

TESIS

**PENGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MENILAI KUALITAS
HIDUP PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG DI ASIA:
*A SCOPING REVIEW***



**NURLAELI QADRIANTI
R012182013**

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

TESIS

**PENGGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MENILAI KUALITAS
HIDUP PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG DI ASIA:
*A SCOPING REVIEW***

Disusun dan diajukan oleh

**NURLAELI QADRIANTI
R012182013**



**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**PENGGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MENILAI KUALITAS
HIDUP PASIEN DENGAN GAGAL JANTUNG DI ASIA:
*A SCOPING REVIEW***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh



NURLAELI QADRIANTI
R012182013

Kepada

**PROGRAM PENELITIAN ILMU MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

TESIS

**PENGUNAAN INSTRUMEN UNTUK MENILAI KUALITAS HIDUP PASIEN
DENGAN GAGAL JANTUNG DI ASIA: A SCOPING REVIEW**

Disusun dan diajukan oleh

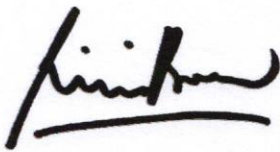
NURLAELI QADRIANTI
Nomor Pokok: R012182013

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 26 November 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

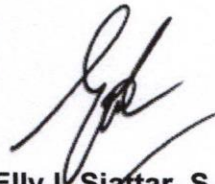
Komisi Penasihat,

Pembimbing Utama



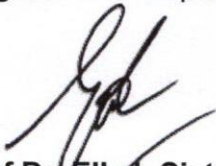
Kusrini S. Kadar, S.Kp., MN., Ph.D.
NIP. 19760311 200501 2 003

Pembimbing Pendamping



Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Nurlaeli Qadrianti
NIM : R012182013
Program Penelitian : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Penggunaan Instrumen Untuk Menilai Kualitas
Hidup Pasien Dengan Gagal Jantung di Asia: *A
Scoping Review*

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah yang disebutkan dalam daftar rujukan.

Apabila di kemudian hari ada klaim dari pihak lain, maka menjadi tanggung jawab saya sendiri dan bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Magister Ilmu Keperawatan Unhas. Saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Oktober 2021

Yang Menyatakan,



Nurlaeli Qadrianti

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Robbil Aalamiin, penulis menyampaikan rasa syukur atas hadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala dengan berkah, tuntunan, kemudahan serta pertolongan-Nya sehingga dapat menyelesaikan proposal tesis yang berjudul “Penggunaan Instrumen Untuk Menilai Kualitas Hidup Pasien Dengan Gagal Jantung di Asia: *A Scoping Review*”.

Proposal penelitian ini juga dapat diselesaikan atas bantuan dan dukungan dari banyak pihak, terutama pembimbing yang sudah dengan sabar dan ikhlas meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan ke penulis agar dapat menyusun proposal ini dengan baik. Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan tak terhingga kepada Ibu Kusrini Kadar, S.Kp., MN., PhD selaku pembimbing I dan Ibu Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku pembimbing II. Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga penulis sampaikan kepada Ibu Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku ketua Program Penelitian Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa proposal tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, namun demikian penulis telah berupaya dengan segala kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki sehingga proposal ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun dari tim penguji dan pembaca sangat berarti bagi penulis.

Makassar, Oktober 2021

Penulis,

Nurlaeli Qadrianti

ABSTRACT

NURLAELI QADRIANTI. *Instruments to Assess the Life Quality of Patients with Heart Failure in Asia: A Scoping Review* (supervised by **Kusrini S. Kadar** and **Elly L. Sjattar**)

The aim of this study is to identify instruments to assess patients with heart failure that are available and used in hospital services in Asia.

This research was a scoping review following Arksey and O'Malley's methodology. There were six databases used, namely Proquest, PubMed, EBSCO, Science Direct, ClinicalKey For Nursing, and Garuda to search articles from peer-reviewed journals. Those articles used English and Indonesian published within the period of 2015-2020. Additional searches were also used to meet the inclusion criteria. After eliminating them based on duplication, there were 2037 articles left, and 1981 articles were screened. Then, 56 full-text articles were selected based on eligibility criteria, and the last 29 articles were selected for the synthesis. A total of six instruments were identified and discussed based on method, domain, and duration of assessments.

The results indicate that the selection of instruments needs to be adapted to the epidemiological characteristics of the population. The most appropriate way to assess the life quality of patients with heart failure is to choose assessment instrument that best suits the individual conditions supported by a comprehensive patient assessment. More research is needed to determine the valid and reliable instruments to use in Asia.

Keywords: quality of life instrument, patients with heart failure, scoping review

Am 10/11/21

ABSTRAK

NURLAELI QADRIANTI. *Penggunaan Instrumen untuk Penilaian Kualitas Hidup Pasien dengan Gagal Jantung di Asia: A Scoping Review* (dibimbing oleh Kusri S. Kadar dan Elly L. Sjattar).

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi instrumen untuk menilai pasien dengan gagal jantung yang telah tersedia dan digunakan di layanan rumah sakit di Asia.

Penelitian ini menggunakan tinjauan *scoping* dengan mengikuti metodologi Arksey and O'Malley. Penelitian ini menggunakan enam basis data, yakni Proquest, PubMed, EBSCO, Science Direct, ClinicalKey for Nursing, dan Garuda untuk mencari artikel *peer-review* jurnal. Artikelnya berbahasa Inggris dan Indonesia yang dipublikasikan antara tahun 2015 hingga 2020. Pencarian tambahan juga dilakukan untuk memenuhi kriteria.

Hasil penelitian menunjukkan setelah dieliminasi berdasarkan duplikasi, tersisa 2.037 artikel. Selanjutnya, sebanyak 1.981 artikel diskrening. Lalu, sebanyak 56 artikel teks lengkap telah dipilih berdasarkan kriteria eligibilitas, hingga akhirnya ditetapkan sebanyak 29 artikel untuk disintesis. Terdapat enam instrumen yang teridentifikasi. Selanjutnya, hasilnya dibahas ke dalam metode, domain, dan durasi penilaian.

Kata kunci: instrumen kualitas hidup, pasien dengan gagal jantung, *scoping review*

9/11/2021

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH	3
C. TUJUAN TINJAUAN	4
D. MANFAAT TINJAUAN	5
E. ORIGINALITAS TINJAUAN	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. KUALITAS HIDUP	7
B. <i>SCOPING REVIEW</i>	28
BAB III METODOLOGI TINJAUAN	31
A. PENDEKATAN METODOLOGIK	31
B. KERANGKA KERJA	32
C. TAHAPAN TINJAUAN	32
D. PERTIMBANGAN ETIK TINJAUAN	36
E. <i>TIMELINE</i> TINJAUAN	36
DAFTAR PUSTAKA	40
LAMPIRAN	73

DAFTAR TABEL

Tabel Teks	
2.1 Definisi Kualitas Hidup.....	8
2.2 Kerangka Konseptual Kualitas Hidup.....	14
4.1 Data Charting	40
4.2 Gambaran Kelebihan dan Keterbatasan Instrumen.....	49
4.3 Instrumen dan Metode Pengukuran	51

DAFTAR GAMBAR

2.1 Domain Kualitas Hidup.....	11
2.2 Faktor Yang Mempengaruhi dan Dipengaruhi oleh Kualitas Hidup.	11
2.3 Kerangka Teori Kualitas Hidup.....	27
4.1 Algoritma Pencarian.....	38
4.2 Persentase Frekuensi Penggunaan Instrumen dalam Penelitian.....	50

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

QoL	: Quality of Life
HRQoL	: Health-Related Quality of Life
WHO	: World Health Organization
WHOQoL-BREF	: World Health Organization Quality of Life Assessment Questionnaire (abbreviated version)
SF-36	: The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Heart Survey
SF-12	: The Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Heart Survey
MLHFQ	: Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
KCCQ	: Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire
EQ-5D	: EuroQoL 5-Dimensional Questionnaire
MacNew	: MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire
QLMI	: The Quality of Life after Myocardial Infarction

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Gagal jantung merupakan masalah kesehatan yang banyak terjadi di masyarakat. Insidensi gagal jantung berkisar 100 hingga 900 kasus per 100.000 orang per tahun secara global (Ziaeeian & Fonarow, 2016). Dimana, prevalensinya diyakini masih akan terus meningkat hingga 46% pada 2030 di seluruh dunia (Benjamin et al., 2018; Virani et al., 2020). Sedangkan prevalensi gagal jantung di Asia termasuk yang paling tinggi di dunia, sebagai contoh di China sebanyak 1,3%, Malaysia 6,7%, dan Singapura 4,5% (Mozaffarian et al., 2015). Insidensi dan prevalensi gagal jantung sangat tinggi dan diperkirakan masih terus bertambah seiring dengan pertambahan usia populasi.

