



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN *VITAL EXHAUSTION* PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK)  
DI RSU. CIBABAT CIMAHI DAN RS. RAJAWALI BANDUNG**

**TESIS**

Diajukan Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh  
Gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan  
Keperawatan Medikal Bedah

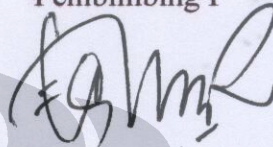
**Oleh :  
Urip Rahayu  
7305000891**

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA, 2008**

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis  
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2008

Pembimbing I



(Prof. Dra. Elly Nurrachmah, S.Kp., M.App.Sc., D.N.Sc., RN)

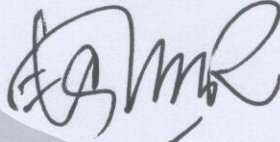
Pembimbing II



(Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes)

Jakarta, Juli 2008

Pembimbing I



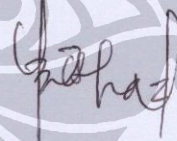
(Prof Elly Nurrachmah, S.Kp., M.App.Sc.,D.N.Sc., RN)

Pembimbing II



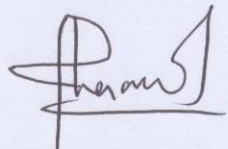
(Dewi Gayatri, S.Kp.,M.Kes)

Anggota



(Bertha Farida T, S.Kp.,M.Kep)

Anggota



(Tuti Herawati, S.Kp.,MN)

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008

Urip Rahayu

Faktor – Faktor yang berhubungan dengan *Vital Exhaustion* pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung

xiii+86 halaman + 18 tabel + 3 Skema + 1 Diagram + 5 Lampiran

Abstrak

*Vital Exhaustion* (VE) dikarakteristikan oleh perasaan kelelahan, peningkatan iritabilitas, dan perasaan demoralisasi. VE merupakan prediktor terjadinya Penyakit Jantung Koroner (PJK). Secara eksplisit disebutkan dalam penelitian sebelumnya bahwa kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan, dan status perkawinan merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya VE. Desain penelitian ini adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan VE pada pasien PJK di RSUD Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien PJK. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 40 orang ditentukan dengan cara *non probability sampling* yaitu *consecutive*. Kualitas tidur dikaji oleh *Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQI), beban kerja dikaji *NASA Task Load Index*, *vital exhaustion* dikaji oleh *Maastricht Questioneri*, dan usia, jenis kelamin, pendidikan, status ekonomi, konflik keluarga dan status perkawinan dikaji dengan kuesioner standar data demografi. Faktor – faktor yang berhubungan dengan VE adalah kualitas tidur, beban kerja dan konflik keluarga ( $p < 0,05$ ). Sedangkan pada analisis regresi logistik berganda menunjukkan faktor yang berhubungan dengan VE adalah kualitas tidur dan konflik keluarga. Pasien PJK yang kualitas tidurnya buruk berpeluang mengalami *vital exhaustion* 6,729 kali (95% CI : 1,360 -33,283 ) dibandingkan kualitas tidurnya baik setelah dikontrol dengan konflik keluarga. Pasien PJK dengan konflik keluarga berpeluang mengalami *vital exhaustion* 5,426 kali (95% CI : 1,116 – 26,372) dibandingkan tidak mempunyai konflik keluarga setelah dikontrol dengan variabel kualitas tidur. Kualitas tidur yang buruk pada pasien PJK dapat disebabkan oleh *dipsnoe*, *distritmia* dan batuk. Selanjutnya, peneliti menyarankan untuk dibuat kebijakan rumah sakit untuk meningkatkan kualitas tidur dengan cara tidak melakukan tindakan non urgen pada saat jam tidur pasien dan menganjurkan untuk mempertahankan kualitas tidur. Pada pasien rawat jalan dengan mengendalikan/ menghindari terjadinya konflik keluarga.

