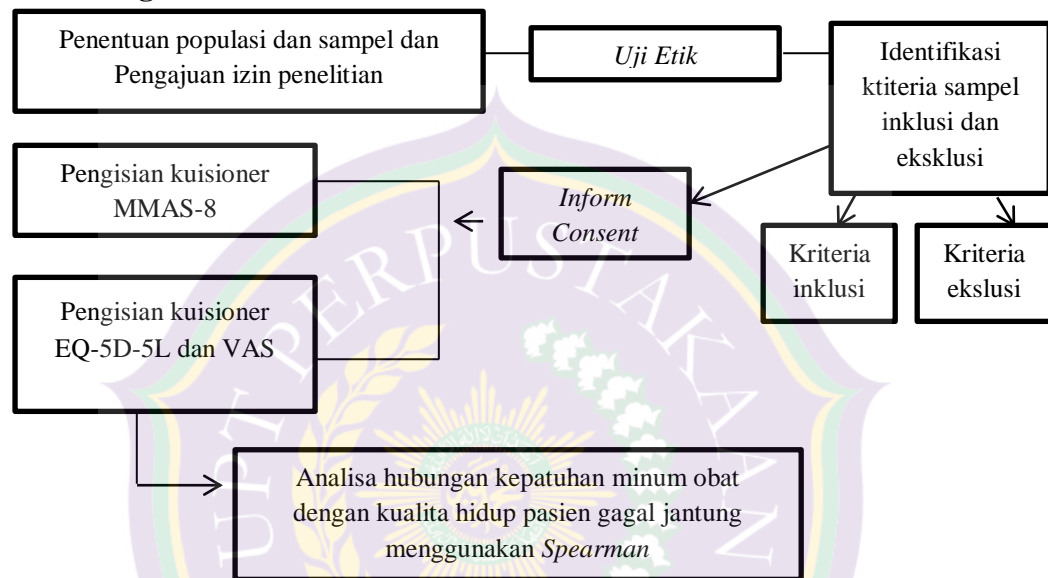
Kualitas hidup seseorang ditentukan oleh individu itu sendiri, karena sifatnya sangat spesifik, dan bersifat abstrak, sulit diukur. Namun mengingat bahwa tujuan utama dari terapi paliatif adalah peningkatan kualitas hidup pasien, maka tenaga medis harus mampu menyikapi, bagaimana kualitas hidup yang diinginkan oleh penderita dan bagaimana cara meraih dan mencapainya (Rasjidi 2010). Upaya mewujudkan kesehatan tersebut, dapat dilihat dari dua aspek, yaitu pemeliharaan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) dan peningkatan kesehatan (preventif dan promotif) (Panthee *et al* 2011).

Komponen kualitas hidup *EQ-5D-5L* dan *Visual Analogue Schale* dalam *Health Related Quality of Life* Komponen kualitas hidup yang terdapat pada kuisisioner *EQ-5D-5L* yaitu :

- a. *Mobilitas* (kemampuan berjalan), ini termasuk dalam pertanyaan fungsi fisik yang meliputi informasi dari keterbatasan dan ketidakmampuan yang dialami pasien selama periode waktu yang telah ditentukan (Andayani 2013).
- b. *Self care* (perawatan diri), domain ini termasuk dalam pertanyaan fungsi sosial, dimana melihat kemampuan pasien dalam bekerja dan melaksanakan kewajibannya di dalam keluarga karena pengaruh kesehatan yang dihadapinya (Andayani 2013).
- c. *Usual activity* (kegiatan yang biasa dilakukan), domain ini termasuk dalam pertanyaan fungsi fisik dimana pasien menjawab bagaimana menjalani aktivitas sehari-hari (Andayani 2013).
- d) *Pain/discomfort* (rasa nyeri / tidak nyaman), domain ini termasuk dalam pertanyaan fungsi fisik dimana pasien menjawab apakah pasien merasakan rasa sakit atau tidak nyaman (Andayani 2013).
- d. *Anxiety/ depression* (rasa cemas/depresi), domain ini termasuk dalam pertanyaan fungsi psikologi dimana fungsi psikologi dan kesehatan mental meliputi ansietas, depresi, cemas, moodiness, kepuasan hidup, dan fungsi kognitif (Andayani 2013).

Selain menggunakan kuisioner EQ-5D-5L, *Visual Analogue Scale (VAS)* juga digunakan untuk mencatat penilaian responden terhadap kesehatannya. Skala 100 menandakan '*best imaginable health state*' (status kesehatan terbaik yang dapat dibayangkan). Skala 0 menandakan '*worst imaginable health state*' (status kesehatan terburuk yang dapat dibayangkan) Komponen kualitas hidup VAS ini pada domain *HRQoL* termasuk dalam pertanyaan fungsi kesehatan secara umum, hal ini meliputi persepsi pasien terhadap kesehatannya yang saat ini dirasakan.

## B. Kerangka Berfikir



**Gambar 1. Kerangka Berfikir**



## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Tempat dan Jadwal Penelitian**

##### **1. Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di poli spesialis jantung dan bagian rekam medis di Rumah sakit TNI Angkatan Laut Dr. Mintohardjo

##### **2. Jadwal Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus - September 2019

#### **B. Metode Penelitian**

Metode penelitian analitik korelatif dengan desain cross-sectional. Data yang diperoleh berasal dari data primer kuesioner MMAS-8 dan EQ5D5L serta data sekunder dari rekam medis pasien Gagal Jantung kongestif di RS Angkatan Laut Dr. Mintohardjo.

#### **C. Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **1. Populasi**

Populasi ialah pasien gagal jantung kongesti (CHF) rawat jalan di RSAL Mintohardjo.

##### **2. Sampel**

Sampel ialah pasien gagal jantung kongesti (CHF) di RSAL Mintohardjo yang memenuhi kriteria inklusi.

#### **D. Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

##### **1. Inklusi**

Pasien gagal jantung kongesti (CHF) rawat jalan di RSAL Mintohardjo yang sudah rutin menjalani pengobatan.

##### **2. Eksklusi**

Pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik, mengalami gangguan pendengaran dan pengelihatannya, serta pasien yang tidak dapat berbahasa Indonesia.

#### **E. Pola Penelitian**

1. Persiapan, permohonan izin penelitian di RSAL Mintohardjo
2. Pengurusan *etical clearance*
3. Penentuan populasi dan sampel

4. Penentuan sampel sesuai kriteria inklusi dan eksklusi
5. Hitung jumlah sampel
6. Pelaksanaan penelitian di poli jantung RSAL Mintohardjo
7. *Informed consent*
8. Pengisian kuisioner MMAS-8 dan EQ-5D-5L dan VAS
9. Pengambilan data dari kuisioner (Nama, jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan) dan dari rekam medis (lama menjalani pengobatan, penyakit penyerta, tindakan yang telah dilakukan, serta lama minum obat)
10. Analisa data univariat dan bivariat
11. Analisa dengan program statistik

## **F. Instrumen Penelitian**

### **1. Kuisioner**

Kuisioner yang digunakan untuk menilai kepatuhan penggunaan obat adalah MMAS 8. Responden tinggal memberi tanda “√” pada jawaban yang dipilih. Bila pasien menjawab “Ya” pada satu pertanyaan skor bernilai 1. Bila pasien menjawab “Tidak” skor bernilai 0. Adapun penilaian kepatuhan penggunaan sebagai berikut:

- a. Kepatuhan rendah bila skor 3-8
- b. Kepatuhan sedang bila skor 1-2
- c. Kepatuhan tinggi bila skor 0

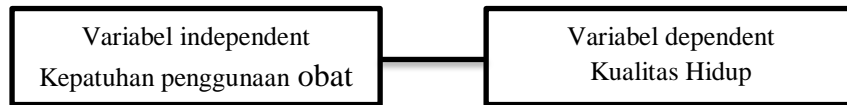
### **2. Kuisioner Kualitas Hidup**

Kuisioner yang digunakan untuk menilai kualitas hidup untuk pengukuran tidak langsung adalah kuisioner EQ-5D-5L. Responden tinggal memberi tanda “√” pada jawaban yang dipilih. Nilai yang semakin dekat dengan 0 maka kualitas hidupnya semakin buruk, sedangkan nilai yang semakin mendekati 1 maka kualitas hidupnya semakin baik. (Nurpiati dan Dyah, 2015). Adapun penilaian skor EQ-5D-5L sebagai berikut :

- a. Kualitas hidup rendah bila nilai value set 0,00-0,33
- b. Kualitas hidup sedang bila nilai value set 0,34-0,66
- c. Kualitas hidup baik bila nilai value set 0,67-1,00

Pada kuisioner penilaian oleh pasien secara langsung menggunakan VAS dengan skala 0 hingga 100. Adapun penilaian skor VAS sebagai berikut :

- a. Kualitas hidup rendah bila skor 0-33
- b. Kualitas hidup sedang bila skor 34-66
- c. Kualitas hidup baik bila skor 67-100
- d. **Variabel Penelitian**



**Gambar 2. Variabel Penelitian**

## **G. Teknik Pengumpulan Data**

### 1. Proses *Editing*

Proses editing bertujuan untuk meneliti kembali jawaban yang telah ada sehingga jawaban yang diperoleh dapat lengkap. Editing dilakukan di lapangan, bila ada kekurangan atau ketidaksesuaian dapat segera dilengkapi dan disempurnakan.

### 2. Proses Coding

Data yang terkumpul diubah bentuknya ke dalam bentuk yang lebih ringkas dengan menggunakan kode untuk memudahkan dalam menganalisis data.

### 3. Pemindahan Data

Data yang sudah di-koding dipindahkan ke dalam media untuk diolah secara manual dan dikomputerisasi.

### 4. Tabulasi

Memindahkan data dari kartu kode ke dalam komputer untuk diolah. Pengolahan data dilakukan secara komputerisasi.

## **H. Analisis Data**

Analisa data dan pengolahan data dilakukan dengan menggunakan paket program statistik IBM SPSS 24. Analisis statistik dilakukan dengan meliputi langkah berikut :

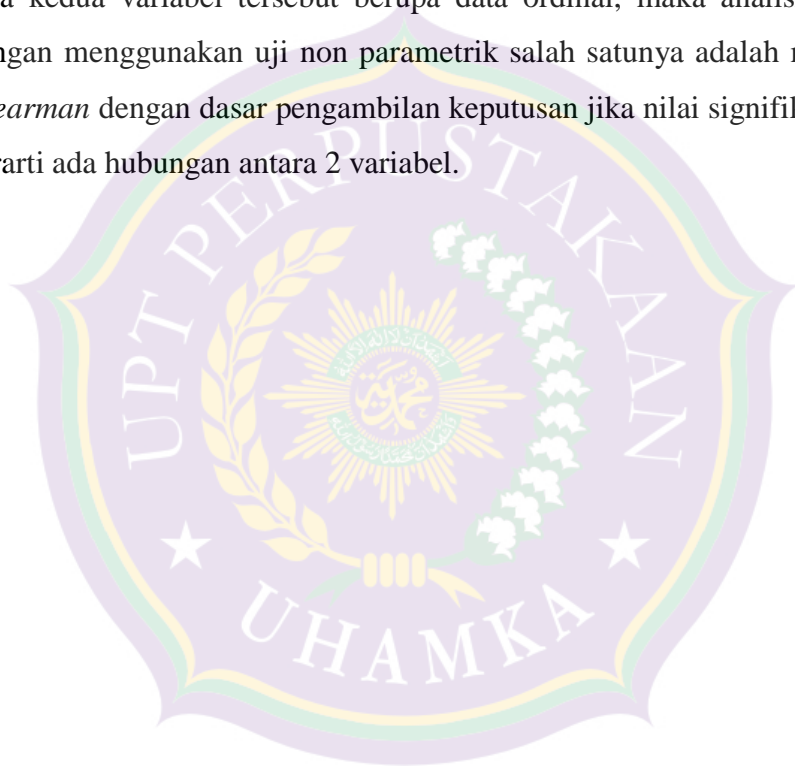
### 1. Analisis Univariat

Analisis Univariat digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel. Analisis univariat meliputi karakterisasi responden, variabel kepatuhan, dan kualitas hidup.

