Journal health society

VOL 15 No 2 (2026): 196-208
DOI: 10.62094/jhs.v15i2.807
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

Gambaran kualitas hidup multidimensional pada pasien dengan *congestive heart failure*

Samran, Esti Mulyawati, Wiwin Rusdiyanti, Dhea Natashia

Program Studi Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta

How to cite (APA)
Samran, S., Rusdiyanti, W., Natashia, D., & Mulyawati, E. (2026). Gambaran kualitas hidup multidimensional pada pasien dengan congestive heart failure. Jurnal Health Society, 15(2), 196–208. https://doi.org/10.62094/jhs.v15i2.807

History
Received: 29 September 2026
Accepted: 23 Oktober 2026
Published: 30 Oktober 2026

Coresponding Author
Samran, Master of Nursing Program, Muhammadiyah University Jakarta, email : Samran0995@gmail.com

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

ABSTRAK

Latar Belakang: Gagal jantung kongestif (adalah kondisi kronis progresif yang memengaruhi kemampuan jantung untuk memompa darah secara efektif. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien GJK memiliki kualitas hidup yang lebih rendah. Kualitas hidup adalah kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan usianya atau peran sosial utamanya di lingkungannya. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji kualitas hidup multidimensi pada pasien dengan gagal jantung kongestif.
Metode: Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif. Populasi dalam penelitian ini terdiri dari 29 orang di Rumah Sakit Salak. Analisis data dilakukan dengan menggunakan distribusi frekuensi.
Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa skor rata-rata tertinggi terdapat pada dimensi Kesehatan Mental (Rata-rata = 74,3) dan Nyeri Fisik (Rata-rata = 74,6), sedangkan skor terendah terdapat pada dimensi Keterbatasan Fisik (Rata-rata = 42,2). Dimensi-dimensi lain seperti Fungsi Fisik, Vitalitas, dan Fungsi Sosial memiliki skor rata-rata antara 65 dan 68.
Kesimpulan: Secara umum, hasil-hasil ini menunjukkan bahwa dimensi keterbatasan fisik cenderung lebih terpengaruh dibandingkan aspek mental atau sosial. Hal ini penting untuk diperhatikan dalam merancang intervensi atau program pemulihan yang berfokus pada peningkatan fungsi fisik dan pengurangan keterbatasan aktivitas.

Kata Kunci : Kualitas Hidup, Gagal Jantung Kongestif, Multidimensi, Status Kesehatan, SF-36

ABSTRACT

Background: Congestive heart failure is a chronic, progressive condition that affects the heart's ability to pump blood effectively. Several studies have shown that patients with congestive heart failure have a lower quality of life. Quality of life is a person's ability to perform daily activities in accordance with their age or their primary social role in their community. The purpose of this study is to examine the multidimensional quality of life in patients with congestive heart failure.
Method: This study uses a descriptive quantitative method. The population in this study consisted of 29 people at Salak Hospital in. Data analysis was performed using frequency distribution to describe the respondents' response trends to the variables studied.
Result: The results showed that the highest average scores were in the Mental Health (Mean = 74.3) and Bodily Pain (Mean = 74.6) dimensions, while the lowest scores were in Physical Limitations (Mean = 42.2). Other dimensions such as Physical Functioning, Vitality, and Social Functioning had average scores between 65 and 68.
Conclusion: In general, these results illustrate that the dimension of physical limitations tends to be more affected than mental or social aspects. This is important to note in planning interventions or recovery programs that emphasize improving physical functioning and reducing activity limitations.

Keyword : Quality of Life, Congestive Heart Failure, Multidimensional, Health Status, SF-36

OPEN ACCESS

Journal Health Society
VOL 15 No 02 (2026)
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

Pendahuluan

Gagal Jantung Kongestif (*Congestive Heart Failure*/CHF) merupakan kondisi kronis progresif yang memengaruhi kemampuan jantung dalam memompa darah secara efektif. Penyakit ini menimbulkan berbagai gejala fisik seperti dispnea, kelelahan, edema, serta penurunan kapasitas aktivitas harian (Haryati et., al., 2020). Selain berdampak pada kondisi fisik, CHF juga memiliki konsekuensi psikologis dan sosial yang signifikan, termasuk kecemasan, depresi, penurunan produktivitas, dan isolasi sosial (Lizarraga et al., 2022). Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO), prevalensi global gagal jantung diperkirakan mencapai lebih dari 64 juta orang di seluruh dunia (Vos et al., 2020). Data dari *Global Burden of Disease Study* (GBD) tahun 2020 juga menunjukkan bahwa gagal jantung memberikan beban yang besar terhadap sistem kesehatan, baik dari segi angka kematian dini maupun tahun hidup dengan disabilitas (DALYs) (Vos et al., 2020). Di Indonesia, prevalensi risiko kejadian CHF berdasarkan kelompok usia, persentase kasus penyakit jantung pada kelompok usia 45-54 tahun (2,4%), diikuti usia 35-44 tahun (1,3%) dan usia 25-34 tahun (0,8%) (Kemenkes, 2024).

