# HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN POLA AKTIVITAS FISIK PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI POLI JANTUNG RUMAH SEHAT RSUD KOJA

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar**

**Sarjana Keperawatan**


**DI SUSUN OLEH :**

**SUMARNI UMAGAP**

**011811056**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN**

**UNIVERSITAS BINAWAN**

**JAKARTA**


**2023**

# HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN POLA AKTIVITAS FISIK PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI POLI JANTUNG RUMAH SEHAT RSUD KOJA

**SKRIPSI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar**

**Sarjana Keperawatan**


**DI SUSUN OLEH :**

**SUMARNI UMAGAP**

**011811056**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN**

**UNIVERSITAS BINAWAN**

**JAKARTA**


**2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.**

| | |
|---|---|
| **Nama** | **: Sumarni Umagap** |
| **NPWP** | **: 011811056** |
| **Tanda Tangan** | **:** |
| **Tanggal** | **: 20 Februari 2024** |

**Jakarta, 20 Februari 2024**




**Summarni Umagap**

**(011811056)**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN POLA AKTIVITAS FISIK PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RSUD KOJA**

**Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**


**Oleh:**

**Sumarni Umagap**

**NPM. 011811056**


**Menyetujui untuk diuji:**

| Pembimbing I | Pembimbing II |
|---|---|
| **Ns. Puji Astuti Wiratmo, S.Kep., MN** | **Erika Lubis, SKp, MN.** |
| **NIDN. 314058001** | **NIDN. 302046804** |

**Mengetahui:**

**Ketua Program Studi Keperawatan**

**Dr. Aan Sutandi, S.Kep., Ns., MN**

**NIDN. 0022097501**

**HALAMAN PENGESAHAN**

Skripsi ini di ajukan oleh:

| | |
|---|---|
| Nama | : Sumarni Umagap |
| NPM | : 011811056 |
| Tempat/Tanggal Lahir | : Tabona / 17 Maret 2001 |
| Tempat | : Universitas Binawan |
| Judul Skripsi | : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja. |

**Telah Berhasil Di Pertahankan Di Hadapan Dewan Penguji Dan Di terima Sebagai Persyaratan Gelar Sarjana Keperawatan Pada Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan Dan Kebidanan, Universitas Binawan**

**DEWAN PENGUJI**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Katua Penguji | : | Ns. Siswani Marianna, S.Kep, MSi. | ( ) |
| Anggota Penguji I | : | Ns. Puji Astuti Wiratmo, S.Kep., MN. | ( ) |
| Anggota Penguji II | : | Erika Lubis, SKp, MN. | ( ) |

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan Tingkat Dukunga Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sakit Umum Daerah Koja". Dalam proses pendidikan dan penyusunan skripsi penelitian ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, sehingga skripsi ini akhirnya dapat penulis selesaikan tepat pada waktunya.

Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Henny Suzana Mediani, SKp, M.Ng, Ph.D selaku Rektor Universitas Binawan.
2. Dr. Aliana Dewi., SKp., MN. selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan.
3. Dr. Aan Sutandi, S.Kep., Ners., MN. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Binawan.
4. Ns. Puji Astuti Wiratmo, S.Kep., MN. selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk membimbing serta memberikan pengarahan, motivasi dan nasehat yang bermanfaat dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
5. Erika Lubis, SKp, MN. selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing serta memberikan pengarahan, motivasi dan nasehat yang bermanfaat dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
6. Ns. Siswani Marianna, S.Kep, MSi. selaku dosen penguji yang sudah meluangkan waktu untuk menguji serta memberikan saran dalam penyelesaian skripsi ini.
7. Kepada bapak Ns. Indra Gilang Pamungkas, S.Kep. selaku dosen mata ajar Mini Thesis/Skripsi yang telah meluangkan waktu untuk membimbing serta memberikan pengarahan, motivasi dan nasehat yang bermanfaat dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
8. Ibu Ns. Harizza Pertiwi, S.Kep., MN selaku pembimbing akademik.
9. Kepada Direktur Rumah Sehat RSUD Koja serta semua staf yang ada di poli jantung yang telah membantu serta memberikan saran dan masukan dalam penelitian ini.
10. Kepada kedua orang tua dan adik tercinta yang selalu mendoakan, mendukung, dan memotivasi selama proses belajar.
11. Kepada sahabat saya Rani Oktaviani yang selalu membantu memberikan saran serta semangat dan dukungan.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, 20 Februari 2024

Sumarni Umugap

**PERNYATAAN MEMBUAT ARTIKEL TUGAS AKHIR**
**UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Binawan, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

| | |
|---|---|
| Nama | : Sumarni Umagap |
| NPM | : 011811056 |
| Program Studi | : Ilmu Keperawatan |
| Fakultas | : Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan |
| Jenis karya | : Skripsi/ Karya Ilmiah Lainnya*: ..... |

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, saya menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Binawan **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** ***(Non-exclusive Royalty-Free Right)***
atas karya ilmiah saya yang berjudul:
"Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja"

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Binawan berhak menyimpan, mengalih media/ format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.
Dibuat di: Jakarta

Pada tanggal:20 Februari 2024

Yang menyatakan



( Sumarni Umagap )

*Karya Ilmiah: karya akhir, makalah non seminar, laporan kerja praktek, laporan magang,
karya profesi dan karya spesialis.

# ABSTRAK

**Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja**.

Umagap, Sumarni. Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan. Universitas Binawan

Gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung tidak mampu memompa darah untuk mencukupi kebutuhan jaringan melakukan metabolisme, sehingga diperlukan peningkatan tekanan yang abnormal pada jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Pasien gagal jantung lebih cenderung sulit melakukan aktivitas fisik, maka dari itu dukungan keluarga sangat penting untuk membantu pasien dalam melakukan aktivitas fisik. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui "hubungan dukungan keluarga dengan pola aktiivtas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja". Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan desain deskriptif analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 94 responden. Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *uji spearman's*, diperoleh nilai *p-value = 0,001 < 0,05* yang artinya terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja. Saran diharapkan kepada semua pasien gagal jantung untuk membatasi aktivitas yang berlebihan selama masa pengobatan agar tidak memperburuk kondisi penyakit yang di alami pasien.

*kata kunci : gagal jantung, dukungan keluarga, aktivitas fisik*

# ABSTRACT

***The Relationship between Family Support and Physical Activity Patterns in Heart Failure Patients at the Healthy Home Heart Clinic at Koja Regional Hospital.***

*Umagap, Sumarni. Nursing Study Program, Faculty of Nursing and Midwifery. Binawan University.*

*Heart failure is a condition where the heart is unable to pump blood to meet the metabolic needs of the tissue, so that an abnormal increase in pressure on the heart is required to meet the metabolic needs of the tissue. Heart failure patients are more likely to have difficulty doing physical activity, therefore family support is very important to help patients do physical activity. The aim of this study was to determine "the relationship between family support and physical activity patterns in heart failure patients at the Koja Health Home Heart Clinic." The method used in this research is a correlational analytical descriptive design with a cross sectional approach. The sample taken in this research was 94 respondents. From the results of statistical tests using the Spearman's test, a p-value = 0.001 < 0.05 was obtained, which means that there is a significant relationship between family support and physical activity patterns in heart failure patients at the Rumah Sehat Heart Clinic, Koja District Hospital. Advice is given to all heart failure patients to limit excessive activity during the treatment period so as not to worsen the patient's disease condition.*

*keywords: heart failure, family support, physical activity*

**DAFTAR ISI**

**HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS……1**
**HALAMAN PERSETUJUAN.. .....2**
**HALAMAN PENGESAHAN.....3**
**KATA PENGANTAR.....4**
**HALAMAN PERNYATAAN MEMBUAT ARTIKEL TUGAS AKHIR.....5**
**ABSTRAK……. .....6**
**ABSTRACT…….……...…7**
**DAFTAR ISI.....8**
**DAFTAR TABEL .....10**
**DAFTAR GAMBAR.....11**
**DAFTAR LAMPIRAN.....12**
**BAB l PENDAHULUAN .....13**
1.1. Latar Belakang .....13
1.2. Rumusan Masalah .....17
1.3. Tujuan Penelitian .....17
1.3.1. Tujuan umum .....17
1.3.2. Tujuan khusus .....17
1.4. Manfaat Penelitian .....17
**BAB ll TINJAUAN PUSTAKA .....18**
2.1 Konsep Gagal Jantung .....18
2.2 Konsep Konsep Pola Aktivitas Fisik. .....25
2.3 Konep Dukungan Keluarga.....32
2.4 Keranga Teori. .....36
**BAB 3 METODE PENELITIAN.....37**
3.1 Kerangka Konsep, Hipotesis, dan Definisi Operasional.....37
3.1.1 Kerangka Konsep.....37
3.1.2 Hipotesis.....37
3.1.3 Definisi Operasional .....38
3.2 Metode Penelitian .....39

3.2.1 Desain Penelitian....39
3.2.2 Populasi dan Sampel....39
3.2.3 Instrumen Penelitian....41
3.2.4 Uji Validitas Dan Reliabilitas....42
3.2.4 Lokasi Dan Waktu Penelitian....43
3.2.5 Prosedur Pengumpulan Data....43
3.2.6 Teknik Analisis Data....44
3.2.6.1 Analisa Univariat....44
3.2.6.2 Analisa Bivariat....44
3.2.7 Etika penelitian....45
3.2.8 teknik pengolahan data....46
**BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN....48**
4.1 Hasil Penelitian....48
4.1.2 Hasil penelitian analisa univariat....48
4.1.3 Hasil analisa bivariat....49
4.2 Pembahasan....50
4.2.1 pembahasan analisa univariat....50
4.2.3 pembahasan analisa bivariat....56
4.3 Keterbatasan penelitian....58
**BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN....59**
5.1 Kesimpulan....59
5.2 Saran....59
**DAFTAR PUSTAKA....61**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.3 Klasifikasi Gagal Jantung.....19
Tabel 3.1.3 Definisi Operasional.....40
Tabel 4.1.2.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....52
Tbael 4.1.2.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin. .....53
Tabel 4.1.2.2.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir. .....53
Tabel 4.1.2.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan .....54
Tabel 4.1.2.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan .....54
Table 4.1.2.5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Penyakit.....55
Tabel 4.1.2.6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta .....55
Tabel 4.1.2.7 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Dukungan Keluarga Pada Pasien Gagal Jantung.....56
Tabel 4.1.2.8 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Dukungan Keluarga.....56
Tabel 4.1.3.1 Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja. ..57

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.3.8 Kerangka Teori .....37
Gambar 3.1.1 Kerangka Konsep .....38
Gambar 3.2.6.3 Kerangka operasional/kerja .....48

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Penjelasan Penelitian……..…….73
Lampiran II Lembar Persetujuan Responden……..75
Lampiran III Lembar Kuesioner Identitas Responsen…….....76
Lampiran IV Lembar Kuesioner Dukungan Keluarga…….77
Lampiran V Lembar Kuesioner Aktivitas Fisik……...……79

# BAB 1
# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Gagal jantung adalah suatu keadaan dimana jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan, jantung gagal adalah suatu keadaan dimana tidak mampu memanaskan darah. Akibatnya, jantung harus memerlukan peningkatan tekanan yang tidak normal pada jantung. (Harrison & Saputra, 2013). Jantung lemah untuk memompa darah ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi, karena jantung gagal adalah suatu kondisi ketika jantung tidak mampu mempertahankan sirkulasi yang cukup untuk kebutuhan tubuh (Waladani et al., 2019).

Di seluruh dunia, kegagalan jantung merupakan masalah yang semakin parah. Hal ini dikonfirmasi oleh lebih dari dua puluh ribu mantan tunawisma (Dariush et al., 2016). Di Timur Tengah, prevalensi obesitas pada masa kanak-kanak di kalangan usia paruh baya adalah dua kali lipat dibandingkan keseluruhan populasi lansia (Groenewegen et al., 2020).

Prevalensi gagal jantung secara bertahap meningkat di Amerika Serikat (Arianda, 2015). Pada usia 65 tahun, prevalensi penyakit ini mencapai 6–10% (Sulastini et al., 2018). Sebaliknya, 1-2% individu yang berusia 50-59 tahun mengalami gawal jantung (Arianda et al., 2014). selanjutnya, jumlah ini meningkat menjadi 10% untuk setiap individu yang berusia di atas 18 tahun (Arianda et al., 2014).

Data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2016 menyebutkan sebesar 17,5 juta orang meninggal karena penyakit kardiovaskular, mewakili 31% kematian di dunia ini. Dari seluruh angka tersebut, benua Asia

menduduki peringkat tertinggi akibat kematian penyakit jantung dengan jumlah 276,9 ribu penderita. Indonesia berada di posisi teratas kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371 ribu jiwa (WHO, 2014). Sementara itu di negara-negara-negara berkembang mendapat 400.000 hingga 700.000 kasus per tahunnya (WHO, 2016).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan RI tahun 2018, prevalensi gagal jantung di Indonesia diperkirakan mencapai 1,5% dari total penduduk atau 29.550 jiwa berdasarkan diagnosis medis. Jumlah kasus tertinggi terdapat di Provinsi Kalimantan Utara sebanyak 29.340 orang atau sekitar 2,2% dari seluruh penduduk Indonesia, sedangkan jumlah kasus terendah terdapat di Provinsi Maluku Utara sebanyak 144 orang atau sekitar 0,3%. Diperkirakan jumlah kasus jantung berdasarkan diagnosis atau penyakit tertinggi di Provinsi Jawa Barat sebanyak 96.487 orang atau sekitar 0,3% dari seluruh penduduk Indonesia, sedangkan jumlah terendah sebanyak 945 orang atau 0,15 orang di Provinsi Bangka Belitung. . Sedangkan menurut diagnosa dokter, prevalensi penyakit jantung berkisar antara 1,5% hingga 29.550 orang di Provinsi Jawa Tengah. (Riskesdas, 2018)

Klasifikasi penyebab jantung didasarkan pada jantung dominan yang diketahui tidak menentu (Aspani, 2016). Jika dominan ditunjukkan sebelum kiri, hal ini menunjukkan penyakit iskemik, penyakit jantung hipertensi, penyakit katup aorta, penyakit katup mitral, penyakit miokarditis, kardiomiopati, jantung amiloidosis, kondisi curah tinggi (fistula arteriovenosa, anemia, tirotoksikosis). Menurut Aspani (2016), kondisi yang mendominasi pada ginjal adalah sebagai berikut: kiri jantung, penyakit penyakit paru-paru kronik, stenosis katup pulmonal, penyakit katup trikuspid, penyakit jantung kongenital (PDA, VSD), hipertensi pulmonal, dan emboli paru massif.

Latihan aktivitas fisik merupakan cara tubuh menghasilkan energi. Keseimbangan energi sangat penting untuk menjaga kesehatan fisik dan mental agar masyarakat dapat berumur panjang dan sehat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Jenis latihan fisik bisa dilakukan melalui aktivitas sehari-hari dan waktu senggang. (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Aktivitas fisik didefinisikan sebagai proses tubuh yang dihasilkan dari berbagai cara yang memerlukan konsumsi energi, seperti bekerja, bermain, bepergian, melakukan pekerjaan rumah tangga, dan melakukan aktivitas rekreasi (WHO, 2018).

Pasien gagal jantung mungkin tidak dapat mentoleransi jenis olahraga tertentu, seperti jalan cepat atau lari; Faktanya, aktivitas fisik yang biasa dilakukan di masa lalu mungkin tidak dapat dilakukan saat ini (Ahmad, 2018). Hal ini terjadi akibat kebutuhan tubuh akan nutrisi dan oksigen lain saat melakukan aktivitas fisik. Sebaliknya gagal jantung kongesif, ia tidak mampu memberikan memompa darah yang cukup untuk berikan nutrisi bagi tubuh. Kurangnya kemampuan olahraga atau bahkan berjalan kaki dengan kecepatan normal, dibatasi oleh perasaan lemas dan lesu (Ahmad, 2018).

Untuk meningkatkan motivasi dan kemauan pasien selama menjalani perawatan pribadi, pengasuh harus mampu bersimpati kepada pasien, memberikan respon positif terhadap pasien, memperlakukan pasien sebagai anggota kelompok, dan mengungkapkan perasaannya terhadap pasien. . sikap tanggung jawab pasien (Gellagher et al., 2011). Lingkungan keluarga sangat penting dalam membantu pasien menjalin kembali hubungan sosial, menciptakan lingkungan yang melindungi dan menjaga kehidupan pribadi pasien, serta membantu pasien dalam menyelesaikan

permasalahannya agar berhasil diobati, sehingga meningkatkan tingkat keberhasilan pasien dalam pengobatan. proses (Teddy dkk., 2013). Selain itu, menurut Bararah Danjauhar (2013), gaya hidup jantung yang gagal juga berkontribusi terhadap hilangnya dukungan sosial dari kelompok saat krisis.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Triarso (2017), responden yang melakukan sarung tangan terbanyak adalah yang memiliki tingkat aktivitas tertinggi dengan kategori rendah yaitu sebesar 59,7%, sedang (33,3%), dan tinggi (5,6%). Selain itu, berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Listanti (2015) menunjukkan bahwa aktivitas fisik sebagian besar berkaitan dengan pekerjaan rumah tangga yang melibatkan dua puluh empat orang (atau 57% dari total). Berdasarkan temuan penelitian, penting bagi keluarga untuk memberikan dukungan kepada pasien yang menderita penyakit mematikan, baik itu teman dekat atau anggota keluarga. Untuk meningkatkan aktivitas fisik lansia dapat dilakukan dengan bantuan. Yang pertama adalah dukungan sosial, yang memungkinkan pasien untuk melanjutkan aktivitas normal.

Hasil penelitian yang dilakukan Yulisetyaningrum (2019) di RSUD RAA Soewondo Pati, meliputi sampel 74 pasien penderita sembelit gagal jantung yang dirujuk ke klinik jantung RSUD RAA Soewondo Pati. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar peserta yang melakukan aktivitas berat sebanyak 29 orang (39,2%) dan sebagian kecil peserta yang melakukan aktivitas ringan (28,4%) (Dunlay, 2012). Penilaian spesifik terhadap keterbatasan aktivitas sehari-hari dapat digunakan sebagai kriteria perkembangan penyakit dan respon terhadap terapi (Dunlay, 2012). Keterbatasan aktivitas sehari-hari akibat dispnea merupakan temuan umum pada pasien gagal jantung.

Penelitian yang dilakukan oleh Roby dkk. (2021) mengungkapkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami gagal jantung tidak mempunyai dukungan keluarga. Anggota kelompok tidak mampu memahami kebutuhan sesama anggota kelompok yang menginginkan jantung. Jejaring sosial yang baik menunjukkan bahwa anggota kelompok dapat mempengaruhi keputusan dan sikap satu sama lain dengan berbagai cara, yang mungkin berdampak negatif terhadap pilihan kesehatan dan gaya hidup orang lanjut usia.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ada beberapa faktor, antara lain usia, jenis kelamin, status perkawinan, pengetahuan, kecemasan, dan depresi, yang berkontribusi terhadap buruknya kualitas lingkungan keluarga pada pasien jantung. (Permana dkk, 2021). Karakteristik kelompok mempengaruhi kemampuan kelompok dalam memberikan dukungan dan memulai kegiatan dan proyek kelompok (Permana et al., 2021). Individu yang berasal dari kelas bawah sering kali kesulitan memberikan dukungan kepada sesama anggota kelompoknya dan sering kali bersikap bermusuhan terhadap orang di luar kelompoknya; dukungan informal ini sering digunakan untuk menyakiti anggota kelompok lainnya (Permana et al., 2021).

Data Rumah Sakit Koja didapatkan bahwa jumlah pasien gagal jantung yang melakukan kunjungan rawat jalan di bulan April-Mei 2023 sebanyak 190 pasien, pengkajian dari beberapa pasien gagal jantung menunjukkan bahwa keluarga tidak mampu menemani anggota keluarga yang mengalami gagal jantung saat melakukan pemeriksaan di poli jantung rumah sehat RSUD Koja, Sebagian pasien yang melakukan rawat jalan di poli jantung rumah sehat RSUD koja mengalami keterbatasan melakukan aktivitas fisik, dapat dilihat dari data rekam medis pasien dan aktivitas pasien saat melakukan pemeriksaan. Berdasarkan berbagai permasalahan diatas maka peneliti

mengangkat judul hubungan dukungan keluarga dengan pola aktifitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD koja.

## 1.2 Rumusan Masalah

Sebagian pasien gagal jantung masih memiliki dukungan keluarga yang tidak adekuat, dukungan keluarga sangat penting untuk membantu pasien bersosialisasi kembali, menciptakan kondisi lingkungan suportif, menghargai pasien secara pribadi dan membantu pemecahan masalah pasien sehingga akan meningkatkan keberhasilan pasien dalam menjalani proses pengobatan, Pasien gagal jantung mungkin tidak dapat mentoleransi jenis olahraga tertentu seperti jalan cepat atau lari, bahkan aktivitas fisik ringan yang sebelumnya sering dilakukan sekarang menjadi tidak mampu untuk dilakukan, hal ini terjadi karena tubuh membutuhkan oksigen dan nutrisi lainnya selama aktivitas fisik. Akan tetapi, bagaimana dukungan keluarga berhubungan dengan pola aktivitas fisik pasien gagal jantung masih perlu di teliti, oleh karena itu, pertanyaan penelitian ini adalah "adakah hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di rumah sehat RSUD Koja.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengidentifikasi gambaran dukungan keluarga pada penderita gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja.