## 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat metode *chi square* digunakan untuk menghubungkan antara dua variabel, yaitu :

- a. Hubungan antara jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, status pernikahan, dan penyakit lain terhadap kepatuhan penggunaan obat.
- b. Hubungan antara jenis kelamin, usia, pekerjaan, pendidikan terakhir, status pernikahan, kebiasaan merokok, dan penyakit lain terhadap kualitas hidup.
- c. Analisis bivariat metode *spearman* digunakan untuk mengetahui hubungan antara kepatuhan penggunaan obat dengan kualitas hidup pasien. Karena skala data kedua variabel tersebut berupa data ordinal, maka analisis yang tepat dengan menggunakan uji non parametrik salah satunya adalah menggunakan *Spearman* dengan dasar pengambilan keputusan jika nilai signifikan 0,05 yang berarti ada hubungan antara 2 variabel.



## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Karakteristik Responden

##### 1. Jenis Kelamin

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Angkatan Laut DR. Mintohardjo pada bulan Agustus-September 2019. Selama periode tersebut didapatkan total responden sebanyak 125 responden, namun terdapat 15 responden yang memenuhi kriteria eksklusi dikarenakan penyakit yang diderita adalah hipertensi dan hanya melakukan *check up* jantung untuk keperluan dinas, serta 5 responden lainnya tidak bersedia mengisi kuisioner dikarenakan mengalami gangguan bicara sehingga hanya 105 responden yang dilanjutkan untuk dianalisis.

**Tabel 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo**

Jenis Kelamin	Jumlah Pasien	(%)
Laki-laki	57	54,3
Perempuan	48	45,7
Total	105	100

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa jumlah responden laki-laki lebih banyak yaitu 57 orang (54,3%) dibandingkan perempuan, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ikawati (2015) dimana jumlah responden laki-laki 59 orang (60,8%) lebih banyak di bandingkan perempuan 38 orang (39,2%). Hasil yang dilaporkan menunjukkan insiden penyakit gagal jantung tertinggi terjadi pada laki-laki yang didukung oleh data *European Heart Failure Survey* pada tahun 2000-2001 (Ufara 2016).

Hal yang dapat mempengaruhi tingkat kejadian gagal jantung salah satunya ialah pengaruh secara hormonal karena pada perempuan terdapat hormon estrogen yang berperan sebagai *cardioprotektif* yang akan mencegah gangguan kardiovaskular dengan cara menurunkan stress oksidatif. Serta yang kedua pengaruh gaya hidup laki-laki yang umumnya lebih sering melakukan aktivitas fisik berat, merokok dan mengonsumsi alkohol (Tambunan 2016). Tetapi biasanya pada perempuan yang sudah menopause, risiko gangguan kardiovaskular dapat meningkat lebih tinggi dibandingkan laki-laki (Reckelhoff 2011).



## 2. Usia

**Tabel 4. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo**

Usia	Jumlah Pasien	%
18-40 tahun	2	1,9
41-65 tahun	70	66,7
> 65 tahun	33	31,4
Total	105	100

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa hasil penelitian menunjukkan responden dengan usia 41-65 tahun paling banyak yaitu sebanyak 70 orang (66,7%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bahri (2018) yang menunjukkan jumlah responden tertinggi berusia 41-64 tahun (dewasa menengah) yaitu 132 responden (67,7%). Berdasarkan penelitian Baransyah (2014) didapatkan bahwa rata-rata pasien gagal jantung adalah 56 tahun. Data Kemenkes RI (2014) menunjukkan kasus penderita gagal jantung banyak ditemukan pada kelompok usia 65-74 tahun (0,5%) dan pada usia >75 tahun sebanyak (1,1%). Faktor risiko yang sangat mempengaruhi kejadian gagal jantung ialah usia. Prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya usia (RISKESDAS 2013). Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa prevalensi pasien gagal jantung akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia, WHO (2013) menyatakan bahwa faktor risiko yang sangat mempengaruhi kejadian gagal jantung ialah usia. Semakin bertambah usia, akan semakin meningkatkan risiko keparahan pada penyakit gagal jantung..

## 3. Pendidikan

**Tabel 5. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo**

Pendidikan	Jumlah Pasien	%
Pendidikan Rendah	99	94,3
Pendidikan Tinggi	6	5,7
Total	105	100

Pendidikan rendah : SD, SMP, SMA

Pendidikan tinggi : Perguruan Tinggi

Tabel 5 menunjukkan jumlah responden terbanyak ialah dengan pendidikan rendah sebesar 94,3%. Berdasarkan penelitian sebelumnya yang telah dilakukan oleh Akhmad (2018) dimana jumlah responden terbanyak ialah pada pendidikan rendah sebanyak 53%. Hasil penelitian yang dilakukan oleh

Harigustian dkk (2016) menyatakan bahwa jumlah responden terbanyak ialah pada pendidikan SD sebanyak 34,5%.

Menurut penelitian yang dilakukan Agrina dkk (2011), seseorang yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mudah menyerap informasi dan memiliki pengetahuan yang lebih baik dari pada seseorang dengan tingkat pendidikan yang rendah. Tingkat pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan, perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng daripada yang tidak didasari ilmu pengetahuan (Natoatmojo 2007). Maka semakin tinggi pendidikannya, seseorang akan cenderung lebih mudah menerima informasi yang berpengaruh pada daya tangkap dan penerimaan informasi serta upayanya dalam memperoleh sarana kesehatan, mencari pengobatan, untuk mengatasi masalah kesehatannya (Erwinata 2018).

#### 4. Pekerjaan

**Tabel 6. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo**

Pekerjaan	Jumlah Pasien	%
Tidak Bekerja	69	65,7
Bekerja	36	34,3
Total	105	100

Pada karakteristik pekerjaan (tabel 6) menunjukkan bahwa jumlah terbanyak adalah pasien yang sudah tidak bekerja sebesar 69 orang (65,7%) hal ini dikarenakan rata-rata pasien pada penelitian ini adalah pasien lansia yang merupakan pensiunan serta ibu rumah tangga. Pada penelitian lain mengatakan bahwa pada usia lanjut seseorang akan mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Sedangkan pekerjaan berperan penting untuk memenuhi kebutuhan hidup manusia, terutama kebutuhan hidup sosial dan psikologi.

Seseorang yang tidak bekerja cenderung memiliki perekonomian yang tidak stabil sehingga memicu kecemasan serta stress dalam keluarga, kecemasan inilah yang dapat menjadi keluar kendali hingga merusak gaya hidup (Pradana, 2017). Kemudian pada hasil penelitian oleh Nuraeni dkk (2019) menjelaskan bahwa semakin mendekati masa pensiun pada usia > 60 tahun seseorang yang bekerja sebahagi PNS akan mengalami penurunan pengendalian emosional

dikarenakan belum siap secara fisik dan mental memasuki masa pensiun yang akan berdampak buruk pada keadaanya.

## 5. Jumlah Obat

**Tabel 7. Karakteristik Responden Berdasarkan Jumlah Obat Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo**

Jumlah Obat	Jumlah Pasien	%
1-5 jenis	60	57,1
6-10 jenis	45	42,9
Total	105	100

Tabel 7 menunjukkan pasien terbanyak adalah pasien yang mendapatkan terapi 1-5 jenis obat sebanyak 60 orang 57,1%. Faktor terapi dilihat dari jumlah obat yang digunakan pasien. Banyaknya jumlah obat yang digunakan pasien, menunjukkan adanya kompleksitas regimen pengobatan yang mempengaruhi kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat (Amartiwi 2012). Menurut JNC 8 (2013) menyatakan bahwa semakin banyaknya obat yang harus diminum, semakin besar pula kemungkinan pasien untuk tidak patuh dengan pengobatannya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Pratama dan Astuti (2015) dimana jumlah obat tidak mempengaruhi kepatuhan minum pasien minum obat. Pasien dengan risiko komplikasi ataupun telah mengalami komplikasi biasanya akan mendapat perhatian lebih oleh petugas kesehatan. Pasien akan diberikan informasi lebih banyak untuk memastikan agar pasien patuh berobat, mencegah munculnya komplikasi ataupun mencegah bertambah parahnya komplikasi. Hal ini akan meningkatkan keinginan pasien untuk sembuh dibandingkan dengan pasien yang penyakitnya tidak begitu parah atau tanpa komplikasi. Dua hal tersebut secara tidak langsung meningkatkan kepatuhan pasien (Olusegun dkk, 2010).

Penelitian yang telah dilakukan oleh Hashmi dkk (2014) menyatakan bahwa tingkat kepatuhan pasien yang menggunakan obat lebih dari satu obat antihipertensi lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang hanya menggunakan satu jenis obat. Penyebabnya adalah pasien sadar bahwa penyakit yang dideritanya semakin parah dibandingkan pasien yang hanya minum satu jenis obat, sehingga hal inilah yang meningkatkan kesadaran pasien untuk berobat dan sembuh.

## 6. Lama pengobatan

**Tabel 8. Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Pengobatan Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo**

Lama Pengobatan	Jumlah Pasien	%
1-5 tahun	55	52,3
> 5 tahun	50	47,7
Total	105	100

Berdasarkan data tabel 8 jumlah responden yang menjalani pengobatan paling banyak ialah 1-5 tahun (52,3%) , dan >5 tahun (47,2 %). Dari data penelitian oleh Neswita, Almasdy & Harisman (2012) didapatkan data terbanyak pada kategori lama pengobatan > 5 tahun (72%).Banyaknya pasien pada kategori tersebut dipengaruhi oleh lambatnya onset gejala CHF yang timbul. Selain itu, rendahnya kesadaran terhadap kesehatan menjadi alasan lainnya. Pasien pada awalnya menganggap keluhan yang dirasakan sudah sangat mengganggu aktivitas sehari-hari, mereka baru memeriksakan pada dokter dan didiagnosis CHF dengan derajat berat.

