

# Dampak Karakteristik Sosiodemografi dan Tingkat Kepatuhan Terapi Antihipertensi Terhadap HRQoL Pasien Gagal Jantung Kongestif

(Impact of social demography characteristics, and antihypertensive medication adherence to the HRQoL on the congestive heart failure patients)

Maryorie Rosa\*, N. Armenia, Dedy Almasdy

Fakultas Farmasi Universitas Andalas

**Keywords:**  
HRQoL; adherence;  
social demography  
characteristics;  
congestive heart  
failure.

**ABSTRACT:** Health Related Quality Of Life (HRQoL) is the patient perspective to their medication and illness. The objective of study is to determine the impact of social demography characteristics, and medical adherence to the HRQoL of congestive heart failure patients in M. Djamil Hospital Padang. Data social demography, adherence, and HRQoL of 111 patients were collected by guided interview and completed by their medical record. We used T-test and one-way ANOVA, while 95% confidence intervals was taken for the significance. Patients who completed the education in senior high school possessed the best HRQoL score and the patients with lower level education had a worse HRQoL score ( $P < 0,05$ ). The best HRQoL score was showed by civil servant compared to other professions ( $P < 0,05$ ). While the worse HRQoL performed by the patient who had lower level of medication adherence ( $P < 0,05$ ). While the gender and age of the patients were not significantly affected the HRQoL score ( $P > 0,1$ ).

**Kata kunci:**  
HRQoL; kepatuhan;  
karakteristik  
sosiodemografi;  
gagal jantung  
kongestif.

**ABSTRAK:** Health Related Quality of Life (HRQoL) merupakan persepsi pasien terhadap efek terapi dan keparahan penyakitnya. Penelitian ini bertujuan untuk melihat dampak karakteristik sosiodemografi dan tingkat kepatuhan terapi antihipertensi terhadap HRQoL pasien gagal jantung kongestif (GJK) di RSUP DR. M. Djamil Padang. Data sosiodemografi, tingkat kepatuhan, dan HRQoL 111 pasien GJK yang berpartisipasi dalam penelitian ini dikumpulkan dengan wawancara terpimpin dan dari rekam medis pasien. Metoda T-Test dan Anova satu arah digunakan untuk menganalisa dampak karakteristik sosiodemografi dan tingkat kepatuhan terhadap HRQoL pasien GJK dengan tingkat kepercayaan 95%. Pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki nilai HRQoL yang lebih baik dibandingkan dengan pasien berpendidikan lebih rendah ( $P < 0,05$ ). Pasien yang berprofesi sebagai pegawai negeri memiliki nilai HRQoL paling baik dibandingkan dengan profesi lainnya ( $P < 0,05$ ). Pasien dengan tingkat kepatuhan kurang baik memiliki nilai HRQoL yang lebih buruk pula ( $P < 0,05$ ). Sedangkan jenis kelamin dan usia tidak berpengaruh terhadap HRQoL pasien ( $P > 0,1$ ).

\*Corresponding Author: Maryorie Rosa (Fakultas Farmasi Universitas Andalas, Kampus Limau Manis, Padang, Sumatera Barat, Indonesia-25163)  
email: [myorie.rosa@gmail.com](mailto:myorie.rosa@gmail.com)

Article History:  
Received: 2 July 2015  
Published: 1 Nov 2015

Accepted: 24 July 2015  
Available online: 30 Dec 2015

## PENDAHULUAN

Gagal jantung kongestif merupakan penyakit dengan prognosis yang buruk. Sekitar 36% dari pasien yang telah didiagnosa gagal jantung, meninggal dalam satu tahun [1]. Pasien yang mengalami gagal jantung kongestif akan mengalami gejala seperti kelelahan, edema, dan sesak nafas [2]. Sebagai akibat dari penurunan fungsi jantung, kebutuhan oksigen di jaringan tidak terpenuhi dan juga dapat terjadi penurunan kognitif (hilang ingatan, sukar berkonsentrasi). Sebagai konsekuensi, penyakit ini secara signifikan dapat memberikan dampak negatif terhadap kualitas hidup pasien, karena memburuknya fungsi fisik, mental dan sosialnya [3].