2. Untuk mengidentifikasi pola aktivitas fisik pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD koja
3. Untuk menganalisa hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat bagi pelayanan keperawatan

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan untuk mengembangkan pelayanan keperawatan untuk meningkatkan dukungan keluarga.

### 1.4.2 Manfaat bagi peneliti selanjutnya

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan sumber informasi mengenai hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja..

### 1.4.3 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran untuk penelitian selanjutnya dan sebagai bahan referensi untuk meningkatan kualitas pendidikan ilmu keperawatan.

### 1.4.4 Manfaat Bagi Pasien Dan Keluarga

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukkan dan sumber informasi bagi pasien dan keluarga agar keluarga dapat memberikan dukungan dan perawatan yang baik pada pasien

# BAB II
# TINJAUAN PUSTAKA

## 2.1 Konsep Gagal Jantung

### 2.1.1 Definisi Gagal Jantung

Menurut Rampengan (2014), gagal jantung adalah suatu keadaan dimana jantung tidak mampu berfungsi dengan baik dalam menyalurkan nutrisi ke seluruh bagian tubuh, sehingga mengganggu dinding vena kapiler dan hubungannya dengan kebutuhan tubuh untuk metabolisme. Setiap jenis penyakit itu jantung bisa mengakibatkan dekompensasi dan kegagalan.

Klabunde (2015) Menjelaskan penyebab penyakit jantung, baik sistolik maupun diastolik, mengakibatkan hilangnya volume dan volume sekuncup jantung, menyebabkan jantung tidak mampu mengangkut oksigen secara memadai ke setiap bagian tubuh dan menyebabkan organ-organ mati atau mati. hanya mampu mengekspresikan dirinya melalui jaringan pengisian tipis.

Menurut Yancy, dkk (2013), gagal jantung adalah suatu sindrom klinis kompleks akibat rusaknya nilai struktural, fungsional, atau ventrikel darah. Gejala utamanya meliputi disfagia, disfagia, intoleransi aktivitas, dan retraksi cairan. terdapat tekanan vena jugularis, terdapat *pulmonary crackles*, meningkatnya frekuensi nadi serta terdapat edema perifer (Lainscak et al., 2017).

### 2.1.2 Etiologi Gagal Jantung

Penyakit atau patologi intrinsik dapat menyebabkan jantung kelenjar, atau mungkin disebabkan oleh faktor eksternal yang menyebabkan efek yang lebih merugikan pada jantung. Penyebab utamanya adalah penyakit jantung, yang mengurangi koroner darah aliran dan perpindahan nutrisi ke otot jantung mengakibatkan hipoksia dan gangguan fungsi mikrokariosit (Klabunde, 2015).

Aritmia merupakan salah satu faktor penyebab jantung gagal, sedangkan fibrilasi atrium (AF) merupakan faktor penyebab tersering. Segera sejarah AF, sebagaimana sebagian besar pasien di rumah sakit jantung, dapat mengalami riwayat gejala dan gangguan hemodinamik. (Ural Dkk., 2015).

Faktor lain yang mungkin berdampak pada jantung adalah cacat bawaan dan gangguan katup, yang dapat meningkatkan risiko jantung, infark miokard, kronis aritmia, dan miokarditis (menular atau tidak) (Ural et al., 2015).

### 2.1.3 Klasifikasi Gagal Jantung

Klasifikasi gagal jantung dapat dijabarkan melalui dua kategori yakni kelainan struktural jantung atau berdasarkan gejala yang berkaitan dengan kapasitas fungsional *New York Heart Association* (NYHA) ( Perki. 2015)

| **Berdasarkan kelainan struktural jantung** | **Berdasarkan kapasitas fungsional (NYHA)** |
|---|---|
| Stadium A<br>Memiliki risiko tinggi untuk berkembang menjadi gagal jantung. Tidak terdapat gangguan struktural atau fugsional jantung, dan juga tidak tampak tanda atau gejala. | Kelas I<br>Tidak ada batasan aktifitas fisik. Aktifitas fisik sehari-hari tidak menimbulkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas. |
| Stadium B<br>Telah terbentuk kelainan pada struktur jantung yang berhubungan dengan perkembangan gagal jantung tapi tidak terdapat tanda atau gejala | Kelas II<br>Terdapat batasan aktifitas ringan. Tidak terdapat keluhan saat istrahat, namun aktifitas fisik sehari-hari menimbulkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas. |
| Stadium C<br>Gagal jantung yang simptomatik berhubungan dengan penyakit struktural jantung yang mendasari. | Kelas III<br>Terdapat batasan aktifitas yang bermakna. Tidak terdapat keluhan saat istrahat, namun aktfitas fisik ringan menyebabkan kelelahan, berdebar atau sesak nafas. |
| Stadium D<br>Penyakit jantung struktural lanjut serta gejala gagal jantung yang sangat bermakna muncul saat istrahat walaupun sudah mendapat terapi medis maksimal (refrakter). | Kelas IV<br>Tidak dapat melakukan aktifitas fisik tanpa keluhan. Terdapat gejala saat istrahat. Keluhan meningkat saat melakukan aktifitas |

Selain itu, gagal jantung sering dikaitkan dengan hilangnya fungsi sistolik

(fraksi ejeksi) dan gangguan fungsi diastolik, yaitu fungsi sistolik (fraksi ejeksi normal), yang selanjutnya disebut gagal jantung dengan Gagal Jantung dengan Fraksi Ejeksi Jarak Menengah (HFmrEF), Preserved Ejection Fraction (HFPEF) Perki, dan Fraksi Ejeksi Tereduksi (HFREF) Perki (2020) Selain itu, perombakan gelombang mikro juga akan terus berlanjut dan mengakibatkan terbentuknya sindrom klinis klinis.

### 2.1.4 Manifestasi klinis Gagal Jantung

Menurut Wijaya dan Putri (2013), gejala gagal jantung adalah:

1. Gagal jantung kiri menyebabkan kongesti, kongesti paru, dan terganggunya mekanisme kontrol pernafasan. Gejala :

A. Kesulitan bernapas. Terjadi akibat penimbunan atau penimbunan cairan di dalam alveoli sehingga mengganggu pertukaran gas. Dispnea dapat terjadi saat istirahat atau disebabkan oleh gerakan minimal atau sering.
B. Ortopnea. Penderita ortopnea tidak mau berbaring dan menggunakan bantal untuk duduk tegak di tempat tidur atau di kursi, bahkan saat sedang tidur.
C. batuk. Hal ini disebabkan oleh kegagalan ventrikel dan dapat bersifat kering serta tidak produktif, namun yang paling umum adalah batuk basah. Artinya batuk yang mengeluarkan banyak lendir berbusa, terkadang disertai bercak darah.
D. Aku mudah lelah. Hal ini terjadi karena curah jantung yang tidak mencukupi, yang mengganggu sirkulasi jaringan dan oksigen normal serta mengurangi pembuangan produk pemecahan katabolik. Hal ini juga disebabkan oleh peningkatan pengeluaran energi saat bernapas dan insomnia yang disebabkan oleh gangguan pernapasan dan batuk.
E. Ronchi. Tambahan suara nafas mungkin terdengar karena disebabkan oleh kemacetan di paru-paru.
F. Gelisah dan cemas. Hal ini terjadi karena terganggunya suplai oksigen ke jaringan, nyeri, pernapasan, stres karena pengetahuan, bahkan jantung tidak berfungsi dengan baik.

2. Gagal jantung kanan Penyebab peningkatan vena sistemik :

A. Edema perifer. Penimbunan cairan tubuh akibat pembengkakan jaringan tubuh. Edema memiliki banyak penyebab dan dapat terjadi di berbagai bagian tubuh, seperti tungkai, kaki, lengan, dan wajah.
B. Peningkatan BB. Situasi dimana keburukan sebelum sakit berkurang.
C. Distensi vena jugularis. Keadaan ini terlihat pada vena jugularis di daerah leher, akibat peningkatan tekanan pada vena sentral sehingga menurunkan tekanan di cava. Vena sentral tekanan menunjukkan bahwa beberapa darah akan kembali ke jantung, dan jantung tertentu dapat secara efektif mengubah rute darah ke paru-paru dan seluruh tubuh.
D. Hepatomegali, Penyumbatan pembuluh darah yang mengalir keluar jantung dan penyempitan katup trikuspid pada jantung adalah karena pembesaran hati pada gagal jantung.
E. Asites. Dengan selaput yang melapisi dinding perut dan organ dalam tubuh, memperkuat cairan di rongga. Rongga ini dikenal sebagai peritoneum. Perut yang membesar pada gagal jantung akan mengakibatkan menumpuknya cairan pada rongga peritoneum. Alasannya adalah kontraksi otot jantung mengirimkan cairan dan darah ke setiap bagian tubuh. Kondisi ini dapat mengakibatkan cairan kembali ke paru-paru atau organ lain dan bocor ke peritoneum.
F. Lubang edema. Perkiraan kausal di interstitium. Edema berpotensi terjadi di bagian tubuh mana pun. Edema terjadi ketika darah ditarik ke jaringan terdekat. Setelah itu, cairan menumpuk sehingga lapisan tubulus menjadi melemah. Pitting edema pada gagal jantung adalah ketika jantung mulai gagal berfungsi. Salah satu atau kedua bilik organ mulai kehilangan kemampuannya dalam memompa darah secara efektif, sehingga cairan menumpuk secara perlahan dan menyebabkan edema pada kaki, paru-paru atau perut.
G. Anoreksia. Individu dengan gangguan makan cenderung mengonsumsi kalori lebih banyak dari yang diperlukan. Untuk menangkal hal tersebut,

tubuh akan “memecah” otot sebagai sumber kalori untuk aktivitas fisik. Jantung otot merupakan salah satu dari sedikit otot yang menunjukkan kelembapan. Fungsi jantung dalam memanaskan darah tidak terlalu besar. Hal ini dapat mengakibatkan gagal jantung, yang ditandai dengan dengusan dan cairan di berbagai organ tubuh. Selain itu, penderita anoreksia biasanya mengalami kadar potasium yang rendah. Kalium sangat penting untuk membantu jantung menjadi lebih jinak. Peningkatan kadar kalsium pada pasien anoreksia dapat menyebabkan gangguan irama jantung.

H. Mual. Hal ini terjadi karena jantung tidak mampu mentransfer nutrisi ke berbagai bagian tubuh, menyebabkan jantung secara bertahap menjadi lebih lemah seiring berjalannya waktu. Namun hal ini ada hubungannya dengan cairan di bawah perut yang dapat menyebabkan kembung, yang dapat menyebabkan masalah seperti mual dan nafsu makan.

### 2.1.4 Komplikasi Gagal Jantung

Menurut Sutherland, K. (2010), gagal jantung mempunyai beberapa komplikasi. Komplikasi utama adalah:

1) Aritmia.

   Fibrilasi atrium (AF) dapat menjadi penyebab atau akibat dari gagal jantung. Prevalensi fibrilasi atrium meningkat seiring dengan tingkat keparahan gagal jantung. Prevalensi fibrilasi atrium pada pasien gagal jantung kelas I NYHA (*New York Heart Association)* kurang dari atau setara dengan 5%, sedangkan prevalensi pada pasien gagal jantung kelas IV NYHA (*New York Heart Association)* adalah 50%. Banyak penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan fibrilasi atrium memiliki prognosis yang lebih buruk dibandingkan pasien gagal jantung tanpa fibrilasi atrium. Pasien dengan gagal jantung dan fibrilasi atrium mengalami lebih sedikit rawat inap dan peningkatan angka kematian.

2) Depresi.

Sepertiga orang yang menderita gagal jantung menderita depresi berat dan terus-menerus. Depresi dikaitkan dengan penurunan kualitas hidup, terbatasnya fungsi, terbatasnya perawatan diri, tingginya biaya perawatan kesehatan, dan hasil yang buruk bagi semua pasien dengan penyakit kardiovaskular ini.

3) Stroke dan tromboemboli.

Gagal jantung merupakan predisposisi pasien terhadap jenis penyakit tromboemboli, termasuk stroke, trombosis vena dalam, dan emboli paru. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan risiko ini adalah berkurangnya curah jantung (darah cenderung berkumpul dan mengembang di dalam bilik jantung). 18 dari 1000 penderita gagal jantung akan mengalami stroke dalam waktu tahun setelah didiagnosis gagal jantung. Kejadian stroke meningkat menjadi kejadian 5 tahun setelah diagnosis, hingga 47,4 per 1000 orang.

4) Kaheksia.

Kaheksia adalah komplikasi serius dari gagal jantung kronis, mempengaruhi 10-15% pasien gagal jantung kronis. Malnutrisi klinis atau subklinis sering terjadi pada pasien gagal jantung berat. Biasanya terjadi dengan dispnea berat (sesak napas) dan kelemahan.

5) Disfungsi seksual.

Disfungsi seksual adalah komplikasi umum dari gagal jantung. Berhubungan dengan penyakit kardiovaskular, kelelahan, kelelahan, kelemahan, obat-obatan (misalnya beta-blocker), depresi, kecemasan

### 2.1.6 Faktor Risiko Gagal Jantung

Menurut Ford dkk (2015) faktor risiko gagal jantung antara lain:

A. Faktor risiko utama meliputi usia, jenis kelamin, gagal jantung,

hipertrofi ventrikel kiri, infark miokard, obesitas, dan diabetes.

B. Faktor risiko ringan antara lain merokok, dislipidemia, gagal ginjal kronik, albuminuria, anemia, stres, dan gaya hidup buruk
C. Sistem imun hipersensitif
D. Infeksi yang disebabkan oleh virus, parasit, dan bakteri
E. Zat beracun akibat pemberian obat kemoterapi (anthracyclines, cyclophosphamide, 5-fluorouracil), terapi kanker yang ditargetkan (transtuzumab, tyrosine kinase inhibitor), NSAID, kokain, alkohol
F. Faktor genetik seperti riwayat keluarga

### 2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik Gagal Jantung

Pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien dengan kecurigaan gagal jantung akut meliputi elektrokardiografi, rontgen dada, dan pemeriksaan laboratorium. (Muttaqin, 2014).

#### 2.1.7.1 **Elektrokardiografi (EKG)**

Pemeriksaan EKG dapat digunakan untuk melihat adanya hipertrofi dan memantau adanya perubahan kalium setelah pemberian diuretik, sehingga dapat diketahui ada atau tidaknya perubahan gelombang akibat hipokalemia yang pada umumnya merupakan dampak dari pemberian diuretic

#### 2.1.7.2 **Rontgen Dada**

Foto sinar-X dada posterior-anterior dapat menunjukkan hipertensi vena, edema paru atau kardiomegali. Bukti pertama dari peningkatan tekanan vena paru 12 adalah adanya diversi aliran darah menuju atas dan adanya peningkatan ukuran pembuluh darah

#### 2.1.7.3 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin pada pasien gagal jantung adalah elektrolit, laju filtrasi glomerulus (GFR), kreatinin, tes fungsi hati, glukosa, darah perifer lengkap (hemo-globin, trombosit, leukosit) dan urinalisis untuk pertimbangan pemeriksaan tambahan lain sesuai pada tampilan klinis.

### 2.1.8 Tatalaksana Medis Gagal Jantung

Penderita gagal jantung cenderung lebih toleran sehingga memudahkan mereka melakukan berbagai aktivitas fisik, meningkatkan kualitas hidup, dan meningkatkan taraf hidup. Pendekatan ini dibagi menjadi tiga bidang: mengobati penyebab penyakit gagal jantung, mengidentifikasi faktor risiko yang dapat memperburuk gagal jantung, dan mengobati gagal jantung (Nurkhalis, 2020). Pengobatan farmakologis dan nonfarmakologis terdiri dari pasien gagal jantung. Tujuan terapi adalah mengurangi peradangan, mempercepat proses penyembuhan, dan meningkatkan daya tahan. Perawatan non farmakologis pada pasien gag syndrome setara dengan manajemen perawatan diri (Nurkhalis, 2020).

Manajemen perawatan diri didefinisikan sebagai tindakan dengan tujuan mencapai stabilitas fisik, mengidentifikasi potensi sumber ketidakstabilan, dan mengidentifikasi jantung gagal awal. Penurunan berat badan (Tahap C), pemantauan asupan makanan, olah raga, penambahan asupan cairan, pemenuhan minum obat, dan lain-lain. adalah contoh perawatan diri penatalaksanaan. Terapi non farmakologi juga dapat dilakukan dengan menurunkan tekanan darah, menurunkan kolesterol dan penebalan pembuluh darah, mengurangi penipisan rambut, dan mengurangi kerontokan rambut. Di sisi lain, tujuan pengobatan adalah untuk meringankan gejala jantung seperti kemacetan dan berkurangnya respons terhadap kompensasi (Nurkhalis, 2020).

Salah satu mekanisme respons kompensasi telah dijelaskan dengan menggunakan model neurohormonal. Ini melibatkan aktivasi fungsi neurohormonal oleh norepinefrin, angiotensin II, aldosteron, vasopresin, dan beberapa jenis sel otot polos yang menghasilkan respon kompensasi yang menyebabkan jantung gagal kontraksi. Oleh karena itu, gaital jantung pasien biasanya memiliki mekanisme kerja yang berkaitan dengan aktivitas neurohormonal. Pengobatan tidak

hanya dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah, tetapi juga dapat membantu menyelesaikan masalah yang berhubungan dengan jantung dan mengurangi timbulnya nyeri akut akibat kompensasi jantung. Berbeda dengan pengobatan biasa, gagal jantung diastolik dan sistolik adalah sama. Obat-obatan yang digunakan antara lain beta blocker, glikosida jantung, vasodilator, beta agonis, bipiridin, ACE inhibitor (penghambat enzim pengonversi angiotensin), antagonis aldosteron, beta blocker, glikosida jantung, dan peptida natriuretik (Nurkhalis, 2020).

Pengobatan gagal jantung terhadap diuretik sama untuk menjaga gejala kelebihan volume. Jika ACE inhibitor tidak dapat ditoleransi, dianjurkan untuk menggunakan obat penghambat reseptor angiotensin (ARB). Namun, ARB hanya meningkat setelah terapi diuretik yang memadai. Dosis disesuaikan dengan cermat untuk mencapai tingkat kelelahan terkait pekerjaan yang paling ideal. Setelah pasien distabilkan dengan ACE inhibitor, beta blocker diberikan. Di sisi lain, glikosida jantung (digoksin) akan diberikan jika pasien merasa membutuhkan jantung bahkan setelah memulai terapi kombinasi.

## 2.2 Konsep Pola Aktivitas Fisik

### 2.2.1 Definisi Pola Aktivitas Fisik

Menurut Mulyono (2009), aktivitas adalah suatu jenis kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sibuk, dinamis, mampu bereaksi dan dipelihara (disebut juga aktivitas atau aktivitas). Oleh karena itu, setiap perbuatan atau kegiatan yang terjadi, baik yang bersifat fisik maupun tidak, merupakan suatu kegiatan.

Latihan aktivitas jasmani merupakan gerak tubuh yang menghasilkan pelepasan tenaga, yang sangat penting untuk menjaga kesehatan jasmani dan rohani serta tetap waspada dan sehat sepanjang hari. Aktivitas fisik tertentu dapat dimasukkan dalam kehidupan sehari-hari dan aktivitas

olahraga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Aktivitas fisik didefinisikan sebagai proses tubuh yang dihasilkan dari berbagai situasi yang memerlukan penggunaan energi. Aktivitas tersebut antara lain bekerja, bermain game, melakukan pekerjaan rumah, bersih-bersih, dan melakukan aktivitas kreatif (WHO, 2018).

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh kontraksi otot rangka yang secara signifikan meningkatkan pengeluaran energi (WHO, 2010). Aktivitas fisik dan perawatan kesehatan, yang sering disebut olah raga atau pelatihan, didefinisikan sebagai subkategori aktivitas fisik yang terjadi selama jam-jam terjaga, di mana tubuh bergerak, diatur ulang, dan dilakukan untuk menambah atau mengurangi satu atau lebih komponen fisik. (Caspersen dkk.1985).

Aktivitas lansia sangat terbatas. Jumlah minimal pekerjaan bagi seorang karyawan merupakan hal yang cukup penting. Karyawan disarankan untuk melakukan aktivitas fisik yang berat sebagai cara untuk memperkuat tekad mereka, dan melakukan aktivitas yang lebih berat dapat membuka peluang kerja. Pelepasan jantung meningkat sehingga beban menjadi lebih besar (Shahriari et al., 2013).