### B. Kepatuhan Minum Obat

#### 1. Gambaran Tingkat Kepatuhan

Kepatuhan merupakan suatu gambaran apakah seorang pasien menggunakan obatnya sesuai dengan aturan atau tidak. Hal ini sangat penting bagi pasien karena apabila pasien tidak patuh dalam menjalankan pengobatannya maka akan meningkatkan pengeluaran biaya perawatan penyakit yang tidak terkontrol secara signifikan (Wiffen *et al.*2014)

**Tabel 9. Gambaran Responden Berdasarkan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Pasien Gagal Jantung yang Menjalani Pengobatan di Poli Jantung Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo**

Kepatuhan	Jumlah Pasien	(%)
Tinggi	42	40
Sedang	43	41
Rendah	20	19
Total	105	100

Pada tabel 9 diketahui bahwa tingkat kepatuhan responden di Poli Jantung RS AL. Dr.Mintohardjo yaitu memiliki kepatuhan yang tinggi sebanyak 42 orang (40%) dan kepatuhan sedang sebanyak 43 orang (41%). Hasil penelitian yang

dilakukan oleh Rahma (2015) didapatkan data pasien terbanyak berada pada tingkat kepatuhan sedang 16 orang 37,2%. Dari penelitian yang dilakukan oleh Nurjanah (2019) yang menyatakan bahwa sebanyak 42,2% pasien gagal jantung patuh terhadap pengobatan rasional. Pengobatan rasional pada pasien berarti menerima obat-obatan sesuai dengan kebutuhan klinik mereka serta memenuhi kebutuhan dosis untuk suatu periode tertentu (Siregar 2006). Dosis dapat diukur dengan beberapa banyak tablet yang diminum dalam sekali penggunaan sesuai dengan informasi yang telah diberikan (Shargel L & Andrew 2011).

Sedangkan untuk kepatuhan rendah pada penelitian ini dapat disebabkan karena pasien lupa. Penyebab lupa minum obat pada pasien gagal jantung karena obat harus dikonsumsi seumur hidup. merasa baik meskipun tidak mengonsumsi obat secara teratur, selain itu tingkat pengetahuan pasien yang minim mengenai penyakitnya, kurang informasi terkait jadwal pengobatan teratur perbulannya, samping yang tidak enak pada obat, kemanjuran atau efek terapeutik obat tidak sesuai merupakan penyebab terjadinya ketidakpatuhan minum obat pada pasien gagal jantung (Waluyo 2019).

**Tabel 10. Gambaran Perilaku Responden Berdasarkan Kuesioner Kepatuhan Minum Obat MMAS-8**

No	Variabel Kepatuhan	Ya	%	Tidak	%
1.	Lupa minum obat	15	14,3	90	85,7
2.	Sengaja tidak minum obat dalam 2 minggu terakhir	7	6,7	98	93,3
3.	Tidak minum obat karena kondisi memburuk	0	0	105	100
4.	Lupa membawa obat saat berpergian	5	4,7	100	95,3
5.	Kemarin lupa minum obat	8	7,6	97	92,4
6.	Menghentikan penggunaan obat karena kondisi membaik	8	7,6	97	92,4
7.	Kurang nyaman dalam minum obat	9	8,6	96	91
8.	Tingkat kesulitan mengingat penggunaan obat				
	- Tidak pernah	83	79,05		
	- Sese kali	16	15,2		
	- Kadang-kadang	3	2,8		
	- Biasanya	1	0,95		
	- Selalu/Sering	2	2		

Tabel 10 merupakan tabel distribusi perilaku pasien dalam menggunakan obat berdasarkan kuisisioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8).



Hasil kuisisioner menunjukkan tingkat kepatuhan pasien dengan perilaku pasien dalam menggunakan obat. Perilaku ketidakpatuhan dibagi menjadi dua yang disengaja dan tidak disengaja (*Intentional* dan *unintentional*). Ketidakpatuhan yang disengaja (*Intentional nonadherence*) disebabkan karena keterbatasan biaya pengobatan, sikap apatis pasien, dan ketidakpercayaan pasien akan efektivitas obat. Ketidakpatuhan yang tidak disengaja (*unintentional adherence*) dikarenakan pasien tidak sengaja lupa minum obat, ketidaktahuan akan petunjuk pengobatan, kesalahan dalam hal pembacaan etiket (Lailatushifah 2012). Pada pelaksanaan penelitian ini peneliti membantu menuliskan jawaban dari pertanyaan yang ada pada kuisisioner dikarenakan data diambil pada saat pasien sedang menunggu antrian pemeriksaan dokter, dan sebagian besar pasien adalah lansia sehingga pasien memilih untuk sekedar menjawab kuisisioner yang diberikan.

Pada tabel 10 menunjukkan ketidakpatuhan pasien secara tidak sengaja (*unintentional*) pada pertanyaan nomor 2, 4, dan 5 sebanyak 19%. Pasien lupa mengonsumsi obatnya, hal ini dapat terjadi dikarenakan menurunnya daya ingat yang biasa terjadi pada pasien usia lanjut, keadaan seperti ini dapat diatasi dengan cara mengingatkan pasien melalui dukungan keluarga atau teman terdekat (Saragi, 2011). Selanjutnya ketidakpatuhan pada pasien yang disengaja (*intentional*) pada pertanyaan nomor 6 dan 7 sebanyak 16,2%. Ketidakpatuhan ini terjadi biasanya karena pasien merasa lelah mengonsumsi obat yang banyak, ketidakpercayaan terhadap efektivitas obat yang dikonsumsi, cemas mengonsumsi obat karena merupakan bahan kimia, sehingga ingin beralih pada pengobatan herbal dan alternatif lainnya yang dianggap sesuai (Lailatushifah 2012). Ketidakpatuhan ini akan meningkatkan mortalitas, morbiditas, dan perawatan di rumah sakit (Majid 2010).

**Tabel 11. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kepatuhan Dalam Mengonsumsi Obat Pada Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo**

<b>Faktor</b>	<b>P-Value</b>
Jenis kelamin	0,804
Usia	0,115
Pendidikan	0,368
Pekerjaan	0,594
Jumlah Obat	0,102
Lama pengobatan	0,746

Hasil analisis statistik dengan uji *chi-square* diketahui jenis kelamin memiliki *p-value* >0,05 yang berarti bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat, hal ini sejalan dengan hasil penelitian Jin *et al.* (2018) yang menyatakan bahwa jenis kelamin tidak baik untuk dijadikan prediktor kepatuhan penggunaan karna beberapa penelitian mendapatkan hasil tidak konsisten. Hasil analisis statistik dengan uji *chi-square* diketahui usia memiliki *p-value* >0,05 yang berarti bahwa usia tidak berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat, pada penelitian Dewanti menyebutkan bahwa usia tidak mempengaruhi kepatuhan pasien (Dewanti dkk. 2019).

Hasil lain yang didapatkan oleh Suswati dan Widyastuti (2015) ialah pendidikan dan pekerjaan tidak berhubungan dengan kepatuhan pasien serta tidak terdapat hubungan signifikan terhadap kepatuhan minum obat. Hasil analisis dengan uji *chi-square* yang ditunjukkan pada tabel 11 dapat dilihat bahwa tidak terdapat hubungan signifikan dari semua faktor *P-value* >0,05.

Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan kepatuhan penggunaan obat seperti faktor demografi yang meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, status pernikahan, pendidikan. Faktor psikososial meliputi keyakinan, motivasi, dan sikap. Adapun faktor yang berhubungan dengan terapi meliputi rute pemberian, kompleksitas pengobatan, durasi masa pengobatan efek samping obat, dan kebutuhan penyimpanan obat, faktor sosial dan ekonomi meliputi kemampuan biaya terapi dan waktu luang untuk beristirahat penuh dan dukungan sosial, faktor system kesehatan meliputi ketersediaan dan aksesibilitas pelayanan kesehatan, dan terakhir faktor penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi (Jin *et al.* 2018).

**Tabel 12. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo**

Dimensi EQ-5D	Level	Frekuensi	Persentase (%)
Mobilitas (bergerak atau berjalan)	Level 1	70	66,7
	Level 2	24	22,8
	Level 3	4	3,8
	Level 4	7	6,7
	Level 5	0	0
Perawatan Diri (mandi, memakai baju)	Level 1	79	75,2
	Level 2	18	17,2
	Level 3	7	6,7
	Level 4	1	0,9
	Level 5	0	0
Aktivitas Sehari-hari (bekerja, belajar, mengerjakan pekerjaan rumah tangga, kegiatan keluarga, atau bersantai/berekreasi)	Level 1	68	64,8
	Level 2	23	21,9
	Level 3	13	12,4
	Level 4	1	0,9
	Level 5	0	0
Sakit/Tidak nyaman	Level 1	39	37,1
	Level 2	34	32,4
	Level 3	27	25,7
	Level 4	5	4,8
	Level 5	0	0
Depresi/Kecemasan	Level 1	69	60,9
	Level 2	24	22,9
	Level 3	12	11,4
	Level 4	0	0
	Level 5	0	0

\*keterangan : Level 1 = tidak bermasalah , Level 2-5 = bermasalah

Dimensi EQ-5D-5L merupakan dimensi *QoL* untuk mengetahui seberapa besar keluhan yang terdapat pada pasien di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo. Dari hasil penelitian didapatkan data pada dimensi kemampuan berjalan jumlah pasien yang tidak bermasalah 70 orang (66,7%), bermasalah 35 orang (33,3%). Pada dimensi perawatan diri pasien tidak bermasalah 79 orang (75,2%) dan bermasalah 26 orang (24,76%), pada dimensi kegiatan yang biasa dilakukan pasien tidak bermasalah 68 orang (64,8%) dan bermasalah 37 orang (35,23%), dimensi rasa nyeri atau tidak nyaman pasien tidak bermasalah 39 orang (37,1%) dan bermasalah 66 orang (58,9%) serta dimensi cemas atau depresi pasien tidak bermasalah 69 orang (65,72%), bermasalah 36 orang (34,28%).

Dari data tabel 12 dapat dilihat bahwa dimensi yang paling banyak memiliki kendala adalah pada dimensi rasa nyeri atau tidak nyaman yang dialami 58,9% pasien. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian dari Sumbung dkk (2017) hasil data distribusi kualitas hidup lansia berdasarkan masing-masing

dimensi menurut EQ-5D-5L, secara umum memiliki masalah pada dimensi rasa nyeri/tidak nyaman. Hal ini sejalan pula dengan penelitian Sari, dkk (2016), tentang pengukuran kualitas hidup pasien hipertensi di Puskesmas Merngangsa Yogyakarta menggunakan *Europe Quality Of Life 5 Dimension (EQ-5D) Questionnaire dan Visual Analog Scale (VAS)* bahwa dimensi rasa nyeri/tidak nyaman merupakan dimensi yang paling banyak mendapatkan permasalahan dari responden.

Dimensi bermasalah kedua adalah dimensi kegiatan yang biasa dilakukan 35,23% pasien. Hal ini disebabkan karena menurunnya fungsi tubuh pada lansia yang akan mengakibatkan permasalahan gangguan fungsi jalan, fungsi keseimbangan, kemandirian dan aktivitas hidup sehari-hari (Utomo 2010). Penurunan fungsi yang nyata pada lansia adalah penurunan masa otot atau atropi. Penurunan masa otot ini merupakan faktor penting yang mengakibatkan penurunan kekuatan dan daya tahan otot sehingga hal ini akan mengakibatkan penurunan kecepatan jalan, keseimbangan dan risiko jatuh. Penurunan kemampuan fungsional lansia dapat mengakibatkan kesulitan dalam menyelesaikan aktivitas hidupnya sehari-hari (Utomo 2010).