Pasien dengan gagal jantung di Asia berusia lebih muda, namun dengan tanda dan gejala yang lebih parah dibandingkan pasien di Eropa dan Amerika. American Heart Association (AHA) melaporkan insidensi gagal jantung di Amerika sekitar 21 per 1000 populasi, dengan kasus tertinggi terjadi pada perempuan usia >65 tahun (Benjamin et al., 2018). Usia rata-rata pasien dengan gagal jantung di Asia, yaitu 54 tahun (Lam, 2015). Meskipun usia pasien lebih muda, lama rawat inap lebih lama dan angka mortalitasnya lebih tinggi (Lam, 2015). Seperti halnya di Jepang, insidensi kematian akibat gagal jantung tertinggi terjadi pada perempuan, dengan usia rata-rata >55 tahun (Shiraishi et al., 2018). Di Indonesia, gagal jantung bertanggung jawab atas 37% kematian pasien (Cardiovascular Division & Health Services Research Centre, 2017). Fakta menunjukkan gagal jantung menjadi masalah yang terus berkembang di Asia yang dipicu oleh pertumbuhan penduduk yang pesat.

Gagal jantung adalah sindrom klinis yang kompleks dari berbagai penyakit jantung yang ditandai dengan kemampuan fisik, tingkat kelangsungan hidup yang rendah, dan kualitas hidup yang memburuk. Beberapa penelitian menyebutkan kualitas hidup sebagai sumber informasi penting tentang

bagaimana penyakit benar-benar mempengaruhi kehidupan pasien (Ziaecian & Fonarow, 2016). Dalam konteks ini, penggunaan instrumen kualitas hidup sangat penting untuk menyediakan data yang mendukung pilihan strategi terapi dan penilaian efektivitas pengobatan (Reyes et al., 2016). Kemampuan fisik pada pasien gagal jantung erat kaitannya dengan dampak kondisi klinis mereka karena sebagian besar pasien memiliki gejala seperti dispnea dan kelelahan, yang membatasi kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Sakata & Shimokawa, 2013). Mayoritas pasien melaporkan bahwa mereka memiliki gejala fisik dan keterbatasan aktivitas sehari-hari yang mempengaruhi kualitas hidup mereka (Virani et al., 2020). Lebih dari 80% pasien dengan gagal jantung memiliki gejala fisik seperti dispnea, kelelahan, edema, kesulitan tidur, dan nyeri dada (Virani et al., 2020). Instrumen kualitas hidup digunakan dalam mengkaji pasien untuk mengidentifikasi kehadiran penyakit dan mencerminkan evolusi perubahan akibat pengobatan (Cajanding, 2016). Oleh karena itu, dokter dan perawat harus mampu melakukan pengkajian kondisi fisik, gejala emosional, dan dampaknya pada kehidupan sehari-hari pasien (Sakata & Shimokawa, 2013). Penggunaan instrumen kualitas hidup memberikan penilaian yang lebih lengkap tentang dampak penyakit dan pengobatan terhadap kehidupan sehari-hari pasien.

Lebih lanjut, pasien dengan gagal jantung mengalami banyak gejala yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka. Beberapa penelitian melaporkan bahwa gagal jantung mempengaruhi fungsi fisik dan emosional seseorang, meningkatkan tekanan psikologis dan berdampak negatif pada suasana hati, mengganggu psikososial yang secara signifikan menurunkan kualitas hidup (Cajanding, 2016; Hwang, Pelter, Moser, & Dracup, 2020; Purnama, 2020; Yu et al., 2015). Seseorang dengan kualitas hidup yang baik memiliki kemampuan untuk terlibat dalam merawat kesehatannya sendiri, sehingga dapat meningkatkan perilaku perawatan mandiri (Buck et al., 2015).

Perawat diketahui berperan penting dalam pencapaian kualitas hidup pasien melalui penanganan dan manajemen penyakit yang tepat. Namun, jika

perawat dalam pemberian asuhan keperawatannya tidak mendokumentasi dengan baik dapat dikatakan gagal melakukan analisa data untuk merumuskan diagnosis keperawatan (Asmirajanti, Hamid, & Hariyati, 2019). Perawat yang gagal merumuskan diagnosis keperawatan sebelum mendapatkan hasil yang diharapkan, dapat mempengaruhi intervensi keperawatan yang direncanakan (Asmirajanti et al., 2019). Sehingga, layanan dan manajemen kesehatan demi peningkatan hasil kesehatan pasien dengan gagal jantung yang diinginkan tidak konsisten dengan pengetahuan profesional saat ini (Virani et al., 2020). Asuhan keperawatan pasien dengan gagal jantung harus diprioritaskan pada penilaian komprehensif sesuai sosiodemografi dan kondisi klinis pasien di Asia, serta pengelolaan gejala fisik, seperti kelelahan dan status mental untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (Wang, Huang, Ho, & Chiou, 2016). Akan tetapi, penilaian kualitas hidup oleh perawat masih di bawah standar (80%), yaitu sebesar 66,3% (Asmirajanti et al., 2019). Pasien membutuhkan informasi dan dukungan emosional dari perawat melalui asuhan keperawatan untuk meningkatkan manajemen gejala dan kualitas hidupnya.

Adapun konsep kualitas hidup pertama kali diajukan oleh A. C. Pigou, seorang ahli ekonomi dari Universitas Cambridge, dalam bukunya yang membahas tentang kesejahteraan ekonomi pada tahun 1920. Namun, konsep tersebut masih diabaikan hingga Perang Dunia II berakhir (Ruževičius, 2014). Pada masa itu, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperluas definisi kesehatan dan memasukkan konsep kesehatan fisik, psikologis dan sosial yang lengkap (Ruževičius, 2014). Konsep kualitas hidup menggabungkan kesehatan fisik dan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial dan hubungannya dengan lingkungan (Wang et al., 2016). Model konseptual dan instrumen kualitas hidup untuk penelitian, evaluasi, serta penilaian telah dikembangkan sejak pertengahan abad yang lalu (Wang et al., 2016). Kualitas hidup dapat dinilai secara sistematis dengan menggunakan instrumen penilaian kualitas hidup.

B. RUMUSAN MASALAH

Sampai awal tahun ini, sudah ratusan instrumen yang digunakan untuk menilai kualitas hidup dalam berbagai penelitian dan dapat diakses pada basis data yang ada. Terdapat ratusan instrumen generik untuk menilai kualitas hidup pada pasien penyakit jantung secara umum, namun hanya beberapa instrumen yang spesifik untuk pasien dengan gagal jantung (Garin et al., 2014). Instrumen spesifik yang umum digunakan itu adalah, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (Seongkum Heo et al., 2018; Hwang et al., 2020; Yu et al., 2015). MLHFQ adalah instrumen yang cukup valid dan andal untuk digunakan dalam penelitian dan dalam praktek klinis sehari-hari (Seongkum Heo et al., 2018). MLHFQ dapat memiliki validitas prediktif yang spesifik pada pasien dengan gagal jantung (Seongkum Heo et al., 2018). Lebih khusus lagi, kami mengamati bahwa kualitas hidup yang lebih buruk, baik diukur dengan MLHFQ, dikaitkan dengan rehospitalisasi dan kematian pada pasien gagal jantung, terlepas dari variabel biomedis, psikososial, dan perawatan kesehatan lainnya dan memiliki nilai prognostik yang mirip dengan obat yang digunakan (Yu et al., 2015). Instrumen untuk menilai kualitas hidup spesifik pasien dengan gagal jantung dinilai sangat penting untuk memberikan data yang mendukung pilihan intervensi dan evaluasi.

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengevaluasi instrumen kualitas hidup pada pasien gagal jantung, namun belum banyak yang memperlihatkan ketersediaan instrumen kualitas hidup dan apa yang paling sering digunakan di rumah sakit, khususnya di Asia. Bukti yang mendukung ketersediaan instrumen kualitas hidup dan apa yang paling sering digunakan masih terbatas. Oleh karena itu, *scoping review* ini kami lakukan untuk menambah literatur yang mendukung manajemen penanganan pasien gagal jantung yang dapat dilakukan oleh perawat di rumah sakit dan menyediakan informasi mengenai manfaat dan keterbatasan pada instrumen-instrumen yang ditemukan.