Oleh karena itu, pasien cenderung lebih enggan untuk mengubahnya. Berat aktivitas, penderita gagal jantung tetap bisa aktif namun beradaptasi dengan toleransi tubuh, karena aktivitas diperlukan tubuh untuk melatih kapasitas fungsional jantung, tetapi juga bertujuan untuk memastikan bahwa kegiatan-kegiatan tersebut tidak menjadi serangan jantung, selak sebagaian terhadap pasien dengan gangguan gagal jantung, aktivitas minimal atau sedang diperlukan untuk mengurangi beban kerja jantung, pasien gagal jantung perlu diajarkan untuk beraktivitas secara bertahap.

Untuk meningkatkan toleransi, kegiatan dilakukan dengan mengamati reaksi seperti peningkatan tekanan darah, detak jantung, dan pernapasan. Olah raga akan meningkatkan kekuatan jantung secara nyata sehingga jantung gagal menurun, dan aktivitas ini dapat dilakukan secara

efektif informal dan lebih efektif jika dilaksanakan sebagai program pendidikan jasmani terstruktur (Nicholson, 2017)

Menurut Mulyono (2009), aktivitas adalah segala jenis aktivitas yang menarik, dinamis, dan mampu dilakukan oleh seseorang, yang disebut juga aktivitas (activitas atau kegiatan). Dengan demikian, segala sesuatu yang dilakukan atau peristiwa-peristiwa yang terjadi, baik yang bersifat fisik maupun non fisik, merupakan suatu jenis kegiatan.

Aktivitas fisik merupakan proses alami tubuh dalam menghasilkan energi yang sangat penting untuk menjaga kesehatan baik Jasmani maupun Rohani agar dapat panjang umur dan sehat. Jenis aktivitas fisik ini dapat dilakukan dengan olahraga sehari-hari dan olahraga ketahanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Aktivitas fisik didefinisikan sebagai proses tubuh yang dihasilkan dari berbagai situasi yang memerlukan penggunaan energi. Contoh aktivitas tersebut antara lain bekerja, bermain, melakukan pekerjaan rumah, memanjat, dan melakukan aktivitas rekreasi (WHO, 2018).

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh kontraksi otot rangka yang secara substansial meningkatkan pengeluaran energi (WHO, 2010). Aktivitas fisik dan kesehatan, olahraga atau latihan olahraga di definisikan sebagai subkategori aktivitas fisik waktu luang di mana gerakan tubuh yang di rencanakan, terstruktur dan berulang-ukang di lakukan untuk meningkatkan atau mempertahankan satu atau lebih komponen kebugaran fisik (Caspersen et al. 1985).

Aktivitas lansia sangat terbatas. Kemajuan minimal menuju Penerita gagal jantung sangat terlibat. Disarankan agar pasien menjalani terapi baring sebagai cara untuk mengurangi kecemasan pada pasien dengan melakukan aktivitas yang lebih canggih. dapat menyebabkan kerja jantung meningkat sehingga bebannya menjadi lebih besar (Shahriari dkk., 2013).

Oleh karena itu, pasien cenderung lebih enggan melakukan aktivitas berat. Penerita gagal jantung tetap bisa beraktivitas tetapi menyesuaikan

toleransi tubuh. Karena aktivitas diperlukan tubuh untuk melatih kapasitas fungsional jantung, serta bertujuan untuk memastikan bahwa kegiatan tersebut tidak menyebabkan serangan jantung, selama proses pengobatan bagi pasien dengan gangguan gagal jantung.

Pasien gagal jantung perlu diajarkan untuk beraktivitas secara bertahap, dan minimum atau sedang diperlukan untuk mengurangi beban kerja, untuk meningkatkan toleransi, kegiatan dilakukan dengan mengamati reaksi seperti peningkatan denyut nadi, sesak napas, dan kelelahan. Olahraga akan memperkuat otot sehingga jumlah jantung yang terjadi menjadi rendah. Latihan ini akan membantu dilakukan secara informal dan akan lebih efektif jika dirancang sebagai program pendidikan jasmani yang terorganisir (Nicholson, 2017).

### 2.2.2 Pengukuran Pola Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik merupakan gerakan tubuh yang menghasilkan pengeluaran sejumlah energi yang dinyatakan dalam satuan kilo kalori, keluaran energi tubuh setiap harinya merupakan jumlah total dari ketiga komponen berikut (Nilawati, 2004):

1.) Tingkat Metabolisme Istirahat (RMR): Jumlah energi minimal yang diperlukan untuk melakukan aktivitas yang menunjang proses fisiologis, yaitu 60–75% dari seluruh energi yang digunakan.

2.) Efek Termal Makanan (TEM): 10% dari total kalori yang dikonsumsi digunakan untuk menghitung pengurangan asupan kalori makanan, yang meliputi transportasi, penyerapan, dan aktivitas terkait makanan lainnya.

3) Aktivitas Energi Termal (TEA): Asupan energi yang dikurangi hingga kurang dari RMR memenuhi kebutuhan aktivitas fisik dalam kisaran 15–30% dari total kalori yang dikonsumsi. Standar perhitungan aktivitas fisik didefinisikan sebagai jumlah energi yang digunakan tubuh akibat aktivitas sehari-hari dan dinyatakan dalam METs. MET merupakan singkatan dari Maximum Basal

Metabolic Rate (RMR), dimana 1 METs adalah energi yang dikeluarkan tiap menit/kg massa tubuh orang dewasa (1 METs = 1,2 kkal/menit). Aktivitas Jasmani Kesegaran dinyatakan dalam skor yang dinyatakan dalam METs-min sebagai jumlah langkah per menit.

Total volume aktivitas fisik dapat diukur dalam satu MET-jam setiap hari atau setiap minggu. Oleh karena itu, intensitas seluruh kegiatan bervariasi selama waktu peninjauan, sebagaimana tercantum dalam MET. dihitung menggunakan waktu yang digunakan untuk semua aktivitas. Metode ini sering digunakan untuk menghitung keseluruhan volume aktivitas fisik selama penggunaan metode kuesioner.

### 2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pola Aktivitas Fisik

Faktor-faktor yang memengaruhi aktivitas fisik menurut (Maulidha, 2017) :

1) Amerika Serikat

Terdapat perbedaan kemampuan atletik antar berbagai kelompok umur. Masalah ini disebabkan oleh tidak efektif atau lemahnya mekanisme roda gigi penggerak. kebangkitan Amerika Serikat. Jika dibandingkan dengan orang yang lebih gigih, orang lanjut usia akan mempunyai fungsi lokomotor yang lebih besar.

2) Jenis Kelamin

Perbedaan ukuran tubuh antara wanita dan pria disebabkan oleh adanya perubahan pada tubuh selama masa pubertas. Mengurangi perbedaan stamina kardiovaskular harian seseorang selama masa pubertas karena wanita memiliki ikatan yang lebih panjang dibandingkan pria. Hal serupa juga terjadi pada kekuatan otot; Perbedaan kekuatan otot antara perempuan dan laki-laki disebabkan oleh perbedaan ukuran

otot, baik dari segi strategi panjang maupun proporsi tubuh.

3) Penyakit Riwayat

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh. Penderita sindrom jantung memiliki keterbatasan aktivitas fisik, seperti edema, kelelahan, dan sulit tidur.

4) Gaya Hidup

Sebagai gaya hidup yang berlaku dan modern membuat malas bergerak dan aktivitas fisik, ketika gaya hidup yang selalu tersedia secara instan dan mempengaruhi kemampuan aktivitas seseorang akibat gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaannya dalam segera hari.

### 2.2.4 Manfaat Pola Aktifitas Fisik

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015), aktivitas fisik yang teratur memberikan dampak positif bagi kesehatan, antara lain mencegah penyakit jantung, stroke, osteoporosis, kanker, hipertensi, dan diabetes, mengendalikan berat badan, dan meningkatkan fleksibilitas. Otot dan tulang lebih kuat, bentuk tubuh Anda akan lebih ideal dan proporsional, Anda akan lebih percaya diri, energik dan sehat, serta kesehatan Anda secara keseluruhan akan meningkat.

### 2.2.5 Pola Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung

Pendapat British Heart Foundation (2013), individu yang menderita penyakit jantung disarankan untuk melakukan aktivitas fisik untuk menjaga kesehatan. Aktivitas fisik yang tepat bagi jantung penderitas adalah aerobic. Aerobik merupakan aktivitas fisik yang menggunakan otot-otot besar, seperti kaki, bahu, dan lengan. Saat melakukan latihan aerobik, tubuh akan membutuhkan lebih banyak oksigen dan otot harus bekerja lebih keras. Hal ini membuat jantung dan sirkulasi menjadi lebih efisien. Selain itu, senam aerobik dapat mempercepat proses morphing tubulus. Berikut beberapa contoh latihan aerobik: Berenang, lari, dan

lompat tali. Lebih mahir dalam mengeluarkan gas dalam tubuh dalam melakukan aktivitas fisik, aplikasi latihan yang melibatkan pernapasan dapat diberikan secara lembut pada jantung penderitanya.

Ada tiga klasifikasi aktivitas fisik yang bisa kita lakukan untuk menjaga kesehatan tubuh.

Dengan kata lain:

1. Daya Tahan Aktivitas fisik untuk daya tahan tubuh dapat membantu jantung dan paru-paru. Paru-paru, otot, dan sistem peredaran darah kita menjaga kita tetap sehat dan menjadikan kita lebih sehat dan kuat. Untuk meningkatkan daya tahan Anda, latih Aktivitas Fisik selama 30 menit (4 hingga 7 hari seminggu).

   Contoh beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dipilih sebagai berikut:

   A. Jalan kaki misalnya turun dari bus lebih awal untuk berangkat kerja. 20 menit jalan kaki dan berhenti di halte 10 menit jalan kaki pulang:
      a) Joging ringan
      b) Renang, senam
      c) Tenis
      d) Berkebun.

2. Fleksibilitas Aktivitas fisik yang bertujuan untuk fleksibilitas mendorong pergerakan, membantu menjaga otot-otot tubuh tetap kendur (fleksibel), dan persendian tetap sehat. Agar lebih fleksibel, lakukan aktivitas fisik selama 30 menit (4 hingga 7 hari seminggu).

   Contoh aktivitas berbeda yang dapat Anda pilih meliputi:

   a. Mulailah dengan perlahan tanpa mengejan atau menyentak. Secara berkala selama 10-30 detik. Anda bisa memulainya dengan tangan dan kaki Anda.
   b. Latihan Tai Chi, yoga
   c. Mencuci baju, Mobil.
   d. Mengepel lantai.

3. Kekuatan Otot Aktivitas fisik yang bertujuan untuk memperkuat dapat membantu otot-otot tubuh menahan stres, menjaga kekuatan tulang, menjaga bentuk tubuh, dan lebih mencegah penyakit seperti osteoporosis. Agar lebih fleksibel, lakukan aktivitas fisik selama 30 menit (2-4 hari seminggu). Contoh aktivitas yang bisa Anda pilih antara lain:
   a. Mempelajari teknik push up yang benar, mencegah terjadinya kecelakaan otot dan persendian
   b. Naik turun tangga
   c. Membawa belanjaan
   d. Mengikuti kelas olah raga secara terstruktur dan terukur.

   Olahraga atau aktivitas fisik yang harus dihindari untuk penderita penyakit jantung meskipun olahraga penting untuk kesehatan jantung, tapi tidak untuk jenis-jenis olahraga tertentu. Karena itu, konsultasikan jenis olahraga yang dapat dilakukan jika Anda memiliki penyakit jantung.

Berikut olahraga yang dilarang untuk penyakit jantung:

1. Tenis

   Olahraga yang berbahaya bagi penderita jantung yang pertama adalah tenis. Olahraga tenis dilakukan di lapangan yang luas sehingga membutuhkan tenaga ekstra untuk memainkannya. Permainan tenis mengandalkan tenaga yang besar dan aktifitas yang cepat sehingga dapat memperberat kerja jantung. Karena hal demikianlah olaharaga tenis dilarang untuk penderita penyakit jantung

2. Sepak Bola

   Penderita penyakit jantung sebaiknya menghindari olahraga sepak bola. Dalam permainan sepak bola, dibutuhkan gerakan yang cepat dan dinamis dalam waktu lama. Ledakan tenaga tiba-tiba saat bermain sepak bola akan memaksa jantung untuk memompa lebih keras dalam waktu singkat. Hal ini tentu dapat membahayakan

penderita penyakit jantung.

3. Badminton

Apabila Anda memiliki sakit jantung maka sebaiknya menghindari olahraga batminton. Olahraga ini memberikan beban yang berat untuk jantung karena memerlukan gerakan cepat dan tiba-tiba. Karena gerakan itulah pemompaan darah yang dilakukan dari jantung seluruh tubuh menjadi bertambah. Olahraga ini harus dihindari agar penyakit jantung Anda kambuh.

4. Marathon

Penderita penyakit jantung sebaiknya menghindari lari marathon. Meskipun olaharaga lari baik untuk kesehatan, namun memiliki konsekuensi besar untuk penderita sakit jantung. Latihan ini memerlukan kerja khusus dari berbagai sistem tubuh, termasuk sistem pernapasan, peredaran darah, mata, dan paru. Dalam arti medis, aktivitas ini memulai proses penyebab jantung.

5. Basket

Hubungan antara aktivitas fisik dan kesehatan sangatlah penting. Tidak apa-apa.

Pasalnya, saat Anda melakukan aktivitas fisik, tubuh secara alami akan melakukan penyesuaian dengan bekerja lebih keras untuk menjaga massa otot dan kepadatan tulang. Namun, dalam kasus ini ada orang yang sejauh ini mereka tahu tidak mampu melakukan aktivitas fisik tersebut sesering yang mereka inginkan (Pusat Informasi Jantung Nasional, 2018).

Berdasarkan Hasil Penelitian Hananto dan Wibowo, (2015) tentang hubungan aktivitas fisik dengan kejadian gagal jantung, hubungan antara aktivitas fisik dan jantung kejadian sangat kuat; individu yang melakukan aktivitas fisik dengan baik memiliki risiko lebih tinggi terkena jantung kejadian dibandingkan mereka yang jarang melakukan aktivitas fisik. Jika mereka yang melakukan aktivitas fisik berisiko dibandingkan dengan mereka yang melakukan

aktivitas fisik sehat, maka mereka lebih mungkin mengalami depresi. Namun, penelitian lain menunjukkan bahwa aktivitas fisik yang sehat sering kali mengakibatkan masalah emosional. Mengurangi aktivitas fisik secara konsisten diharapkan dapat mengurangi stres terkait pekerjaan sehingga oksigen karyawan tetap tidak berubah serta kesehatan fisiknya.

Gagal jantung meliputi susah tidur, nyeri, lelah/kelelahan terus menerus sepanjang hari. gangguan sepanjang waktu istirahat atau jam aktif (Bruner & Sudarth, 2013). Salah satu cara untuk mencegah kejadian jantung adalah dengan memulai dengan pendidikan kesehatan sejak dini dan pendidikan berkelanjutan tentang kegiatan jantung kenatalaksanaan yang meliputi latihan jasmani secara teratur, permainan kooperatif, dan aktivitas fisik yang tidak terlalu intens setiap hari agar semua orang dapat berpartisipasi. .jantung grade 3 itu dikarenakan gaya hidup atau pekerjan (Hananto dan Wibowo, 2015)

Mancegah paparan adem, makan sedikit tapi teratur, menjaga berat badan dalam batas terkomendasikan, dan tanpa terburu-buru atau stres dalam pekerjaan. Berdasarkan temuan penelitian Hananto dan Wibowo (2015)

Mengenai hubungan aktivitas fisik dengan episode jantung gagal, maka hasil yang diperoleh adalah individu yang aktif secara fisik. Berbeda dengan orang yang tidak aktif sebagaimana mestinya, mereka yang lebih aktif memiliki risiko lebih tinggi mengalami gagal jantung tingkat tinggi, menurut penelitian lain. Hananto dan Wibowo (2015) menemukan bahwa orang yang tidak aktif juga memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami gagal jantung tingkat tinggi.

### 2.2.6 Alat Ukur Pola Aktivitas fisik

Pada penelitian ini, metode untuk mengukur aktivitas fisik menggunakan kuesioner, *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) adalah salah satu jenis kuesioner yang dapat digunakan untuk

mengukur aktivitas fisik seseorang (Booth et al, 2003). kuesioner ini dapat digunakan pada pasien gagal jantung dan sudah digunakan beberapa peneliti sebelumnya dengan judul "gambaran aktivitas fisik pasien *congestive heart failure* stage 1&2 di ruang kenaga RSUD kabupaten Sumedang" Riska, (2019) dan "Gambaran aktivitas fisik pasien gagal jantung" (Galuh, 2019). Kuesioner ini berisikan pertanyaan tentang jenis aktivitas durasi dan frekuensi seseorang melakukan aktivitas fisik dalam jangka waktu tertentu misalnya dalam 7 hari terakhir dan minimal 10 menit dalam satu kali waktu. *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) di kembangkan pertama kali di Geneva pada tahun 1998 kemudian terus di ujikan validitas dan rehabilitasnya mencakup 12 negara pada 6 benua hingga tahun 2002 (Booth et al, 2003). Hasil pengujian menunjukkan bahwa metode pengukuran ini dapat digunakan untuk monitoring dan sistem surveilans secara daerah, nasional maupun internasional serta dapat digunakan untuk proyek penelitian dan perencanaan dan evaluasi program kesehatan masyarakat (Long Last 7 Days Self - Administred version of the IPAQ, 2002).

Data dari kuesioner IPAQ dipresentasikan dalam menit-MET (*Metabolic Equivalent of Task*) per minggu. Kuantifikasi MET-menit/minggu mengikuti rumus berikut,

1. MET-menit/minggu untuk berjalan = 3,3 x durasi berjalan dalam menit x durasi berjalan dalam hari
2. MET-menit/minggu untuk aktivitas sedang = 4,0 x durasi aktivitas sedang dalam menit x durasi aktivitas sedang dalam hari
3. MET-menit/minggu untuk aktivitas berat = 8,0 x durasi aktivitas berat dalam menit x durasi aktivitas berat dalam hari
4. MET-menit/minggu total aktivitas fisik =

Penjumlahan MET-menit/minggu dari aktivitas berjalan + aktivitas sedang +aktivitas berat

## 2.3 Konsep Dukungan Keluarga

### 2.3.1 Definisi Dukungan Keluarga

Sebagai sebuah kelompok, keluarga terdiri dari dua orang atau lebih yang dipersatukan oleh empati dan persahabatan, serta mengakui dirinya sebagai anggota kelompok (Zakaria, 2017). Sedangkan mekanisme pertahanan keluarga merupakan suatu sikap atau tindakan penerimaan. diberikan kepada anggota keluarga yang mengalami kesulitan atau masalah; ini termasuk perlindungan emosional, instrumental, penilaian, dan informasional. Di dalam lingkaran itu, anggota kelompok mempersepsikan sesuatu yang terlihat. Sosial keluarga adalah suatu proses yang terjadi sepanjang hidup; sifat dan jenis keluarga sosial berbeda-beda tergantung pada tahap kehidupan. Namun, sepanjang setiap tahap kehidupan, dinamika kelompok sosial memungkinkan anggotanya berfungsi dengan baik dan pemahaman yang mendalam. Hal ini penting karena dapat meningkatkan kesehatan kelompok dan kemampuan beradaptasi.

Dukungan keluarga merupakan proses hubungan antara lingkungan sosial dan kelompok. Setiap hari, dukungan sosial kelompok membantu setiap anggota menjadi lebih mampu dalam berbagai bidang ilmu, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan kemampuan beradaptasi dengan kehidupan sehari-hari. Dukungan keluarga sebagai salah satu faktor penting yang dibutuhkan seorang anggota keluarga ketika mengalami kesulitan atau masalah (kesehatan). Di Indonesia, ada ikatan yang sangat kuat yang putus ketika salah satu anggota kelompok sakit meninggalkan rumah dan kembali bekerja di sana. Anggota kelompok sakit dan anggota tetangga kemudian menjalin ikatan dengan menginap semalam atau siang hari di rumah sakit dengan bergantian.

### 2.3.2 Bentuk Dukungan Keluarga

Harmilawati (2013) bentuk dukungan keluarga**.**

a. Dukungan Emosional merupakan bentuk dukungan yang berupa simpatik, empatik, kasih sayang dan perhatian yang diberikan kepada seseorangan yang menanggung beban yang dihadapi, yang sebagaimana orang tersebut tidak merasa sendirian menanggung beban.
b. Instrumental dukungan is a nyata type of dukungan that provides silent assistance with the aim of assisting someone in understanding a situation that has been neglected.
c. Information ecosystems can be described in terms of providing nasehat or saran, arahan, bimbingan, and information about solutions related to individual problems.
d. Esteem dukungan adalah melalui ekspresi, pujian atau penilaian positif bagi individu, dorongan untuk maju dan memberi semangat, dan juga perbandingan positif individu dengan pengaruh penting lainnya kepada seseorang. However, keluarga's positive energy might assist its members in feeling a sense of belonging.