Dimensi bermasalah ketiga adalah dimensi depresi/kecemasan 34,3%. Pada penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi (2017) menunjukkan data pasien gagal jantung yang mengalami depresi sebanyak 38 orang (54%). Hal tersebut terjadi dikarenakan mereka kehilangan minat dan tidak bersemangat, sulit tidur di malam hari, susah berkonsentrasi sehingga menyebabkan tidak fokus dalam melakukan pekerjaan, mudah lelah dalam beraktivitas, selain itu faktor usia pada penelitian ini dapat menjadi salah satu penyebab depresi dikarenakan mayoritas pasien adalah lansia karena pada usia tersebut pasien gagal jantung akan cenderung memiliki kualitas hidup yang rendah, sebab kualitas hidup pasien gagal jantung akan menurun seiring dengan peningkatan kekambuhan serangan jantung. Pasca serangan jantung pertama, kualitas hidup pasien turun setidaknya hingga 33% dan akan terus menurun pasca serangan jantung berikutnya (Juanger dkk. 2012).

Dimensi bermasalah keempat adalah mobilitas dimana masalah ini merupakan suatu masalah perawatan yang perlu penanganan lebih lanjut, karena

biasanya pasien mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena keterbatasan ruang gerak (Wicaksono 2017). Untuk mengatasi hal ini maka perlu dilakukan latihan fisik secara teratur seperti senam lansia sehingga meningkatkan keseimbangan tubuh (Suhartati 2014).

### C. Kualitas Hidup

#### 1. Gambaran Kualitas Hidup

**Tabel 13. Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo**

Karakteristik	N(%)	% Bermasalah				
		Bergerak	Perawatan Diri	Kegiatan Rutin	Nyeri/Tidak nyaman	Cemas Depresi
<b>Usia</b>						
18-40 tahun	20 (19,1)	3	3	1	6	14
41-65 tahun	24 (22,9)	12	5	10	22	7
> 65 tahun	61 (58,1)	24	18	24	38	19
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	57 (53,4)	12	6	15	32	20
Perempuan	48 (45,7)	23	20	24	34	20
<b>Pendidikan</b>						
Rendah	99 (94,3)	6	5	8	17	11
Tinggi	6 (5,7)	0	0	0	1	1
<b>Pekerjaan</b>						
Tidak Bekerja	69 (65,7)	31	23	26	46	26
Bekerja	36 (34,3)	4	3	13	20	14
<b>Status</b>						
Menikah	105 (100)	6	5	8	18	12
<b>Jumlah Obat</b>						
1-5 jenis	60 (57,2)	1	1	1	1	0
5-10 jenis	45 (42,8)	5	4	7	17	12
<b>Lama Pengobatan</b>						
1-5 tahun	55 (57,0)	2	2	5	8	8
>5 tahun	50 (48,0)	4	3	3	10	4
<b>Kepatuhan</b>						
Rendah	20(19,1)	11	7	11	15	9
Sedang	43(40,9)	14	13	18	25	17
Tinggi	42(40,0)	10	6	10	26	15

Data tabel 13 menunjukkan bahwa berdasarkan semua karakteristik permasalahan pasien paling banyak ialah pada dimensi nyeri/tidak nyaman, sebanyak 58,1% pasien berusia lanjut. Hal ini dikarenakan pada usia lanjut maka akan mengakibatkan penurunan kemampuan fisik, kognitif, dan dimesi sosial, penurunan kemampuan fisik berdampak pada penurunan fungsi organ (Charles *et al.* 2010).



Berdasarkan jenis kelamin terdapat 45,7% pasien perempuan yang bermasalah. Hal ini dikarenakan perempuan dengan gagal jantung biasanya akan lebih sensitif sering merasa cemas, ketakutan, depresi dan khawatir berlebih pada penyakit yang dideritanya sehingga pasien akan meningkatkan risiko kekambuhan pada pasien yang ditandai dengan merasakan nyeri pada dada. Pasien gagal jantung banyak yang mengalami kecemasan. Kecemasan tersebut bervariasi dari kecemasan ringan sampai dengan kecemasan berat. Kecemasan diantaranya akibat sesak nafas, cemas akan kondisi penyakitnya tak bias sembuh, cemas dan takut kematian (Ihdaniyati, 2013). Dalam *Journal of the American Collage of Cardiology*, edisi 4 April 2009 menyatakan bahwa faktor-faktor risiko dalam perkembangan gagal jantung dan prognosis pasien memperlihatkan perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Perempuan dengan gagal jantung cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah daripada laki-laki.

Data terbanyak pasien berdasarkan tingkat pendidikan adalah pasien dengan tingkat pendidikan rendah 94,3% . Rosa dkk (2015) menyatakan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan rendah memiliki kualitas hidup rendah pula, hal ini disebabkan oleh rendahnya kesadaran akan pelayanan kesehatan, kepatuhan terhadap pengobatan, dan menjaga pola hidup sehat sehingga akan meningkatkan episode kekambuhan. Menurut Rini dkk (2014) melaporkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi yang diberikan. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah dalam menyerap informasi dan memiliki pengetahuan yang lebih baik.

Berdasarkan jumlah obat didapat data terbanyak adalah pasien dengan jumlah pengobatan 1-5 obat per hari 57,2% Menurut JNC 8 (2013) semakin banyaknya obat yang harus diminum, semakin besar pula kemungkinan pasien untuk tidak patuh dengan pengobatannya. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Pratama dan Astuti (2015) dimana jumlah obat tidak mempengaruhi kepatuhan minum pasien minum obat. Pasien dengan risiko komplikasi ataupun telah mengalami komplikasi biasanya akan mendapat perhatian lebih oleh petugas kesehatan. Pasien akan diberikan informasi lebih banyak untuk memastikan agar pasien patuh berobat, mencegah munculnya komplikasi ataupun mencegah bertambah parahnya komplikasi. Hal ini akan

meningkatkan keinginan pasien untuk sembuh dibandingkan dengan pasien yang penyakitnya tidak begitu parah atau tanpa komplikasi. Dua hal tersebut secara tidak langsung meningkatkan kepatuhan pasien (Olusegun dkk, 2010).

Berdasarkan lama pengobatan didapat data 47,2% dengan lama pengobatan >5 tahun. Angka harapan hidup pada penderita gagal jantung usia lanjut sebesar <35% dalam rentang 5 tahun. Pada pasien gagal jantung yang dirawat angka harapan hidupnya dapat turun sebanyak 50% selama satu tahun. Pada sebuah penelitian retrospektif didapatkan data bahwa laki-laki pada usia lanjut yang dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu lama, angka mortalitas satu tahunnya mencapai 87% (Febrina dkk. 2017)

**Tabel 15. Tabel Rata-Rata EQ-5D-5L dan EQ-VAS**

	EQ-5D-5L	EQ-VAS
Rata-rata	0,76	62,81
SD	0,24	17,3

Tabel 15 menunjukkan nilai rata-rata utilitas EQ-5D-5L pasien gagal jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo yaitu sebesar 0,76 dengan standar deviasi 0,24 yang berarti bahwa rata-rata kualitas hidup pasien gagal jantung adalah baik (tidak bermasalah) dan EQ-VAS didapat rata-rata 62,81 dengan standar deviasi 17,3 yang berarti kualitas hidup pasien gagal jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo ialah sedang. Penilaian tersebut dilakukan berdasarkan perbandingan antar dua instrument EQ5D5L dengan EQ-VAS ini tidak sama. Pada EQ5D5L pasien mengetahui 5 dimensi yang dinilai yaitu mobilitas, perawatan diri, kegiatan yang biasa dilakukan, rasa nyeri/tidak nyaman, dan rasa cemas/depresi dengan skala penilaian 0,00-1,00 dimana nilai mendekati 1 mendandakan kualitas hidup pasien semakin tinggi (tidak bermasalah). Pada EQ-VAS pasien hanya diminta untuk menunjuk pada skala yang telah ada di kuisisioner dengan nilai “0” kesehatan terburuk hingga 100 kesehatan terbaik yang dapat dibayangkan (Purba et al. 2017). Hal ini dikarenakan beberapa penilaian responden berbeda antara pengisian kuisisioner EQ5D5L dengan EQ-VAS serta kemungkinan dikarenakan EQ-VAS mencakup dimensi yang lebih luas dari *Health related Quality of Life* (HrQoL) dari pada yang termasuk dalam system deskriptif EQ5D5L.

Pengukuran EQ-VAS sangat memudahkan dalam penilaiannya namun interpretasi responden dari ujung skala kemungkinan berbeda, hal ini juga yang berpotensi sebagai keterbatasan skor EQ-VAS, sehingga skor EQ-VAS mungkin akan lebih akurat jika diinterpretasikan secara global daripada secara individu (MCaffrey *et al.* 2016), namun pada penilaian status kesehatan menggunakan 5 dimensi akan lebih akurat dibandingat secara gobal (Safari *et al.* 2013).

#### D. Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kualitas Hidup

**Tabel 16. Hubungan Kepatuhan Minum Obat Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung di Poli Rumah Sakit AL Dr. Mintohardjo (EQ5D5-L)**

Variabel	<i>P-Value</i>	Koefisien korelasi
Kualitas Hidup (EQ-5D-5L)	0,021*	0,225
EQ-VAS	0,00*	0,474*

**Keterangan :** \*Signifikan *p-value* (<0,05)

Dari tabel 16 menunjukkan hasil statistik menggunakan uji *Spearman* (*p-value* <0,05) karena distribusi data tidak normal. Hasil penelitian ini adalah 0,021 maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan dan kualitas hidup. Dilihat dari tingkat kekuatan korelasi 0,225 berarti tingkat kekuatan hubungan antara kepatuhan dan kualitas hidup cukup dan arahnya berhubungan “nilai positif” sehingga hubungan kedua variabel tersebut searah. Semakin tinggi tingkat kepatuhan seseorang dalam mengonsumsi obat maka kualitas hidupnya semakin baik. Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Rahma (2015) menunjukkan adanya hubungan antara kepatuhan minum obat terhadap pasien gagal jantung dengan hasil signifikan. Hasil penelitian lainnya pada penyakit hipertensi menunjukkan adanya hubungan antara kepatuhan minum obat terhadap kualitas hidup dengan hasil signifikan (Annisa dkk. 2019)

Serta data EQ-VAS menunjukkan hasil yang didapat menggunakan uji *Spearman Correlation* adalah 0,00 dengan nilai <0,05 maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kepatuhan dan kualitas hidup (VAS). Dilihat dari tingkat kekuatan korelasi 0,474 berarti tingkat kekuatan hubungan antara kepatuhan dan kualitas hidup cukup dan hubungannya positif. Semakin tinggi tingkat kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat gagal jantung maka kualitas hidup pasien semakin baik.