Tujuan tinjauan ini adalah untuk mengetahui instrumen kualitas hidup pasien dengan gagal jantung dan yang paling sering digunakan. Pertanyaan tinjauan ini adalah “Instrumen apa saja yang tersedia dan digunakan untuk menilai kualitas hidup pasien dengan gagal jantung di Asia, khususnya di rumah sakit?”

C. TUJUAN TINJAUAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengidentifikasi instrumen untuk menilai pasien dengan gagal jantung yang telah tersedia dan digunakan di layanan rumah sakit, di Asia.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi instrumen-instrumen yang digunakan dalam penelitian-penelitian di Asia.
- b. Memberikan gambaran tentang manfaat dan keterbatasan pada instrumen-instrumen yang ditemukan dalam penelitian.
- c. Mengidentifikasi komponen dalam instrumen yang digunakan dalam menilai kualitas hidup pasien gagal jantung, metode, domain, dan durasi penilaiannya.

D. MANFAAT TINJAUAN

Manfaat dari tinjauan ini diharapkan dapat:

1. Menyediakan pemahaman yang lebih mendalam tentang penilaian kualitas hidup pasien dengan gagal jantung di Asia.
2. Sebagai dasar untuk menyusun tinjauan sistematis, khususnya dalam memilih instrumen yang paling sesuai untuk menilai kualitas hidup pasien dengan gagal jantung di Asia.
3. Sebagai bahan pertimbangan dalam mengembangkan instrumen baru untuk menilai kualitas hidup pasien dengan gagal jantung di Asia.

E. ORIGINALITAS TINJAUAN

Kualitas hidup sebenarnya sangat subjektif karena setiap orang menilai kualitas hidupnya berbeda-beda. Beberapa orang mungkin memandang hidup mereka baik, jika mereka merasakan ketenangan batin sementara yang lain mungkin merasa hidup mereka tidak baik sampai mereka mencapai tingkat kesuksesan tertentu. Penilaian kualitas hidup diketahui merupakan elemen penting dari pengkajian dan evaluasi perawatan pasien. Ratusan instrumen kualitas hidup yang generik dan spesifik telah dikembangkan. Instrumen kualitas hidup generik dirancang untuk diterapkan di berbagai populasi dan intervensi. Penilaian kualitas hidup yang spesifik dirancang agar relevan dengan intervensi tertentu atau dalam subpopulasi tertentu. Oleh karena itu, penelitian-penelitian tentang pengkajian, pengaruh intervensi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup berkembang cepat. Hal ini terlihat dengan meningkatnya tinjauan terhadap penelitian murni mengenai hal tersebut.

Hasil pencarian penulis menemukan beberapa tinjauan yang menjelaskan tentang konsep kualitas hidup dan coping pada pasien dengan gagal jantung (Graven & Grant, 2013; Santos et al., 2020), namun tidak dibahas penggunaan instrumen kualitas hidup. Adapun mengenai pengaruh kualitas hidup terhadap kondisi pasien dengan gagal jantung dibahas dalam artikel (Abolghasem-Gorji, Bathaei, Shakeri, Heidari, & Asayesh, 2017; Polikandrioti et al., 2019), namun tidak satupun yang membahas apa saja instrumen yang digunakan dalam menilai kualitas hidup. Sedangkan pada tinjauan (Athilingam & Jenkins, 2018; Flanagan, Damery, & Combes, 2017; Kyriakou, Middleton, Ktisti, Philippou, & Lambrinou, 2020; Oyanguren et al., 2016; Viveiros, Chamberlain, O'Hare, & Sethares, 2019) dibahas program-program peningkatan kualitas hidup pasien dengan gagal jantung, tetapi tidak juga membahas penggunaan instrumen-instrumen penilaian kualitas hidup. Kemudian, khusus tinjauan didapatkan satu tinjauan (Moradi et al., 2020) yang fokus membahas penggunaan instrumen-instrumen, namun pembahasan penilaian kualitas hidup pasiennya belum spesifik ke Asia.

Sehingga, dalam *Scoping review* ini kami menguraikan penggunaan instrumen penilaian kualitas hidup pasien dengan gagal jantung di Asia, baik dalam pemetaan lokasi penelitian, maupun gambaran mengenai manfaat dan keterbatasan penggunaan instrumen-instrumen tersebut dalam penelitian-penelitian murni. Oleh karena itu, diharapkan tinjauan ini akan memberikan informasi berbeda dan lebih lengkap tentang instrumen kualitas hidup serta penggunaannya pada pasien dengan gagal jantung di Asia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KUALITAS HIDUP

1. Definisi Kualitas Hidup

Pencatatan status dan hasil kesehatan setiap pasien sangatlah penting untuk membantu perawat dan petugas kesehatan lainnya dalam memahami beban penyakit secara umum. Sedangkan untuk melaporkan hasil kesehatan pasien dibutuhkan instrumen penilaian efek, kecacatan, maupun pengobatan pada penyakit kronis, termasuk gagal jantung (Keshaviah, Gehrke, & Clusen, 2020). Salah satu penilaian tersebut adalah kualitas hidup dalam konteks kesehatan dan penyakit, di mana kualitas hidup menjadi salah satu target dalam *Healthy People 2020* (Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2018).

Istilah kesehatan pertama kali dikeluarkan oleh WHO (1947), kemudian para ahli telah banyak mengembangkan sendiri definisi tentang kualitas hidup. Sejak 1980-an, kualitas hidup menjadi semakin penting dalam praktik dan penelitian perawatan kesehatan. Istilah kualitas hidup dipersempit menjadi aspek yang relevan dengan kesehatan, penilaian obyektif berfokus pada apa yang dapat dilakukan individu dan penting dalam menentukan derajat kesehatan (Orbell, 2013). Penilaian subjektif kualitas hidup mencakup makna bagi individu, pada dasarnya ini melibatkan terjemahan atau penilaian dari penilaian status kesehatan yang lebih obyektif ke dalam pengalaman kualitas hidup (Kaplan & Bush, 1982). Perbedaan dalam penilaian menjelaskan fakta bahwa individu dengan status kesehatan objektif yang sama dapat melaporkan kualitas hidup subjektif yang sangat berbeda (Kaplan & Bush, 1982).

Sudah menjadi jelas dalam beberapa dekade terakhir bahwa kualitas hidup merupakan variabel hasil yang penting dalam menilai hasil medis

pasien (Deshpande, Sudeepthi, Rajan, & Nazir, 2011). Penilaian membutuhkan ukuran status kesehatan yang lebih komprehensif yang membuat kepentingan relatif dari setiap komponen menjadi eksplisit (Post, 2014). Untuk dapat memahami kualitas hidup, penting untuk mengetahui asal mula penilaian kualitas hidup (Keshaviah et al., 2020). Hal ini kemudian dapat dilihat dalam beberapa definisi kualitas hidup yang berkembang saat ini.

Beberapa definisi kualitas hidup dalam beberapa dekade terakhir yang ditemukan melalui pengkajian literatur (Kaplan & Bush, 1982; Orbell, 2013; Ruževičius, 2014; WHO, 1947), adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Definisi Kualitas Hidup

No.	Author/Tahun	Definisi
1.	WHO (1947)	“Kesehatan sebagai “keadaan fisik, mental dan sosial yang lengkap, bukan hanya tidak adanya penyakit dan kelemahan”. Penggunaan istilah "lengkap" dalam definisi kesehatan ini telah memberikan kontribusi yang signifikan terhadap kebingungan konseptual tentang apa itu kesehatan dan apa itu kualitas hidup. Sehingga, akar dari istilah kualitas hidup dapat ditelusuri kembali ke definisi kesehatan”.
2.	(Hornquist, 1982)	“Kualitas hidup didefinisikan sebagai tingkat kepuasan kebutuhan dalam area kesehatan. Pengalaman kebutuhan individu termasuk kepuasan yang diinginkan harus dipertimbangkan. Ini didefinisikan sebagai kebutuhan akan kepuasan, baik dalam arti yang dialami secara internal maupun arti eksternal yang terbagi dalam enam area, yaitu fisik, psikologi, sosial, aktivitas, material, dan struktural”.
3.	(Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993)	“Kualitas hidup berkaitan dengan aspek kehidupan yang sangat dihargai yang umumnya tidak dianggap sebagai "kesehatan", termasuk pendapatan, kebebasan, dan kualitas lingkungan. Meskipun pendapatan rendah atau tidak stabil, kurangnya kebebasan, atau kualitas lingkungan yang rendah dapat berdampak buruk pada kesehatan, masalah ini sering kali jauh dari masalah kesehatan atau medis. Hampir semua aspek kehidupan dianggap berhubungan dengan kesehatan”
4.	(Johansson, Agnebrink, Dahlström, & Broström, 2004)	“Kualitas hidup adalah bidang kebutuhan dasar manusia, di mana perawat harus membantu pasien sesuai dengan pola individu atau kehidupannya, hasil utama dalam proses asuhan keperawatan. Namun, terlepas dari semakin pentingnya dan peningkatan popularitas kualitas hidup dalam keperawatan, saat ini terdapat kebingungan tentang penggunaan konsep-konsep ini. Kualitas hidup sebagai sebuah konsep terdiri dari hal-hal penting dalam keperawatan dengan membantu pasien mencapai kehidupan yang baik dalam kaitannya dengan tingkat kesehatan yang berbeda dan dikonseptualisasikan sebagai kepuasan hidup dengan kesehatan fisik, status psikologis, interaksi sosial, kondisi sosial ekonomi”.
5.	(Post, 2014)	“Kualitas hidup berkaitan dengan pada kesejahteraan subjektif, melibatkan penilaian individu, yaitu kebahagiaan, kesejahteraan umum, atau kepuasan hidup secara keseluruhan. Berdasarkan definisi WHO tentang kesehatan, maka kualitas hidup dapat dibagi dalam 3 domain, yaitu kesehatan fisik, psikologis dan sosial”.