### 2.3.3 Tipe-tipe Keluarga

Dukungan keluarga yang diberikan dapat dipengaruhi oleh tipe keluarga. tipe keluarga dibagi 3, antara lain:

a. Keluarga inti adalah jenis keluarga yang putus karena sifat yang diwariskan, seperti ikatan kekerabatan atau kekerabatan. Kelompok ini terdiri dari ibu, ayah, dan anak. timbul dari sumber adopsi atau keturunan.
b. Keluarga Organisasi disebut juga asal keluarga adalah satuan kelesuan seseorang.
c. Anak keluarga besar (keluarga besar) adalah keluarga inti

yang berasal dari satu keluarga pasangan keluarga inti, seperti kakek-nenek, paman atau bibi. Berasal dari anggota keluarga lainnya saudara sedarah.

### 2.3.4 Pengukuran Dukungan Keluarga Pasien Gagal Jantung

Untuk mengukur variabel dukungan keluarga dapat menggunakan skala dukungan keluarga yang diadaptasi dan dikembangkan dari teori Friedman yang telah dimodifikasi oleh Nurwulan (2017). Aspek mengukur yang digunakan untuk meningkatkan dinamika kelompok meliputi aspek emosional, instrumental, penilaian/reward, dan informasional. Kuesioner dukungan keluarga 16 pertanyaan dalam pengukuran ini, sampel diminta menjawab suatu pertanyaan dengan memilih jawaban dari beberapa alternatif jawaban yang tersedia. Skala ini menggunakan model skala Likert yang terdiri dari empat alternatif pernyataan jawaban: 1= tidak pernah, 2= kadang-kadang, 3= sering, dan 4= selalu. Dengan di kategorikan dukungan keluarga: 1. Baik = >40. 2. Sedang = 21 – 39. 3. Buruk = <20 (Nurwulan, 2017).

### 2.3.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Susanti & Sulistyani (2013), faktor yang merendahkan suatu masyarakat

Ada dua faktor yang membentuk kelompok: internal dan eksternal.

1. Faktor Internal

A. Bantuan yang diberikan kepada setiap individu didasarkan pada pertumbuhan dan perkembangannya, karena setiap anggota masyarakat (bayi-lansia) mempunyai respon yang berbeda-beda terhadap perubahan kesehatan.

B. Tingkat Pengetahuan: Pengetahuan sebagai salah satu faktor dapat mempengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi situasi sulit. Tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seorang individu berkaitan dengan seberapa banyak orang memahami orang yang bersangkutan terhadap sifat penyakitnya.

C. Emosi Seorang individu yang mengalami suatu masalah (sakit) perlu mampu berkomunikasi dengan orang lain secara emosional agar dapat menerima keadaan apa adanya dan melakukan perbaikan yang diperlukan dalam waktu yang minimal.

D. Faktor Spiritual: Faktor ini berkaitan dengan nilai-nilai kepercayaan dan kesetiaan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan pencarian makna hidup. Seseorang yang memahami hidupnya bisa dilihat melalui aspek spiritual

2. Faktor Eksternal

A. Struktur Kelompok B. Dimensi Struktur Kelompok meliputi Peran, Kekuasaan, dan Pola Komunikasi Kelompok. Struktur kelompok berkaitan dengan bagaimana struktur kelompok memberikan dukungan kepada anggotanya. Hal ini umumnya mempengaruhi cara pasien mengelola kesehatannya.

C. Psikososial dan Sosial

D. Masyarakat biasanya mencari dukungan sosial dari kelompok sosialnya. Hal ini dapat digunakan untuk mempengaruhi persepsi mereka terhadap penyakit dan cara mengobatinya. e. Latar belakang budaya F. Hal ini dapat mempengaruhi persepsi masyarakat mengenai kesehatan dan kesejahteraan mereka dengan memberikan dukungan dan rasa kebersamaan.

### 2.3.6 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga terdapat 5 fungsi menurut Friedman (2010) yaitu:

1. Fungsi afektif adalah mekanisme yang melindungi privasi dengan memfasilitasi stabilisasi privasi lansia dan memenuhi kebutuhan psikologis anggota kelompok.

2. Fungsi sosialisasi dan status sosial adalah membina sosialisasi sejak dini dengan tujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif dan simbol status bagi teman-temannya.

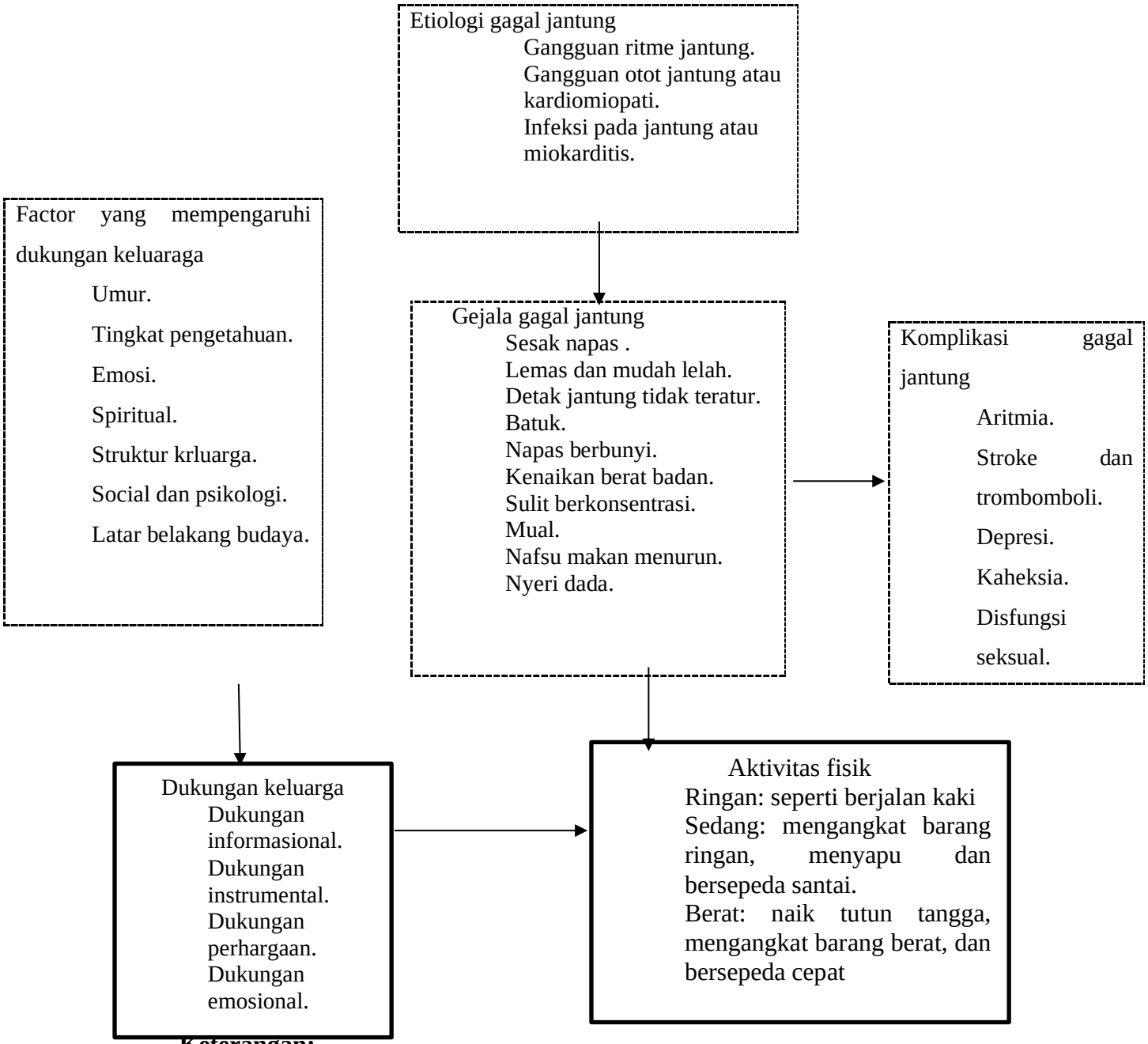
3. Peranan reproduksi adalah untuk mengembangkan dan melestarikan kehidupan berkeluarga guna mewariskan warisan generasi dan kelanggengan hidup keluarga di samping kelanggengan penduduk.
4. Fungsi ekonomi, seperti simpan pinjam untuk kebutuhan ekonomi kelompok untuk mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan kelompok.
5. Fungsi tim layanan kesehatan adalah menyediakan kebutuhan fisik anggotanya, yang meliputi makanan, air, tempat tinggal, dan layanan kesehatan yang diperlukan.

### 2.3.7 Keluarga Di Bidang Kesehatan

Terdapat 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan menurut (Friedman, 2010) antara lain:

a. Menganalisis dan memitigasi masalah atau gangguan kesehatan yang dialami anggota kelompok.
b. Menawarkan bantuan kepada anggota keluarga yang sakit atau cacatdilakukan di rumah jika anggota keluarga tidak mampu merawat dirinya sendiri atau dirujuk ke penyedia layanan kesehatan untuk mendapat pengobatan yang tepat.
c. Merumuskan respon yang tepat bagi kelompok masyarakat yang mengalami gangguan kesehatan.
d. Mengamati kondisi kehidupan di dalam rumah yang bermanfaat bagi kesehatan kelompok masyarakat lainnya.
e. Menjaga hubungan timbal balik antara kelompok dengan organisasi kesehatan (menggunakan fasilitas kesehatan yang ada).

## 2.4 Kerangka Teori




**Keterangan:**

**———— = Diteliti**

**---------- = Tidak diteliti**

Gambar 1. Kerangka teori

(Ural et al., 2015. Sutherland, K., 2010. Bruner & Suddarth, 20013. Harmilawati, 2013. Susanti & Sulistyani, 2013

# BAB 3
# METODE PENELITIAN

## 3.1 Kerangka Konsep, Hipotesis Dan Definisi operasional

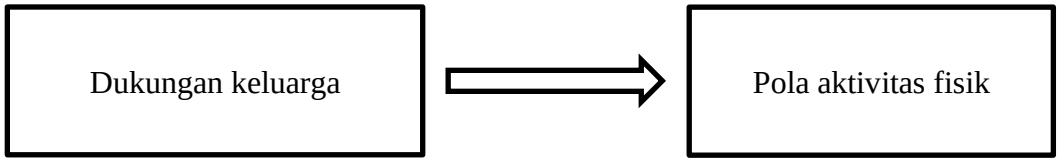
### 3.1.1 Kerangka konsep

Menurut Sugiyono (2019), kerangka konsep adalah suatu hubungan teoritis yang secara teoritis akan menghubungkan variabel terikat dan variabel terikat penelitian, yaitu variabel independen dan variabel dependen yang akan dinilai atau ditentukan melalui penelitian yang dilakukan.

Kerangka konseptual adalah hubungan logis antara penelitian teoritis dan empiris. Pendekatan kuantitatif digunakan dalam penelitian ini. Metodologi penelitian kuantitatif adalah jenis analisis yang digunakan untuk menguji populasi atau sampel tertentu dengan tujuan memvalidasi hipotesis yang telah ditetapkan sebelumnya.

Adapun kerangka konsep yang telah diteliti oleh peneliti adalah sebagai berikut:

Variabel Independen Variabel dependen




### 3.1.2 Hipotesis

Hasil penelitian ini ditemukan terdapat hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja, dengan hasil Ha diterima dan Ho ditolak

### 3.1.3 Definisi Operasional

**Tabel. 3.1 Definisi Operasional Penelitian Hubungan Dukungan Keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja**

| **Variabel independent** | **Definisi Operasional** | **Alat ukur** | **Cara ukur** | **Hasil ukur** | **Skala** |
|---|---|---|---|---|---|
| Dukungan keluarga | dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk dukungan penilaian, dukungan instrumental dukungan informasional, dan dukungan emosional | Koesioner B dukungan keluarga | Kuesioner tentang dukungan emosional dalam bentuk pengukuran Favourable :<br>1= tidak pernah<br>2= kadang-kadang<br>3= sering<br>4= selalu | Berdasarkan hasil ukur di kategorikan dukungan keluarga:<br>1. Skor kurang dari 20= dukungan buruk.<br>2. Skor 21-39= dukungan sedang.<br>3. Skor lebih dari 40= dukungan baik. | Ordinal |
| Pola aktivitas fisik | aktivitas fisik yang dilakukan pasien gagal jantung yang meliputi aktivitas di waktu luang | Kuesioner C IPAQ (*Internatio nal Physical Activity Questionn are*) *Short forms* | Wawancara berdasarkan kuesioner terstruktur yang berisi 7 item pertanyaan | Dengan berdasarkan kategori aktifitas fisik:<br>1. Ringan, jika:<br>a. Tidak ada aktivitas<br>b. Aktivitas tidak cukup untuk memenuhi kriteria sedang atau berat<br>c. Aktifitas <10 min/hari atau <600 METs-min/minggu<br>2.Sedang, jika:<br>a. Jika ≥3 hari aktifitas min 20 min/hari<br>b. Jika ≥5 hari aktivitas sedang berjalan ≥30 min/hari<br>c. Jika 25 hari berjalan kombinasi, intensitas sedang/berat min ≥600 METS-min/minggu<br>3. Berat, jika:<br>a. Jika 3 hari aktivitas berat min >1500 METs-min/minggu<br>Jika ≥7 hari berjalan kombinasi dengan aktivitas sedang/berat min 3000 METS- min/minggu | Ordinal |

## 3.2 Metode Penelitian

### 3.2.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Desain deskriptif analitik korelasional bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pasien gagal jantung di Poli Jantung Rumah Sakit Umum Daerah Koja. Sedangkan pendekatan dengan *cross sectional* karena pengambilan data dilakukan dan diamati pada saat yang sama *(one point in time)* dan tidak ada pengukuran lanjutan.

### 3.2.2 Populasi dan Sampel Penelitian

a. Populasi

Populasi adalah sekelompok objek yang ditentukan oleh kriteria tertentu yang diklasifikasikan ke dalam objek yang diselidiki. Menurut Sugiyono (2019), populasi mengacu pada jumlah seluruh penduduk di dunia yang terdiri dari objek atau subjek dengan ciri-ciri dan kualitas yang ditentukan oleh peneliti dan kemudian dianalisis.

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien gagal jantung yang tercatat melakukan kunjungan rawat jalan di rumah sehat RSUD Koja. Jumlah Pasien gagal jantung yang melakukan kontrol di rumah sehat RSUD Koja pada bulan April - Mei 2023 berjumlah 190 orang.

b. Sampel

Sampel adalah sebagian dari ukuran dan karakteristik populasi. Sampel yang diambil dari populasi hendaknya cukup representatif (Sugiyono, 2019). Setelah mengetahui populasi penelitian yang terdiri dari pasien jantung di RSUD Koja, maka peneliti menentukan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi
    a. Pasien yang terdiagnosis gagal jantung

b. Pasien yang memeriksa kesehatannya di Poli Jantung rumah sehat RSUD Koja.
c. Pasien yang bersedia menjadi responden penelitian.

2. Kriteria Eksklusi
   a. Pasien dengan penurunan daya ingat.
   b. Pasien dengan keterbatasan bicara atau komunikasi.

Rumus yang digunakan untuk menentukan besar sampel penelitian ini adalah Rumus Slovin.

$$n \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah total populasi

e = Tingkat kesalahan dalam penelitian

Jumlah populasi pasien gagal jantung yang melakukan kunjungan rawat jalan di Poli Jantung rumah sehat RSUD Koja pada bulan April-Mei 2023 sebanyak 190 pasien. Tingkat kesalahan yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah 5% atau e= 0,05 maka, perhitungan sampelnya sebagai berikut.

$$n = \frac{190}{1+190(0{,}05)^2}$$

$$n = \frac{190}{1+190\ (0{,}0025)}$$

$$n = \frac{190}{1+1{,}475}$$

$$n = \frac{190}{2{,}475}$$

$$n = 76$$

Untuk mengantisipasi adanya responden yang *drop out* karena suatu keadaan tertentu, maka perlu ditambahkan 20% dari jumlah sampel. Sehingga perhitungannya adalah sebagai berikut :

n'= n / (1−f)

n'= 76 / (1-0,2)

n' = 75/ (0,8)

n' = 93,7

n' = 94

Berdasarkan hasil perhitungan jumlah sampel maka didapatkan jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 94 responden. Adapun cara peneliti untuk mencapai 94 responden dengan convenience sampling, Menurut Sugiyono (2019) convenience sampling yaitu pengambilan berdasarkan kemudahan, yaitu responden yang bersedia mengisi kuesioner.

### 3.2.3 Intrumen penelitian

#### 3.2.3.1 Kuesioner A

Kuesioner A tentang data demografi responden yang berisi nama inisial, usia, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, pekerjaan**,** status pernikahan, lama penyakit dan penyaakit peyerta.

#### 3.2.3.2 Kuesioner B

Kuesioner B di kembangkan oleh Nurwulan, (2017) tentang dukungan keluarga, Kuesioner ini terdiri dari 16 pernyataan yaitu positif dan negatif. Pernyataan positif terdapat pada nomor (1,2,3,4,5,6,7,8,9,11, 13, 14, dan 15)

sedangkan pernyataan negatif terdapat pada nomor (11). Skor penilaian jika pernyataan positif (selalu : 4, sering : 3, kadang : 2 dan tidak pernah : 1) sedangkan skor penilaian jika pernyataan negatif (selalu : 1, sering : 2, kadang: 3 dan tidak pernah : 4). Skala Likert digunakan untuk mengukur dukungan sosial dalam lingkungan keluarga pasien jantung. Skala likert digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran, pemahaman, dan persepsi individu atau kelompok terhadap fenomena sosial (Sugiyono, 2018. Penelitian ini ada empat jenis dukungan keluarga: emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan/penilaian.

**3.2.3.3 Kuesioner C**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah latihan pengukuran *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). Rentang usia untuk kuesioner pengujian jenis ini adalah 15–69 tahun (IPAQ, 2016). Kuesioner ini terdiri dari tujuh pertanyaan. Dalam kuesioner, dalam kuesioner ini menanyakan dalam tujuh hari terakhir, berapa hari responden melakukan aktivitas fisik yang berat, sedang, dan ringan, yang berlangsung setidaknya sepuluh menit setiap hari. Pertanyaan tentang aktivitas berat terdapat pada nomor 1, 2. lalu pertanyaan tentang aktivitas sedang terdapat pada nomor 3, 4. dan aktivitas fisik ringan terdapat pada nomor 5, 6, 7. Dengan kategori aktivitas fisik

1. Ringan, jika: a. Tidak ada aktivitas.
   b. Aktivitas tidak cukup untuk memenuhi kriteria sedang atau berat.
   c. Aktifitas <10 min/hari atau <600 METs-min/minggu
2. Sedang, jika: a. Jika ≥3 hari aktifitas min 20 min/hari

b. Jika ≥5 hari aktivitas sedang berjalan ≥30 min/hari.

c. Jika 25 hari berjalan kombinasi, intensitas sedang/berat min ≥600 METS-min/minggu

3. Berat, jika: a. Jika 3 hari aktivitas berat min >1500 METs-min/minggu.

b. Jika ≥7 hari berjalan kombinasi dengan aktivitas sedang/berat min 3000 METS- min/minggu

Pada penelitian sebelumnya di teliti oleh Riska, (2019) dengan judul "Gambaran aktivitas fisik pasien congestive heart failure (CHF) stage 1&2 di ruang kenanga RSUD Kabupaten Sumedang" sampel yang di gunakan adalah pasien gagal jantung dan penelitian di lakukan di ruang kenanga RSUD Kabupaten Sumedang. alat ukur variabel menggunkan kuesioner *Internasional Physical Activity Questionare* (IPAQ) uji validitas menujukan 0,33 dan hasil uji reliabilitas dengan nilai *cronbach's* 0.81.

### 3.2.4 Uji Validitasi dan Reliabilitas

#### 3.2.4.2 Uji Validitasi

Validitas berasal dari kata *validity* yang mempunyai arti sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Untuk mengetahui validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya.

#### 3.2.4.3 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih

terhadap gejala yang sama dan alat ukur yang sama. Pengukuran reliabilitas pada dasarnya dapat dilakukan dengan dua cara yaitu *repeated measure* (ukur ulang) dan *one shot* (diukur sekali saja). Pengujian reliabilitas dimulai dengan menguji validitas terlebih dahulu. Jadi jika pertanyaan tidak valid, maka pertanyaan tersebut dibuang.