Kualitas hidup merujuk pada kapabilitas individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari sejalan dengan umur dan peran sosialnya (Majid, 2026). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien CHF memiliki tingkat kualitas hidup yang lebih rendah. Menurut Marshall et al., (2024); Muliantino et al., (2025), yang menyatakan bahwa penurunan fungsi jantung secara progresif berdampak langsung terhadap deteriorasi kualitas hidup, terutama dalam hal keterbatasan aktivitas dan peningkatan kelelahan. Kondisi ini bahkan dapat memperburuk status psikologis pasien, seperti munculnya kecemasan dan depresi.

Kualitas hidup yang rendah pada pasien CHF tidak hanya menjadi masalah klinis, tetapi juga menjadi indikator penting dalam evaluasi efektivitas terapi dan perawatan jangka panjang. Oleh karena itu, pemahaman terhadap faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pada pasien CHF menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, dalam merancang intervensi yang berfokus pada peningkatan kesejahteraan pasien. Dengan menilai kualitas hidup secara menyeluruh, diharapkan perencanaan asuhan keperawatan dapat disesuaikan dengan kebutuhan fisik, emosional, dan sosial pasien CHF. Kondisi multifaset dari CHF menuntut pendekatan penilaian yang tidak hanya berfokus pada status klinis, tetapi juga pada persepsi subjektif pasien mengenai kualitas hidupnya. Oleh karena itu, pengkajian kualitas hidup menjadi bagian penting dalam praktik keperawatan. Salah satu instrumen yang sering digunakan secara internasional untuk menilai kualitas hidup pasien kronis adalah SF-36 (Short Form-36 Health Survey).

Instrumen ini memungkinkan penilaian menyeluruh terhadap dimensi fisik, emosional, dan sosial yang dialami oleh pasien CHF (Naylor et al., 2008). Instrumen SF-36 telah diterjemahkan dan divalidasi dalam Bahasa Indonesia dan menunjukkan hasil validitas dan reliabilitas yang baik dalam berbagai studi nasional, termasuk studi oleh (Iswahyudi, 2019). Dalam konteks pengkajian keperawatan, pemahaman menyeluruh tentang instrumen SF- 36 sangat diperlukan agar penggunaannya dapat tepat sasaran dan bermanfaat dalam perencanaan intervensi keperawatan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup

OPEN ACCESS

Journal Health Society
VOL 15 No 02 (2026)
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

multidimensional pada pasien dengan congetive heart failure.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif dengan teknik pengumpulan data melalui survei. Populasi dalam penelitian ini terdiri dari 29 orang di Rumah Sakit Salak, Bogor, pada tanggal 27 Juni 2025. Instrumen yang digunakan yaitu SF-36 versi Indonesia. Uji validitas mengacu pada penelitian sebelumnya oleh Dharma et al., (2022) dengan nilai reliabilitas komposit berkisar antara 0,748 hingga 0,928, yang menunjukkan bahwa sebagian besar domain dalam instrumen ini cukup stabil.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan distribusi frekuensi untuk menggambarkan kecenderungan responden dalam menjawab variabel-variabel yang diteliti. Hasilnya berupa distribusi frekuensi, rata-rata, simpangan baku, nilai minimum, dan nilai maksimum. Penelitian ini telah melalui tinjauan etika penelitian dengan nomor registrasi No:005049/KEP STIKES SUKABUMI/2025.

Result

Tabel 1. Karakteristik Responden

Variabel	f	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	13	44,8
Perempuan	16	55,2
Klasifikasi NYHA		
I	12	41,4
II	6	20,7
III	8	27,6
IV	3	10,3
Lama Menderita Penyakit		
<2 Tahun	4	17,2
2 Tahun	5	69,0
>2 Tahun	20	13,8
Jenis Terapi		
ACEI/ARB/ARNI		
Lisinopril	1	3,4
Ramipril	11	37,9
Candesartan	11	37,9
Sacubitril/Valsartan	1	3,4
Tidak dapat terapi	5	17,2
Beta Blocker		
Bisoprolol	21	72,4
Tidak dapat terapi	8	27,6
MRA (Aldosterone Antagnist)		
Spironolactone	20	69,0
Tidak dapat terapi	9	31,0
Komorbid		
1	23	79,3
>1	6	20,7
Usia	Mean (SD)	Min-Max
	56,8 (±12,8)	39-82