- 6 (Moradi et al., 2020) “Kualitas hidup berkaitan dengan konsep yang multidimensi, sehingga perlu memperhatikan dimensi fisik, psikologis, peran sosial, dan dukungan keluarga pasien karena hal tersebut dapat membantu meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung, menambah kepercayaan diri dalam menghadapi penyakit, sehingga dengan perasaan tersebut perawatan diri pasien meningkat.”

Pada umumnya, tulisan atau pendapat para ahli menyebutkan bahwa kualitas hidup adalah konsep yang sulit untuk didefinisikan dan dinilai. Namun, seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan termasuk di area kualitas hidup diketahui bahwa kualitas hidup hanya dapat dijelaskan oleh individu dan harus memperhatikan banyak aspek kehidupan. Kualitas hidup menilai perbedaan atau kesenjangan, pada periode waktu tertentu antara harapan dan ekspektasi individu dan pengalaman individu saat ini.

Dengan menggabungkan definisi kualitas hidup dari para ahli sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah kondisi dimana individu merasakan terpenuhinya harapan hidup, sesuai pengalaman masa lalu dan gaya hidup yang diharapkan. Istilah kualitas hidup meluas tidak hanya pada dampak pengobatan dan efek samping, tetapi juga pada pengenalan pasien sebagai individu dengan tubuh, pikiran, serta jiwa secara keseluruhan. Kualitas hidup harus mencakup semua bidang kehidupan dan pengalaman serta memperhitungkan dampak penyakit dan pengobatan. Definisi ini yang selanjutnya akan digunakan dalam membangun kerangka konsep pada penelitian ini.

2. Kerangka Konseptual dan Domain Kualitas Hidup

Pada halaman sebelumnya sudah disebutkan beberapa definisi kualitas hidup. Oleh beberapa peneliti, definisi ini dikembangkan menjadi kerangka konseptual dan mendasari penelitian serta instrumen untuk menilai kualitas hidup. Melalui kerangka konseptual, dapat diketahui domain-domain kualitas hidup, faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kualitas hidup setiap individu, hingga bagaimana efek kualitas hidup terhadap kondisi kesehatan.

Penelusuran referensi yang dilakukan mengidentifikasi beberapa kerangka konsep kualitas hidup yang dikembangkan pada berbagai penelitian yaitu sebagai berikut :

- a. Hornquist (1982)

Hornquist (1982) mengidentifikasi 6 domain dalam kerangka konsep kualitas hidup, yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial, aktivitas, material dan struktural. Setiap individu berusaha memenuhi kebutuhan mereka dengan menciptakan sumber daya yang mereka miliki. Selain itu, pilihan juga dipengaruhi oleh hipotesis tentang apa yang dapat diubah sebagai akibatnya. Hornquist (1982) juga menjelaskan bahwa keenam domain tersebut dibuat dalam model spiral, sehingga semua dibutuhkan secara bersamaan. Ini menyiratkan bahwa tidak ada hierarki atau tingkatan pemenuhan kualitas hidup pasien. Pernyataan seperti "dalam masyarakat kita nilai-nilai material yang ditekankan terlalu banyak dengan mengorbankan nilai-nilai pengalaman nonmateri". Sehingga, konsep kualitas keseluruhan kehidupan juga harus mencakup komponen material.

b. Guyatt, Feeny, & Patrick (1985)

Pada kerangka konsep ini, domain-domain kualitas hidup terdiri dari 5 domain berdasarkan aspek kehidupan yang sangat dihargai pada umumnya, namun tidak dianggap sebagai "kesehatan", yaitu domain pendapatan, kebebasan, dan kualitas lingkungan yang kemudian ditambahkan dengan domain fungsi fisik serta fungsi emosional. Kerangka konsep kualitas hidup tersebut membantu pengembangan instrumen yang sesuai untuk mendeteksi efek penting minimal dalam uji klinis dalam menilai kesehatan populasi dan untuk memberikan informasi serta membuat keputusan kebijakan.

c. Johansson et al. (2004)

Johansson et al. (2004) mengemukakan konsep kualitas hidup sebagai sesuatu yang terdiri dari hal-hal penting dalam keperawatan dengan memberikan perawatan pasien untuk mencapai kehidupan yang baik dalam kaitannya dengan tingkat kesehatan dengan 4 domain, yaitu kepuasan hidup dengan kesehatan fisik, status psikologis, interaksi sosial, kondisi sosial ekonomi. Johansson et al. (2004) mengevaluasi efek olahraga serta kualitas hidup sebagai aspek penting dari keperawatan menurut teori keperawatan Henderson.

d. Post (2014)

Post (2014) mengidentifikasi kerangka konsep ke dalam 3 domain utama, berdasarkan definisi WHO tentang kesehatan, yaitu kesehatan fisik, psikologis dan sosial. Definisi konseptual ini membantu pengembangan instrumen untuk menilai kualitas hidup, juga berguna untuk memberi definisi yang sesuai dengan topik penelitian untuk istilah kualitas hidup, dengan kerangka konsep tersebut dapat memudahkan mencari apa yang sebenarnya dinilai dalam penelitian.

e. Moradi et al. (2020)

Moradi et al. (2020) mengidentifikasi kerangka konsep kualitas hidup ke dalam 3 domain utama, kualitas hidup adalah konsep yang multidimensi, sehingga perlu memperhatikan dimensi fisik, mental, dan sosial. Definisi konseptual ini membantu pengembangan instrumen penilaian kualitas hidup sekaligus dapat membantu meningkatkan persepsi kesehatan pasien gagal jantung secara umum, sehingga menambah kepercayaan diri dalam menghadapi penyakit.

Pada tabel ini dirangkum bagian-bagian dari kualitas hidup, faktor yang mempengaruhi dan bagaimana efek kualitas hidup berdasarkan analisis terhadap kerangka konseptual yang telah disebutkan sebelumnya.

Tabel 2.2 Kerangka Konseptual Kualitas Hidup

No.	Author	Domain Kualitas Hidup	Faktor yang Mempengaruhi	Pengaruh Terhadap Kesehatan
1.	(Hornquist, 1982)	6 domain : - Kebutuhan fisik - Psikologis - Sosial - Aktivitas - Material - Struktural	- Fungsi intelektual baik - Dukungan secara material - Interaksi dengan lingkungan dan masyarakat - Pendidikan yang baik dan waktu senggang	<ul style="list-style-type: none"> • Individu : meningkatkan kenyamanan, kepercayaan diri, motivasi, keterampilan pribadi, <i>self-esteem</i> • Sosial : keadilan dalam masyarakat dan kemampuan berkomunikasi dengan pihak berwenang, kemungkinan untuk kontak sosial dan tidak merasa sendirian
2.	Guyatt, Feeny, & Patrick (1985)	5 domain : - Fungsi fisik - Fungsi emosional - Pendapatan - Kebebasan - Kualitas lingkungan	- Komunikasi - Perilaku emosional - Rekreasi dan hiburan	- Membantu perubahan perilaku - Manajemen penyakit - Memberikan pengetahuan dan informasi baru