Pada penelitian ini tidak di lakukan uji validitas dan reliabilitas karena instrumen ini sudah baku dimana intrumen dukungan keluarga telah di teliti oleh Nurwulan (2017) dengan judul Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Anestesi Dengan Tindakan Spinal Anestesi Di Rsud Sleman. Sendangkan instrumen aktivitas fisik di teliti oleh Riska, (2019) dengan judul "Gambaran aktivitas fisik pasien congestive heart failure (CHF) stage 1&2 di ruang kenanga RSUD Kabupaten Sumedang

### 3.2.5 Lokasi Dan Waktu Penelitian

#### 3.2.5.2 Lokasi Penelitian

Tempat penelitian telah dilakukan di ruang kardiologi rumah sehat RSUD Koja

#### 3.2.5.3 Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 20-23 Desember 2023

### 3.2.6 Prosedur Pengumpulan Data

**A. Tahap Persiapan**

1. Seusai proposal disepakati oleh pembimbing dan penguji, peneliti mengirim surat permohonan untuk keterangan izin pelaksanaan penelitian kepada Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan yang ditujukan ke rumah sehat RSUD Koja.
   (No.099/SP/U/BINAWAN.FKK.KEP/V/2023)
2. Saat menunngu surat keluar dari dekan peneliti mengajukan surat permohonan etik penelitian kepada komisi etik penelitian kesehatan fakultas keperawatan dan kebidanan

universitas binawan, dengan nomor surat (No. 074/PE/FKK-KEPK/X/2023)

3. Setelah surat dari dekan keluar peneliti menyerahkan surat pemohonan ijin penelitian dari Universitas binawan ke Direktur Rumah sehat RSUD Koja. dengan nomor surat (NO. 456/S-Ext/UBN.FKK/X/2023)
4. Setelah itu peneliti menunggu beberapa bulan dan lalu menerima balasan surat persetujuan ijin penelitian dari Rumah sehat RSUD Koja, dengan nomor surat (NO.347/IP.01.01)

**B. Tahap Pelaksanaan**

1. Peneliti berkenalan dan memberi penjelasan kepada responden mengenai tujuan, manfaat dan waktu penelitian ini
2. Meminta responden untuk mendatangani lembar persetujuan sebagai responden dalam penelitian ini
3. Membagikan lembar kusioner dan menjelaskan cara pengisiannya
4. Setelah itu, peneliti memberikan waktu kepada responden untuk mengisi kusioner dan mendampingi responden selama pasien mengisi kusioner, responden punya hak guna meminta penjelasan kepada peneliti tentang pertanyaan dalam kusioner.
5. Setelah selesai pengisian kuesioner, peneliti memberikan souvenir kepada responden yang sudah bersedia mengikuti penelitian ini.
6. Peneliti melakukan pengolahan data dari hasil jawaban responden
7. Setelah itu peneliti melakukan *running* data

### 3.2.6 Teknik analisis data

Salah satu langkah yang sangat penting dalam setiap proyek penelitian adalah pengumpulan data. Teknik pengumpulan data yang akurat dan terpercaya

akan menghasilkan data dengan tingkat kelayakan yang tinggi, begitu pula sebaliknya. Teknik pengumpulan data dan analisis data sangat penting untuk dipahami peneliti. Setelah mengumpulkan data, langkah selanjutnya yang perlu dilakukan adalah olah data dengan tujuan untuk memahami dengan jelas karakteristik yang dimiliki oleh data yang dikumpulkan. Oleh karena itu, topik yang akan dibahas dalam artikel ini adalah berbagai teknik pengumpulan dan analisis data yang digunakan dalam penelitian kuantitatif, kualitatif, dan pengembangan.

**3.2.6.1 Analisa univariat**

Analisis univariat adalah memberikan penjelasan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya (Notoatmodjo, 2018). Analisis univariat yang dilakukan untuk melihat distribusi dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pasien gagal jantung. Adapun rumus yang digunakan distribusi frekuensi yaitu :

$$p = \frac{f}{n}\ x\ 100$$

Keterangan :

P = Total skor.

F = Jumlah skor terbanyak.

N = Jumlah soal.

**3.2.6.2 Analisa bivariat**

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variable yang berhubungan dan melihat hubungan antara variable pengetahuan tentang hipertensi dengan variabel kepatuhan minum obat. Dalam analisis bivariat ini, peneliti akan menggunakan uji *Spearman Rank (Rho)*

$$Rs = \frac{1 - 6\sum d^2}{n - (n^{2-1})}$$

Keterangan:

p : Koefisien Korelasi Spearman’s Rank

n : Jumlah sampel

$\sum d^2$ : Banyaknya kuadrat selisih ranking variabel X dan Y

Skor indeks korelasi, apabila bukan 0,000, artinya ada hubungan antara dia variabel yangdihubungkan. Bertambah besar angka dalam indeks korelasi, maka bertambah tinggi korelasi semua variabel.

| Interval Kolerasi Gambar | Hubungan Variabel |
|---|---|
| 0,009 – 0,19 | Sangat rendah |
| 0,20 – 0,39 | Rendah |
| 0,40 – 0, 059 | Sedang |
| 0, 60 – 0, 0,79 | Kuat |
| 0, 80- 1,00 | Sangat kuat |

Keputusan hasil uji *Spearman Rank (rho)* pada penelitian ini adalah terdapat keeratan hubungan kuat dengan hasil nilai $r$ = 0,616

### 3.2.7 Etika penelitian

Penelitian Ini Telah Lulus Uji Etik Oleh Komite Etik Fakultas Keperawatan Dengan Judul ”Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja, Dengan Nomor Sertifikat etik (No. 074/PE/FKK-KEPK/X/2023)

1. Tanpa Nama (*Anonimitas)*

   peneliti tidak mencantumkan dan menuliskan nama reponden di lembar kuesioner dan cuma memberikan kode pada lembar pengumpulan data juga hasil penelitian yang akan dibeberkan. Tujuan dalam hal ini untu mencegah terpublikasinya identintas responden apabila penelitian ini dipublikasikan.

*2.* *Self Dermation*

   Pada reponden yaitu pasien asthmatikus yang sudah memcukupi syarat inklusi diberikan uraian tentang tujuan, manfaat, prosedur penelitian dan peran reponden dalam penelitian. Pada responden yang dinyatakan bersedia, akan diminta menandatangani pernyataan bersedia menjadi responden tanpa paksaan. Bagi responden yang menyatakan mengundurkan diri pada saat dilaksanakan penelitian, maka peneliti harus menghargai keputsannya.

3. Kerahasiaan Kerahasiaan (*Confidentiality)*

Dalam etika kerahasiaan peneliti memberi sebuah jaminan rahasi pada hasil penelitian, baik informasi maupun perosoalan lainnya akan dijamin kerahasiannya oleh peneliti. Dalam penelitian ini hanya data demografi. Peneliti tidak mencantumkan identintas responden. Peneliti menyimpan data di tempat yang aman dan tak dapat dibaca oleh orang lain. Peneliti akan menjaga semua informasi yang bersifat pribadi guna semua responden yang sudah mengikuti penelitian ini.

*4.* *Privacy*

Masalah ini menjadi persoalan etika dengan memberi sebuah jaminan rahasia hasil penelitian, baik informasi juga persoalan lainnya. Selusuh informasi yang sudah disatukan dijamin akan rahasinya oleh peneliti. Peneliti tidak akan memberi sebuah infromasi mengenai hasil penelitian tanpa disetujuinya oleh pihak terkait atau dalam hal ini sampel yang dipakai jadi objek penelitian yakni pasien yang mengalami gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja. Data akan dimusnahkan dalam waktu 3 tahun kemudian.

5. Keadilan *(Justice)*

Prinsip dalam etika keadilan dan keterbukaan haris dilindungi oleh peneliti dengan jujur, terbuka, serta cermat. Dengan demikian saat penelitiaan berlangsung ditata dengan rapi sehingga dapat memcukupi prinsip keterbukaan. Yakni peneliti menguraikan tata cara penelitian dalam prinsip keadilan memberi jaminan jika seluruh subjek penelitian mendapatkan tingah laku dan untung yang sama seperti saat bertanya dan memakai bahasa yang mudah dimengerti tanpa membedakan suku, budaya, agama dan jenis kelamin peneliti memberikan kesempatan yang sama kepada seluruh responden untuk bertanya mengenai penelitian ini.

### 3.2.8 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan bagian dari rangkaian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data. Data mentah (*raw data*) perlu diolah sedemikian rupa sehingga menjadi informasi yang pada akhirnya dapat digunakan untuk menjawab tujuan penelitian. Agar analisis penelitian dapat memberikan informasi yang benar, maka harus melalui enam tahap pengolahan data, yaitu

1. *Editing*

Langkah ini untuk mengembalikan jawaban kelengkapan yang telah dicapai sebelumnya. Pada bagian ini, peneliti meninjau tanggapan seluruh responden,

kemahiran bahasa Inggris, penulisan ulang tulisan, dan pemahaman tanggapan.

2. *Coding*

   *Coding* adalah kegiatan mengubah data berupa huruf menjadi data berupa angka atau bilangan. Kode adalah isyarat berupa angka dan huruf yang memberikan petunjuk atau identitas terhadap informasi atau data yang akan dianalisis.

   Pengkodingan yang dilakukan dalam kuesioner menurut Depkes RI, (2009) yaitu :

   a. Pengkodingan yang di berikan pada kuesioner usia

   Usia 20-25 (remaja akhir) diberikan kode 1

   Usia 26-35 (dewasa awal) diberikan kode 2

   Usia 36-45 (dewasa akhir) di berikan kode 3

   Usia 46-55 (lansia awal) di berikan kode 4

   Usia 56-65 (lansia akhir) di berikan kode 5

   Usia 66 ke atas (masa manula) di berikan kode 6

   b. Pengkodingan yang diberikan pada kuesioner jenis kelamin menurut Riskesdas, (2010)

   Laki-laki diberikan kode 1

   Perempuan diberikan kode 2

   c. Pengkodingan yang diberikan pada kuesioner pendidikan Poltekes Kemenkes Yogyakarta, (2019)

   SD/SMP diberikan kode 1

   SMA diberikan kode 2

   Perguruan Tinggi diberikan kode 3

   d. Pengkodingan yang diberikan pada kuesioner pekerjaan menurut Poltekes Kemenkes Yogyakarta,
   (2019)

   Tidak ekerja diberikan kode 1

   Bekerja diberikan kode 2

   e. Pengkodingan yang diberikan pada kuesioner status pernikahan menurut Riskesdas, (2010)

   Belum menikah diberikan kode 1

   Menikah diberikan kode 2

   Cerai hidup diberikan kode 3

Cerai mati diberikan kode 4

f. Pengkodingan yang diberikan pada kuesioner lama penyakit

1 bulan - ≤5 tahun diberikan kode 1

≥6 tahun - 10 tahun diberikan kode 2

≥11 tahun - 15 tahun diberikan kode 3

≥16 tahun - 20 tahun diberikan kode 4

≥21 tahun - 30 tahun diberikan kode 5

g. Pengkodian yang diberikan pada kuesioner penyakit penyerta

Ada penyakit penyerta di berikan kode 1

Tidak ada penyakit penyerta diberikan kode 2

4. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program komputer. Ada bermacam-macam paket program yang dapat digunakan untuk pemrosesan data dengan masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan. Salah satu paket program yang digunakan untuk *entry* data adalah paket program SPSS.

5. *Cleaning*

*Cleaning* (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat kita meng-*entry* ke komputer.

6. *Tabulating*

Tabulasi adalah proses memasukkan data hasil penelitian ke dalam tabel sesuai kriteria. Peneliti membuat tabel dengan kolom dan baris yang menampilkan data demografi, pengetahuan, dan kepatuhan pengobatan, dan memasukkan data-data hasil dari analisis dimasukkan ke dalam tabel sesuai kriteria yang telah ditentukan agar data tersebut dapat cepat dianalisis dan diambil (Hastono, 2016)

# BAB 4
# HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

## 4.1 Hasil Penelitian

Pada bab 4 ini peneliti menguraikan hasil penelitian mengenai karakteristik demografi responden, yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, status pernikahan, lama penyakit, penyakit penyerta, dukungan keluarga dan pola aktivitas fisik pasien gagal jantung. Selanjutnya peneliti akan menampilkan pembahasan hasil penelitian yaitu analisa univariat untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dan analisa bivariat untuk menganalisis hubungan antara variabel. Setelah data terkumpul dilakukan analisis menggunakan SPSS Statistics versi 27.

### 4.1.1 Hasil Penelitian Analisa Univariat

**Tabel 4.1**

**Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja Tahun 2023**

| Variabel | Kategori | Frekuensi (F) | Persentase (%) |
|---|---|---|---|
| Usia | 20-25 | 1 | 1,1% |
| | 26-35 | 3 | 3,2% |
| | 36-45 | 2 | 2,1% |
| | 46-55 | 17 | 18,1% |
| | 56-65 | 39 | 41,5% |
| | 66-100 | 32 | 34,0% |
| | **Total** | **94** | **100%** |
| Jenis Kelamin | Laki-Laki | 42 | 44,7% |
| | Perempuan | 52 | 55,3% |
| | **Total** | **94** | **100%** |
| Pendidikan Terakhir | SD-SMP | 47 | 50,0% |
| | SMA | 40 | 42,6% |
| | Perguruan Tinggi | 7 | 7,4% |
| | **Total** | **94** | **100%** |
| Pekerjaan | Tidak Bekerja | 82 | 87,2% |
| | Bekerja | 12 | 12,8% |
| | **Total** | **94** | **100%** |
| Status Pernikahan | Belum Menikah | 4 | 4,3% |
| | Menikah | 66 | 70,2% |
| | Cerai Hidup | 9 | 9,6% |
| | Cerai Mati | 15 | 16,0% |
| | **Total** | **94** | **100%** |
| Lama Penyakit | 1 Bulan - ≤ 5 Tahun | 55 | 58,5% |
| | ≥ 6 - 10 Tahun | 31 | 33,0% |
| | ≥11-15 Tahun | 4 | 4,3% |
| | ≥ 16-20 Tahun | 2 | 2,1% |
| | ≥ 21-30 Tahun | 2 | 2,1% |
| | **Total** | **94** | **100%** |
| Penyakit Penyerta | Ada Penyakit Penyerta | 65 | 69,1% |
| | Tidak Ada Penyakit Penyerta | 29 | 30,9% |
| | **Total** | **94** | **100%** |
| Dukungan Keluarga | Dukungan baik | 49 | 52,1% |
| | Dukungan Sedang | 26 | 27,7% |
| | Dukungan Buruk | 19 | 20,2% |
| | **Total** | **9** | **100%** |
| Akrivitas Fisik | Aktivitas Ringan | 35 | 37,5% |
| | Aktivitas Sedang | 30 | 31,9% |
| | Aktivitas Berat | 29 | 30,9% |
| | **Total** | **94** | **100%** |

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gagal jantung sebanyak 94 responden, dengan mayoritas usia terbanyak terdapat responden lansia akhir dengan persentase

41,5% dan mayoritas paling sedikit terdapat pada remaja akhir dengan persentase 1,1%. Sedangkan responden dengan mayoritas jenis kelamin terbanyak adalah responden perempuan dengan persentase 55,3% dan mayoritas paling sedikit terdapat pada responden laki-laki dengan persentase 44,7%. Sendangkan responden dengan mayoritas pendidikan terbanyak terdapat pada responden SD-SMP dengan persentase 50,0% dan mayoritas paling sedikit terdapat pada responden perguruan tinggi dengan persentase 7,4%. Sendangkan untuk pekerjaan mayoritas terbanyak adalah responden tidak bekerja dengan persentase 87,2% dan paling sedikit adalah responden bekerja dengan persentase 12,8%. Sendangkan untuk status pernikahan mayoritas responden terbanyak adalah responden menikah dengan persentase 70,2% dan paling sedikit adalah belum menikah dengan persentase 4,3%. sendangkan untuk lama penyakit mayoritas terbanyak adalah responden dengan lama penyakit 1 bulan-5 tahun dengan persentase 58,5% dan paling sedikit adalah responden dengan lama penyakit 16-30 tahun dengan persentase 2,1%. Sendangkan untuk penyakit pernyerta mayoritas terbanyak adalah responden yang ada penyekit penyerta dengan persentase 69,1% dan paling sedikit adalah responden yang tidak ada penyakit penyerta dengan persentase 30,9%. Sendangkan untuk dukungan keluarga mayoritas terbanyak adalah responden dengan dukungan keluarga baik dengan persentase 52,1% dan paling sedikit adalah responden dengan dukungan buruk dengan persentase 20,2%. Sendangkan aktivitas fisik mayoritas terbanyak adalah responden dengan aktivitas fisik ringan dengan persentase 37,2% dan paling sedikit adalah responden dengan aktivitas berat dengan persentase 30,9%.

### 4.1.2 Hasil Analisa Bivariat

Analisa bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara variabel yaitu hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja. Analisa bivariat dalam penelitian ini dilakukan menggunakan uji Spearman Rank untuk mengetahui hubungan antar variabel tersebut.

**Tabel 4.10**

**Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja**

| Variabel | Ativitas Fisik | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aktivitas Ringan | | Aktivitas Sedang | | Aktivitas Berat | | Total | | *p-value* | *r* |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Dukungan Keluarga | | | | | | | | | | |
| Dukungan Baik | 32 | 34,0% | 9 | 9,6% | 8 | 8,2% | 49 | 100% | 0,001 | 0,616 |
| Dukungan Sedang | 3 | 3,2% | 18 | 19,1% | 5 | 1,1% | 26 | 100% | | |
| Dukungan Buruk | 0 | 0,0% | 3 | 3,2% | 16 | 17,0% | 19 | 100% | | |
| Total | 35 | 37,2% | 20 | 31,9% | 29 | 30,9% | 94 | 100% | | |

Berdasarkan tabel 4.10 didapatkan hasil bahwa mayoritas responden dukungan keluarga dan aktivitas fisik terbanyak terdapat pada dukungan keluarga baik dan aktivitas ringan dengan jumlah persentase 34,0% dan paling sedikit adalah mayoritas dukungan buruk dengan aktivitas ringan dengan persentase 0,0%, Dari hasil uji statistik Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Paien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja menunjukkan bahwa *sig. value 0,001* (*sig. value* < 0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan pola aktiitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja. Sedangkan untuk keeratan hubungan terdapat hasil nilai *r=0,610* hal tersebut berarti tingkat keeratan hubungan antara variabel dukungan keluarga dengan pola aktiitas fisik pada pasien gagal jantung adalah kuat.

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Pembahasan Analisa Univariat

#### 4.2.1.1 Pembahasan Distribusi Frekuensi Berdasarkan Usia

Distribusi frekuensi mayoritas usia terbanyak terdapat responden lansia akhir dengan persentase 41,5% dan mayoritas paling sedikit terdapat pada remaja akhir dengan persentase 1,1%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rudolof et al., (2018). tentang karakteristik pasien gagal jantung akut di RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Periode Januari-Desember 2018, Jumlah pasien berdasarkan kelompok usia menunjukkan bahwa 49 pasien berusia >60 tahun (55%), diikuti oleh 20 pasien dengan usia 50–59 tahun (22,5%) dan 17 pasien dengan usia 40–49 tahun. (19,1%). Fernando dan Pablo (2016). Mengidentifikasi pasien paling umum yang berusia di atas 60 tahun. Akibat proses penuaan akan terjadi penurunan jumlah dan fungsi mikroorganisme, peningkatan laju apoptosis dan nekrosis mikroorganisme, serta penurunan kapasitas regenerasi jantung sel progenitor. Kondisi ini mempengaruhi seluruh sistem saraf dan menyebabkan fibrosis pada ujung saraf serta disfagia dan dispsia pada ujung saraf, sehingga meningkatkan risiko penyakit jantung dan hipertrofi. Mekanisme ini dapat menyebabkan berkembangnya penyakit gagal jantung.

Menurut peneliti usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya gagal jantung, semakin tua usia seseorang maka akan semakin besar resikonya untuk menderita gagal jantung. Umur merupakan salah satu faktor resiko yang mempengaruhi gagal jantung (WHO, 2013).

#### 4.2.1.2 Pembahasan Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin.

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan mayoritas jenis kelamin terbanyak adalah responden perempuan dengan persentase 55,3% dan mayoritas paling sedikit terdapat pada responden laki-laki dengan persentase 44,7%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Hanura Aprilia, (2020). Tentang Analisis Karakteristik Pasien Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin. Yang menunjukkan hasil Jenis kelamin terbanyak yang menderita gagal jantung adalah perempuan dengan jumlah 52%..

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan Djunizar et al., (2017). Tentang Hubungan Self Care Terhadap Kualitas Hidup Pada Klien Gagal

Jantung Di Poli Jantung RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2017. Menjelaskan Jumlah responden dengan jenis kelamin terbanyak adalah wanita sebanyak 42 responden (53.2%) berdasarkan hasil penelitian ini sesuai dengan teori penyakit CHF lebih banyak terjadi pada perempuan dengan persentase 57,5%, Perempuan lebih banyak menderita CHF pada penelitian ini disebabkan karena sebagian besar perempuan yang menjadi responden dalam penelitian ini telah berumur lanjut.