Terdapat dua tujuan utama penatalaksanaan pasien dengan jantung kongestif, yaitu mencegah perkembangan penyakit (kerusakan fungsi ventrikel dan kematian), atau mengurangi penderitaan pasien. Untuk mengukur hasil akhir dari tujuan terapi ini maka perlu dilakukan penilaian terhadap pasien dengan konsep kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (HRQoL) [4]. HRQoL merupakan suatu kesatuan yang terdiri atas penilaian gejala fisik yang berhubungan dengan penyakit, kemampuan individu untuk mengatasi penyakitnya serta persepsi yang berhubungan dengan cara individu menilai kondisinya [5].

Meskipun penelitian tentang HRQoL pasien gagal jantung kongestif telah dilakukan diberbagai negara, dampak kepatuhan pasien terhadap HRQoL belum sepenuhnya dimengerti. Hal ini disebabkan masih terbatasnya penelitian yang mengangkat isu tersebut. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui dampak terapi antihipertensi dan tingkat kepatuhan pasien terhadap HRQoL pasien gagal jantung kongestif di RSUP DR. M. Djamil Padang.

## METODE PENELITIAN

### Alat

Penelitian dilakukan secara *cross sectional* pada bulan November 2014 sampai Januari 2015 di RSUP DR. M. Djamil Padang. Pemilihan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling* dengan kriteria inklusi 1) pasien gagal jantung kongestif yang menggunakan obat antihipertensi, 2) bersedia untuk disertakan dalam penelitian, 3) mampu untuk diwawancarai, 4) pasien yang telah terdiagnosa gagal jantung kongestif lebih dari 4 minggu. Seluruh pasien yang berpartisipasi dalam penelitian ini diminta untuk mengisi *informed consent*. Data sosiodemografi (jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan), kepatuhan dan kualitas hidup pasien GJK dikumpulkan dengan wawancara terpimpin dan dari rekam medis pasien. Untuk instrument kepatuhan, digunakan *Morisky Medication Adherence Scale 8 (MMAS-8)*, sementara untuk menentukan HRQoL digunakan instrumen *Minnesota Live with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)*.

Statistik deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan karakteristik demografis seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan pasien. dan tingkat kepatuhan. Sedangkan nilai rata-rata dan standar deviasi digunakan untuk variabel kontinu (skor HRQoL).

Dampak perbedaan usia dan jenis kelamin terhadap HRQoL dianalisis menggunakan uji t. Sedangkan perbedaan pendidikan dan pekerjaan serta tingkat kepatuhan terhadap HRQoL dianalisis menggunakan uji analisis variat (ANOVA). Kebermaknaan diambil dengan tingkat kepercayaan 95%. Seluruh analisis dilakukan dengan SPSS 17.0 for *Windows*.

## HASIL DAN DISKUSI

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari

dampak karakteristik sosiodemografi, dan tingkat kepatuhan terhadap HRQoL pasien gagal jantung kongestif. Berdasarkan penelitian sebelumnya diketahui bahwa kualitas hidup terkait kesehatan (HRQoL) pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor sosiodemografis, faktor psikososial, serta faktor gaya hidup dan biomedis [6].

MMAS-8 merupakan instrumen yang andal untuk menilai kepatuhan pada pasien hipertensi. Skor MMAS-8 yang tinggi juga mencerminkan kontrol tekanan darah yang baik [7]. Sementara itu, MLHFQ merupakan instrumen HRQoL yang paling banyak digunakan dan direkomendasikan pada pasien gagal jantung [8,9]. Bila dibandingkan

dengan instrumen spesifik lainnya, MLHFQ lebih singkat, mudah dimengerti, mudah dinilai, dan selanjutnya dapat divalidasi sendiri oleh praktisi yang menggunakannya [10].

Dari 111 pasien gagal jantung kongestif yang berpartisipasi dalam penelitian ini, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, berusia lanjut, menamatkan pendidikan setingkat SMA, dan berstatus pensiunan (Tabel1).