3.	Johansson et al. (2004)	4 domain : <ul style="list-style-type: none"> - Kesehatan fisik - Kesehatan mental - Fungsi sosial - Kondisi sosial-ekonomi 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukasi pasien - Kepuasan hidup secara umum - Kemampuan fungsional - Status kesehatan yang dirasakan saat ini 	<ul style="list-style-type: none"> - Manajemen kesehatan dan penyakit - Mendapat pengetahuan yang baru - Meningkatkan <i>self-care</i>
4.	Post (2014)	3 domain : <ul style="list-style-type: none"> - Kesehatan fisik - Kesehatan mental - Sosial 	<ul style="list-style-type: none"> - Fungsi fisik - mobilitas dan aktivitas fisik - Fungsi peran sosial - Persepsi tentang penyakit - Pengobatan 	<ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan status psikologis - Peningkatan interaksi sosial - Manajemen kesehatan dan penyakit
5.	Moradi et al. (2020)	3 domain : <ul style="list-style-type: none"> - Fisik - Mental - Sosial 	<ul style="list-style-type: none"> - Faktor ekonomi dan sosial - Kepuasan hidup - Tingkat keparahan penyakit 	<ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan pemantauan gejala penyakit - Peningkatan peran sosial - Membantu persepsi kesehatan secara umum

3. Kualitas Hidup dan Pasien Gagal Jantung

Menurut *European Society of Cardiology*, gagal jantung merupakan kondisi yang serius, di mana jantung tidak mampu memompa darah untuk mencukupi kebutuhan tubuh (Ponikowski et al., 2014). Gagal jantung juga diketahui sebagai ketidakmampuan ventrikel kiri untuk mengeluarkan darah yang cukup ke seluruh tubuh, juga disebut gagal jantung sistolik dan didiagnosis dengan pengukuran *ejection fraction* (EF) kurang dari 50% (Islam, 2018). Sedangkan, disfungsi dan kegagalan diastolik adalah akibat dari pengisian ventrikel kiri yang tidak adekuat dengan EF pada dasarnya normal, sekitar 60% (Islam, 2018). Gejala gagal jantung berhubungan langsung dengan gangguan pengisian dan pengeluaran darah di ventrikel kiri (Feldman & Mohacsi, 2019). Adapun penyebab gagal jantung secara umum menurut Ponikowski et al. (2014), yaitu:

- a. Adanya masalah jantung, seperti: gangguan irama jantung, kelainan katup, kelainan otot jantung, penyakit jantung koroner, dan gangguan jantung lainnya.
- b. Tekanan darah tinggi.
- c. Masalah di paru-paru, misalnya: kurangnya suplai darah ke paru-paru, tekanan darah tinggi di paru-paru, penyakit seperti asthma, bronchitis, serta obstruksi jalan napas.
- d. Adanya infeksi, di antaranya *rheumatic fever*, endocarditis, dll.
- e. Gaya hidup, di antaranya diet (konsumsi garam dan cairan berlebihan), riwayat minum alkohol dan penyalahgunaan narkoba.
- f. Kondisi medis lainnya, seperti anemia, diabetes, penyakit ginjal, gangguan tiroid, dll.

Gagal jantung adalah sindrom klinis yang ditandai dengan sejumlah gejala khas, seperti sesak napas, kelelahan, palpitasi, pusing, serta edema (Feldman & Mohacsi, 2019). Gagal jantung dapat dikategorikan dalam beberapa cara berbeda, meskipun etiologi yang mendasarinya banyak. Terdapat dua klasifikasi fungsional menurut AHA

dan New York Heart Association (NYHA) untuk mendokumentasikan dan menilai tingkat keparahan gejala dan aktivitas fisik merupakan praktik yang umum. Adapun hukum Frank-Starling tentang jantung menyatakan bahwa stroke volume meningkat sebagai respons terhadap peningkatan volume darah yang mengisi jantung (volume diastolik akhir) ketika semua faktor lain tetap konstan (Ponikowski et al., 2014). Mekanisme adaptif ini sangat penting untuk fungsi fisiologis normal dan memungkinkan respons yang cepat terhadap peningkatan permintaan kebutuhan tubuh.

Kasus gagal jantung dapat dianggap sebagai tahap akhir dari penyakit lain. Gagal jantung pada akhirnya dapat menjadi beban ekonomi di bidang kesehatan jika tidak dicegah sejak awal (Ponikowski et al., 2014). Statistik Kesehatan Dunia sejak tahun 2012, menunjukkan gagal jantung telah menciptakan beban ekonomi sebesar 180 juta dolar dalam sistem kesehatan (Ponikowski et al., 2014). Waktu rawat inap yang lama dan berulang yang biasanya dibutuhkan oleh pasien dengan gagal jantung merupakan mayoritas dari beban ekonomi (Ponikowski et al., 2014). Komplikasi fisik dan mental, seperti kelelahan, depresi, kecemasan, edema, sesak napas karena perjalanan penyakit yang berkepanjangan, serta proses pengobatan berdampak menurunkan kualitas hidup pasien dengan gagal jantung (Hwang, Liao, & Huang, 2014). Penurunan Kualitas hidup berkorelasi dengan peningkatan waktu rawat inap dan tingkat kematian, serta biaya yang lebih tinggi dikenakan pada sistem kesehatan, keluarga, dan pasien (Moradi et al., 2020).

Umumnya kondisi pasien dengan gagal jantung rumit dan lansia, sehingga jumlah komorbiditas dan re-admisi yang cukup besar mempengaruhi pengobatan klinis dan prognosis mereka (Seongkum Heo et al., 2018). Namun, sudah banyak tinjauan yang menunjukkan bahwa program manajemen gagal jantung secara signifikan mengurangi jumlah rawat inap berulang atau re-admisi (Heo et al., 2018). Meskipun demikian, sulit untuk mengevaluasi karakteristik dan konteks klinis mana yang mendukung keberhasilan program dan dapat digunakan sebagai prioritas (Hwang et al., 2020). Karakteristik utama dari program manajemen gagal

jantung secara signifikan terkait dengan penurunan mortalitas dan readmisi pasien di Asia (Wang et al., 2016). Untuk mencapai efek positif pada klinis dan hasil pasien yang dilaporkan, program manajemen gagal jantung dikembangkan (Cajanding, 2016). Namun efek kualitas hidup terhadap manajemen gagal jantung masih perlu diteliti lebih lanjut karena ada keterkaitan antara pengetahuan, *self care* dan kepuasan yang merupakan mediator antara Kualitas hidup dan keterampilan manajemen gagal jantung (Kent, Cull, & Phillips, 2011; Oyanguren et al., 2016; Wakefield, Boren, Groves, & Conn, 2013)

Ditewig et al. (2010) dalam sebuah tinjauan sistematis mengungkapkan bukti tentang efek signifikan dari intervensi manajemen mandiri untuk kualitas hidup pasien dengan gagal jantung. Di mana intervensi manajemen mandiri pada pasien gagal jantung menggarisbawahi pentingnya program pendidikan pasien tentang penyakit, berat badan harian, pemantauan tekanan darah dan minum obat sendiri (Ditewig et al., 2010). Dalam beberapa kerangka konsep, kualitas hidup disebutkan sebagai sesuatu yang harus dimiliki untuk dapat membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan perawatan diri dan manajemen penyakit (Guyatt et al., 1993; Hornquist, 1982; Post, 2014).

4. Penilaian Kualitas Hidup

a. Tujuan penilaian Kualitas Hidup di Asia

Beberapa perbedaan karakteristik pasien telah diamati di wilayah ini dibandingkan dengan negara-negara Barat. Pasien yang didiagnosis dengan gagal jantung di Asia bisa sampai dua dekade lebih muda dibandingkan di negara-negara Barat (Kabbani et al., 2019). Selain itu, pada pasien dengan gagal jantung di Asia memiliki kecenderungan untuk melaporkan skor kualitas hidup yang buruk. Pasien melaporkan skor fungsi fisik, peran, emosional, kognitif, dan sosial yang terburuk, serta tingkat gejala tertinggi, dan ini tampaknya mencerminkan ekspresi emosional dalam penerimaan budaya yang lebih besar bahwa pasien di Asia membutuhkan perawatan kesehatan

yang lebih intens (Luo et al., 2017). Pasien cenderung menunjukkan tanda dan gejala tubuh secara ekstrim yang hampir tidak proporsional, hingga menjadi sangat asyik dengan keyakinan bahwa tubuh mereka tidak berfungsi secara optimal (Luo et al., 2017). Ketika pasien mengalami berbagai gejala fisik dan emosional yang melemahkan selama perjalanan penyakit, dapat dipastikan hal tersebut akan sangat mempengaruhi fungsi fisik dan emosional mereka sehingga berdampak buruk pada kualitas hidupnya (Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009).