Berdasarkan tabel 1, menunjukan bahwa hasil analisis terhadap 29 responden dalam penelitian ini, diperoleh bahwa rata rata usia responden adalah 56,8 tahun dengan standar deviasi 12,8 tahun, dan rentang usia antara 39 hingga 82 tahun. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (n = 16; 55,2%), sedangkan laki-laki sebanyak 13 orang (44,8%). Hasil dari klasifikasi fungsional NYHA, responden terbanyak berada pada kelas I (n = 12; 41,4%), diikuti oleh kelas III (n = 8; 27,6%),

Journal Health Society
VOL 15 No 02 (2026)
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

kelas II (n = 6; 20,7%), dan kelas IV (n = 3; 10,3%). Terkait dengan lama menderita gagal jantung, mayoritas responden telah menderita lebih dari 2 tahun (n = 20; 69,0%), sedangkan sisanya terdiri dari yang mengalami CHF selama 2 tahun (n = 5; 13,8%) dan kurang dari 2 tahun (n = 4; 17,2%). Dalam hal terapi farmakologis, sebagian besar pasien mendapatkan terapi dari golongan beta blocker, yaitu Bisoprolol (n= 21; 72,4%), sementara lainnya (n= 8; 27,6%) tidak menerima terapi ini. Untuk terapi dari golongan ACEI/ARB/ARNI, penggunaan Ramipril dan Candesartan masing masing mendominasi (n= 11; 37,9%), sementara sisanya menggunakan Lisinopril (n= 1; 3,4%), Sacubitril/Valsartan (n= 1; 3,4%) atau tidak mendapatkan terapi.

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan domain kualitas hidup SF-36

			95% CI				
	N	**Mean**	**Lower**	**Uper**	**SD**	**Min**	**Max**
Fungsi Fisik	29	68.0	55.0	81.0	34.2	0.0	100.0
Keterbatasan Fisik	29	42.2	29.5	55.0	33.5	0.0	100.0
Nyeri tubuh	28	74.6	66.2	82.9	21.4	12.5	100.0
Kesehatan secara umum	29	56.9	48.9	64.9	21.1	20.8	87.5
Vitalitas	29	67.1	60.2	73.9	18.0	40.0	100.0
Fungsi sosial	29	65.9	59.1	72.8	18.0	25.0	100.0
Keterbatasan emosional	29	66.7	51.5	81.8	39.8	0.0	100.0
Kesehatan Mental	29	74.3	67.4	81.1	18.0	44.0	100.0

Berdasarkan hasil analisis statistik univariat, diperoleh gambaran bahwa dimensi kualitas hidup dengan skor rata-rata tertinggi adalah nyeri tubuh, yaitu sebesar 74,6, yang menunjukkan sebagian besar responden merasakan gangguan nyeri tubuh yang ringan. Disusul oleh kesehatan mental dengan skor rata-rata 74,3, vitalitas sebesar 67,1, fungsi sosial 65,9, dan keterbatasan emosional sebesar 66,7, yang secara umum menunjukkan bahwa responden memiliki kondisi psikologis dan energi yang cukup baik untuk menjalani aktivitas harian. Fungsi fisik juga menunjukkan nilai rata- rata yang cukup tinggi, yaitu 68,0, meskipun terdapat variasi yang cukup besar antar responden. Sementara itu, kesehatan secara umum memiliki skor rata-rata 56,9, yang menandakan persepsi sedang terhadap kondisi kesehatan mereka. Skor terendah tercatat pada dimensi keterbatasan fisik, yaitu 42,2, yang menunjukkan bahwa sebagian responden masih mengalami hambatan fisik dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Tabel 3. Rata-Rata Skor Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Usia

Domain	Usia	f	Mean
fungsi fisik	39-59	18	86.4
	>60	11	37.8
keterbatasan fisik	39-59	18	59.7
	>60	11	13.6
nyeri tubuh	39-59	17	79.7
	>60	11	66.6
kesehatan secara umum	39-59	18	63.7

OPEN ACCESS

Journal Health Society
VOL 15 No 02 (2026)
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

	>60	11	45.8
vitalitas	39-59	18	72.5
	>60	11	58.2
fungsi sosial	39-59	18	72.2
	>60	11	55.7
keterbatasan emosional	39-59	18	85.2
	>60	11	36.4
kesehatan mental	39-59	18	78.3
	>60	11	67.6