Menurut peneliti perbedaan kejadian kardiovaskular antara laki-laki dengan perempuan dapat dipengaruhi oleh hormon. Hormon estrogen pada perempuan yang diduga mempunyai efek dalam mencegah kejadian kardiovaskular dengan menurunkan stress oksidatif termasuk perbedaan dalam menangani penyakit (Pudiarifanti, Pramantara, & Ikawati, 2015)

#### 4.2.1.3 Pembahasan Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Terakhir.

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir dengan mayoritas pendidikan terbanyak terdapat pada responden SD-SMP dengan persentase 50,0% dan mayoritas paling sedikit terdapat pada responden perguruan tinggi dengan persentase 7,4%.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Jamaludin, Tua, & Deria (2018) yang menemukan bahwa tingkat pendidikan tertinggi terdapat di pada SMA (38%). Individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi lebih mudah memperoleh informasi dan memiliki pemahaman yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang memiliki tingkat pendidikan lebih rendah sehingga menghambat upaya mereka dalam mencari informasi terkait kesehatan (Agrina, Rini & Hairitama, 2014).

Berdasarkan penelitian Ditha, Fitri, & Ambar (2018), pencapaian pendidikan tertinggi pada kelompok intervensi dan kontrol adalah sekitar 23 responden (67,64%) untuk SMA, 6 responden (17,64%) untuk disusul Perguruan Tinggi, 6 responden ( 17,64%) untuk SMP, 4 responden (11,74%) untuk sekolah, dan 1 responden (2,94%) untuk SD.

Hal ini sesuai dengan penelitian Djaya, K.H., Nasution, S.A., & Antono, D. (2015) yang menyatakan bahwa jenis pendidikan yang paling banyak muncul adalah pembelajaran kelas berbasis sederajat SMA (23,9%). Menurut Rini, S.S., & Hairitama, R. (2014), semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi yang ditawarkan. Pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam memahami pengetahuan yang diperoleh dari menerima informasi; dalam hal ini informasinya tentang gagal jantung; semakin tinggi tingkat pendidikan responden maka semakin mudah pula mereka memperoleh informasi.

Menurut peneliti pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi pengetahuan dan informasi yang lebih luas tentang resiko penyakit yang di derita. Sendangkan pasien yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi akan mudah untuk mendapatkan informasi terkait kondisi yang sedang dialami, maupun mencegah masalah yang akan timbul, serta bagaimana merawat diri dengan kondisi tersebut (Prihatiningsih & Sudyasih, 2018).

#### 4.2.1.4 Pembahasan Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan.

Berdasarkan tabel 4.4 distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan pekerjaan terhadap 94 responden didapatkan hasil bahwa responden tidak bekerja (87,2%) dan bekerja sebanyak (12,8%). Hal ini menunjukkan bahwa responden dengan jumlah pekerjaan terbanyak terdapat pada responden tidak bekerja.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh Haditya Widyasari Sonya Putri, (2015) dimana karakteristik pekerjaan responden terbanyak adalah tidak bekerja/ Ibu Rumah Tangga.

Namun hal ini bertentangan dengan penelitian Apers, (2016), yang menyebutkan bahwa pekerjaan terbanyak pada penderita gagal jantung adalah PNS/ Swasta. ia juga menyebutkan bahwa pekerjaan terbanyak pada penderita gagal jantung laki – laki yang aktif bekerja berat 10% lebih rendah terserang gagal jantung. Sedang bagi wanita 20% lebih rendah diserang penyakit yang sama (Laksmi dkk, 2020).\

Menurut peneliti kurangnya aktifitas fisik atau bekerja menyebabkan seseorang mudah terkena penyakit gagal jantung hal ini karena seseorang yang kurang melakukan aktifitas fisik akan berpengaruh terhadap kerja jantung, pada penderita yang sudah pensiun kemungkinan risiko untuk mengalami gagal jantung lebih besar kerena berhubungan dengan usia yang menua serta berkurangnya aktifitas. Pekerjaan yang berat, terus menerus dan kurang beristirahat dapat meningkatkan kerja jantung dalam memompa darah ke seluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan tubuh dalam beraktivitas (Kaplan dan Schub, 2015).

#### 4.2.1.5 Pembahasan Distribusi Frekuensi Berdasarkan Status Pernikahan.

distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan status pernikahan terhadap 94 responden didapatkan hasil bahwa mayoritas responden terbanyak adalah responden menikah dengan persentase 70,2% dan paling sedikit adalah belum menikah dengan persentase 4,3%.

Penelitian ini diawali dari penelitian yang dilakukan oleh Hanura Aprilia pada tahun (2020). Hasilnya, berdasarkan hasil penelitian, 80% responden masih lajang dan 20% belum menikah. Namun, status perkawinan bukanlah suatu prediktor keberhasilan perkawinan di masa depan; sebaliknya, ini adalah salah satu jenis dukungan sosial yang dibutuhkan masyarakat untuk menjalankan kehidupan sehari-hari. Pasien dapat memberikan dukungan kepada pengasuhnya dalam memulai perjalanan yang sehat dan positif, terutama saat memulai pengobatan dan proses pengobatan.

Menurut peneliti status pernikahan bukan merupakan faktor resiko terjadinya terjadinya penyakit gagal jantung namun status pernikahan merupakan salah satu dukungan sosial terhadap pasien sehingga dengan adanya pasangan hidup dapat memberikan dukungan kepada pasangan untuk menjalankan perilaku yang sehat dan positif terutama dalam menjalankan terapi dan proses pengobatan. Penelitian yang dilakukan oleh Wikananda (2015) menghasilkan lansia dengan status menikah kecenderungan memiliki kualitas hidup yang lebih baik sehingga tidak merasa kesepian.

#### 4.2.1.6 Pembahasan Distribusi Frekuensi Berdasarkan Lama Penyakit.

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan lama penyakit terhadap 94 responden didapatkan hasil bahwa mayoritas terbanyak adalah responden dengan lama penyakit 1 bulan-5 tahun dengan persentase 58,5% dan paling sedikit adalah responden dengan lama penyakit 16-30 tahun dengan persentase 2,1%.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Lia Ayu Kusuma Dewi (2018) Dimana karakteristik responden dengan lama menderita penyakit gagal jantung kongestif sebagian besar adalah 1 – 5 tahun (81,0%).

Menurut peneliti lama penyakit responden berhubungan dengan peningkatan pengalaman pasien dalam proses pengobatan, lama menderita yang dialami seseorang berhubungan dengan peningkatan pengetahuan orang tersebut dalam pengobatan yang dijalani, Semakin lama jangka waktu pasien menderita gagal jantung dapat menyebabkan timbulnya perubahan yang bisa memperburuk kualitas hidup pasien, seperti ketidakmampuan untuk memenuhi peran sebelumnya. Antono (2017) menyebutkan dalam penelitiannya bahwa semakin lama menderita penyakit jantung, maka akan semakin lama pula pasien terpapar zat kimia seperti obat-obatan untuk penyakit jantung.

#### 4.2.1.7 Pembahasan Distribusi Frekuensi Berdasarkan Penyakit Penyerta.

Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan penyakit penyerta terhadap 94 responden didapatkan hasil bahwa mayoritas terbanyak adalah responden yang ada penyekit penyerta dengan persentase 69,1% dan paling sedikit adalah responden yang tidak ada penyakit penyerta dengan persentase 30,9%.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lolita & Asih Istiani (2019) Gagal jantung disebabkan oleh berkembangnya beberapa penyakit yang dapat menurunkan fungsi diastolik dan sistolik jantung, merupakan suatu sindrom klinis oleh karena itu penderita penyakit jantung kegagalan mempunyai risiko peningkatan penyakit penyerta (Susilowati, 2015)

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Lolita & Asih Istiani (2019), pasien yang terdiagnosis gagal jantung sebagai diagnosis utamanya, ada beberapa pasien juga memiliki penyakit lain sebagai diagnosis sekunder. Pada penelitian ini pasien terdiagnosis gagal jantung penyakit penyerta sebanyak 39. pasien (37%) dan pasien terdiagnosis gagal jantung sebanyak 67 pasien dengan penyakit penyerta sebanyak orang (63%). Penyakit penyerta yang paling umum diidentifikasi pada subjek adalah diabetes (9%) dan dispepsia (4%). Ada penyakit penyerta lainnya, 1,5%.

Menurut peneliti penyakit penyerta merupakan salah satu factor utama pasien gagal jantung pasien yang memiliki penyakit penyerta akan rentan terkena gagal jantung. Beberapa penyakit penyerta yang ditemukan merupakan bagian dari manifestasi klnik CHF itu sendiri atau merupakan faktor resiko yang dapat memperparah perkembangan penyakit (Lolita, 2019).

#### 4.2.1.8 Pembahasan Distribusi Frekuensi Berdasarkan Dukungan Keluarga.

Distribusi frekuensi berdasarkan dukungan keluarga terhadap 94 responden didapatkan hasil mayoritas terbanyak adalah responden dengan dukungan keluarga baik dengan persentase 52,1% dan paling sedikit adalah responden dengan dukungan buruk dengan persentase 20,2%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang di teliti oleh Sulastini et al., (2018) hasil penelitiannya dijelaskan bahwa pasien gagal jantung mendapatkan dukungan keluarga tinggi: 40 responden, 50,0%, mendapatkan dukungan keluarga, dimana 35 responden, sebanyak 36,5%, dan 13 responden, 13,5%, mendapatkan dukungan keluarga yang rendah.

The gambling that was found on the parietal jantung dengan keluarga berada pada jarak dukungan yang tinggi, dirawat di Ruang Penyakit Dalam Kelas 3 RSUD dr. Slamet Garut mendapatkan dukungan. Many friends are linked in the process of patient care. Only a small percentage of patients who are severely ill have renal impairment. Procedure for making gangguan pasien Jantung kenyamanan adalah

ditangani secara holistica dan melibatkan para member keluarga. Keluarga: Diminish perilaku klien, sikap, keyakinan, nilai, dan sikap.

Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya, anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga, anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan hasil penelitian ini menunjukan bahwa dari 69 responden dukungan keluarga 31 responden 52,5 memiliki dukungan keluarga baik (Permana, 2019).

Menurut peneliti dukungan keluarga sangat penting untuk pasien gagal jantung, karena dengan adanya dukungan keluarga pasien akan mendapatkan support dan pemenuhan kebutuhan selama masa terapi atau pengobatan berlangsung dan dapat memperbaik keadaan pasien. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi angka kematian dan berkontribusi pada gaya hidup, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien

#### 4.2.1.9 Pembahasan Distribusi Frekuensi Berdasarkan Aktivitas Fisik.

Distribusi frekuensi berdasarkan pola aktivitas fisik terhadap 94 responden didapatkan hasil mayoritas terbanyak adalah responden dengan aktivitas fisik ringan dengan persentase 37,2% dan paling sedikit adalah responden dengan aktivitas berat dengan persentase 30,9%.

Hasil penelitian ini sejalan dengan peneliti sebelumnya yang di teliti oleh Sulastini et al., (2018) dijelaskan bahwa pasien gagal jantung yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam Kelas 3 RSUD dr. Slamet Garut, lebih dari sebagian responden tidak melakukan aktivitas secara berlebihan (55,2%) artinya tingkat aktvitas fiisk terbanyak terdapat pada pasien dengan aktivitas fisik yang rendah (Alaloul, F., et al., 2016).

Menurut peneliti aktifitas fisik sangat berkaitan dengan masalah kesehatan terutama masalah gagal jantung, melakukan aktifitas fisik dapat menurunkan resiko penyakit jantung. Penelitian yang dilakukan oleh Dewanti, (2019) yang menyatakan bahwa sebanyak 42,4% pasien gagal jantung memiliki aktivita

fisik kategori berat, aktivitas fisik berkaitan erat dengan masalah kesehatan. Melakukan aktivitas fisik secara teratur dapat meningkatkan aliran darah serta membantu pemecahan metabolism lemak dan kolesterol (Tappi et al., 2018).

### 4.2.2 Pembahasan Analisa Bivariat

Berdasarkan tabel 4.10 didapatkan hasil bahwa mayoritas responden dukungan keluarga dan aktivitas fisik terbanyak terdapat pada dukungan keluarga baik dan aktivitas ringan dengan jumlah persentase 34,0% dan paling sedikit adalah mayoritas dukungan buruk dengan aktivitas ringan dengan persentase 0,0%. Dari hasil uji statistik Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Paien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja menunjukkan bahwa sig. *value 0,001 (sig. value < 0,05)*, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan pola aktiitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja. dan hasil nilai *r = 0,616* hal tersebut berarti tingkat keeratannya tinggi atau kuat antara variabel dukungan keluarga dengan pola aktiitas fisik pada pasien gagal jantung.

Penelitian yang dilakukan oleh Sulastini dkk., (2018) dengan judul hubungan dukungan keluarga dan aktivitas fisik pasien gagal jantung, hasil uji statistik menunjukkan nilai p sebesar 0,00 (<0,05) dan koefisien korelasi sebesar 0,466% menunjukkan adanya hubungan yang relatif kuat antara aktivitas fisik pasien gagal jantung dengan Ruang Penyakit Dalam Kelas 3 RSUD Dr. Slamet Garut.

Dukungan keluarga merupakan suatu bentuk yang melayani yang dilakukan oleh keluarga, baik dalam bentuk dukungan emosional (perhatian dan kasih sayang), dukungan penghargaan (menghargai dan memberikan umpan balik positif), dukungan informasi (saran, nasihat, dan informasi) serta dukungan instrumental (bantuan tenaga, uang dan waktu), sehingga keluarga mempunyai peran yang sangat penting bagi kepatuhan pada pasien (Soegondo, 2016).

Hasil penelitian ini didukung oleh Beberapa penelitian Anggraeni (2016) menunjukkan dukungan keluarga terhadap pasien penyakit jantung koroner di ruang jantung kategori baik (60,0%). Penelitian dari Oktaviani (2013) menunjukkan dukungan keluarga pada pasien congestive heart failure di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau kategori baik (60,0%). Penelitian Anggraeni, (2016) menunjukkan dukungan sosial secara tidak langsung memengaruhi kepatuhan perawatan diri.

Safitri (2016) menyatakan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan dalam melakukan pembatasan aktivitas pada pasien gagal jantung di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pola aktivitas pasien. Anggota keluarga dapat membantu menghilangkan godaan untuk tidak patuh, dan anggota keluarga sering kali menjadi kelompok pendukung untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik.

Dukungan keluarga akan membantu pasien dalam meningkatkan dan mempertahankan kondisi
pasien, kondisi inilah yang akan mengurangi kecemasan dan mencegah munculnya stress pasien (Suratinoyo, Rottie dan Massi, 2016).

Riegel et al (2014), mengatakan bahwa Dukungan keluarga tidak berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif. Seseorang pasien CHF yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun dianggap mampu. Dukungan keluarga adalah kemampuan untuk melakukan fungsi yang berhubungan dengan aktivitas hidup sehari-hari yaitu kemampuan untuk hidup mandiri di masyarakat tanpa atau sedikit bantuan dari orang lain. Dukungan keluarga ini dapat diketahui melalui aktivitas hidup sehari-hari yang hanya memerlukan kemampuan tubuh untuk berfungsi sederhana misalnya, bangun dari tempat tidur, berpakaian, makan, ke kamar mandi atau WC, berkomunikasi, berdandan, berpindah tempat.

Aktivitas fisik yang terlalu berat dapat memicu serangan jantung dengan cara meningkatkan kebutuhan oksigen ke jantung sehingga jantung harus bekerja lebih keras dan bila kemampuan jantung sudah melampaui batas dapat menyebabkan

gagal jantung (Wibowo & Ponco, 2015).

Mediano (2018) juga menemukan bahwa pasien dengan aktivitas fisik yang tinggi memiliki profil klinik dan kapasitas fungsi yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang melakukan aktivitas fisik yang sedang dan rendah. Pasien dengan aktivitas yang tinggi juga cenderung memiliki kelas status fungsional , depresi, dan prevalensi atrial fibrilasi yang lebih rendah. Manfaat-manfaat dari aktivitas fisik perlu di edukasikan pada pasien gagal jantung untuk meningkatkan kesadaran dan membangun motivasi bagi pasien untuk aktif secara fisik.

Hasil penelitian dari Sekarsari (2016) menyebutkan bahwa sebagian besar responden melakukan aktivitas dengan mandiri. Seperti aktivitas sehari-hari yang dilakukan seperti mandi, berpakaian, aktivitas di toilet, berpindah, pengawasan diri dan makan. 30 responden didapatkan hasil bahwa responden yang mandiri lebih mendominasi, yaitu sebanyak 18 orang responden (60%) dan 12 orang responden (40%) adalah pasien dengan bantuan pada aktivitas sehari-harinya dengan mayoritas usia 66-85 tahun sebanyak 16 orang (53,3%).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa tingkat aktivitas fisik dari 35 responden yang berobat ke poli jantung RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sebagian besar adalah pasien dengan aktivitas sik berat sebanyak 23 orang responden (65,7%).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh DEWANTI (2019) yang menyatakan bahwa sebanyak 42,4% pasien gagal jantung memiliki aktivitas fisik kategori berat. Aktivitas fisik berkaitan erat dengan masalah kesehatan.

penelitian Fajar (2015) menunjukkan bahwa individu yang beraktivitas fisik rendah (82,03%) memiliki resiko yang tinggi terhadap terjadinya penyakit jantung koroner dibandingkan dengan individu yang melakukan aktivitas sedang dan berat (17,97%) memiliki resiko yang lebih rendah terhadap

penyakit jantung koroner. Penelitian tersebut mendapatkan hasil lebih dari separuh pasien mengalami nyeri dada berat, lebih dari separuh pasien melakukan aktifitas ringan dan lebih dari separuh pasien mengalami stress. Dari korelasi antara variabel independen dan dependent didapatkan bahwa ada hubungan yang

bermakna aktifitas fisik dengan nyeri dada pasien jantung koroner, ada hubungan yang bermakna stress dengan nyeri dada pasien jantung coroner.

Patryani (2016) mengatakan bahwa, kurangnya beraktivitas fisik akan meningkatkan resko terkena PJK sebanyak 2,2 kali, penelitian tersebut mengungkapkan bahwa beraktivitas fisik secara teratur atau dengan berolahraga secara teratur dapat memberikan efek meningkatkan aliran darah dan membantu memecahkan metabolisme lemak dan kolestrol. Dalam penelitian tersebut juga sebagian dari responden yang memiliki aktivitas fisik yang tidak baik adalah respoden yang memiliki riwayat pekerjaan sebagai pensiunan sebesar 35,4% pada kelompok kasus.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mongdong Jetty, dkk (2017) dengan judul penelitian hubungan kebiasaan beraktivitas dengan kejadian penyakit jantung koroner di CVBC RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado didapatkan bahwa berdasarkan hasil uji statistik chi-square diperoleh nilai $p<0,05$ yaitu 0,002, dari 30 responden penelitian yang tidak melakukan aktivitas fisik sebanyak 16 responden (53,4%).

Dukungan keluarga sangat penting untuk pasien gagal jantung terutama untuk memberikan dukungan dan support saat pada pasien selama masa pengobatan, sebagian besar pasien yang tidak mendapat dukungan keluarga yang baik akan mempengaruhi aktivitas fisik sehari-harinya karena tidak ada yang membantu membatasi atau mengingatkan pasien untuk tidak melakukan aktivitas fisik secara berlebihan, namun berbeda dengan pasien yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik, pasien akan selalu membatasi aktivitasnya karena keluarga selalu mengingatkan pasien tentang panyakitnya dan selalu membantu memenuhi kebutuhan pasien agar pasien tidak melakukan aktivitas fisik yang berlebihan.

### 4.3 Keterbatasan Penelitian

1. Peneliti hanya melakukan penelitian disatu rumah sakit saja, sehingga hasil penelitian ini belum dapat digeneralisasikan, untuk penelitian selanjutnya disarankan untuk meneliti di 2 atau 3 tempat yang berbeda sehingga dapat membandingkan kualitas ditempat yang berbeda.

2. Sampel pada penelitian ini tidak di acak sehingga generalisasinya harus dilakukan secara hati-hati dan sesuai.
3. Ketika melaksanakan penelitian tidak lepas dari keterbatasan dan kekurangan, demikian juga dengan penelitian ini. Dalam penelitian ini peneliti memiliki keterbatasan yang mungkin membuat penulisan ini kurang sempurna.

# BAB 5

# KESIMPULAN DAN SARAN

## 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang Hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD, maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Berdasarkan frekuensi berdasarkan dukungan keluarga terhadap 94 responden didapatkan hasil mayoritas terbanyak adalah responden dengan dukungan keluarga baik dengan persentase 52,1% dan paling sedikit adalah responden dengan dukungan buruk dengan persentase 20,2%.
2. Berdasarkan frekuensi berdasarkan pola aktivitas fisik terhadap 94 responden didapatkan hasil mayoritas terbanyak adalah responden dengan aktivitas fisik ringan dengan persentase 37,2% dan paling sedikit adalah responden dengan aktivitas berat dengan persentase 30,9%.
3. Dalam penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada paien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja dengan nilai *sig. value 0,001* (*sig. value* < 0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktiitas fisik Pada pasien Gagal jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja. Sedangkan untuk *koefisien korelasi (r)* adalah 0,616 yang artinya memiliki keeratan yang kuat.