Kata kunci: *vital exhaustion*, PJK, kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga

Daftar Pustaka : 60 (1994 – 2008)

POSTGRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING  
MEDICAL SURGICAL NURSING SPECIALTY  
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2008

Urip Rahayu

Factors that related to Vital Exhaustion in Patient with Coronary Heart Disease (CHD) at Cibabat Cimahi General Hospital and Rajawali Bandung Hospital

xiii + 86 pages + 18 tables + 3 scheme + 1 Diagram + 5 enclosed

Abstract

Vital Exhaustion (VE) is a state characterized by unusual fatigue, irritability and, demoralization. It is a predictor of Coronary Heart Disease (CHD). Previous study found quality of sleep, workload, family conflict, economic status, age, gender, educational level, and marital status related with vital exhaustion. This study was a descriptive correlational with cross-sectional design that aims to examine the relationship between factors and vital exhaustion at Cibabat Cimahi General Hospital and Rajawali Bandung Hospital. The population were all patients with CHD. The sample size and was 40 patients, was collected by using a concecutive non probability sampling technic. The quality of sleep was assessed by Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), whereas the workload were assessed by NASA Task Load Index, and vital exhaustion was assessed by Maastricht Questioneries. In addition the age, gender, education level, family conflict, marital status were assessed by demografic questionnaires. Factors that related to a vital exhaustion were quality of sleep, workload, and family conflict ( $p < 0,05$ ). While, The regression logistic multiple showed that factors related to vital exhaustion are the quality of sleep and family conflict. CHD patient with poor sleep had a greater risk vital exhaustion than good sleep after adjusting family conflict RR 6,729 (95% CI : 1,360 -33,283 ) and CHD patient with family conflict had a greater risk vital exhaustion than without family conflict after adjusting quality of sleep RR 5,426 (95% CI : 1,116 – 26,372). The causal factors of sleep disturbance which affected CHD were dipsnea, dysrhythmia and cough. Futhermore, the recommendation for policy maker in the hospital lead to the need of making a regulation to maintain the quality of sleep of the patients. Also, a policy to prevent family conflict to outpatient clients and families.

Keyword : Vital exhaustion, CHD, quality of sleep, workload, family conflict  
Bibliography, 60 (1994 – 2008)

## Kata Pengantar

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan ridho-Nya hingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis dengan judul “ Faktor – Faktor yang berhubungan dengan *Vital Exhaustion* pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung” sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah di Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulisan tesis ini dapat terlaksana berkat arahan dan dukungan dari semua pihak. Untuk itu penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih yang sedalam – dalamnya kepada :

1. Ibu Dewi Irawati, MA.,PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Kresna Yetti, S.Kp., M.App.,Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Prof. Dra. Elly Nurrachmah, S.Kp., M.App.Sc., D.N.Sc., RN selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, dukungan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
4. Ibu Dewi Gayatri, S.Kp.,M.Kes selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, pengarahan dan saran – saran dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Direktur Rumah Sakit Rajawali Bandung dan kepala bidang keperawatan yang telah memberikan kesempatan penulis dalam pengambilan data penelitian.

6. Direktur RSUD. Cibabat Cimahi, Kepala Diklat dan Kepala Bidang keperawatan yang telah memberikan kesempatan penulis dalam pengambilan data penelitian.
7. Istri tercinta dan anak – anakku tersayang ( Haikal, Hakim dan Hariez) yang kubanggakan dan selalu memberi motivasi untuk menyelesaikan pendidikan di Pasca Sarjana FIK –UI.
8. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dan motivasi kepada penulis selama menyelesaikan tesis ini.

Besar harapan penulis, tesis ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan khususnya dan masyarakat pada umumnya. Penulis menyadari, bahwa tesis ini masih terdapat banyak kekurangan, baik dari segi materi maupun teknis penulisannya, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan, guna perbaikan di masa yang akan datang.

Jakarta, Juli 2008

Penulis

Urip Rahayu

## DAFTAR ISI

	Hal
JUDUL .....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
ABSTRAK.....	iv
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR SKEMA .....	xii
DAFTAR DIAGRAM .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b> .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	10
A. Konsep Dasar Penyakit Jantung Koroner .....	10
B. Angina Pektoris .....	13
C. Infark Miokardium.....	17
D. Faktor – Faktor Risiko yang Berhubungan dengan PJK .....	18
E. Asuhan Keperawatan PJK .....	25
F. Kerangka Teori .....	31
<b>BAB III. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI</b>	
<b>OPERASIONAL</b> .....	32
A. Kerangka Konsep .....	32
B. Hipotesis .....	33
C. Definisi Operasional .....	34