Berdasarkan hasil analisis, kelompok usia lansia (>60 tahun) menunjukkan skor kualitas hidup yang lebih rendah di seluruh domain dibandingkan kelompok usia 39–59 tahun. Skor terendah pada kelompok lansia ditemukan pada domain fungsi fisik (mean = 37,8) dan keterbatasan fisik (mean = 13,6), yang mengindikasikan bahwa lansia mengalami hambatan yang signifikan dalam aktivitas fisik harian. Selain itu, keterbatasan emosional juga tampak cukup terganggu (mean = 36,4), menunjukkan adanya beban psikologis yang cukup besar. Secara umum, hasil ini menunjukkan bahwa lansia memiliki skor kualitas hidup lebih buruk

Tabel 4. Rata-Rata Skor Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Jenis Kelamin

Domain	Jenis Kelamin	f	Mean
fungsi fisik	P	16	67.8
	L	13	68.2
keterbatasan fisik	P	16	42.2
	L	13	42.3
nyeri tubuh	P	15	72.8
	L	13	76.5
kesehatan secara umum	P	16	56.0
	L	13	58.0
vitalitas	P	16	66.3
	L	13	68.1
fungsi sosial	P	16	67.2
	L	13	64.4
keterbatasan emosional	P	16	70.8
	L	13	61.5
kesehatan mental	P	16	73.4
	L	13	75.4

Berdasarkan hasil analisis, skor kualitas hidup terendah ditemukan pada domain keterbatasan fisik, baik pada perempuan (rata-rata 42,2) maupun laki-laki (42,3). Ini menunjukkan bahwa banyak pasien mengalami hambatan dalam aktivitas fisik. Sebaliknya, skor tertinggi ada pada domain nyeri tubuh, yaitu 72,8 pada perempuan dan 76,5 pada laki-laki. Artinya, meskipun ada keterbatasan fisik, sebagian besar pasien merasa nyeri tubuh masih bisa ditoleransi.

Journal Health Society
VOL 15 No 02 (2026)
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

Tabel 5. Rata-Rata Skor Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Klasifikasi NYHA

Domain	Klasifikasi NYHA	f	Mean
fungsi fisik	I	12	90.0
	II	6	58.3
	III	8	52.6
	IV	3	49.2
keterbatasan fisik	I	12	62.5
	II	8	31.3
	III	6	29.2
	IV	3	16.7
nyeri tubuh	I	11	84.8
	II	8	65.0
	III	6	77.5
	IV	3	56.7
kesehatan secara umum	I	12	71.9
	II	8	52.8
	III	6	45.1
	IV	3	44.8
vitalitas	I	12	76.7
	II	8	56.3
	III	6	53.3
	IV	3	85.0
fungsi sosial	I	12	77.1
	III	8	53.1
	II	6	60.4
	IV	3	66.7
keterbatasan emosional	I	12	75.0
	III	8	75.0
	II	6	38.9
	IV	3	66.7
kesehatan mental	I	12	83.2
	III	8	63.0
	II	6	66.0
	IV	3	85.3

Berdasarkan klasifikasi NYHA, terlihat bahwa skor kualitas hidup tertinggi secara konsisten ditemukan pada pasien dengan klasifikasi NYHA I di sebagian besar domain, yang mencerminkan kondisi fungsional yang lebih baik. Misalnya, fungsi fisik memiliki nilai tertinggi pada NYHA I (mean = 90,0) dan menurun secara bertahap hingga NYHA IV (mean = 49,2). Pola serupa juga terlihat pada kesehatan secara umum (NYHA I = 71,9; NYHA IV = 44,8) dan fungsi sosial (NYHA I = 77,1; NYHA III = 53,1). Skor terendah ditemukan pada domain keterbatasan fisik, terutama pada pasien NYHA IV (mean = 16,7), yang menunjukkan penurunan kemampuan fisik secara signifikan. Selain itu, domain kesehatan secara umum dan fungsi fisikjuga mencatat skor rendah pada pasien NYHA III dan IV, menandakan penurunan kualitas hidup seiring peningkatan tingkat keparahan penyakit.

Journal Health Society
VOL 15 No 02 (2026)
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

Tabel 6. Rata-Rata Skor Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Lama Menderita Penyakit

Domain	Lama Menderita Penyakit	f	Mean
Fungsi fisik	2 Years	5	75.0
	> 2 Years	20	65.3
	< 2 Years	4	72.5
Keterbatasan fisik	2 Years	5	55.0
	> 2 Years	20	38.8
	< 2 Years	4	43.8
Nyeri tubuh	2 Years	5	88.0
	> 2 Years	19	68.0
	< 2 Years	4	88.8
Kesehatan secara umum	2 Years	5	64.2
	> 2 Years	20	55.2
	< 2 Years	4	56.3
Vitalitas	2 Years	5	66.0
	> 2 Years	20	68.0
	< 2 Years	4	63.8
Fungsi sosial	2 Years	5	75.0
	> 2 Years	20	63.1
	< 2 Years	4	68.8
Keterbatasan emosional	2 Years	5	60.0
	> 2 Years	20	70.0
	< 2 Years	4	58.3
Kesehatan mental	2 Years	5	70.8
	> 2 Years	20	76.4
	< 2 Years	4	68.0