Tidak terdapat dampak usia yang nyata terhadap HRQoL pasien ( $P>0,1$ ). Pada beberapa penelitian sebelumnya, diketahui bahwa dampak usia terhadap HRQoL masih kontroversial, dimana pada studi yang dilakukan di Inggris melaporkan bahwa usia tidak berpengaruh terhadap HRQoL

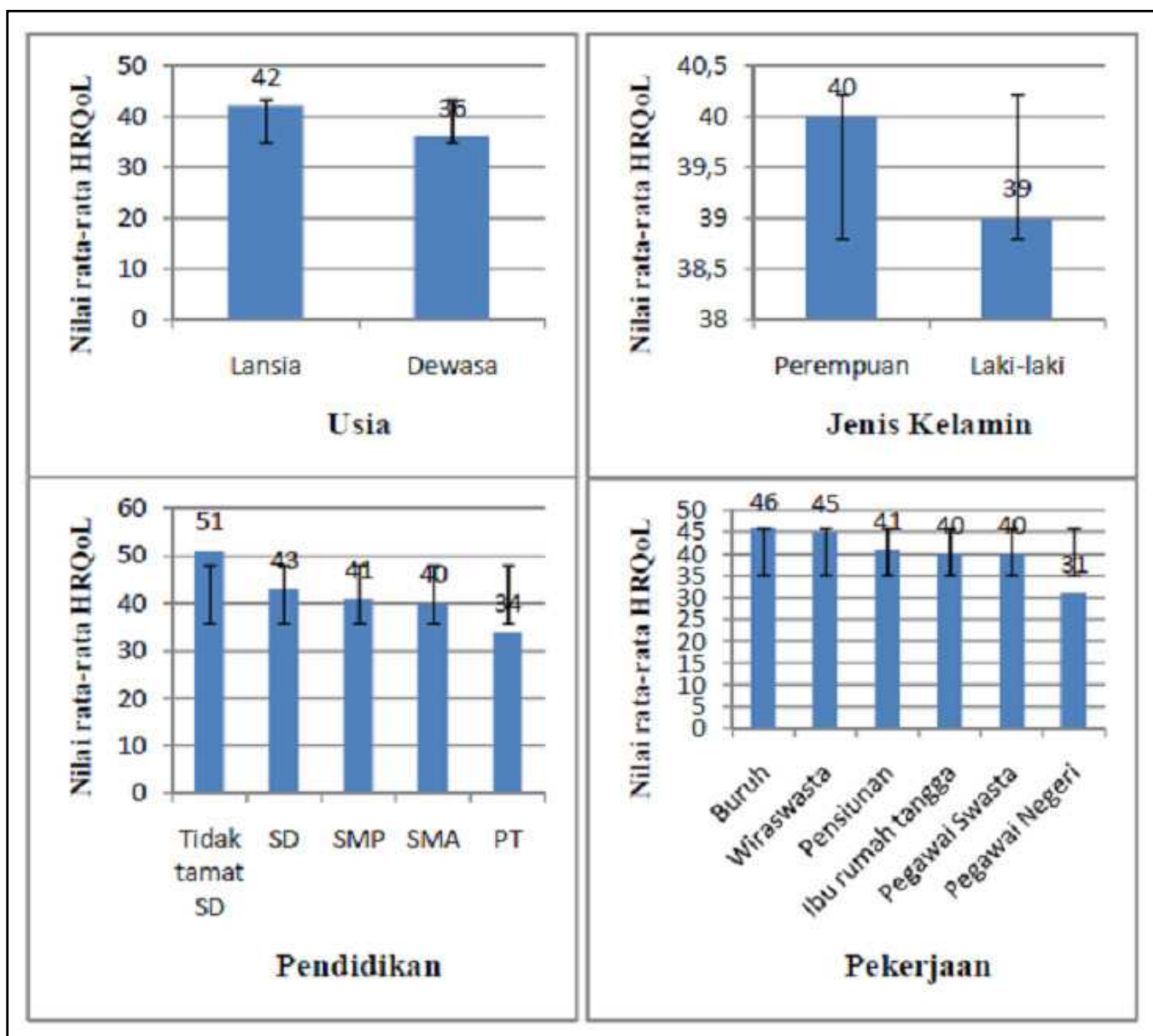
**Tabel 1.** Karakteristik sosiodemografi pasien gagal jantung kongestif.