<b>BAB IV METODE PENELITIAN .....</b>	<b>36</b>
A. Desain Penelitian.....	36
B. Populasi dan Sampel .....	36
C. Tempat Penelitian.....	38
D. Waktu Penelitian .....	38
E. Etika Penelitian .....	38
F. Alat Pengumpul Data .....	39
G. Prosedur Pengumpulan Data .....	42
H. Pengolahan Data .....	43
I. Analisa Data .....	44
<b>BAB V HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>48</b>
A. Analisis Univariat .....	48
B. Analisis Bivariat .....	52
C. Analisis Multivariat .....	58
<b>BAB VI PEMBAHASAN .....</b>	<b>66</b>
A. Interpretasi dan Hasil Diskusi .....	66
B. Keterbatasan Penelitian .....	75
C. Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian.....	76
<b>BAB VII SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>79</b>
A. Kesimpulan .....	79
B. Saran .....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>

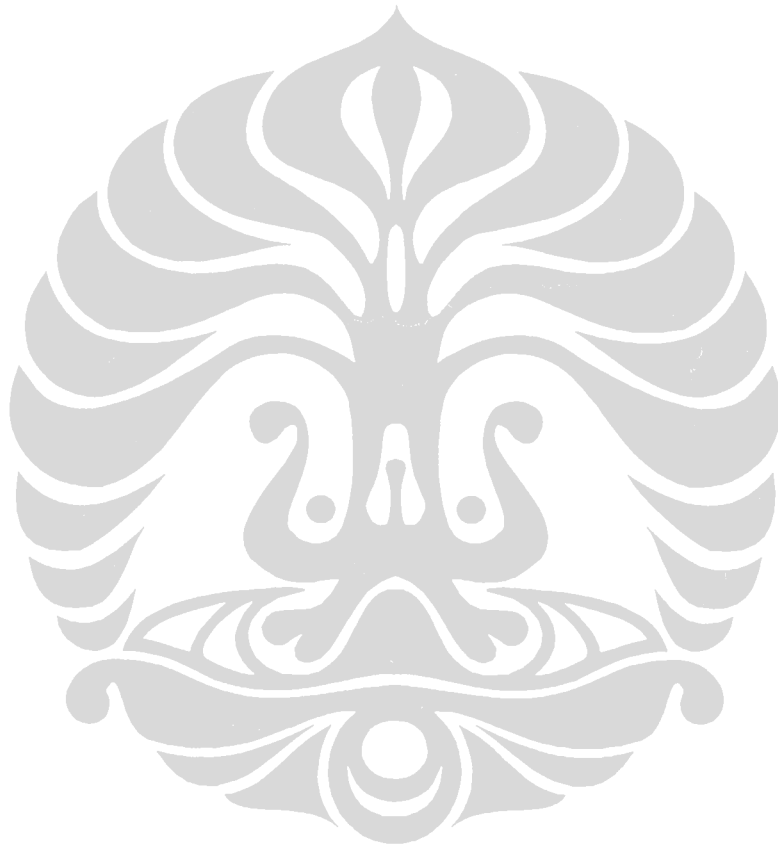
## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1. Definisi Operasional .....	34
Tabel 4.1. Uji Statistik antara variabel independen dan dependen .....	43
Tabel 4.2. Tujuan Uji Statistik dan Jenis Uji Statistik .....	45
Tabel 4.3. Rencana Jadwal pelaksanaan Penelitian .....	46
Tabel 5.1 Distribusi Rata – rata Usia dan Status Ekonomi Responden di RSU Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n=40).....	48
Tabel 5.2 Distribusi Responden menurut Kualitas Tidur di RSU Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	49
Tabel 5.3 Distribusi Rata – rata Beban Kerja Responden di RSU Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n=40).....	50
Tabel 5.4 Distribusi Responden menurut Konflik Keluarga di RSU Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40)...	50
Tabel 5.5 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelami, Pendidikan dan Status Perkawinan di RSU Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	51
Tabel 5.6 Distribusi Responden menurut Kualitas Tidur dengan <i>Vital Exhaustion</i> di RSU Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	53
Tabel 5.7 Distribusi Responden Rata – Rata Beban Kerja Responden menurut <i>Vital Exhaustion</i> di RSU Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	54
Tabel 5.8 Distribusi Responden menurut Konflik Keluarga dengan <i>Vital Exhaustion</i> di RSU Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	54