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Hasil dari analisa statistik didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara kepatuhan minum obat dan kualitas hidup pasien gagal jantung dengan nilai  $p\text{-value} < 0,05$  EQ-5D-5L 0,021 dan EQ-VAS 0,00 dengan koefisien korelasi 0,225 dan 0,474 menggambarkan kekuatan hubungan yang cukup. Jumlah responden tertinggi dengan tingkat kepatuhan sedang sebanyak 43 pasien (40,9%), kepatuhan tinggi sebanyak 42 responden (40%) dan kepatuhan rendah sebanyak 20 responden (19,1%). Kualitas hidup responden rata-rata  $0,76 \pm 0,24$  dengan nilai rata-rata EQ-VAS  $62,81 \pm 17,03$  yang berarti kualitas hidup pasien gagal jantung di RS. AL Dr. Mintoharjo baik.

#### B. Saran

Kepatuhan pasien dalam menggunakan obat masih ada yang rendah. Penyebab yang paling banyak adalah lupa. Oleh karena itu, diupayakan edukasi bagi pasien untuk meningkatkan kepatuhannya seperti :

- a. Secara aktif memberi konseling kepatuhan penggunaan obat dan menjelaskan kebutuhan, manfaat, serta risiko bagi pasien jika tidak patuh dalam mengonsumsi obat.
- b. Secara pasif memberikan leaflet dan sejenisnya pada pasien yang berisikan informasi kepatuhan penggunaan obat, dan pada penelitian selanjutnya diharapkan menggunakan kuisisioner kualitas hidup yang lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agrina, Rini S, Haritama R. 2011. Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi dalam Pemenuhan Diet Hipertensi. Riau: Universitas Riau
- Akhmad AN. 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>
- American Heart Association. *Heart Disease and Stroke Statistic*. 2012. AHA Statistical Update.
- American Heart Association. *Heart Disease and Stroke Statistic*. 2013. AHA Statistical Update.
- American Heart Association. *Heart Disease and Stroke Statistic* 2017. AHA Statistical Update.
- Andayani, TM. 2013. *Farmakoekonomi Prinsip dan Metodologi*. Bursa Ilmu Yogyakarta. Yogyakarta. Hlm. 145-149,158-160
- American Hospital Formulary Service. 2011. *AHFS Drug Information Essentials Point-of Care Drug Information for Health Care Professionals*.
- Balitbangkes. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia.
- Black, Joice. 2009. *Medical Surgical Nursing: Clinical Management For Positive Outcomes (8th ed)*. Singapore: Elsevier
- BNF. 2014. British National Formulary 67. *Cardiovascular System. Drug Information*. Hlm. 84-162.
- Boasberg J. 2019. The Department of Education No *Duke Law Journal*, 1(1), 1–13. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Dewanti GS. 2019. *Gambaran aktivitas fisik pada pasien gagal jantung*. Kesehatan FI, dan Surakarta.
- Dipiro JT, Wells BG, Schwinghammer TL, Dipiro CV. 2015. *Pharmacotherapy Handbook, Ed 5*, New York, Lange Medical Books/Mc Graw Hill
- Erwinata, Prinda S. (2018). Hubungan Antara Self Management dengan Kualitas Hidup Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Euroqol .2015. *How to Use EQ-5D*, EuroQol Research Foundation <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d.html>, diakses 10 Mei 2019



- Fatoni. 2012. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Rawat Inap Ulang pada Pasien PJK di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru*. <http://www.fatoni.online.com> (Diakses pada tanggal 10 Maret 2019).
- Grossman S, dan Brown D. 2009, Congestive Heart Failure and Pulmonary Edema. <http://emedicine.medscape.com>
- Hamzah R. 2016. Hubungan usia dan jenis kelamin dengan kualitas hidup pada penderita gagal jantung di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta*.
- Harigustian Y, Dewi A, Khoiriyati A. 2016. Gambaran Karakteristik Pasien Gagal Jantung Usia 45 – 65 Tahun Di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gamping Sleman. *Indonesian Journal of Nursing Practices*, 1(1), 55–60. <https://doi.org/10.18196/ijnp.1152>
- Hu D, Juarez DT, Yeboah, M, Castillo T. 2014. Intervention to antyhypertensive therapy in primary care. Intervetion to increase medication adherence in African-American and Latino populations: a literatur review. *Hawai'i Jurnal Of Medicine & Public Healt : A Jurnal Of Asia Pasific bMedicine & Public Healt*, 73(1), 11-8.
- Ikawati Z. 2015. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kronik Factors That Influence Quality of Life inChronic Heart Failure ( Chf ). *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, 2015, 259–266.
- Janiwarti, B & Saragi. 2011. Pengantar Psikopatologi untuk Keperawatan. Jakarta: Kencana.
- Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. 2008. Factor affecting therapeutic complience: *a review from other patient's prespective*. *Ther Clin Risk Manag*. 13(1)269-286.
- JNC-8. 2014. The Eight Report of the Joint National Committee. *Hypertension guaidelines : An In Depth Guaide*. Am J Manag Care
- Joshua S, Weny WDM. 2017. *Identifikasi Drug Related Problems (Drps) Pada Pasien Congestive Heart Failure (Chf) Di Instalasi Rawat Inap Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado*, Vol. 7 No.(2302–2493), 115–125.
- Junger J, Schellberg D, Müller-Tasch T. 2005. Depression increasingly predicts mortality in congestive heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005;**7**:261–7.
- Katzung. 2014. *Farmakologi Dasar & Klinik. Buku Kedokteran EGC. Vol (1Edisi 12*.Jakarta. Hlm. 298-299.
- Lam SC. 2015. Heart failure in Southeast Asia: *facts and numbers*. *ESC Heart Failure*, vol 2 (46 –49). DOI: 10.1002/ehf2.12036.

- Maryori. 2015. Dampak Karakteristik Sosiodemografi dan Tingkat Kepatuhan Terapi Antihipertensi Terhadap HRQoL Pasien Gagal Jantung Kongestif. Dalam : *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*. Sumatera barat. Hlm.40-45
- Nadia. 2015. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kronik*. Dalam : *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. Hlm 260,262
- Notoadmodjo. 2014. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho, M. 2015. Hubungan Tingkat Kepatuhan Minum Obat Dengan Kejadian Rawat Inap Ulang Pasien Dengan Gagal Jantung Kongestif di RSUD DR. Moewardi. *Naskah Publikasi*, 8.
- Nurpiati, N, Perwitasari D. 2015. Perbandingan Kualitas Hidup Pasien Hipertensi Menggunakan Kuesioner EQ-5D dan SF-6D di RS X Yogyakarta. *Farmasains*, 2(6), 253–258.
- Oktaviani F, Safri, Novayelinda R. 2015. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan minum obat pada pasien*.
- Olusegun AB, Timothy OO, Olufemi OD, Oladimeji Go, Ahmed KJ, Segun MA, Olusogo EB, Olaleye O. Impact of patient knowledge, attitude and practices on hypertension on compliance with antihypertensive drug in a resource-poor setting. *TAF Preventive Medicine Buletin*, 2010.
- Panthee B, Kripracha C. 2011. Review : Anxiety and Quality of life Patients with Myocardial Infarction. *Nurse Media Journal of nursing*. 105-115.
- PERKI, 2015. *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung dan Kardiovaskular*, edisi pertama. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. Jakarta
- Pratama W Gede, Ariastuti luh ni putu. 2014. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pengobatan Hipertensi Pada Lansia Binaan Puskesmas Klungkung I*. Bali. Universitas Udayana.
- Purba JA, Hunfeld, Iskandarsyah, Fitriana, Sadarjoen, Ramos-Gon<sup>~</sup> I, Jan P., Jan J. V. 2017. The Indonesian EQ-5D-5L Value Set. Dalam: *PharmacoEconomics*. Adis, Bandung. Hlm. 1153–1165
- Rantucci, Melanie J. 2010. Komunikasi Apoteker-Pasien. Terjemahan: Dra. Aluwi Nirwani Sni, M.Pharm, Apt. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta. Hlm. 50
- Ufara, Anisa., Purnamasari, Elly. 2016. Hubungan Kepatuhan Minum Obat dengan Kejadian Rawat Inap Ulang pada Pasien Gagal Jantung Kongesstif di RSUD Kabupaten Tangerang. Tangerang: FIKes UM

- Qurrati, Mega. 2018. *Perbandingan Rawat Inap Ulang Pasien Gagal Jantung Kongestif Berdasarkan Fraksi Ejeksi Ventrikel Kiri*. Dalam *Jurnal Kedokteran Diponegoro*. Hlm. 885-891.
- Saragi. 2010. Hubungan Dukungan keluarga dengan Kualitas Hidup Pasien gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUP Haji Adam Malik Medan. Skripsi. Sumatra Utara : Universitas Sumatera Utara
- Sarifudin BA, Andayani TM, Fudholi A. 2017. Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Pasien Hipertensi Rawat Jalan Peserta Askes Dan Dampaknya Pada Biaya. *Jurnal Info Kesehatan*, 15(2), 267–282. Retrieved from <http://jurnal.poltekeskupang.ac.id/index.php/infokes%0AFactors>
- Smeltzer S. & Bare G. (2013). Keperawatan medikal bedah Brunner dan Suddarth. Edisi 8 volume 2. Jakarta: EGC.
- World Health Organization. 2016. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. *World Health Organization*.
- Wulandari D. 2015. Perilaku Kesehatan dalam Psikologi Kesehatan. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 2(1), 17–28.
- Yusuf AM, Pahria T, Nuraeni A. 2019. Spiritual Well-Being Pasien Gagal Jantung. *Journal of Nursing Care*, 2(1), 32–39. <https://doi.org/10.24198/jnc.v2i1.18641>

## LAMPIRAN

### Lampiran 1

Saya Harya Devi Siregar, mahasiswa Program Studi Farmasi, Fakultas Farmasi Dan Sains, Universitas Muhammadiyah Prof. DR. Hamka sedang melakukan penelitian terkait hubungan tingkat kepatuhan pada kualitas hidup pasien gagal jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut DR. Mintohardjo.

Anda yang merupakan pasien gagal jantung yang sedang menjalankan pengobatan karena itu diminta untuk ikut serta dalam penelitian ini.

Anda diminta untuk mengisi *informed consent* sebagai persyaratan persetujuan bahwa akan berpartisipasi secara sukarela tanpa unsur paksaan untuk dalam penelitian ini, selanjutnya anda diminta untuk mengisi kuesioner kepatuhan dan kualitas hidup.

Kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Bila sewaktu waktu anda ingin bertanya dapat menghubungi Harya Devi S, di prumnas klender Jl. Delima II Gang 6 Nomor. 94 Malaka Sari, Kecamatan Duren Sawit – Jakarta Timur. No. Telepon 081381875399.

## Lampiran 2

### SURAT PERNYARAAN PERSETUJUAN

#### *INFORMED CONSENT*

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

No. Telepon :

Setelah membaca Informed Consent yang telah diberikan oleh peneliti, saya mengerti dan memahami maksud dan tujuan penelitian ini dan bahwa penelitian ini bersifat dirahasiakan. Dengan ini saya menyatakan bersedia ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh Sahrudin, mahasiswa Program Studi Farmasi, Fakultas Farmasi Dan Sains, Universitas Muhammadiyah Prof.DR Hamka yang berjudul “ Hubungan Tingkat Kepatuhan dan Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Jantung Di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo”. Demikian persetujuan ini telah saya tanda tangani dengan sukarela tanpa unsur paksaan.

Jakarta,.....2019

(.....)