Pasien dengan lama menderita penyakit lebih dari 2 tahun cenderung mengalami penurunan kualitas hidup di beberapa domain, khususnya pada fungsi fisik (mean = 65,3) dan keterbatasan fisik (mean = 38,8), yang menunjukkan adanya gangguan aktivitas dan mobilitas sehari-hari. Sementara itu, domain kesehatan secara umum (mean = 55,2) dan keterbatasan emosional (mean = 70,0) juga menunjukkan bahwa semakin lama pasien hidup dengan penyakitnya, semakin besar kemungkinan mereka mengalami gangguan secara fisik dan emosional. Ini mengindikasikan bahwa durasi penyakit berperan penting terhadap penurunan fungsi dan kenyamanan hidup pasien

Tabel 7. Rata-Rata Skor Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Komorbiditas

Domain	Komorbid	f	Mean
fungsi fisik	1	23	72.8
	>1	6	49.3
keterbatasan fisik	1	23	44.6
	>1	6	33.3
nyeri tubuh	1	22	75.7
	>1	6	70.4
kesehatan secara umum	1	23	59.8
	>1	6	45.8

OPEN ACCESS

Journal Health Society
VOL 15 No 02 (2026)
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

vitalitas	1	23	70.4
	>1	6	54.2
fungsi sosial	1	23	67.4
	>1	6	60.4
keterbatasan emosional	1	23	66.7
	>1	6	66.7
kesehatan mental	1	23	75.2
	>1	6	70.7

Pasien yang memiliki lebih dari satu komorbid menunjukkan kualitas hidup yang lebih rendah pada hampir seluruh domain. Penurunan paling mencolok terlihat pada fungsi fisik dengan rata-rata skor hanya 49,3, dibandingkan 72,8 pada pasien dengan satu komorbid. Demikian pula, vitalitas (mean = 54,2) dan kesehatan secara umum (mean = 45,8) juga lebih rendah, menandakan penurunan energi dan persepsi negatif terhadap kondisi kesehatan. Keterbatasan fisik (mean = 33,3) juga menjadi salah satu area yang terdampak, mengindikasikan berkurangnya kemampuan fisik dalam aktivitas sehari-hari. Meskipun skor keterbatasan emosional tampak serupa antara kelompok, hasil ini tetap menunjukkan bahwa semakin banyak komorbid yang dimiliki pasien, maka semakin besar potensi gangguan pada aspek fisik, vitalitas, dan persepsi umum terhadap kesehatan mereka.

Table 8. Rata-Rata Skor Domain Kualitas Hidup Berdasarkan Jenis Terapi Farmakologi

Domain	Golongan Obat	f	Mean
fungsi fisik	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker	4	60.0
	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker, MRA	13	60.1
	ACEI/ARB/ARNI	2	90.0
	ACEI/ARB/ARNI, MRA	5	61.0
	MRA	1	85.0
	Beta Blocker	3	95.0
	Beta Blocker, MRA	1	95.0
keterbatasan fisik	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker	4	31.3
	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker, MRA	13	34.6
	ACEI/ARB/ARNI	2	62.5
	ACEI/ARB/ARNI, MRA	5	30.0
	MRA	1	75.0
	Beta Blocker	3	75.0
	Beta Blocker, MRA	1	75.0
nyeri tubuh	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker	4	71.9
	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker, MRA	13	67.5
	ACEI/ARB/ARNI	2	90.0
	ACEI/ARB/ARNI, MRA	5	80.0
	Beta Blocker	3	80.8
	Beta Blocker, MRA	1	100.0
kesehatan secara umum	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker	4	46.9
	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker,	13	52.6

OPEN ACCESS

Journal Health Society
VOL 15 No 02 (2026)
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