Pada pasien dengan gagal jantung penilaian kualitas hidup dianggap penting karena dapat memberikan informasi mengenai minat, standar kenyamanan maupun kesejahteraan emosionalnya kepada perawat, area di mana pasien paling tertarik dan familiar (Pequeno et al., 2020). Pada tingkat yang lebih tinggi, organisasi atau institusi layanan kesehatan, dalam hal ini rumah sakit memiliki tanggung jawab untuk menyesuaikan layanan kesehatannya dengan kebutuhan kualitas hidup dan kebutuhan populasi yang dilayani (Keshaviah et al., 2020).

Adapun alasan lain untuk menilai kualitas hidup di Asia adalah etiologi gagal jantung yang diperkirakan berbeda di Asia dibandingkan dengan negara-negara Barat, yaitu penyakit jantung bawaan, penyakit jantung rematik, kardiomiopati, dan hipertensi sebagai penyebab yang signifikan (Sakata & Shimokawa, 2013). Fenomena umum yang diamati bahwa dari dua pasien dengan kriteria klinis yang sama seringkali memiliki respon yang sangat berbeda (Keshaviah et al., 2020). Misalnya, dua pasien dengan keluhan yang sama, seperti tingkat nyeri dada yang serupa mungkin memiliki fungsi peran dan emosional yang berbeda (Pequeno et al., 2020). Jika beberapa pasien dapat terus bekerja tanpa depresi berat, tetapi yang lain mungkin depresi berat hingga berhenti dari pekerjaan mereka. Oleh karena itu, kualitas hidup perlu diidentifikasi melalui penilaian

akurat, sehingga intervensi dan evaluasi sesuai dengan tingkat kualitas hidup yang dimiliki oleh setiap pasien.

b. Instrumen Kualitas Hidup yang Digunakan di Asia

Saat ini belum ada standar yang baku dalam menilai kualitas hidup pada pasien dengan gagal jantung di Asia. Perkembangan dalam bidang penelitian menambah jumlah instrumen yang dapat digunakan untuk menilai kualitas hidup. Beberapa contoh instrumen yang umum digunakan adalah sebagai berikut :

1) MLHFQ (Garin et al., 2013)

The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) adalah instrumen spesifik yang dikembangkan oleh Thomas Rector pada tahun 1984 untuk menilai dampak gagal jantung pada kualitas hidup, di mana versi aslinya berbahasa Inggris. Instrumen ini telah diterjemahkan setidaknya ke 34 bahasa, termasuk bahasa India, Melayu, China, Thailand, Indonesia, Jepang, dan Korea dengan Cronbach $\alpha = 0,94$ dan terdiri dari 21 item pertanyaan dan 2 domain. Dimana, domain fisik dan domain emosional juga dihitung dengan delapan dan lima dari 21 item, masing-masing. Delapan item lainnya (untuk menambahkan hingga 21) ditambahkan untuk perhitungan skor total. Skor total MLHFQ dirancang secara konseptual sebagai ringkasan dari semua masalah yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien dengan gagal jantung.

MLHFQ diisi oleh pasien sendiri hanya membutuhkan waktu sekitar 5-10 menit dan pertanyaan-pertanyaan yang terdiri dari 21 item disajikan dengan skala 6 poin, yaitu (0–5) mulai dari " tidak ada gangguan" hingga "sangat terganggu ". Instrumen ini diringkas dalam tiga skor: total (kisaran 0-105, dari kualitas hidup yang paling baik ke yang paling buruk), fisik (kisaran 0–40) dan emosional (kisaran 0–25), semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin buruk kualitas hidup pasien.

2) EQ-5D (Group, 2007)

EuroQoL 5-Dimensional Questionnaire (EQ-5D) menilai kualitas hidup secara generik. EQ-5D adalah instrumen yang mengevaluasi kualitas hidup yang dikembangkan di Eropa dan digunakan secara luas. EQ-5D menilai kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dalam 5 domain (mobilitas, perawatan diri, biasa aktivitas, nyeri / ketidaknyamanan, dan kecemasan / depresi) dan EQ VAS - vertikal 20 cm skala analog visual yang menghasilkan penilaian kualitas hidup. EQ-5D banyak digunakan dalam uji klinis, studi observasi, dan survei kesehatan lainnya. Instrumen ini pertama kali dikembangkan pada tahun 1990 oleh Grup EuroQoL. Grup EuroQoL awalnya terdiri dari peneliti dari Eropa, tetapi saat ini termasuk anggota dari Utara Amerika, Asia, Afrika, dan Australasia.

EQ-5D dirancang untuk diisi sendiri oleh pasien atau wawancara selama 5-10 menit serta cocok untuk digunakan untuk *assessment* di rumah sakit. Instrumen ini memiliki 171 versi bahasa, termasuk bahasa Jepang, Melayu, China, dan Indonesi. Terdiri dari 5 item pertanyaan yang dinilai sendiri oleh pasien tentang mobilitas, perawatan diri, aktivitas biasa, rasa sakit dan ketidaknyamanan, dan kecemasan dan depresi pada skala peringkat 3 poin. Dimana skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik. EQ-5D juga dilengkapi dengan skala analog visual (EQ-VAS) untuk mengukur kesehatan yang dirasakan. Nilai reliabilitas Cronbach α adalah $>0,60$ untuk indeks utilitas. Instrumen ini responsif terhadap perubahan fungsi fisik dan secara signifikan berkorelasi dengan pengukuran kualitas hidup lainnya.

3) SF-36 (Jenkinson et al., 1997)

SF-36 adalah instrumen kualitas hidup yang generik, koheren, dan mudah dikelola. SF-36 dikembangkan pada tahun 1992 oleh Ware and Sherbourne. Instrumen ini dapat diisi oleh pasien sendiri, via telepon, rekaman, atau berupa wawancara individu dalam waktu

5-10 menit, terdiri dari 36 pertanyaan dan delapan dimensi sehat, yaitu fungsi fisik, peran fisik, tubuh yang sakit, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peran emosional, dan kesehatan mental. Dimana, masing-masing dari delapan dimensi tersebut diberi skor secara terpisah, instrumen ini memiliki Cronbach $\alpha = 0,825$. Instrumen ini telah diterjemahkan ke dalam setidaknya 22 bahasa, termasuk bahasa Inggris, Jepang, Korea, China, dan Indonesia.

Data yang dijumlahkan diubah menjadi skala 0–100 poin. Semakin rendah nilainya semakin banyak kecacatan. Semakin tinggi skor semakin rendah kecacatannya yaitu skor nol setara dengan kecacatan maksimal dan skor 100 setara dengan tidak ada kecacatan. Delapan dimensi ini dapat digabungkan menjadi dua kesehatan utama ukuran status; Ringkasan Komponen Fisik (PCS index) dan Ringkasan Komponen Mental (indeks MCS).

4) KCCQ (Creber, Polomano, Farrar, & Riegel, 2012)

The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ) adalah instrumen spesifik yang dapat diisi oleh pasien sendiri untuk menilai kualitas hidup pada pasien dengan gagal jantung kronis dan dapat diselesaikan dalam 4-6 menit. Responnya terhadap perubahan klinis sangat baik, dengan skor yang lebih rendah telah terbukti dapat memprediksi lama rawat inap dan tingkat mortalitas gagal jantung.

KCCQ dikembangkan Green, Porter, Bresnahan, dan Spertus pada tahun 2000 serta telah diterjemahkan ke dalam setidaknya 100 bahasa, termasuk bahasa China, India, Indonesia, Japan, Korea, Malaysia, Filipina, dan Thailand. Instrumen ini terdiri dari 23 item pertanyaan yang spesifik untuk menilai domain status kesehatan berikut: keterbatasan fisik, gejala, *self-efficacy*, dan kualitas hidup tertentu serta batasan sosial yang dirasakan terkait dengan gagal jantung. Skor ringkasan keseluruhan berkisar dari 0 hingga 100, dengan skor yang lebih tinggi berkorelasi dengan kualitas hidup yang lebih baik, dengan Cronbach $\alpha \geq 0,80$. KCCQ dinilai lebih

responsif terhadap perubahan klinis pasien dengan melihat gejala yang timbul meliputi frekuensi dan intensitas sesak napas, bengkak serta kelelahan/fatigue.