**Lampiran 3. Identitas Responden**

**HUBUNGAN TINGKAT KEPATUHAN DAN KUALITAS HIDUP PADA  
PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT ANGKATAN LAUT  
DR. MINTOHARDJO**

Tanggal Pengisian Kuesioner : .....

IDENTITAS RESPONDEN Nama : Umur : Jenis kelamin :

ii. Laki-laki

iii. Perempuan

Pekerjaan :

a) Bekerja

b) Tidak bekerja

Pendidikan :

a) Tidak sekolah

b) SD

c) SMP

d) SMA

e) Perguruan tinggi atau Diploma

Merokok :

Ya  Tidak

Status Pernikahan

a) Belum menikah

b) Menikah

c) Duda

d) Janda

Alamat rumah :

Penyakit lain :

#### Lampiran 4. Kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8)

##### Kuesioner MMAS-8

Petunjuk: Tandai (centang) pada kolom yang sesuai dengan jawaban

Pedoman penilaian:

1. Kepatuhan tinggi (skor 8)

Ya = memiliki nilai 0

2. Kepatuhan sedang (skor 6-7)

Tidak = memiliki nilai 1

3. Kepatuhan rendah (skor <6)

Skor penilaian:

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda kadang-kadang lupa minum obat?		
2	Orang kadang-kadang tidak sempat minum obat bukan karena lupa. Selama 2 pekan terakhir ini, pernahkah Anda dengan sengaja tidak meminum obat?		
3	Pernakah anda mengurangi atau berhenti minum obattanpa memberitahu dokter Anda karena Anda merasa kondisi Anda bertambah parah ketika meminum obat tersebut ?		
4	Ketika anda pergi berpergian atau meninggalkan rumah, apakah Anda kadang kadang lupa membawa obat Anda ?		
5	Apakah kemarin Anda minum obat ?		
6	Ketika Anda merasa sehat, apakah Anda juga kadang berhenti meminum obat ?		
7	Minum obat setiap hari merupakan hal yang tidak menyenangkan bagi sebagian orang. Apakah anda pernah merasa terganggu dengan kewajiban anda terhadap pengobatan yang harus anda jalani ?		
8	Seberapa sering anda mengalami kesulitan menggunakan semua obat anda ? a. Tidak pernah / jarang b. Beberapa kali c. Kadang kala d. Sering e. Selalu Tulis : Ya (bila memilih: b/c/d/e; Tidak (bila memilih:a)		

Sumber: Nurhayati (2016)

## Lampiran 5. Kuesioner EQ-5D-5L

Untuk setiap judul, berilah tanda centang (✓) di dalam SALAH SATU kotak yang paling sesuai dengan kesehatan Anda HARI INI.

### **KEMAMPUAN BERJALAN**

- Saya tidak kesulitan dalam berjalan
- Saya sedikit kesulitan dalam berjalan
- Saya cukup kesulitan dalam berjalan
- Saya sangat kesulitan dalam berjalan
- Saya tidak bisa berjalan

### **PERAWATAN DIRI**

- Saya tidak kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri
- Saya sedikit kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri
- Saya cukup kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri
- Saya sangat kesulitan untuk mandi atau berpakaian sendiri
- Saya tidak bisa mandi atau berpakaian sendiri

### **KEGIATAN YANG BIASA DILAKUKAN** (*misalnya bekerja, belajar, mengerjakan pekerjaan rumah tangga, kegiatan keluarga, atau bersantai / berekreasi*)

- Saya tidak kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan
- Saya sedikit kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan
- Saya cukup kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan
- Saya sangat kesulitan dalam mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan
- Saya tidak bisa mengerjakan kegiatan yang biasa saya lakukan

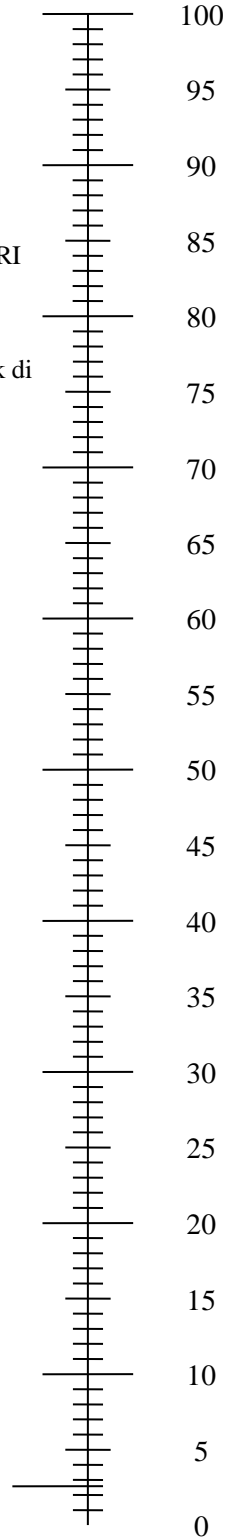
### **RASA NYERI / TIDAK NYAMAN**

- Saya tidak merasa nyeri / tidak nyaman
- Saya merasa sedikit nyeri / tidak nyaman
- Saya merasa cukup nyeri / tidak nyaman
- Saya merasa sangat nyeri / tidak nyaman
- Saya merasa amat sangat nyeri / tidak nyaman

### **RASA CEMAS / DEPRESI (SEDIH)**

- Saya tidak merasa cemas / depresi (sedih)
- Saya merasa sedikit cemas / depresi (sedih)
- Saya merasa cukup cemas / depresi (sedih)
- Saya merasa sangat cemas / depresi (sedih)
- Saya merasa amat sangat cemas / depresi (sedih)

- Kami ingin mengetahui seberapa baik atau buruk kesehatan Anda HARI INI.
- Skala ini memiliki angka dari 0 hingga 100.
- 100 berarti kesehatan terbaik yang dapat Anda bayangkan.  
0 berarti kesehatan terburuk yang dapat Anda bayangkan.
- Berilah tanda X pada skala tersebut untuk menunjukkan kesehatan Anda HARI INI.
- Sekarang silakan tuliskan angka yang Anda tandai pada skala, di dalam kotak di bawah ini.



KESEHATAN ANDA HARI INI =



Kesehatan terburuk yang dapat Anda bayangkan

## Lampiran 6. Surat Permohonan Izin Penelitian



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF. DR. HAMKA  
**FAKULTAS FARMASI DAN SAINS**

Islamic Center, Jl. Delima II/IV Klender, Jakarta Timur 13460 Telp. (021) 8611070, Fax. (021) 86603233  
www.uhamka.ac.id, www.ffs.uhamka.ac.id, Email: ffs@uhamka.ac.id

Nomor : 370/B.03.04/2019  
Lampiran : -  
Perihal : *Permohonan Ethical Approval*

18 Sya'ban 1440 H  
23 April 2019 M

Yang terhormat,  
**Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan**  
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia  
Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo  
Jakarta 10430

Bersama ini kami mohon bantuan, agar Komite Etik Penelitian Kesehatan FKUI-RSCM dapat memberikan keterangan lolos kaji Etik (*Ethical approval*) untuk protocol Penelitian kami yang berjudul:

**"Hubungan Tingkat Kepatuhan dan Kualitas Hidup Pasien Jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo"**

Terlampir kami sampaikan:

- Formulir Etik Penelitian Kesehatan FKUI (4 kopi harus diisi dengan lengkap dan jelas)
- Protokol Penelitian (1 kopi)
- Formulir *Informed Consent* (4 kopi)
- Susunan Tim Peneliti dan/CV Biodata Peneliti Utama
- Persetujuan Kepala Institusi yang berwenang
- Bukti Transper dana kaji etik
- Pengisian data secara online melalui <http://research.fk.uj.ac.id/etichs>
- Sof Copy kelengkapan point a,b,c,d,e dan f, protokol penelitian bentuk CD (MS. Word atau pdf)

Wakil Dekan I,



Drs. Inding Gusmayadi, M.Si., Apt.



## Lampiran 7. Surat Keterangan Lulus Kaji Etik

DINAS KESEHATAN ANGKATAN LAUT  
RUMKITAL Dr. MINTOHARDJO

Jakarta, 30 Juni 2019

Nomor : B/ 616 / VI /2019  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Persetujuan Penelitian

Kepada

Yth. Wakil Dekan UHAMKA  
Fakultas Farmasi dan Sains

Di

Jakarta

1. Berdasarkan Surat Wakil Dekan UHAMKA Fakultas Farmasi dan Sains Nomor :137/B.03.04/2019, Tanggal 10 April 2019 Tentang Permohonan Penelitian a.n Harya Devi Siregar NIM 1504015176 Dengan Judul "**Hubungan Tingkat Kepatuhan Terhadap Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo**" pada prinsipnya permohonan tersebut dapat disetujui dan Hal-hal yang lebih teknis berkenaan dengan ini dapat berkoordinasi dengan Bangdiklat Rumkital Dr. Mintohardjo.

a. Nomor Telp : (021) 5703081 – Ext 1219  
b. Email Bangdiklat : [diklat.rsmth@gmail.com](mailto:diklat.rsmth@gmail.com)

2. Demikian terima kasih atas perhatian.

a.n. Kepala Rumkital Dr. Mintohardjo  
Wakamed.



Tembusan :

Karumkital Dr. Mintohardjo

dr. EKO BUDI PRASETYO Sp. An. KIC  
Kolonel Laut (K) NRP 9128/P

## Lampiran 8. Surat Keterangan Selesai Menjalankan Penelitian

DINAS KESEHATAN ANGKATAN LAUT  
RUMKITAL Dr. MINTOHARDJO



### SURAT KETERANGAN

NOMOR : B / 41 / IX / 2019

Kepala Rumah Sakit TNI Angkatan Laut Dr. Mintohardjo dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : HARYA DEVI SIREGAR  
NIM : 1504015176  
Program Studi : S1 FARMASI  
Institusi Pendidikan : UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PROF.DR.UHAMKA  
FAKULTAS FARMASI DAN SAINS

Telah Melaksanakan Penelitian di Rumkital Dr. Mintohardjo dengan judul "*Hubungan Tingkat Kepatuhan Terhadap Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo*" pada Bulan *Agustus s.d September 2019*.