Karakteristik Sosiodemografi	Frekuensi		Nilai HRQoL	Sig.
	N	Persentase (%)		
<b>Usia</b>				
Dewasa (< 60 tahun)	45	41	36	
Lansia (> 60 tahun)	66	59	42	0,208
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	60	54	39	
Perempuan	51	46	40	0,602
<b>Pendidikan</b>				
Tidak tamat SD	5	4	51	
SD	13	12	43	
SMP	11	10	41	
SMA	55	50	40	
PT/Akademi	27	24	34	0,018
<b>Pekerjaan</b>				
Pensiunan	40	36	41	
Ibu rumah tangga	27	24	40	
Pegawai negeri	21	19	36	
Buruh	8	7	46	
Wiraswasta	8	7	45	
Pegawai swasta	7	6	40	0,005
<b>Tingkat Kepatuhan</b>				
Baik	42	38	36	
Sedang	24	22	37	
Kurang baik	45	40	43	0,010

secara signifikan [11]. Akan tetapi, beberapa penelitian lain menemukan hubungan yang bermakna antara usia dan HRQoL pasien gagal jantung kongestif. Pada penelitian yang dilakukan di Amerika menyatakan bahwa pasien lansia memiliki nilai HRQoL yang lebih baik dibandingkan pasien dewasa [12,13,14], sebaliknya pada penelitian di Belanda dilaporkan bahwa pasien usia lansia akan memiliki HRQoL yang lebih rendah [15].

Tidak ditemukan dampak jenis kelamin terhadap HRQoL pada penelitian ini ( $P > 0,1$ ).

Penelitian yang dilakukan sebelumnya juga memperoleh hasil yang serupa [14]. Akan tetapi, terdapat sejumlah penelitian yang menemukan keterkaitan yang signifikan antara jenis kelamin dan HRQoL [11,12,15], dimana HRQoL pasien wanita lebih buruk dibandingkan pria. Nilai HRQoL yang rendah ini mungkin disebabkan oleh perbedaan persepsi ketika menilai kondisi kesehatan mereka sendiri. Pria cenderung menganggap penyakit, gaya hidup, dan kemampuan fisik sebagai hal yang paling penting, sementara wanita lebih memprioritaskan faktor emosional



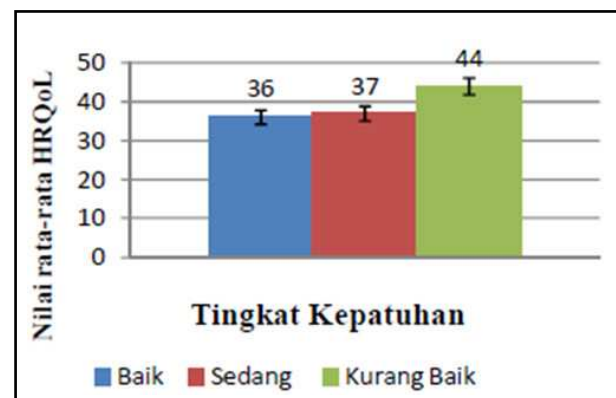
Gambar 1. Grafik perbedaan nilai rata-rata HRQoL pasien terhadap karakteristik sosiodemografi pada pasien gagal jantung kongestif.

yang tidak selalu berkaitan dengan penyakit [16]. Penelitian lain melaporkan bahwa rendahnya HRQoL pada pasien gagal jantung kongestif wanita dikarenakan secara fisik, mental wanita lebih lemah dibandingkan pasien gagal jantung kongestif laki-laki, serta wanita memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki [17].

Pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah memiliki HRQoL yang lebih buruk ( $p < 0,05$ ). Beberapa penelitian yang telah dilakukan sebelumnya menunjukkan bahwa pasien yang berpendidikan rendah juga memiliki HRQoL yang lebih buruk dibandingkan mereka dengan pendidikan tinggi [18,19]. Akan tetapi, penelitian lain membuktikan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dan HRQoL [20,21]. Nilai HRQoL yang lebih rendah pada pasien dengan tingkat pendidikan yang rendah mungkin disebabkan oleh rendahnya kesadaran akan pelayanan kesehatan, kepatuhan terhadap pengobatan, dan menjaga pola hidup sehat. Di sisi lain, pasien yang berpendidikan tinggi mampu mengendalikan faktor risiko yang mereka miliki dengan baik dan memiliki kemampuan lebih untuk dapat kembali bekerja [22,23]. Kemampuan untuk bekerja akan mengarah pada status sosioekonomi yang lebih baik, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi kepatuhan pasien serta HRQoL mereka [24].