5) WHOQoL-BREF (Group, 1998)

WHOQoL-BREF, sebuah versi yang disingkat menjadi 26 item, dikembangkan menggunakan data dari versi uji coba WHOQOL100. Instrumen ini bersifat generik dan dapat digunakan dalam pengaturan budaya tertentu, tetapi pada saat yang sama dapat dibandingkan antar budaya. WHOQoL-BREF sekarang tersedia di lebih dari 19 bahasa yang berbeda, termasuk bahasa Inggris, India, Melayu, Indonesia, dan China. Instrumen ini dikembangkan oleh grup WHO pada tahun 1998 yang mencakup 4 domain, yaitu: fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

Instrumen tersebut dikembangkan untuk mengukur persepsi peserta tentang kualitas hidup terkait kesehatan selama 2 minggu. Instrumen ini dapat diisi sendiri oleh pasien atau melalui wawancara selama 10-15 menit, mencakup empat kategori utama (kapasitas, frekuensi, intensitas, dan evaluasi), dan dinilai pada skala Likert 5. Skor total berkisar dari 28 hingga 140, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik. Ini juga memiliki reliabilitas dan validitas yang tinggi dengan nilai Cronbach $\alpha > 0,89$.

6) MacNew (Höfer, Lim, Guyatt, & Oldridge, 2004)

The MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life (MacNew) Questionnaire mulai dikembangkan oleh Höfer, Lim, Guyatt, & Oldridge pada tahun 2004 dan diterjemahkan ke beberapa bahasa seperti bahasa Indonesia, Thailand, Korea, Jepang, Belanda, Inggris, Persia, Jerman, dan Spanyol. Instrumen ini berisi 27 item yang berfokus pada domain fisik, emosional, dan domain sosial yang diisi oleh pasien dengan batasan fisik (13-item) dan emosional (14-item), serta fungsi sosial (13-item) dengan jangka waktu 2 minggu. Skor untuk semua domain berkisar dari skor 1

hingga 7, dimana skor yang lebih tinggi berarti kesehatan yang lebih baik, dengan reliabilitas Cronbach $\alpha \geq 0,70$.

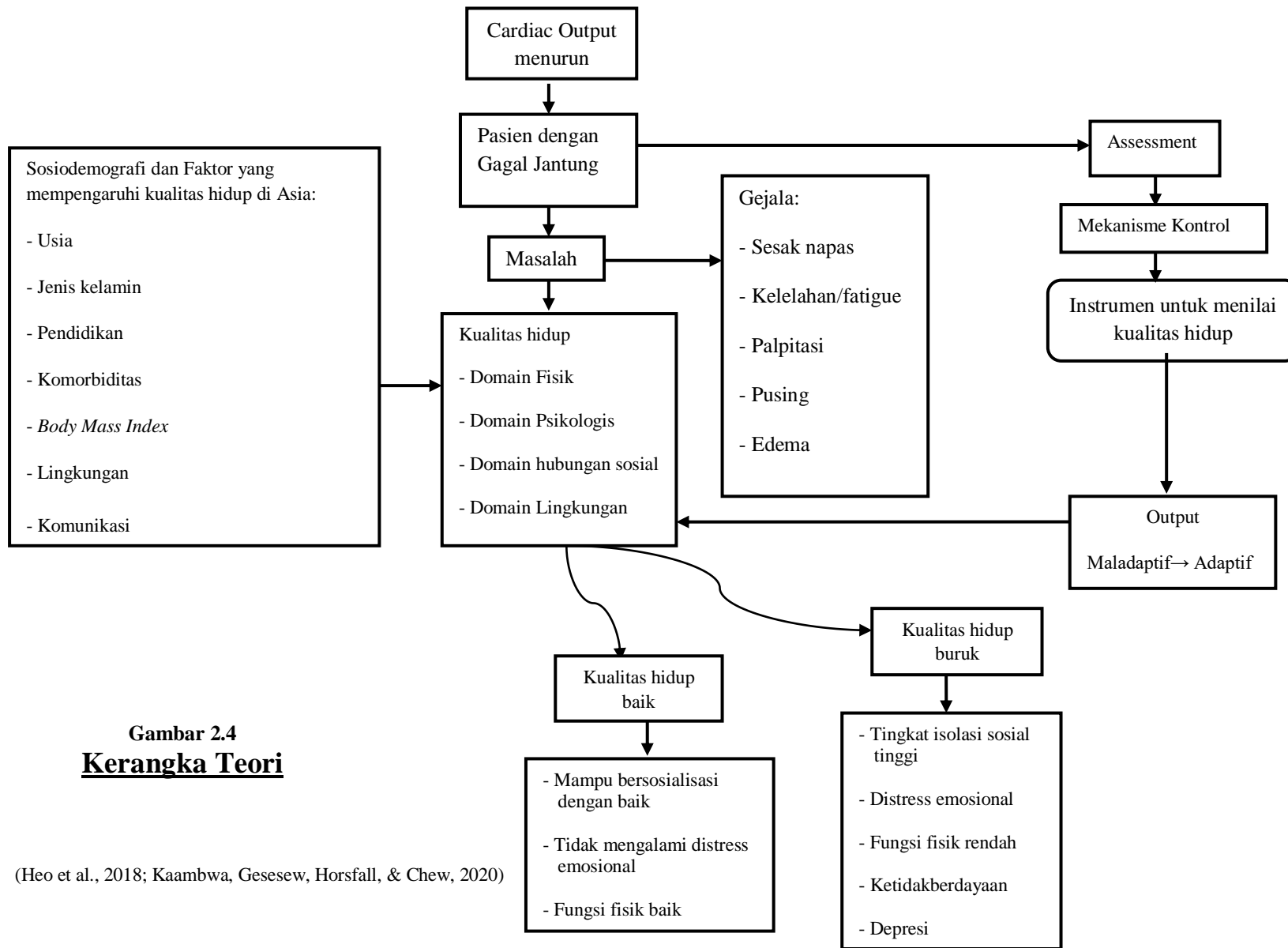
MacNew merupakan modifikasi dari instrumen QLMI. Instrumen ini adalah instrumen spesifik untuk pasien dengan gagal jantung yang mudah diisi sendiri oleh pasien. Hanya dibutuhkan waktu sekitar 10 menit untuk mengevaluasi kualitas hidup pada pasien. MacNew dianggap memiliki domain yang responsif dan sensitif terhadap perubahan, tidak ada biaya untuk izin untuk menggunakan MacNew atau terjemahannya. Adapun contoh dari item pertanyaannya, yaitu: "Seberapa sering selama 2 minggu terakhir Anda mengalami nyeri dada saat melakukan aktivitas sehari-hari?" (fungsi fisik); "Seberapa sering selama 2 minggu terakhir Anda merasa tidak berharga atau tidak mampu" (fungsi emosional), dan "Seberapa sering selama 2 minggu terakhir ini Anda merasa tidak dapat bersosialisasi karena masalah jantung Anda?" (fungsi sosial).

5. Ringkasan Teori

Definisi dan kerangka konsep telah diidentifikasi melalui pencarian literatur. Dari beberapa definisi yang ada, maka didapatkan definisi kualitas hidup, yaitu kondisi dimana individu merasakan terpenuhinya harapan hidup, sesuai harapan dari pengalaman masa lalu dan gaya hidup pasien. Istilah kualitas hidup tidak hanya pada dampak pengobatan termasuk efek sampingnya, tetapi juga pada pemahaman pasien sebagai individu dan sebagai pribadi, tubuh, pikiran dan jiwa secara keseluruhan. Kualitas hidup harus mencakup semua bidang kehidupan dan pengalaman serta memperhitungkan dampak penyakit dan pengobatan. Hal ini dipengaruhi oleh kesehatan fisik, status psikologis, interaksi sosial, maupun kondisi sosial ekonomi.