Jakarta, 30 September 2019  
a.n Kepala Rumkital Dr. Mintohardjo  
Kabag Bangpiklat



dr. Hanung Sunarwibowo, Sp.OT  
Letkol Laut (K) NRP 10820/P

## Lampiran 9. Pengumpulan Data Responden

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
1						Candesartan Concor, Clopidogrel Q-10 Spironolacton Furosemide Atorvastatin						
2	L	51	PENSIUN	SMA	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Metformin Ramipril	7	2	HHD	3	1	80
3	P	60	IRT	SD	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Ramipril	6	3	HHD, DM	3	1	75
4	L	79	PENSIUN	SMA	Menikah	Candesartan Clopidogrel Simvastatin Bisoprolol, ISDN Spironolacton Furosemide Ceterizine	5	3	HHD	2	1	80
5	P	45	IRT	SMP	Menikah	Lasix, OBH Clopidogrel Concor Simvastatin Spironolactone	8	3	HHD, ALERGI	2	0.835	65
	L	57	WIRASW ASTA	S1	Menikah		5	3	CAD, BATUK	2	0.914	30

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5DSL	SKOR VAS
6						Furosemide Clopidogrel Spironolactone Ramipril Bisoprolol						
7	L	76	TIDAK BEKERJA	SMA	Menikah		5	2	HHD	3	1	60
8	L	52	WIRASWASTA	SMP	Menikah	Amlodipine Miniaspi Ramipril Bisoprolol Clopidogrel Simvastatin	5	3	CAD	3	0.921	75
9	P	52	IRT	SD	Menikah	Simvastatin Clopidogrel Nitrokaf Ramipril Furosemide Miniaspi Concor	7	3	HHD	2	0.826	35
10	P	68	IRT	SMA	Menikah	Metformin Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolol Valsartan Candesartan Amlodipine Ramipril Bisoprolol Amlodipine Simarc Furosemide	7	2	DM, HHD, CAD	2	0.199	60
11	L	76	PENSIUN	S1	Menikah		5	3	CAD	3	0.786	80
	L	49	TNI-AL	S1	Menikah	Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolol Miniaspi	4	3	AHD,HHD	3	1	75

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
12						Candesartan Simvastatin Furosemide Simarc Propranolol Lansoprazole Alprazolam PTU			CHD, HYPERTI ROID			
13	L	51	WIRA SWASTA	SMP	Menikah	Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolol Furosemid Mertigo	8	3		3	0.914	70
14	L	58	WIRA SWASTA	SMA	Menikah	Candesartan Clopidogrel Concor Q-10 Spironolacton Furosemide	5	2	MYALGIA VERTIGO	2	1	75
15	P	47	IRT	SMA	Menikah	Amlodipine Miniaspi Ramipril Bisoprolol Clopidogrel Simvastatin	6	3	CAD	2	0.921	65
16	L	43	PNS	S1	Menikah	Neurodex Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolo	6	3	CAD	2	0.835	60
	L	54	PENSIUN	SMA	Menikah		4	2	HHD,AHD	2	0.921	75



Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
17						Spironolakton Miniaspi Clopidogrel Adalat Nitrokaf Furosemide						
18	P	46	IRT	SMA	Menikah		6	2	AHD,HHD	3	0.835	75
19	L	65	PENSIUN	SMA	Menikah	Digoxin	1	3	CHF, CAD	2	0.694	55
20	L	71	PENSIUN	SMA	Menikah	Simvastatin Clopidogrel Nitrokaf Ramipril Furosemide Miniaspi Concor	7	2	CAD	2	0.914	80
21	L	51	PEGAWAI SWASTA	D3	Menikah	Braxidin Digoxin Miniaspi Nitrokaf Clopidogrel Furosemid ISDN	7	2	DM	2	0.422	65
22	P	66	SWASTA	SMP	Menikah	Simvastatin Clopidogrel Nitrokaf Ramipril Furosemide Miniaspi	6	2	HHD	2	0.743	65
	L	51	PEGAWAI SWASTA	S1	Menikah	Glibelamid Nitrokaf Miniaspi Furosemide	4	3	DM	3	0.723	30

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5DSL	SKOR VAS
23						Furosemide Simarc, Candesartan Concor Spironolakton						
24	L	66	PEGAWAI SWASTA	SMP	Menikah		5	2	HHD, AHD	3	0.745	60
25	P	40	IRT	SMA	Menikah	Bisoprolol, Metformin Spironolaton Furosemide Clopidogrel	5	2	CAD, HIPERLIPI D	2	0.525	75
26	L	41	IRT	S1	Menikah	Bisoprolol Herbesser HCT Concor Spironolacton	5	3	CAD, GOUT	1	0.905	30
27	L	53	PEGAWAI SWASTA	SMA	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Ramipril	5	2	HYPOKAL EMIA, PALPITAS I	2	0.683	60
28	L	60	PEGAWAI SWASTA	SMA	Menikah	Simarc Simvastatin Bisoprolol Ramipril	4	2	AHD+DM	2	1	32
	P	68	IRT	SD	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Metformin Ramipril	6	2	AHD+DYS PNEA	3	0.632	65

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
29						Clopidogrel Digoksin Nitrokaf			AHD+GO			
30	P	75	IRT	SD	Menikah	Miniaspi Digoxin Nitrokaf	4	2	UT	3	0.905	80
31	L	53	IRT	SMA	Menikah	Clopidogrel Digoksin Miniaspi Nitrokaf	4	2	HHD,CAD, DM	2	1	75
32	P	77	PENSIUN	SMA	Menikah	Clopidogrel Furosemide Digoxin,ISDN Miniaspi Nitrokaf	5	3	HHD	1	-0.146	25
33	L	64	PENSIUN	SMP	Menikah	Clopidogrel Furosemid Furosemide Concor, Ramipril Miniaspi	6	2	AHD,HHD	3	0.815	75
34	L	43	TNI-AL	SMA	Menikah	Spiro nolacton Candesartan Clopidogrel Simvastatin, Bisoprolol	5	3	HHD,AHD	1	0.712	30
35	P	64	IRT	SD	Menikah	Spiro nolacton Furosemide Bisoprolol Nitrokaf	6	2	PROSTAT, AHD,HHD	3	1	70
	P	67	IRT	SD	Menikah	Clopidogrel Miniaspi Digoxin Simarc	6	3	HHD,AHD	2	0.567	55

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
36						Miniaspi Nitrokaf Bisoprolol Clopidogrel ISDN						
37	L	61	TIDAK BEKERJA	SMP	Menikah		5	3	MYALGIA ,AHD,HH D	3	0.771	70
38	L	59	SWASTA	SMP	Menikah	ISDN Furosemid Digoxin Spironolactone Clopidogrel Lansoprazole	6	3	Dyspnea,H HD,AHD	3	0.674	65
39	P	54	IRT	SD	Menikah	Metformin Clopidogrel Miniaspi Glimepiride Spironolactone	5	2	HHD,AHD ,DM	2	0.568	45
40	P	44	PNS	S1	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Ramipril	5	3	AHD,Inso mnia,HHD	2	0.749	65
41	P	64	IRT	SMP	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Ramipril Alprazolam	6	2	HHD,Gastr itis	1	0.604	30
	L	64	PENSIUN	SMA	Menikah	Lasix Valsartan Vascardin Simarc Bisoprolol	5	3	HHD	3	0.905	75

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
42						Clopidogrel Ramipril Concor Spironolactone Simvastatin Furosemide						
43	P	61	PENSIUN	SMP	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Ramipril	6	3	CAD,Vertigo	3	0.914	70
44	P	51	IRT	SD	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Ramipril	5	3	HHD	3	0.835	80
45	P	54	IRT	SMP	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Ramipril	5	3	HHD	3	0.786	80
46	L	79	PENSIUN	SMA	Menikah	Furosemide Concor Miniaspi Spironolacton Ramipril Alprazolam	6	3	Dyspepsia, HHD	2	1	70
47	L	57	SWASTA	SMA	Menikah	Lasix Valsartan Vascardin Simarc Bisoprolol	5	2	HHD	2	0.905	75
	L	74	TIDAK BEKERJA	SMA	Menikah	Clopidogrel Ramipril Concor Spironolactone Simvastatin Furosemide	6	3	HHD	1	0.486	65



Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5DSL	SKOR VAS
48						Furosemide Clopidogrel Spironolactone Ramipril Bisoprolol						
49	P	61	IRT	SMP	Menikah	Spironolacton Ramipril Bisoprolol Clopidogrel Concor Simvastatin	5	2	HHD	2	0.921	75
50	L	69	WIRASW ASTA	S1	Menikah	Simvastatin Clopidogrel Nitrokaf Ramipril Furosemide Miniaspi Concor	6	3	HHD	3	0.78	80
51	L	87	PENSIUN	SMA	Menikah	Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolol Valsartan Candesartan	7	2	AHD,DM	2	1	75
52	P	58	IRT	SD	Menikah	Ramipril Bisoprolol Amlodipine Simarc, Furosemide	5	2	CAD	3	0.69	78
	L	68	PENSIUN	S1	Menikah	Furosemide	5	2	HHD, dyspepsia	2	0.705	50

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5DSL	SKOR VAS
53						Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolol Miniaspi Candesartan Simarc Ranitidine						
54	L	76	PENSIUN	SMA	Menikah		7	2	Gout	1	0.747	50
55	L	50	SWASTA	SMA	Menikah	Clopidogrel Candesartan Furosemide Ramipril Bisoprolol	5	3	CAD,DM	2	1	80
56	L	60	SWASTA	SD	Menikah	Simarc Furosemid Concor Candesartan Spironolactone Amlodipine Metformin	7	2	CAD, DM	1	0.749	30
57	L	48	TNI-AL	SMA	Menikah	Miniaspi Concor Simvastatin Ramipril ISDN Metformin	6	3	CAD,DM	2	0.905	70
	P	43	IRT	SD	Menikah	Amlodipine Miniaspi Ramipril Bisoprolol Clopidogrel Simvastatin Glimepirid Metformin	8	3	HHD	3	0.786	75

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
58						Neurodex Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolol						
59	P	70	PENSIUN	SMA	Menikah		4	2	HHD	1	0.595	45
60	L	58	SWASTA	SMA	Menikah	Spironolakton Nitrokaf Clopidogrel Furosemide Miniaspi Adalat	6	2	HHD, AHD	3	0.914	30
61	P	70	IRT	SD	Menikah	Furosemid Ramipril Spironolactone	3	3	HHD	2	0.91	80
62	P	72	IRT	SD	Menikah	Bisoprolol Miniaspi Nitrocac Clopidogrel Candesartan	5	3	CAD, AHD	3	0.765	75
63	L	51	PEGAWAI SWASTA	D3	Menikah	Braxidin, Digoxin Miniaspi Nitrokaf, ISDN Clopidogrel Furosemide Candesartan Spiromolactone, Bisoprolol Furosemide	7	2	HHD,AHD	1	0.469	65
64	P	54	IRT	SD	Menikah	Candesartan Simarc, Digoxin Clopidogrel Spironolactone	4	3	HHD	2	0.304	65
	L	66	PENSIUN	SMA	Menikah		5	2	CAD	2	0.394	60

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
65						ISDN Furosemide Digoxin Clopidogrel			Angina pectoris, HD, AHD			
66	P	49	PEGAWAI SWASTA	SMA	Menikah		4	3		3	0.905	70
67	P	50	PEGAWAI SWASTA	SD	Menikah	Furosemide Valsartan, Bisoprolol Simvastatin Lansoprazole	5	2	Gastritis, HHD	1	0.905	30
68	L	41	IRT	S1	Menikah	Lasix, simarc, valsartan, Bisoprolol	4	3	HHD	2	0.047	76
69	L	64	PENSIUN	SMA	Menikah	Candesartan Clopidogrel Concor, ISDN Spironolactone	5	3	AHD, HHD, Myalgia	1	0.269	25
70	P	61	PENSIUN	SMA	Menikah	Digoxin Miniaspi, Nitrokaf Clopidogrel	4	2	AHD, LBP	1	0.294	32
71	L	61	IRT	SMA	Menikah	Feravamil Concor Candesartan HCT	4	3	CAD, HHD	3	0.496	65
	L	75	IRT	SMP	Menikah	Concor Miniaspi Furosemide Simvastatin Bisoprolol	5	2	AHD, HHD	1	0.531	60