	MRA		
	ACEI/ARB/ARNI	2	66.7
	ACEI/ARB/ARNI, MRA	5	57.5
	MRA	1	66.7
	Beta Blocker	3	70.8
	Beta Blocker, MRA	1	79.2
vitalitas	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker	4	48.8
	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker, MRA	13	67.7
	ACEI/ARB/ARNI	2	90.0
	ACEI/ARB/ARNI, MRA	5	66.0
	MRA	1	60.0
	Beta Blocker	3	71.7
	Beta Blocker, MRA	1	85.0
fungsi sosial	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker	4	56.3
	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker, MRA	13	64.4
	ACEI/ARB/ARNI	2	81.3
	ACEI/ARB/ARNI, MRA	5	62.5
	MRA	1	62.5
	Beta Blocker	3	75.0
	Beta Blocker, MRA	1	87.5
keterbatasan emosional	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker	4	66.7
	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker, MRA	13	64.1
	ACEI/ARB/ARNI	2	50.0
	ACEI/ARB/ARNI, MRA	5	53.3
	MRA	1	100.0
	Beta Blocker	3	88.9
	Beta Blocker, MRA	1	100.0
kesehatan mental	ACEI/ARB/ARNI, Beta Blocker	4	51.5

Berdasarkan hasil analisis, kelompok pasien yang menerima kombinasi ACEI/ARB/ARNI dan Beta Blocker sajamenunjukkan skor kualitas hidup yang paling rendah di hampir seluruh domain. Skor terendah terdapat pada domain vitalitas (mean = 48,8), fungsi sosial (mean = 56,3), dan kesehatan mental (mean = 51,5), yang mencerminkan adanya gangguan pada aspek energi, hubungan sosial, dan kondisi psikologis. Selain itu, kombinasi ACEI/ARB/ARNI dan MRA juga mencatat skor rendah pada fungsi fisik (mean = 61,0) dan keterbatasan fisik (mean = 30,0), yang menunjukkan keterbatasan aktivitas harian.

Pembahasan

Pasien CHF yang tergolong lansia (usia >60 tahun) menunjukkan penurunan kualitas hidup paling signifikan dibandingkan kelompok usia dewasa (39–59 tahun). Hal ini tercermin dari skor domain fungsi fisik yang menurun drastis (mean = 37,8), serta keterbatasan fisik yang sangat rendah (mean = 13,6). Studi oleh Lawson et al. (2023) memperkuat temuan ini, dengan menyatakan bahwa usia lanjut berkorelasi negatif terhadap semua domain kualitas hidup, terutama dalam aspek fisik dan sosial. Penurunan ini diperparah oleh penurunan kapasitas cadangan jantung, fungsi otot, serta penurunan adaptasi psikososial bertambahnya usia.

Jenis kelamin juga memiliki kontribusi terhadap kualitas hidup penurunan pada

Journal Health Society
VOL 15 No 02 (2026)
E-ISSN: 2988-7062 **P-ISSN**: 2252-3642
Journal Homepage: https://ojs.stikesmi.ac.id/index.php/jhs/index

pasien Congestive Heart Failure. Pasien perempuan menunjukkan skor QoL yang cenderung lebih rendah khususnya dalam domain emosional dan sosial—dibanding pria, meskipun secara fisik terkadang tampil lebih baik. Hal ini konsisten dengan temuan studi Garay et al. (2020) yang melaporkan perempuan dengan HFrEF memiliki QoL yang lebih buruk secara signifikan, terutama pada domain keterbatasan fisik dan sosial. Walaupun beberapa penelitian berbiarkan setelah terkontrol variabel klinis tidak ada perbedaan mencolok, pola umum menunjukkan kebutuhan intervensi lebih spesifik bagi pasien perempuan. Selain jenis kelamin, klasifikasi fungsional NYHA juga sangat menentukan derajat gangguan kualitas hidup. Pasien dengan klasifikasi NYHA III dan IV menunjukkan skor terendah hampir di seluruh domain, terutama pada fungsi fisik (NYHA IV mean = 49,2) dan keterbatasan fisik (mean = 16,7). Hal ini mencerminkan keterbatasan aktivitas secara ekstrem yang dialami pasien dalam kehidupan sehari-hari. Peningkatan kelas NYHA berhubungan erat dengan peningkatan gejala, keterbatasan fisik, dan penurunan persepsi terhadap kesejahteraan. Oleh karena itu, NYHA tetap menjadi prediktor utama dalam menentukan kualitas hidup pasien CHF.

Durasi menderita penyakit juga memberikan pengaruh terhadap penurunan kualitas hidup, terutama pada pasien yang telah mengalami CHF lebih dari dua tahun. Pasien ini menunjukkan skor rendah pada domain fungsi fisik (mean = 65,3) dan kesehatan umum (mean = 55,2). Penurunan ini kemungkinan disebabkan oleh kelelahan fisik dan psikologis yang menumpuk akibat penyakit kronis yang berkepanjangan. Sebuah penelitian oleh Adebayo et al. (2017) menggaris bawahi bahwa semakin lama seseorang menderita CHF, maka semakin besar kemungkinan penurunan coping keputusasaan, dan mechanism, gangguan aktivitas harian, yang berdampak langsung pada penurunan kualitas hidup.