Domain yang digunakan dalam menilai kualitas hidup pada umumnya terbagi menjadi 3 domain utama, yaitu domain fisik, mental, dan sosial berdasarkan definisi WHO yang dikembangkan dengan

beberapa domain lain sesuai kesepakatan ahli. Adapun rangkuman tinjauan literatur tentang kualitas hidup disajikan dalam bagan berikut ini:



Gambar 2.4
Kerangka Teori

(Heo et al., 2018; Kaambwa, Gesesew, Horsfall, & Chew, 2020)

B. SCOPING REVIEW

1. Definisi *Scoping Review*

Gagasan untuk melakukan tinjauan literatur bukanlah hal yang baru. Sebelumnya telah diketahui, bahwa di bidang filsafat sudah ada sejak abad ke-12 dan teknik statistik untuk menyintesis literatur adalah praktik umum dalam astronomi pada abad ke-17 (Tricco et al., 2016). Di mana tujuan, proses metodologis, terminologi, dan pelaporan tinjauan pelingkupan sangat bervariasi, diperlukan standarisasi metodologis mereka untuk memaksimalkan kegunaan dan relevansi temuan mereka (Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010). *Scoping review* merupakan tinjauan literatur yang dilakukan untuk memetakan literatur sesuai bidang minat yang termasuk dalam hal volume, sifat, dan karakteristik penelitian utama (Arksey dan O'Malley, 2005). Sebuah *Scoping review* dapat digunakan, ketika topik tersebut belum secara ekstensif ditinjau atau bersifat kompleks atau heterogen (Colquhoun et al., 2014; Pham et al., 2014; Tricco et al., 2016). Meskipun, *scoping review* adalah pendekatan yang relatif baru untuk meninjau literatur yang semakin populer dalam beberapa tahun terakhir (Pham et al., 2014). Hal tersebut dilakukan untuk memeriksa tingkat, jangkauan, dan sifat kegiatan penelitian di suatu bidang topik; menentukan nilai dan cakupan potensial serta biaya untuk melakukan *systematic review*, meringkas, dan menyebarkan temuan penelitian (Colquhoun et al., 2014).

Adapun karakteristik khusus *scoping review* adalah sebagai berikut:

- a. *Scoping review* bertujuan untuk membahas pertanyaan yang luas dan menggunakan prosedur yang fleksibel dan biasanya tidak terlalu ketat dalam mengevaluasi kualitas bukti (Levac et al., 2010). *Scoping review* dapat memberikan latar belakang dan menyarankan perbaikan serta strategi untuk *systematic review* yang layak. *Scoping review* memiliki ruang lingkup yang lebih luas dengan kriteria inklusi yang tidak begitu ketat (Arksey & O'Malley, 2005; Polit&Beck, 2012). Hal ini dapat dilihat dari elemen kriteria inklusi *scoping review* adalah PCC (*population/participant, concept, context*) (Arksey & O'Malley, 2005). Penelitian yang dimasukkan dalam *scoping review* dapat berasal dari berbagai sumber dan metodologi penelitian apapun sesuai kebutuhan penulis.

b. Pada *scoping review*, tidak diperlukan pengkajian kualitas, penulis berhak memutuskan untuk melakukannya jika hal tersebut sesuai dengan pertanyaan penelitian (Pham et al., 2014). Sehingga, penting untuk diketahui bahwa *scoping review* tidak memerlukan penilaian dan eksklusi artikel berdasarkan kualitas metodologi penelitian (Khalil et al., 2016). *Scoping review* dapat dianggap sebagai salah satu bagian dari proses tinjauan yang berkelanjutan yang tujuan akhirnya adalah dapat menghasilkan *systematic review* (Munn et al., 2018).

2. Indikasi Penyusunan *Scoping Review*

Sejauh mana *scoping review* berusaha memberikan tinjauan mendalam dari literatur yang tersedia tergantung pada tujuan dari penulis. Setidaknya terdapat empat alasan umum mengapa *scoping review* dapat dilakukan menurut Arksey & O'Malley (2005):

1. Untuk menelaah luas, jangkauan dan sifat kegiatan penelitian. *Scoping review* mungkin tidak menjelaskan hasil penelitian secara lengkap, tetapi berguna untuk memetakan bidang studi yang sulit untuk memvisualisasikan berbagai bahan yang tersedia.

2. Untuk menentukan nilai dari *systematic review*. Dalam kasus ini, pemetaan literatur pendahuluan dapat dilakukan untuk mengidentifikasi apakah *systematic review* lengkap, layak, relevan atau tidak, juga potensi biayanya.

3. Meringkas dan menyebarluaskan temuan-temuan penelitian. *Scoping review* dapat mendeskripsikan secara lebih rinci temuan dan cakupan penelitian di bidang studi tertentu, sehingga memberikan mekanisme untuk meringkas dan menyebarluaskan temuan penelitian kepada pembuat kebijakan serta praktisi yang memiliki kemampuan untuk melakukan pekerjaan tersebut.

4. Untuk mengidentifikasi kesenjangan penelitian dalam literatur yang ada. *Scoping review* mengambil proses diseminasi satu langkah lebih jauh dengan menarik kesimpulan dari literatur yang ada mengenai keadaan keseluruhan kegiatan penelitian. *Scoping review* tidak sampai mengidentifikasi kesenjangan penelitian apakah suatu penelitian itu sendiri berkualitas buruk, oleh karena penilaian kualitas tidak menjadi bagian dari *scoping review*.

3. Kerangka Kerja Penyusunan *Scoping Review*

Menyusun *scoping review* dapat berdasarkan berbagai kerangka kerja. Levac, Colquhoun, & O'Brien (2010), telah mengembangkan kerangka kerja untuk *scoping review* dari para ahli pendahulu dengan menyarankan untuk mempertimbangkan tujuan studi saat penyusunan pertanyaan penelitian, menghubungkan tujuan yang jelas dengan pertanyaan penelitian pada tahap pertama kerangka kerja akan membantu memberikan alasan yang jelas untuk menyelesaikan studi dan memfasilitasi pengambilan keputusan tentang pemilihan studi dan ekstraksi data di kemudian hari dalam metodologi. Kemudian pada perkembangan selanjutnya telah dilakukan penyempurnaan panduan dalam menyusun *scoping review*. Adapun susunan kerangka kerja *scoping review* dalam panduan (Aromataris & Munn, 2020), adalah sebagai berikut :

1. Menentukan judul
2. Mengembangkan judul dan pertanyaan penelitian
3. Menyusun pendahuluan
4. Menyusun kriteria inklusi
5. Menyusun strategi pencarian
6. Mengidentifikasi sumber-sumber penelitian yang relevan
7. Melakukan ekstraksi data
8. Menganalisis penelitian yang dimasukkan
9. Menyajikan hasil

BAB III METODOLOGI TINJAUAN

A. PENDEKATAN METODOLOGIK

Tujuan penelitian dalam penelitian ini yaitu untuk mengidentifikasi instrumen penilaian kualitas hidup pasien dengan gagal jantung yang telah tersedia dan digunakan di Negara-negara Asia, yang lalu diuraikan menjadi beberapa tujuan khusus yaitu : 1) Mengidentifikasi jumlah penggunaan instrumen dalam penelitian di Negara Asia, 2) Mengidentifikasi komponen dalam instrumen yang digunakan dalam menilai kualitas hidup pasien dengan gagal jantung, domain pengukuran, metode pengukuran, dan beban pengukuran, 3) Memberikan gambaran tentang manfaat dan keterbatasan instrumen-instrumen yang teridentifikasi dibandingkan dengan teori. Oleh karena itu, pendekatan metode yang sesuai untuk menjawab tujuan penelitian adalah *scoping review*.

Secara umum, *scoping review* merupakan alat yang ideal untuk menentukan ruang lingkup tentang topik tertentu dan memberikan indikasi yang jelas tentang penelitian yang tersedia serta gambaran secara umum (Munn et al., 2018). *Scoping review* mungkin menjadi lebih luas dan kurang spesifik dalam hal pertanyaan yang diajukan dan bukti yang dicari jika dibandingkan dengan *systematic review* (Peters, 2016). Hal ini sejalan dengan tujuan penelitian ini yaitu untuk memetakan instrumen yang tersedia dalam menilai kualitas hidup pada pasien dengan gagal jantung melalui tinjauan penelitian yang telah dilakukan di Negara-negara Asia serta seberapa sering instrumen tersebut digunakan.

Salah satu ciri khas dari *scoping review* lainnya adalah tidak harus ada proses pengkajian kualitas penelitian, tetapi tergantung tujuan atau pertanyaan penelitian penulis (Peters et al., 2020). Jika dibandingkan dengan *systematic review* yang mengikuti proses terstruktur yang telah ditentukan sebelumnya yang membutuhkan metode yang ketat untuk memastikan bahwa hasil dapat diandalkan dan bermakna bagi penulis (Munn et al., 2018). Salah satu tujuan penelitian ini adalah untuk mengulas komponen pada setiap instrumen. Hasil tinjauan ini diharapkan mampu menunjukkan gambaran pengguna instrumen, domain penilaian, metode penilaian, hingga psikometrik dari instrumen tersebut. Oleh karena itu, penulis tidak melakukan pengkajian kualitas terhadap instrumen dalam penelitian ini.

Manfaat *scoping review* adalah prosesnya bisa lebih fleksibel dan berulang penulis bertugas memeriksa penelitian yang telah diidentifikasi, kemudian memperhatikan data atau