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5DSL	SKOR VAS
72						Candesartan Nitrokaf Bisoprolol Furosemide Miniaspi Spironolactone			HHD,AHD			
73	L	64	IRT	SMA	Menikah		6	3		3	0.813	85
74	L	73	PENSIUN	SMA	Meniah	Digoxin Miniaspi Nitrokaf Clopidogrel Furosemide	5	2	HHD,PPO K	1	1	32
75	P	64	PENSIUN	SMP	Menikah	Furosemid Digoxin Clopidogrel Furosemide	4	2	CAD, HF, Gastritis	2	0.356	55
76	P	73	PENSIUN	SMP	Menikah	Aspilet Nitrokaf Spironolactone Digoxin, Furosemide	5	2	HHD	1	0.525	30
77	L	54	PEGAWAI SWASTA	SMA	Menikah	Miniaspi Concor, ISDN Simvastatin Furosemide Ramipril	6	3	HHD,AHD	3	1	75
	L	50	IRT	SMP	Menikah	Furosemide Simarc, Concor Spironolactone Candesartan	5	3	CAD	3	1	65



Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5DSL	SKOR VAS
78						Ranitidine Furosemide ISDN, Concor Ramipril Simvastatin						
79	L	50	PEGAWAI SWASTA	SMA	Menikah	ISDN, Clopidogrel Furosemide Candesartan Amlodipine	6	2	HHD	3	1	70
80	L	59	IRT	SD	Menikah	Amlodipine Miniaspi Ramipril Bisoprolol Clopidogrel Simvastatin	5	2	CAD	3	0.749	80
81	P	78	PENSIUN	SMA	Menikah	Mentformin Glimepiride Miniaspi Spironolacton	6	3	HHD,AHD	1	1	30
82	P	52	IRT	SMP	Menikah	Simvastatin Clopidogrel Nitrokaf Ramipril Furosemide Miniaspi Concor	4	2	CAD	2	0.604	45
	P	43	IRT	S1	Menikah		7	2	CAD,HF	2	0.42	55

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5DSL	SKOR VAS
83						Metformin Glimepiride Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolol Valsartan Candesarta						
84	L	61	PENSIUN	S1	Menikah		7	3	CHF,CAD	1	1	88
85	L	76	PENSIUN	S1	Menikah	Ramipril Bisoprolol Amlodipine Simarc Furosemide	6	2	CAD	3	1	82
86	P	54	IRT	SMP	Menikah	Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolol Miniaspi	5	3	AHD,HHD ,LBP	2	0.914	65
87	P	82	IRT	SMP	Menikah	Candesartan Simvastatin Furosemide Simarc Propranolo	6	3	HHD,AHD	3	0.525	70
88	P	55	WIRASW ASTA	SMA	Menikah	Amlodipine Miniaspi, clopidogrel Ramipril, simvastatin Bisoprolol	6	2	DM,CAD	3	1	75
	P	61	PENSIUN	S1	Menikah	Clopidogrel Nitrokaf, Mertigo Bisoprolol Furosemid	6	2	CAD	3	0.525	60

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
89						Candesartan Clopidogrel Concor, Q-10 Spironolacton Furosemide						
90	P	43	IRT	SD	Menikah		6	3	ANGINA, HHD	2	0.283	90
91	P	56	SWASTA	SMA	Menikah	Clopidogrel Nitrokaf, Neurodex Bisoprolol	4	2	HHD,myal gia	2	0.91	85
92	L	46	PEGAWAI SWASTA	S1	Menikah	Furosemide Miniaspi, Simarc, Adalat, Clopidogrel	5	3	ANGINA, HHD	2	1	65
93	L	70	PENSIUN	SMA	Menikah	Glibelamid Nitrokaf Miniaspi, CPG Furodemide	5	3	CAD	2	1	75
94	P	76	TIDAK BEKERJA	SMA	Menikah	Furosemide ISDN Spironolactonn CPG	4	3	CAD	2	0.538	50
95	L	52	WIRASW ASTA	S1	Menikah	Amlodipine Miniaspi, Ramipril Bisoprolol Clopidogrel Simvastatin	6	2	Vertigo ,CAD	1	0.679	65
	P	42	PNS	S1	Menikah	Simvastatin, CPG, concor Furosemid Clopidogrel, Nitrokaf Ramipril	7	2	CAD	3	0.525	65

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5D5L	SKOR VAS
96						Metformin Clopidogrel Nitrokaf Bisoprolol Valsartan Candesartan Amlodipine						
97	P	68	IRT	SMA	Menikah		7	3	CAD	1	0.661	60
98	P	76	PENSIUN	S1	Menikah	Ramipril Bisoprolol Amlodipine Simarc Furosemide	5	2	HHD	2	1	80
99	P	49	IRT	SMP	Menikah	Clopidogrel, nitrokaf Bisoprolol Miniaspi	4	3	CAD	3	0.866	70
100	P	54	IRT	SMP	Menikah	Candesartan Simvastatin Furosemide Simarc Propranolol	5	2	HHD,CAD, DM	3	0.78	70
101	P	42	WIRASW ASTA	SMA	Menikah	Candesartan Propranolol Furosemide Spironolactone Nitrokaf Miniaspi	6	2	CAD,HF	2	0.525	30
	L	64	PENSIUN	S1	Menikah	Candesartan, concor Clopidogrel Spironolacton Furosemide	5	2	HF,HHD	1	0.745	65

Tabel lanjutan

No	Jenis Kelamin	Usia Th	Pekerjaan	Pendidikan	Status Pernikahan	Jenis Obat	Jumlah Obat	Lama Pengobatan	Penyakit Penyerta	SKOR MMAS-8	SKOR EQ5DSL	SKOR VAS
102						Miniaspi Ramipril, Bisoprolol Clopidogrel, Simvastatin						
103	L	43	PNS	SMA	Menikah		5	3	HHD,CAD	3	0.736	68
104	P	54	PNS	S1	Menikah	Bisoprolol Lifesar ISDN, Aspilet Nitrokaf, Miniaspi, Digoxin	7	3	ANGINA, CAD	3	1	70
105	L	40	PNS	S1	Menikah	Spirolakton Ramipril, Furosemide	3	2	HHD, AHD	3	1	68
	L	48	PNS	S1	Menikah	Asam folat Calos, Omeprazole Metformin, CPG, Lasix V-bloc, digoxin, Simvastatin Spirolactone	10	2	AHD,CAD	2	0.921	65

Keterangan :  
HHD (*Hipertensive Heart Disease*)  
CAD (*Coronary ArteryDisease*)  
CHF (*Congestive Heart Failure*)  
AF(*Atrial Fibrilasi*)

HT (*Hipertension*)



Lampiran 10. Hasil Analisa dengan Program Statistik IBM SPSS 24

A. Hasil Uji *Spearman Correlation* Hubungan Kepatuhan Penggunaan Obat dan Kualitas Hidup EQ-5D-5L

Spearman rho	Koefisien korelasi	MMAS-8	EQ5-5D-5L
MMAS-8		1.000	.225*
EQ5-5D-5L		.225*	1.000
		.021	.021

Nilai P

B. Hasil Uji *Spearman Correlation* Hubungan Kepatuhan Penggunaan Obat dan Kualitas Hidup EQ-VAS

Spearman rho	Koefisien korelasi	MMAS-8	EQ5-5D-5L
MMAS-8		1.000	.474**
VAS		.474**	1.000
		.000	.000

Nilai P

C. Hasil Uji *Chi-square* Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Penggunaan Obat Faktor Demografi

a.) Jenis Kelamin

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.173 <sup>a</sup>	2	.917
Likelihood Ratio	.173	2	.917
Linear-by-Linear Association	.020	1	.888
N of Valid Cases	105		

Nilai P

b.) Usia

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.416 <sup>a</sup>	4	.115
Likelihood Ratio	7.153	4	.128
Linear-by-Linear Association	1.761	1	.184
N of Valid Cases	105		

Nilai P

c.) Pendidikan

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.824 <sup>a</sup>	2	.662
Likelihood Ratio	1.174	2	.556
Linear-by-Linear Association	.006	1	.937
N of Valid Cases	105		

Nilai P

d.) Pekerjaan

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.913 <sup>a</sup>	2	.032
Likelihood Ratio	9.219	2	.010
Linear-by-Linear Association	.038	1	.846
N of Valid Cases	105		

Nilai P

e.) Lama Pengobatan

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.491 <sup>a</sup>	2	.474
Likelihood Ratio	1.498	2	.473
Linear-by-Linear Association	.084	1	.772
N of Valid Cases	105		

Nilai P

D. Hasil Uji *Chi-square* Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Rumah Sakit Angkatan Laut Dr.Mintohardjo

Faktor Demografi

a.) Jenis Kelamin

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.923 <sup>a</sup>	2	.002
Likelihood Ratio	13.207	2	.001
Linear-by-Linear Association	3.179	1	.075
N of Valid Cases	105		

Nilai P

b.) Usia

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.608 <sup>a</sup>	2	.448
Likelihood Ratio	1.651	2	.438
Linear-by-Linear Association	1.080	1	.299
N of Valid Cases	105		

Nilai P

c.) Pendidikan

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.824 <sup>a</sup>	2	.662
Likelihood Ratio	1.174	2	.556
Linear-by-Linear Association	.786	1	.375
N of Valid Cases	105		

Nilai P

d.) Pekerjaan

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.913 <sup>a</sup>	2	.032
Likelihood Ratio	9.219	2	.010
Linear-by-Linear Association	.038	1	.846
N of Valid Cases	105		

Nilai P

e.) Lama Pengobatan

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.191 <sup>a</sup>	2	.027
Likelihood Ratio	7.455	2	.024
Linear-by-Linear Association	6.892	1	.009
N of Valid Cases	105		

Nilai P

E. Hasil Uji Chi-square Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup (VAS) pasien  
Gagal Jantung Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Mintohardjo

Faktor Demografi

c.) Jenis Kelamin

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.173 <sup>a</sup>	2	.917
Likelihood Ratio	.173	2	.917
Linear-by-Linear Association	.020	1	.888
N of Valid Cases	105		

Nilai P

d.) Usia

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.981 <sup>a</sup>	2	.612
Likelihood Ratio	.992	2	.609
Linear-by-Linear Association	.971	1	.324
N of Valid Cases	105		

Nilai P

f.) Pendidikan

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.549 <sup>a</sup>	2	.170
Likelihood Ratio	4.166	2	.125
Linear-by-Linear Association	.001	1	.975
N of Valid Cases	105		

Nilai P

g.) Pekerjaan

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.539 <sup>a</sup>	2	.281
Likelihood Ratio	2.454	2	.293
Linear-by-Linear Association	.997	1	.318
N of Valid Cases	105		

Nilai P

**h.) Lama Pengobatan**

	<b>Value</b>	<b>df</b>	<b>Asymptotic Significance (2-sided)</b>
<b>Pearson Chi-Square</b>	2.844 <sup>a</sup>	2	.241
<b>Likelihood Ratio</b>	2.858	2	.240
<b>Linear-by-Linear Association</b>	1.790	1	.181
<b>N of Valid Cases</b>	105		

Nilai P