Terdapat dampak pekerjaan terhadap HRQoL pasien gagal jantung kongestif ( $P < 0,05$ ). Pasien yang berprofesi sebagai pegawai negeri memiliki nilai HRQoL yang lebih baik dibandingkan dengan profesi lain. Ini sejalan dengan penelitian sebelumnya, dimana pasien yang masih bekerja (pegawai) memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang tidak bekerja atau pensiunan [25,26]. Pasien yang bekerja memiliki aktivitas rutin dimana pekerjaan dapat menurunkan tekanan, stress dan kecemasan

serta berpengaruh positif terhadap aktivitas fisik, sosial dan finansial serta mengurangi beban ekonomi. Selain itu mereka mampu berkomunikasi dan berinteraksi sosial sehingga mengurangi beban mental [19]. Meskipun demikian, suatu studi yang dilakukan di Melbourne menemukan bahwa pekerjaan yang menggunakan kekuatan fisik merupakan salah satu faktor penentu untuk HRQoL yang lebih rendah pada pasien [27].



Gambar 2. Grafik dampak tingkat kepatuhan terhadap HRQoL pada pasien gagal jantung kongestif.

Pada penelitian ini terdapat dampak tingkat kepatuhan terhadap HRQoL pasien gagal jantung kongestif ( $P < 0,05$ ). Pasien yang memiliki tingkat kepatuhan kurang baik memiliki nilai HRQoL yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang memiliki tingkat kepatuhan sedang maupun baik. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilaporkan sebelumnya [28,29,30,31]. Hubungan kepatuhan yang rendah terhadap HRQoL dapat dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya sikap pasien dalam menjalankan terapi serta faktor kesejahteraan psikososial [32,33]. Belum diketahui secara pasti mekanisme hubungan kepatuhan terapi terhadap HRQoL. Akan tetapi, HRQoL mengandung sejumlah karakteristik psikososial yang kompleks serta dapat berdampak terhadap kemampuan pasien dalam menangani penyakit kronis.

## KESIMPULAN

Dari penelitian dapat disimpulkan bahwa skor HRQoL pada pasien gagal jantung kongestif HRQoL ditentukan oleh pendidikan, pekerjaan serta tingkat kepatuhannya terhadap terapi antihipertensi, bukan oleh jenis kelamin dan usianya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Cowie, M. R., Wood, D. A., Coats, A. J., Thompson, S. G., Suresh, V., Poole-Wilson, P. A., & Sutton, G. C. (2000). Survival of patients with a new diagnosis of heart failure: a population based study. *Heart*, 83, 505-510.
- Barnes, S., Cowie, M. R., Mant, J., Roberts, J., Shaikh, H., & Williams, S. (2003). Chronic Heart Failure: National Clinical Guideline for Diagnosis and Management in Primary and Secondary Care. London: Royal College of Physicians.
- Polikandrioti, M., Christou, A., Morou Z., Kotronoulas, G., Evagelou, H., & Kyritsi, H. (2010). Evaluation of depression in patients with heart failure. *Health Science Journal*, 4(1), 37-47.
- Green, C. P., Porter, C. B., Bresnahan, D. R., & Spertus, J. A. (2000). Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 35(5), 1245-1255.
- Polikandrioti, M. (2008). Health failure and health related quality of life. *Health Science Journal*, 2(3), 119-120.
- Nilsson, E., & Kristenson, M. (2010). Psychological factor related to physical, social, and mental dimensions of SF-36; a population-based study of middle-aged women and men. *Patient Related Outcome Measures*, 1, 153-162.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Bennett, S. J., Oldridge, N. B., Eckert, G. J., Embree, J. L., Browning, S., Hou, N., ... & Murray, M. D. (2002). Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Quality of Life Research*, 11(4), 349-359.
- Garin, O., Ferrer, M., Pont, è., Ruř, M., Kotzeva, A., Wiklund, I., ... & Alonso, J. (2009). Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses. *Quality of Life Research*, 18(1), 71-85.
- Riegel, B., Moser, Dk., Glaser, D., Carlson, B., Deaton, C., & Armola, R. (2002). The Minnesota Living with heart failure questionnaire. *Nursing Research*, 51(4), 209-218.
- Gott, M., Barnes, S., Parker C., Payne, S., Seamark, D., Garyballa, S., & Smaal, N. (2006). Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age and Ageing*, 35, 172-177.
- Hou, N., Chui, M. A., Eckert, G. J., Oldridge, N. B., Murray, M. D., & Bennett, S. J. (2004). Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 13(2), 153-161.
- Masoudi, F. A., Rumsfeld, J. S., Havranek, E. P., House, J. A., Peterson, E. D., Krumholz, H. M., & Spertus, J. A. (2004). Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Cardiology*, 10(5), 368-373.
- Heo, S., Doering, L. V., Widener, J., & Moser, D. K. (2008). Predictors and effect of physical symptom status on health-related quality of life in patients with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 17(2), 124-132.
- Hoekstra, T., Jaarsma, T., van Veldhuisen, D. J., Hillege, H. L., Sanderman, H. L., & Lesman-Leegte, I. (2013). Quality of life and survival in patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 15, 94-102.
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2000). Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 354-364.
- Jaarsma, T., Johansson, P., ègren, S., & Strùmberg, S. (2010). Quality of life and symptoms of depression in advanced heartfailure patients and their partners. *Opinion in Supportive and Palliative Care*, 4(4), 233-237.
- Lee, D. T., Yu, D. S., Woo, J., & Thompson, D. R. (2005). Health related quality of life in patients with congestive heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 7(3), 419-422.
- Sawafta, F. J. S., & Chen, X. (2013). Quality of Life of Chinese Heart Failure Patients and Their Family Caregivers. *International Journal of Applied Science and Technology*, 3(2), 77-88.
- Strùmberg, A. (2005). The crucial role of patient education in heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 7(3), 363-369.
- Pelegriño, V. M., Dantas, R. A. S., & Clark, A. M. (2011). Health-related quality of life determinants in outpatients with heart failure. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 451-457.
- Barbareschi, G., Sanderman, R., Leegete, I. L., Van Veldhuisen, D. J., & Jaarsma, T. (2011). Educational Level and the Quality of Life of Heart Failure Patients: A Longitudinal Study. *Journal of Cardiac Failure*, 17(1), 47-53.
- Rangel, E. S. S., Belasco, A. G. S., & Diccini, S. (2013). Quality of life of patients with stroke rehabilitation. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(2), 205-212.
- Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V., & Chuen Li, S. (2008). Factor affecting therapeutic compliance: a review from other patients perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 13(1), 269-286.
- Jiang, Y., & Hesser, J. E. (2006). Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. *Health and quality of life Outcomes*, 4(1), 14.