Komorbiditas yang lebih dari satu juga signifikan merupakan terhadap faktor gangguan kualitas hidup. Pasien dengan >1 komorbid menunjukkan penurunan fungsi fisik (mean = 49,3) dan vitalitas (mean = 54,2) dibandingkan dengan pasien yang hanya memiliki satu komorbid. Kehadiran komorbid seperti diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit ginjal menambah beban fisik dan terapi yang kompleks. Temuan ini konsisten dengan studi oleh Benes et al. (2021) yang menunjukkan bahwa jumlah dan jenis komorbiditas memperburuk kualitas hidup pasien CHF secara linier, serta meningkatkan risiko rawat inap dan mortalitas.

Terakhir, dari segi jenis terapi, pasien yang tidak mendapatkan terapi lengkap berbasis tiga pilar utama (ACEI/ARB/ARNI, beta blocker, dan MRA) cenderung memiliki kualitas hidup lebih rendah. Pasien yang hanya menggunakan kombinasi dua obat, atau bahkan hanya satu golongan terapi, menunjukkan penurunan signifikan pada domain kesehatan umum, vitalitas, dan kesehatan mental. Studi oleh Heidenreich et al. (2022) menegaskan bahwa adherence terhadap guideline-directed medical therapy (GDMT) secara signifikan meningkatkan kualitas hidup, menurunkan gejala, dan mengurangi angka perawatan ulang.

Berdasarkan hasil pengkajian kualitas hidup pada pasien gagal jantung (CHF) menggunakan kuesioner SF-36, terdapat beberapa hal yang dapat direkomendasikan dalam praktik keperawatan.; 1) SF 36

OPEN ACCESS

sebaiknya digunakan secara rutin sebagai bagian dari proses pengkajian, baik pada awal pasien dirawat, saat kontrol berkala, maupun dalam pemantauan jangka panjang. Selanjutnya; 2) hasil dari SF 36 dapat menentukan membantu prioritas perawat dalam memberikan asuhan. Sebagai contoh, jika skor pada aspek keterbatasan fisik atau vitalitas tergolong rendah, maka perawat memberikan dapat intervensi fokus untuk meningkatkan aktivitas sehari-hari pasien secara bertahap; 3) hasil pengkajian ini juga bisa dijadikan sebagai bahan edukasi kepada pasien dan keluarganya, agar mereka lebih memahami dampak penyakit terhadap kehidupan sehari-hari dan termotivasi untuk mengikuti pengobatan dengan lebih konsisten. Apabila; 4) ditemukan penurunan pada aspek sosial atau emosional, perawat juga dapat bekerja sama dengan tenaga profesional lain seperti psikolog atau konselor untuk memberikan dukungan tambahan; 5) Perawat juga perlu melakukan pengkajian ulang secara berkala untuk memantau apakah kondisi pasien membaik atau memburuk, serta menyesuaikan rencana keperawatan bila diperlukan. Semua; 6) penting bagi fasilitas kesehatan untuk melatih perawat dalam penggunaan dan interpretasi SF-36, agar mereka bisa lebih percaya diri dan efektif dalam menggunakannya sebagai bagian dari praktik keperawatan yang berbasis bukti dan berorientasi pada kualitas hidup pasien; 7) dari hasil uji coba pengkajian ini diharapkan dilakukan penelitian yang lebih mendalam terkait faktor-faktor demografi dan karakteristik pasien dengan gangguan congestive heart failure.

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dimensi dengan skor rata-rata tertinggi adalah Nyeri Fisik (74,6) dan Kesehatan Mental (74,3), yang mengindikasikan bahwa sebagian besar responden tidak mengalami nyeri yang parah dan memiliki kondisi psikologis yang relatif stabil. Sebaliknya, dimensi Keterbatasan Fisik memiliki skor terendah (42,2), yang menunjukkan bahwa banyak responden masih mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas fisik sehari-hari. Skor untuk dimensi lain, seperti Fungsi Fisik (68,0), Vitalitas (67,1), dan Fungsi Sosial (65,9), berada dalam kategori sedang. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar responden mampu menjalankan fungsi sosial dan aktivitas fisik, terdapat variasi yang cukup besar di antara individu, sebagaimana tercermin dari simpangan baku yang cukup tinggi.

Saran

Secara umum, hasil-hasil ini menunjukkan bahwa aspek fisik cenderung lebih terpengaruh dibandingkan aspek mental atau sosial. Hal ini penting untuk diperhatikan saat merancang intervensi atau program pemulihan yang berfokus pada peningkatan fungsi fisik dan pengurangan keterbatasan aktivitas.