## 5.2 Saran

### 1. Bagi Pasien & Keluarga

Dari hasil penelitian ini diharapkan kepada semua pasien gagal jantung agar bisa membatasi aktivitas fisik karena aktivitas fisik yang berlebihan dapat memperburuk kondisi penyakit pasien, dan di harapkan pasien bisa mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga karena dukungan keluarga sangat penting untuk pengobatan pasien agar kondisi pasien membaik. memberikan edukasi pada keluarga tentang

pentingnya dukungan support dan penghargaan serta memberikan motivasi pada pasien gagal jantung dalam pengobatan serta meningkatkan keterlibatan keluarga dalam penyampaian informasi mengenai perkembangan penyakit pasien agar keluarga dapat membantu proses penyembuhan pasien, memberikan pemahaman pada keluarga dan pasien tentang resiko aktivitas fisik berlebihan dan meminta keluarga untuk memantau dan mengontrol aktivitas fisik pasien dan menyarankan sebaiknya pasien melakukan aktivitas fisik teratur sesuai tingkat toleransinya seperti berjalan, yoga, lari, meditasi dan bersepeda santai. Maka dari itu dukungan keluarga sangat di butuhkan dalam proses pengobatan pasien gagal jantung.

2. **Bagi Institusi Pendidikan**

   Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran untuk penelitian selanjutnya dan sebagai bahan referensi untuk meningkatan kualitas pendidikan ilmu keperawatan.

3. **Bagi Peneliti**

   Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukkan dan sumber informasi mengenai hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja.

4. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

   Dari hasil penelitian ini diharapkan peneliti selanjutnya dapat meneliti hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja dan diharapkan peneliti selanjutnya dapat meneliti di tempat yang berbeda sehingga hasil penelitiannya dapat menjadi bahan masukkan untuk rumah sakit dan institusi pendidikan.

keluarga dan pasien tentang resiko aktivitas fisik berlebihan dan meminta keluarga untuk memantau dan mengontrol aktivitas fisik pasien dan menyarankan sebaiknya pasien melakukan aktivitas fisik teratur sesuai

tingkat toleransinya seperti berjalan, yoga, lari, meditasi dan bersepeda santai. Maka dari itu dukungan keluarga sangat di butuhkan dalam proses pengobatan pasien gagal jantung.

5. **Bagi Institusi Pendidikan**

   Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran untuk penelitian selanjutnya dan sebagai bahan referensi untuk meningkatan kualitas pendidikan ilmu keperawatan.

6. **Bagi Peneliti**

   Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukkan dan sumber informasi mengenai hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja.

7. **Bagi Peneliti Selanjutnya**

   Dari hasil penelitian ini diharapkan peneliti selanjutnya dapat meneliti hubungan dukungan keluarga dengan pola aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di poli jantung rumah sehat RSUD Koja dan diharapkan peneliti selanjutnya dapat meneliti di tempat yang berbeda sehingga hasil penelitiannya dapat menjadi bahan masukkan untuk rumah sakit dan institusi pendidikan.

## DAFTAR PUSTAKA

Arianda, R. H., Uddin I., & Sofia S. N. (2014). *Gambaran Peresepan Ace Inhibitor pada Pasien Gagal Jantung yang dirawat Inap di RSUP DR Kariadi Semarang Periode Januari –Desember 2013. Jurnal Media Medika Muda, Vol. 1 No. 1. Semarang: Universitas Diponegoro*

Agrina., Rini S.S., Hairitama R. 2014. *Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi Dalam Pemenuhan Diet Hipertensi.*

Apers, S., Kovacs, A. H., Luyckx, K., Thomet, C., Budts, W., Enomoto, J., &Moons, P. (2016). *Quality of Life of Adults with Congenital Heart Disease in 15 Countries Evaluating Country-Specific Characteristics*. Journal of the American College of Cardiology, 67(19), 2237–2245

Badan POM RI. 2006. *Kepatuhan Pasien: Faktor Penting Dalam Keberhasilan Terapi. Info POM Badan POM RI, 2006; Vol. 5 No. 7: 1-11*

Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., & Oja, P. 2003. *IPAQ Consensus Group and the IPAQ Reliability and Validity Study Group*. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc, Vol 35 (13), 81-95.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Heal Rep.* 1985;100(2):126–31. 1985.

Dalyoko.Dyah Ayu Pithaloka,Kusumawati.Yuli, dan Ambarwati.2011. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kontrol Hipertendi Pada Lansia Di Pos Pelayanan Terpadu Wilayah Kerja Puskesmas Mojosongo Boyolali*: Prodi Kesehatan Masyarakat

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta ISSN 1979-7621, Vol.4, No.1

Darmawan, Deni. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya

Ditha Astuti P, Fitri Arofiati, Ambar Relawati. (2018). *Pengaruh Supportive-Educative System terhadap Kualitas Hidup pada Pasien Gagal Jantung*. Vol. 18, no. 2. Mutiara Medika, Jurnal Kedokteran dan Kesehatan

Djamaludin, D., Tua, R., & Deria, D. (2018). *Hubungan Self Care Terhadap Kualitas Hidup*

*Pada Klien Gagal Jantung* Di Poli Jantung Rsud Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2017. Holistik Jurnal Kesehatan, 12(3), 178–188.

Djaya, K. H., Nasution, S. A., & Antono, D. (2015). *Gambaran Lama Rawat dan Profil Pasien Gagal Jantung* di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo. Indonesia Journal of CHEST, 2(4).

Djunizar, Djamaludin and Roni, Tua (2018) *Hubungan self care terhadap kualitas hidup pada klien gagal jantung di poli jantung* RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2017. Holistik: Jurnal Kesehatan, 12 (3): 6. pp. 178-188.

Erdiana, Yuyun. (2015). *Dukungan Keluarga Dalam kunjungan Lansia Di posyandu lansia Di Desa Karanglo lor Kecamatan Sukerejo Kabupaten Ponorogo. KTI. Tidak diterbitkan ponorogo* : Program studi D III Keperawatan Falkultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo

Ford, I., Robertson, M., Komadja, M., Bohm, M., Borer, J.S., Tavazzi, L., Swedberg, K. (2015). *Top ten risk factors for morbidity and mortality in patients with chronicsystolic heart failure and elevated heart rate: The SHIFT Risk Model*. IJC. 184. 163-169.

Friedman, M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan keluarga* : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.

Hanura, Aprilia (2020) *Analisis karakteristik pasien yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien gagal jantung* di rumah sakit umum daerah ulin Banjarmasin. Journal of Nursing Invention, 1 (1): 7. pp. 45-55. ISSN 2828-48.

Harrison & Saputra. (2013). Harrison's Principles of Internal medicines 16th Edition Medical Publishing Division, New York: *McGraw-Hill.*

Harnilawati. (2013). *Konsep dan proses Keperawatann Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam

Haditya Widyasari Sonya Putri. (2019). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pada Penderita Gagal Jantung* Di RSUD Sukoharjo.

Hidayat, A.A., 2014. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknis Analisis Data.* Jakarta :

Salemba Medika.

Klabunde R. *Cardiovascular Physiology Concepts. Wolters Kluwer Health/Lippincott* Williams & Wilkins; 2011.

Kementerian Kesehatan RI. *Rajin Aktifitas Fisik.* In: Promosi Kesehatan, editor. Jakarta: Kemenkes RI,; 2013.

Khatib, Rasha et al.(2014). *Patient and Healthcare Provider Barriers to Hypertension Awareness, Treatment and Follow up: A systematic Review and Meta-Analysis of*

*Qualitative nad Quantitative Studies*.PLoS ONE 9(1)

Labarthe, Darwin R. (2011). *Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Disease*. 2nd ed. United States: Jones and Bartlett Publisher

Lia Ayu Kusuma Dewi. (2018). *Gambaran Dukungan Keluarga Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif* Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta.

Lolita & Asih Istiani. (2019). *Evaluasi kerasionalan dan kuantitas penggunaan antihipertensi pada pasiengagal jantung* di instalasi

rawat inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah GampingYogyakarta.

Muttaqin, Arif. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan klien Dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler dan hematologi*.

Maulidha, T. R. N, 2017, *Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Kualitas Tidur Pada Mahasiswa Ukm Tapak Suci Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.* Skripsi Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Nilawati, S dkk., 2008. *Care Yourself Kolesterol*, Niaga Swadaya, Jakarta.

Nurkhalis, & Adista, R. J. (2020). *Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Gagal Jantung*. Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika, 3(3).

Nurwulan, D. 2017. *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pre Anestesi Dengan Tindakan Spinal Anestesi di RSUD Sleman*. Skripsi: Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan

Notoatmodjo,S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

NYHA. (2016). *Classes of Heart Failure*. New York: New York Heart Association.

PERKI. (2015). *Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung* Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia

Prastiwi.Ellya Niken dan Ayubi.Dian.(2007).*Hubungan Kepuasan Pasien Bayar dengan Minat Kunjungan Ulang di Puskesmas Wisma Jaya Kota Bekasi.Vol.12 No.1*

Price. Sylfia Anderson. *Patofisiologi : Konsep klinis proses-proses penyakit Ed.6.*

EGC, Jakarta

Pujasari .Sri Ajeng.2015. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketidakpatuhan Pasien Gagal jantung dalam Pengobatan di Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang.* Tesis. Uneversitas Negeri Semarang, Semarang

Rampengan, S. H. (2014). *Buku Praktis Kardiologi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Rahajeng.Ekowati dan Tuminah Sulistyowati.2009.*Pravelensi Gagal jantung dan Determinannya di Indonesia.Vol.59 No:12*.

Rudolof A. et al., (2018) *Karakteristik Pasien Gagal Jantung Akut* di RSUP Prof Dr. R. D.

Kandou Periode Januari-Desember 2018.

Safitri, Meutia, Cut. 2016. *Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat depresi pasien gagal jantung* di poliklinik jantung RSUD. Dr. Zainoel Abidin. Etd.unsyiah.ac.id

Sutherland, K. (2010). *Bridging the quality gap: Heart failure - The Health Foundation.*

Sulistyarini, T. & Susanti, M.L. 2013. *Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien DM di Ruang Rawat Inap RS.* Baptis Kediri. Jurnal STIKES.Vol.6, No.1.(1-10).

Sulastini et al.,. (2018) *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang Penyakit Dalam* Kelas 3 RSUD Dr. Slamet Garut. *Jurnal keperawatan Aisyiyah* Vol. 1 No. 2. Bandung: STIKES Aisiyiyah.

Susilowati Susilowati. (2015). *Nalisa Karakteristik Curah Hujan Di Kota Bandar Lampung*. Vol 7, No 1 (2015)

Sugiyono (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif,* dan R&D. Bandung : Alphabet.

Teddy, et, al (2013), *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Keluarga Merawat Pasien Skizofrenia Selepas Perawatan* :

Lecture of Nursing Departement of Jenderal Sudirman University

Vani, S. C. (2011). *Penyakit penyerta dan gaya hidup pada penyakit Congestive Heart Failure (CHF)* di RS. Dr. Wahidin Sudirohusodo dan RS.Stella Maris Makassar.

Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Yancy C. Guideline *for The Management of Heart Failure*. Am Hear Assoc. 2013; 2(1) : 2-45.

Zakaria, Amir. 2017. *Asuhan Keperawatan Keluarga Pendekatan Teori dan Konsep*. Malang: International Research and Development for Human Being

# LAMPIRAN

Lampiran I

## INFORMED CONSENT

## LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Nama Peneliti : Sumarni Umagap

NIM : 011811056

Instansi Peneliti : Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Binawan

Judul Penelitian :

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN POLA AKTIVITAS FISIK PASIEN GAGAL AJNTUNG DI RSUD KOJA

Peneliti adalah mahasiswa dari program studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Binawan.

Saudara telah diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela. Saudara boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun saudara inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu. Adapun bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Penelitian ini adalah salah satu kegiatan dalam menyelesaikan proses belajar-mengajar di program studi Ilmu Keperawatan Universitas Binawan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung Di RSUD Koja. Hasil penelitian ini sangat bermanfaat bagi institusi pendidikan dan peneliti.
2. Jika saudara bersedia ikut dalam penelitian ini, peneliti akan membagikan lembar kuesioner kepada saudara yang harus diisi saudara pada waktu dan tempat sesuai kesepakatan.

3. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko berbahaya. Apabila saudara merasa tidak aman saat mengisi kuesioner, saudara boleh mengundurkan diri dari penelitian ini.
4. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian akan dijamin kerahasiannya. Hasil penelitian ini akan diberikan kepada institusi tempat peneliti belajar dan pihak rumah sakit dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas.
5. Jika ada yang belum jelas, silahkan saudara tanyakan kepada penelitian.
6. Jika saudara sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan saudara menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.
7. Nomor telepon peneliti: 081286479233

Peneliti,

Sumarni Umagap

Lampiran II

## INFORMED CONSENT

## LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (Inisial) :

Alamat :

Saya telah diminta dan memberikan izin untuk berperan serta sebagai responden dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung Di RSUD Koja".

Saya mengerti bahwa catatan penelitian ini akan dirahasiakan, semua yang mencantumkan identitas saya, hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi akan dimusnahkan. Setelah saya mendapatkan penjelasan penelitian dan memahami informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan manfaat penelitian, maka secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta, 23 Desember 2023

Responden

(……)

Lampiran III

**KUESIONER PENELITIAN**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN POLA AKTIVITAS FISIK PASIEN GAGAL JANTUNG DI POLI JANTUNG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOJA**

Petunjuk pengisian kuesioner

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti sebelum mengisi.
2. Beri tanda (√) pada setiap kotak yang tersedia dengan jawaban yang dianggap paling sesuai dengan keadaan anda.
3. Istilah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan identitas anda.

---

**A. Identitas Responden**

1. Nama (Inisial) :
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. Pendidikan terakhir : ☐ SD
   ☐ SMP
   ☐ SMA
   ☐ Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan : ☐ Bekerja
   ☐ Tidak bekerja
6. Status pernikahan :
7. Lama penyakit :
8. Penyakit penyerta :

Lampiran IV

A. Kuesioner Dukungan Keluarga

| No | Dukungan | Selalu | Sering | Kadang-Kadang | Tidak Pernah |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Dukungan Emosional** | | | | |
| 1 | Keluarga mendampingi pasien dalam perawatan | | | | |
| 2 | Keluarga tetap memperhatikan keadaan pasien selama pasien sakit | | | | |
| 3 | Keluarga berusaha mendengarkan setiap kali pasien mengeluh | | | | |
| 4 | Keluarga dengan ramah membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan pasien | | | | |
| | **Dukungan Instrumental** | | | | |
| 5 | Keluarga menyediakan waktu dan fasilitas jika pasien memerlukan untuk keperluan pengobatan | | | | |
| 6 | Keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan dan perawatan | | | | |
| 7 | Keluarga bersedia membiayai perawatan dan pengobatan pasien | | | | |
| 8 | Keluarga mencarikan kebutuhan sarana dan peralatan yang pasien perlukan | | | | |
| | **Dukungan Informasional** | | | | |
| 9 | Keluarga tidak memberitau mengenai hasil pemeriksaan dokter | | | | |
| 10 | Keluarga mengingatkan pasien untuk minum obat dan makan | | | | |
| 11 | Keluarga memberikan informasi pada pasien tentang hal-hal yang bisa memperburuk penyakit pasien | | | | |
| 12 | Keluarga menjelaskan kepada pasien setiap pasien bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakitnya. | | | | |
| | **Dukungan Penghargaan** | | | | |
| 13 | Keluarga memberi pujian ketika pasien melakukan sesuai yang dikatakan dokter | | | | |
| 14 | Keluarga berusaha mensupport pasien dalam pengobatan | | | | |
| 15 | Keluarga berusaha menghibur pasien setiap kali pasien sedih | | | | |

Lampiran V

## B. Koesioner Pola Aktivitas Fisik

| | |
|---|---|
| 1 | Dalam waktu 7 hari terakhir, berapa hari anda telah **melakukan aktivitas fisik berat? c**ontohnya seperti naik turun tangga, mengangkat barang berat, atau bersepeda cepat?<br><br>**_____ hari seminggu**<br><br>☐ Tidak ada aktivitas fisik berat → **Lanjut ke nomor 3** |
| 2 | Berapa lama waktu yang anda gunakan untuk melakukan **aktivitas fisik berat** pada salah satu hari tersebut?<br><br>**_____ jam _____ menit sehari**<br><br>☐ Tidak tahu / Tidak pasti |
| 3 | Dalam waktu 7 hari terakhir, berapa hari anda telah melakukan **aktivitas fisik sedang**, contohnya mengangkat barang ringan, menyapu, bersepeda, santai? Ini tidak termasuk jalan kaki.<br><br>**_____ hari seminggu**<br><br>☐ Tidak ada aktivitas fisik sederhana → **Lanjut ke nomor 5** |
| 4 | Berapa lama waktu yang anda gunakan untuk melakukan **aktivitas fisik sedang** pada salah satu hari tersebut?<br><br>**_____ jam _____ menit sehari**<br><br>☐ Tidak tahu / Tidak pasti |
| 5 | Dalam waktu 7 hari terakhir, berapa hari anda telah melakukan **aktivitas fisik ringan** seperti berjalan kaki selama minimal 10 menit.<br><br>_____ **hari seminggu**<br><br>☐ Tidak berjalan kaki → **Lanjut ke nomor 7** |
| 6 | Berapa lama waktu yang anda gunakan untuk melakukan **aktivitas fisik ringan** berjalan kaki pada salah satu hari tersebut?<br><br>**_____ jam _____ menit sehari**<br><br>☐ Tidak tahu / Tidak pasti |
| 7 | Dalam waktu 7 hari terakhir, berapa lama waktu yang anda gunakan untuk melakukan **aktivitas fisik ringan** seperti duduk pada saat hari kerja?<br><br>_____ jam _____ menit sehari<br><br>☐ Tidak tahu / Tidak pasti |

Lampiran VI

## Hasil Data SPSS Univariat

### Usia

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 20-25 | 1 | 1.1 | 1.1 | 1.1 |
| | 26-35 | 3 | 3.2 | 3.2 | 4.3 |
| | 36-45 | 2 | 2.1 | 2.1 | 6.4 |
| | 46-55 | 17 | 18.1 | 18.1 | 24.5 |
| | 56-65 | 39 | 41.5 | 41.5 | 66.0 |
| | 66-100 | 32 | 34.0 | 34.0 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

### Jenis kelamin

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | laki-laki | 42 | 44.7 | 44.7 | 44.7 |
| | perempuan | 52 | 55.3 | 55.3 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

### Pendidikan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | SD-SMP | 47 | 50.0 | 50.0 | 50.0 |
| | SMA | 40 | 42.6 | 42.6 | 92.6 |
| | Perguruan tinggi | 7 | 7.4 | 7.4 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

### Status pernikahan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Belum Menikah | 4 | 4.3 | 4.3 | 4.3 |
| | Menikah | 66 | 70.2 | 70.2 | 74.5 |
| | Cerai hidup | 9 | 9.6 | 9.6 | 84.0 |
| | Cerai mati | 15 | 16.0 | 16.0 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

**Pekerjaan**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Tidak bekerja | 82 | 87.2 | 87.2 | 87.2 |
| | Bekerja | 12 | 12.8 | 12.8 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

**Lama Penyakit**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 1 bulan-5 tahun | 55 | 58.5 | 58.5 | 58.5 |
| | 6 tahun-10 tahun | 31 | 33.0 | 33.0 | 91.5 |
| | 11 tahun-15 tahun | 4 | 4.3 | 4.3 | 95.7 |
| | 16 tahun-20 tahun | 2 | 2.1 | 2.1 | 97.9 |
| | 20 tahun-30 tahun | 2 | 2.1 | 2.1 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

**Penyakit Penyerta**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ada penyakit penyerta | 65 | 69.1 | 69.1 | 69.1 |
| | Tidak ada penyakit penyerta | 29 | 30.9 | 30.9 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

**Dukungan Keluarga**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Dukungan Baik | 49 | 52.1 | 52.1 | 52.1 |
| | Dukungan Sedang | 26 | 27.7 | 27.7 | 79.8 |
| | Dukungan Buruk | 19 | 20.2 | 20.2 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

**Aktivitas Fisik**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Aktivitas Ringan | 35 | 37.2 | 37.2 | 37.2 |
| | Aktivitas Sedang | 30 | 31.9 | 31.9 | 69.1 |
| | Aktivitas Berat | 29 | 30.9 | 30.9 | 100.0 |
| | Total | 94 | 100.0 | 100.0 | |

Lampiran VII

Hasil Data SPSS Bivariat

**Dukungan Keluarga * Aktivitas Fisik Crosstabulation**

| | | | Aktivitas Fisik | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Aktivitas Ringan | Aktivitas Sedang | Aktivitas Berat | Total |
| Dukungan Keluarga | Dukungan Baik | Count | 32 | 9 | 8 | 49 |
| | | % of Total | 34.0% | 9.6% | 8.5% | 52.1% |
| | Dukungan Sedang | Count | 3 | 18 | 5 | 26 |
| | | % of Total | 3.2% | 19.1% | 5.3% | 27.7% |
| | Dukungan Buruk | Count | 0 | 3 | 16 | 19 |
| | | % of Total | 0.0% | 3.2% | 17.0% | 20.2% |
| Total | | Count | 35 | 30 | 29 | 94 |
| | | % of Total | 37.2% | 31.9% | 30.9% | 100.0% |

**Correlations**

| | | | Dukungan Keluarga | Aktivitas Fisik |
|---|---|---|---|---|
| Spearman's rho | Dukungan Keluarga | Correlation Coefficient | 1.000 | .616** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | <,001 |
| | | N | 94 | 94 |
| | Aktivitas Fisik | Correlation Coefficient | .616** | 1.000 |
| | | Sig. (2-tailed) | <,001 | . |
| | | N | 94 | 94 |

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran VIII

**Surat Izin Penelitian**

BINAWAN UNIVERSITY

INTERNATIONAL, DIGITAL & VIRTUOUS CAMPUS
HONEST - DISCIPLINE - PROFESSIONAL - CLEAN

**PERMOHONAN SURAT**
No.099/SP/U/BINAWAN.FKK.KEP/V/2023

Nama : Sumarni umagap
Nim : 011811056
Ditujukan : Direktur Utama Rumah Sehat RSUD Koja Jakarta Utara
Tembusan :

1. Kepala Diklat Keperawatan Rumah Sehat RSUD Koja Jakarta Utara.
2. Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sehat RSUD Koja Jakarta Utara.
3. Kepala Ruangan Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja Jakarta Utara

Maksud dan Tujuan : Permohonan Izin penelitian
Judul : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Kronik Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja.