26. Emad, A., Shdaifat, M. R., & Manaf, A. (2012). Quality of Life of Caregivers and Patients Undergoing Haemodialysis at Ministry of Health, Jordan. *International Journal of Applied Science and Technology*, 2(3).
27. Paul, S. L., Sturm, J. W., Dewey, H. M., Donnan, G. A., Macdonell, R. A., & Thrift, A. G. (2005). Long-term outcome in the north east Melbourne stroke incidence study predictors of quality of life at 5 years after stroke. *Stroke*, 36(10), 2082-2086.
28. Holt, E. W., Muntner, P., Joyce, C. J., Webber, L., & Krousel-Wood, M. A. (2010). Health-related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age and Ageing*, 39(4), 481-487.
29. Marti, C. N., Georgiopoulou, V. V., Giamouzis, G., Cole, R. T., Deka, A., Tang, W. W., ... & Butler, J. (2013). Patient-Reported Selective Adherence to Heart Failure Self-Care Recommendations: A Prospective Cohort Study: The Atlanta Cardiomyopathy Consortium. *Congestive Heart Failure*, 19(1), 16-24.
30. Roudsari, R., Golchin, M. D., Yekta, Z. P., & Haghani, H. (2013). Relationship between Adherence to therapeutic regimen and health related quality of life in hypertensive patients. *Iran Journal of Nursing*, 26(85), 44-54.
31. Zyoud, S. H., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., Wildali, A. H., Saleem, H.M., & Aysa, H.A. (2013). Health-related quality of life associated with treatment adherence in patients with hypertension: A cross-sectional study. *International Journal of Cardiology*, 168(3), 2981-2983.
32. Sung, J. C., Nichol, M. B., Venturini, F., Bailey, K. L., McCombs, J. S., & Cody, M. (1998). Factors affecting patient compliance with antihyperlipidemic medications in an HMO population. *The American Journal of Managed Care*, 4(10), 1421-1430.
33. Dosse, C., Cesarino, C. B., Martin, J. F. V., & Castedo, M. C. A. (2009). Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(2), 201-206.