Refrence

Adebayo, S. O., Olunuga, T. O., Durodola, A., & Ogah, O. S. (2017). Quality of life in heart failure: A review. *Nigerian Journal of Cardiology*, *14*(1), 1-8. 10.4103/0189-7969.201914

Benes, J., Kotrc, M., Jarolim, P., Hoskova, L., Hegarova, M., Dorazilova, Z., Podzimkova, M., Binova, J., Lukasova, M., & Malek, I. (2021). The effect of three major co-morbidities on quality of life and outcome of patients with

OPEN ACCESS

heart failure with reduced ejection fraction. *ESC heart failure*, *8*(2), 1417-1426. https://doi.org/10.1002/ehf2.13227

Dharma, I. W. M. S., Sari, D. P., & Rahmat, B. (2022). Validity and Reliability Test of the Short Form-36 (SF-36) Item Health Survey in Indonesian Version of Post-Heart Attack Patients in Mataram City. 2nd Global Health and Innovation in conjunction with 6th ORL Head and Neck Oncology Conference (ORLHN 2021). https://doi.org/10.2991/ahsr.k.220206.066

Garay, A., Tapia, J., Anguita, M., Formiga, F., Almenar, L., Crespo-Leiro, M. G., Manzano, L., Muñiz, J., Chaves, J., De Frutos, T., Moliner, P., Corbella, X., Enjuanes-Grau, C., Comín- Colet, J., & Vida-Ic Multicenter Study Investigators, O. B. O. (2020). Gender Differences in Health-Related Quality of Life in Patients with Systolic Heart Failure: Results of the VIDA Multicenter Study. J Clin Med, 9(9). https://doi.org/10.3390/jcm9092 825

Haryati, H., Saida, S., Rangki, La. (2020). Kualitas Hidup Penderita Gagal Jantung Kongestif Berdasarkan Derajat Kemampuan Fisik Dan Durasi Penyakit. *Faletehan Health Journal. 7(2), 70-76.* https://doi.org/10.33746/fhj.v7i02.134

Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., . . . Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *JACC*, *79*(17), e263-e421. https://doi.org/doi:10.1016/j.jacc.2021.12.012

Iswahyudi, R. (2019). Kuesioner SF 36 Versi Indonesia. https://kupdf.net/download/kuesioner-sf-36-versiindonesiapdf_5ccc6cc6e2b6f52939823b9c_pdf

Kemenkes. (2024). Serangan Jantung pada Usia Mudah? Memangnya bisa?. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. https://keslan.kemkes.go.id/view_artikel/3779/serangan-jantung-pada-usia-muda-memangnya-bisa

Lawson, C. A., Benson, L., Squire, I., Zaccardi, F., Ali, M., Hand, S., Kadam, U., Tay, W. T., Dahlstrom, U., Lund, L. H., Savarese, G., Lam, C. S. P., Khunti, K., & Strömberg, A. (2023). Changing health related quality of life and outcomes in heart failure by age, sex and subtype. *eClinicalMedicine*, *64*. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102217

Majid, N. N. (2026). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup pada Pasien Congestive Heart Failure. *Journal Health Society, 15(1), 32-39/*. https://doi.org/10.62094/jhs.v15i1.258

Marshall, K. H., d'Udekem, Y., Winlaw, D. S., Zannino, D., Celermajer, D. S., Justo, R., Iyengar, A., Cordina, R., Sholler, G. F., Woolfenden, S. R., & Kasparian, N. A. (2024). Quality of Life and Well-Being in Adults With Fontan Physiology: Findings From the Australian and New Zealand Fontan Registry Quality of Life Study. *J Am*

OPEN ACCESS

Heart Assoc, *13*(15), e033818. https://doi.org/10.1161/jaha.123.033818

Muliantino, M.R., Afriyanti, E., Jihan, E. (2025). Hubungan Spiritualitas dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kongestif. *Jurnal Ilmu Kesehatan*. *9(1), 64-71*. http://dx.doi.org/10.33757/jik.v9i1.1153

Naylor, M. R., Keefe, F. J., Brigidi, B., Naud, S., & Helzer, J. E. (2008). Therapeutic Interactive Voice Response for chronic pain reduction and relapse prevention. *Pain*, *134*(3), 335-345. https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.11.001

Olano Lizarraga., M. Wallström, S., Martín-Martín, & J.Wolf, A. (2022). Causes, experiences and consequences of the impact of chronic heart failure on the person´s social dimension: A scoping review. *Health Soc Care Community*, *30*(4), e842-e858. https://doi.org/10.1111/hsc.1368 0

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, E. M., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., . . . Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, *396*(10258), 1204- 1222. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9