Demikian surat permohonan ini saya sampaikan, mohon agar dapat ditindak lanjuti sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
Atas perhatian dan kebijaksanaannya saya ucapkan terima kasih

Jakarta,29 mei 2023

Hormat Saya,

Yang Mengajukan

( Sumarni Umagap )

Mengetahui
Pembimbing Pertama

(Ns. Puji Astuti Wiratmo, S.Kep., MN )

BINAWAN CAMPUS
Dewi Sartika - Kalibata Raya Jakarta Timur 13630 INDONESIA
Phone (62-21) 80880882, Fax (62-21) 80880883 Website : www.binawan.ac.id

Lampiran IX

**Surat Keluar Dari Dekan**

BINAWAN UNIVERSITY

INTERNATIONAL, DIGITAL & VIRTUOUS CAMPUS
HONEST - DISCIPLINE - PROFESSIONAL - CLEAN

Jakarta, 02 Oktober 2023

No : 456/S-Ext/UBN.FKK/X/2023
Hal : Permohonan Ijin Pengambilan Data Uji Validitas Penelitian

Kepada Yth,
**Direktur**
**RSUD Koja**
Di
Tempat

Dengan hormat,

Semoga Bapak/Ibu dalam keadaan sehat jasmani dan rohani dalam menjalankan tugas sehari-hari dan selalu dalam lindungan Tuhan YME.

Dengan surat ini dapat kami sampaikan bahwa mahasiswa berikut :
Nama : Sumarni Umagap
Semester : VII
NIM : 011811056

Sedang menyelesaikan tugas akhir skripsi di program Studi Keperawatan Universitas Binawan. Sehubungan dengan hal tersebut dan sebagai salah satu proses yang dilalui adalah pengambilan data uji validitas penelitian dengan Judul **"Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja".**

Melalui surat ini yang bersangkutan mohon kiranya dapat diijinkan melakukan pengambilan data uji validitas penelitian di **RSUD Koja.**

Demikian surat permohonan ijin ini dibuat, atas ijin dan dukungan kami ucapkan terima kasih.

**Fakultas Keperawatan dan Kebidanan**
**Universitas Binawan**

**Dr. Aliana Dewi, SKp., MN**
**Dekan**

Tembusan : - Ka. Diklat RSUD Koja
- Kabid Keperawatan RSUD Koja
– Kepala Ruangan Poli Jantung RSUD Koja

Lampiran X

**Surat Persetujuan Penelitian**

PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOJA**
Jalan Deli No. 4 Koja Telepon 43938478, Faksimile 4352401/4372273
Website : rsudkoja.jakarta.go.id, Email : rskoja@yahoo.com
JAKARTA
Kode Pos : 14220

| | | |
|---|---|---|
| Nomor | : 347/18.01.01 | 22 Januari 2024 |
| Sifat | : Penting | |
| Lampiran | : - | Kepada, |
| Hal | : Persetujuan Penelitian | Yth. Universitas Binawan |
| | | di |
| | | Jakarta |

Sehubungan dengan permohonan izin penelitian dari Universitas Binawan mahasiswa/i atasnama **Sumarni Umagap** tentang **"Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung"** di RSUD Koja, maka dengan ini menyatakan bahwa RSUD Koja telah memberikan izin kepada peneliti untuk pengambilan sampel di RSUD Koja.

Demikianlah atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

Direktur RSUD Koja
Provinsi DKI Jakarta,

drg. Alifianti Lestari, M.Si., MARS
NIP. 196807141992122001

Lampiran XI

## Surat Persetujuan Etik

UNIVERSITAS BINAWAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN

KAMPUS INTERNATIONAL, DIGITAL & BERAKHLAK
JUJUR - DISIPLIN - PROFESIONAL - BERSIH

**PERSETUJUAN ETIK**
**(ETHICAL APPROVAL)**
**NO. 074/PE/FKK-KEPK/X/2023**

Yang bertanda tangan di bawah ini Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian secara mendalam, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang ber judul:

**Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja**

Yang mengikutsertakan manusia/~~hewan~~ coba *) sebagai subjek penelitian dengan Ketua pelaksana atau Peneliti Utama:

**Sumarni Umagap**

dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti yang tertera dalam protokol.

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK-FKK Universitas Binawan. Jika ada perubahan protokol dan atau perpanjangan penelitian harus mengajukan kembali permohonan telaah etik penelitian (amandemen protokol).

Jakarta, 20 Oktober 2023
**Komisi Etik Penelitian Kesehatan**
**Fakultas Keperawatan dan Kebidanan**
**Universitas Binawan**

**Tri Mustikowati, S.Kep., Ners, M.Kep**
Ketua

KAMPUS BINAWAN
Jl. Dewi Sartika - Jl. Kalibata Raya, Jakarta Timur 13630 - INDONESIA
Telp. (62-21) 80880882 Fax (62-21) 80880883 Website: www.binawan.ac.id

Lampiran XII

## Lambar Konsultasi Bimbingan Proposal Dan Skripsi

| UNIVERSITAS BINAWAN | PROGRAM STUDI KEPERAWATAN<br>FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN<br>UNIVERSITAS BINAWAN | |
|---|---|---|
| NO: KEP-FKK/NI/05 | LEMBAR KONSULTASI & BIMBINGAN MATRIKS REVISI PROPOSAL | APRIL 2023 |

Nama Mahasiswa : Sumarni Umagap
NIM : 011811056
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja.

| No | Tanggal | Materi Konsultasi | Saran Pembimbing | Hasil Perbaikan | Tanda Tangan Pembimbing Dan Penguji |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 09/05/2023 | Judul sampai Bab 1 | 1. Perhatikan kaidah penulisan Bahasa asing.<br>2. Refensi lama di hapus<br>3. Tambahkan penjelasan mengapa penelitian ini penting untuk dilakukan. Belum terlihat kesenjangan antara penelitian2 terkait sebelumnya dengan penelitian yang akan dilakukan. Perhatikan kaidah penulisan ilmiah.<br>4. Pada rumusan masalah tuliskan hal-hal yang masih menjadi masalah | 1. Sudah di cetak miring pada Bahasa asing pada (Bab 1 Hal 7)<br>2. Sudah di hapus pada (Hal 9 & 10)<br>3. Sudah di Tambahkan pada (Hal 15 &16)<br>4. Sudah di tuliskan pada (Hal 16) | Ns. Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br>Erika Lubis, SKp, MN |
| 2 | 23/06/23 | Bab 2 | 1. Tambahkan Tahun Pada Klasifikasi NYHA.<br>2. Sub bab tidak berdiri sendiri lihat kaidah penulisan. | 1. Sudah Di Tambahkan pada (Hal 19)<br>2. Sudah di perbaiki sub bab di (Hal 23) | Ns. Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 3. Tambahkan penulisan tentang alat ukur untuk mengukur pola aktifitas pada pasien gagal jantung. | 3. Sudah di tambahkan pada (Hal 31) | Erika Lubis, SKp, MN |
| 3 | 27/06/23 | Bab 3 | 1. Pada Kuesioner A Tambahkan Lama Penyakit dan Penyakit Penyerta<br>2. Justitikasi sesuai konsep,, apa yang dimaksud dg convininces sampling dan mengapa ini tepat digunakan pada penelitian ini<br>3. Masukkan semua sitasi | 1. Sudah di tambahkan pada (Hal 42)<br>2. Sudah di tambahkan pada (Hal 26)<br>3. Sudah di masukkan pada (Hal 42) | Ns. Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br>Erika Lubis, SKp, MN |
| 4 | 20/07/23 | Acc | Acc Sidang | | Ns. Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br>Erika Lubis, SKp, MN |

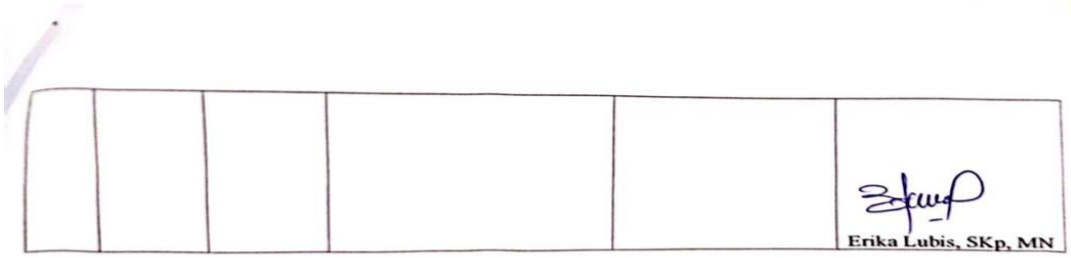
| UNIVERSITAS BINAWAN | PROGRAM STUDI KEPERAWATAN<br>FAKULTAS KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN<br>UNIVERSITAS BINAWAN | |
|---|---|---|
| NO:KEP-FKK/NI/05 | LEMBAR KONSULTASI & BIMBINGAN REVISI SKRIPSI | FEBRUARI 2024 |

Nama Mahasiswa : Sumarni Umagap
NIM : 011811056
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pola Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung Di Poli Jantung Rumah Sehat RSUD Koja.

| No | Tanggal | Materi Konsultasi | Saran Pembimbing | Hasil Perbaikan | Tanda Tangan Pembimbing Dan Penguji |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 01/02/24 | Abstrak, Bab 3, Bab 4 dan Bab 5 | 1. Tulis abstrak<br>2. perbaiki penulisan harus ada fisik (pola aktivitas fisik)<br>3. perbaiki penulisan di bab 3, sudah di teliti bukan akan di teliti.<br>4. Tuliskan hasil hipotesis karena penelitian sudah selesai di lakukan.<br>5. perbaiki perhitungan populasi dan sampel.<br>6. perbaiki penulisan Bab 4 seharusnya menggunakan uji spearman, bukan Chi Square<br>7. perhatikan pernulisan harus sesuai dengan hasil di tabel<br>8. perbaiki penulisan sitasi penelitian sebelumnya<br>9. tambahkan penulisan pembahasan Analisa bivariat<br>10. tambahkan penulisan di keterbatasan penelitian<br>11. di bab 5 saran tambahkan edukasi perawat | 1. Sudah di tulis (pada Hal 6)<br>2. Sudah di perbaiki di bab 4 (Hal 52)<br>3. Sudah di perbaiki pada (Hal 38)<br>4. Sudah di tuliskan pada (Hal 38)<br>5. Sudah di perbaiki pada (Hal 42)<br>6. Sudah di perbaiki pada (Hal 52)<br>7. Sudah di perbaiki Pada (Hal 56)<br>8. Sudah di perbaiki pada (Hal 58)<br>9. Sudah di tambahkan pembahasanny a pada (Hal 63)<br>10. Sudah di tambahkan pada (Hal 66)<br>11. Sudah di tambahkan pada (Hal 67) | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br>Erika Lubis, SKp, MN<br>Ns.Siswani Mariana, S.Kep, Msi |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 07/02/24 | Bab 4 | 1. Perhatikan dan perbaiki penulisan sitasi<br>2. perbaiki penulisan di Analisa bivariat<br>3. hapus yang salah | 1. Sudah di perbaiki pada (Hal 58)<br>2. Sudah di perbaiki pada (Hal 64)<br>3. Sudah di hapus | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br>Erika Lubis, SKp, MN<br>Ns. Siswani Mariana, S.Kep, Msi |
| 3 | | Cover sampai Bab 4 | 1. Hapus yang kronis, tidak perlu menggunakan yang kronis.<br>2. Di kata pengantar hapus nomor 1 tambahkan direktur dan staf RSUD Koja, tambahkan ucapan penutup dan TTD.<br>3. Di abstrak judul dulu baru nama, abstrak dalam Bahasa inggris di cetak miring,<br>4. Daftar isi bab saja yang di bold<br>5. Referensi liandi di hapus<br>6. Tabel distribusi di perbaiki | 1. Sudah di hapus di cover<br>2. Sudah di perbaiki dan di tam bahkan di (Hal 4)<br>3. Sudah di perbaiki di (Hal 6 & 7)<br>4. Sudah di perbaiki pada (Hal 8)<br>5. Sudah di hapus pada Hal 34 & 39)<br>6. Sudah di perbaiki pada (Hal 52) | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br>Erika Lubis, SKp, MN |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 7. tambahkan nomor surat.<br>8. ganti model tabel Analisa bivariat | 7. Sudah di tambahkan pada (Hal 46)<br>8. Sudah di ganti pada (Hal 58) | Ns. Siswani Mariana, S.Kep, Ms |
| | | | 1. definisi operasional kuesioner B cetak miring pada Bahasa inggis<br>2. perbaiki penulisan nomor surat.<br>3. perbaiki enter bab dan judul tabel | 1. Sudah di perbaiki pada (Hal 40)<br>2. Sudah di perbaiki pada (Hal 46)<br>3. Sudah di perbaiki pada (Hal 52) | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br>Erika Lubis, SKp, MN<br>Ns. Siswani Mariana S.Kep, Ms |
| | 07/02/24 | Acc | Acc sidang | | Puji Astuti Wiratm S.Kep MN |


Erika Lubis, SKp, MN

Lampiran Xlll

## Lambar matriks Revisi Setelah Sidang

**MATRIKS REVISI UJI SIDANG SKRIPSI PENELITIAN MATA KULIAH MINI THESIS**

Nama Mahasiswa : Sumarni Umagap

Judul Penelitian :

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN POLA AKTIVITAS FISIK PASIEN GAGAL JANTUNG DI POLI JANTUNG RUMAH SEHAT RSUD KOJA

Nama Pembimbing :

Pembimbing I : Ns. Puji Astuti Wiratmo, S.Kep., MN

Pembimbing II : Erika Lubis, Skp., MN

| No | Bagian Perbaikan | Saran Pembimbing Dan Penguji | Hasil Revisi (Catatan Halaman) | Tanda Tangan Pembimbing/Penguji |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Cover & Abstrak | 1. Pada Cover pertama logo universitas binawan letakkan paling atas<br>2. Perhatikan Outline Spasi | 1. Sudah di perbaiki dan di letakkan paling atas pada cover pertama<br>2. Sudah di perbaiki ukuran penulisan 10 dan spasi tunggal pada (Hal 6 & 7) | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br>Erika Lubis, SKp, MN<br>Ns.Siswani Marianna, S.Kep, MSi |
| 2 | Bab 2 | Di kerangka teori di perjelas apa saja yang di maksud aktivitas fisik ringan sedang berat | Sudah di perjlas di (Hal 36) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br><br>Erika Lubis, SKp, MN<br><br>Ns.Siswani Marianna, S.Kep, MSi |
| 3 | Bab 3 | 1. Di metode penelitian tanda panahnya di perkecil saja,.<br>2. Pada table definisi operasional di gabung saja table dukungan keluarga dan aktivitas fisik.<br>3. Tambahkan teori convenience sampling.<br>4. pada kuesioner B cari referensinya yang terbaru dan hapus penelitian Roby et al., (2021).<br>5. Pada uji validitas tambahkan intrumen dari sitasi yang di gunakan.<br>6. Pada prosedur pengumpulan data jelaskan sesuai penelitian atau keadaan di lapangan.<br>7. Pada Analisa bivariat tambahkan hasil keeratannya atau nilai R. | 1. Sudah di perbaiki pada (Hal 37)<br>2. Sudah di gabungkan tabelnya pada (Hal 38)<br>3. Sudah di tambahkan pada (Hal 40).<br>4. Sudah di perbaiki dan di hapus pada (Hal 41)<br>5. Sudah di tambahkan pada (Hal 42)<br>6. Sudah di jelaskan dan di tambahkan sesuai hasil dan keadaan di lapangan pada (Hal 43)<br>7. Sudah di tambahkan pada (Hal 46) | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br><br>Erika Lubis, SKp, MN<br><br>Ns.Siswani Marianna, S.Kep, MSi |
| 4. | Bab 4 | 1. Tabel Analisa univariat di gabung jadi 1.<br>2. tuliskan hasil kesimpulan atau mayoritas saja tidak perlu tulis semua hasil yang ada di tabel.<br>3. pada Analisa bivariat teori hidayat (2014) di hapus saja.<br>4. pada tabel Analisa bivariat distribusi dukungan keluarga dan aktivitas fisik tambahkan hasil nilai R. | 1. sudahh di gabung pada (Hal 48)<br>2. Sudah di tuliskan pada (Hal 50)<br>3. Sudah di hapus pada (Hal 50)<br>4. Sudah di tambahkan pada (Hal 50)<br>5. Sudah di hapus pada (Hal 50) | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 5. Sitasi dermawan pada Analisa bivariat di hapus.<br>6. Pada semua pembahasan distribusi Analisa univariat tambakan opini dari peneliti.<br>7. Pada pembahasan sitasi yang kadaluarsa di hapus (laberthe, 2011. Friedman, 2013. Norton, 2010).<br>8. Pada keterbatasan penelitian jelaskan kenapa sampel tidak di acak menjadi keterbatasan. | 6. Sudah di tambahkan mulai dari (Hal 50 sampai 56)<br>7. Sudah di hapus di (Hal 56)<br>8. Sudah di jelaskan pada (Hal 56) | Erika Lubis, SKp, MN<br>Ns.Siswani Marianna, S.Kep, MSi |
| 5 | Bab 5 | 1. Pada kesimpulan tulis yang mayoritas saja jangan semua persentase | Sudah di tuliskan mayoritasnya pada (Hal 59) | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br>Erika Lubis, SKp, MN<br>Ns.Siswani Marianna, S.Kep, MSi |
| 6. | Daftar pustaka | Hapus sitasi lama yang di suruh ganti pada pembahasan di atas. | Sudah di hapus pada (Hal 61) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Puji Astuti Wiratmo, S.Kep MN<br><br>Erika Lubis, SKp, MN<br><br>Ns.Siswani Marianna, S.Kep, MSi |

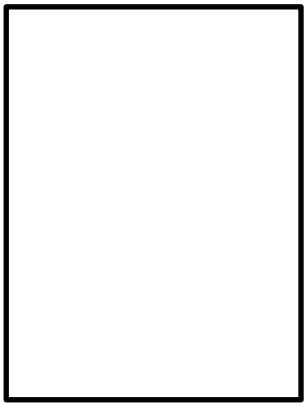
## Lampiran XIV

## Foto Bukti Penelitian





# DAFTAR RIWAYAT HIDUP



| | |
|---|---|
| Nama | : Sumarni Umagap |
| Jenis Kelamin | : Perempuan |
| Tempat Tanggal Lahir | : Tabona, 17 maret 2001 |
| NIM | : 011811056 |
| Agama | : Islam |
| Kewarganegaraan | : Indonesia |
| Alamat | : Tanjung lengkong Jakarta Timur |
| Email/No Hp | : sumarni.umagap@student.binawan.ac.id |
| **Identitas Orang Tua** | |
| Nama Ayah | : Ikram Umagap |
| Nama Ibu | : Sitinun Gay Umari |
| **Riwayat Pendidikan** | |
| SDN 1 Tabona | : 2006-2012 |
| SMPN 1 Tabona | : 2012-2015 |
| SMKN1 Tabona | : 2015-2018 |