Tabel 5.9	Distribusi Responden Rata – Rata Status Ekonomi Responden menurut <i>Vital Exhaustion</i> di RSUD Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	55
Tabel 5.10	Distribusi Responden Rata – Rata Usia Responden menurut <i>Vital Exhaustion</i> di RSUD Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	56
Tabel 5.11	Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin dengan <i>Vital Exhaustion</i> di RSUD Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	56
Tabel 5.12	Distribusi Responden menurut Pendidikan dengan <i>Vital Exhaustion</i> di RSUD Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	57
Tabel 5.13	Distribusi Responden menurut Status Perkawinan dengan <i>Vital Exhaustion</i> di RSUD Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung , Juli 2008 (n =40).....	58
Tabel 5.14	Hasil Analisis Bivariat antara Kualitas Tidur, Beban Kerja, Konflik Keluarga, Status Ekonomi, Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan dan Status Perkawinan dengan <i>Vital Exhaustion</i> , Juli 2008 (n=40).....	59
Tabel 5.15	Urutan Variabel Independen yang dikeluarkan dari Pemodelan Multivariat, Juli 2008 (n=40).....	60
Tabel 5.16	Hasil Analisis Multivariat antara Kualitas Tidur, Konflik Keluarga dengan <i>Vital Exhaustion</i> , Juli 2008 (n=40).....	61
Tabel 5.17	Uji Interaksi antara Kualitas Tidur dan Beban Aktivitas terhadap <i>Vital Exhaustion</i> , Juli 2008 (n=40).....	62
Tabel 5.18	Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik antara Kualitas Tidur dan Konflik Keluarga dengan <i>Vital Exhaustion</i> , Juli 2008 (n=40).....	62

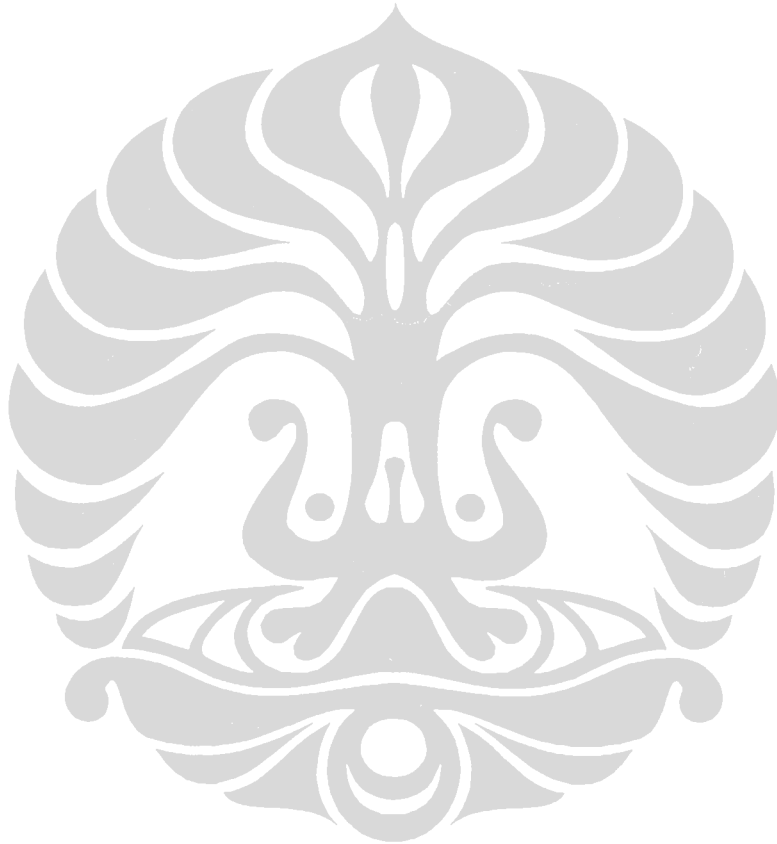
## DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1. Manusia sebagai sistem Adaptif .....	26
Skema 2.2. Kerangka Teori Penelitian .....	31
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	33



## DAFTAR DIAGRAM

	Halaman
Diagram 1.1 Distribusi Responden menurut <i>Vital Exhaustion</i> di RSU. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40).....	52



## DAFTAR LAMPIRAN

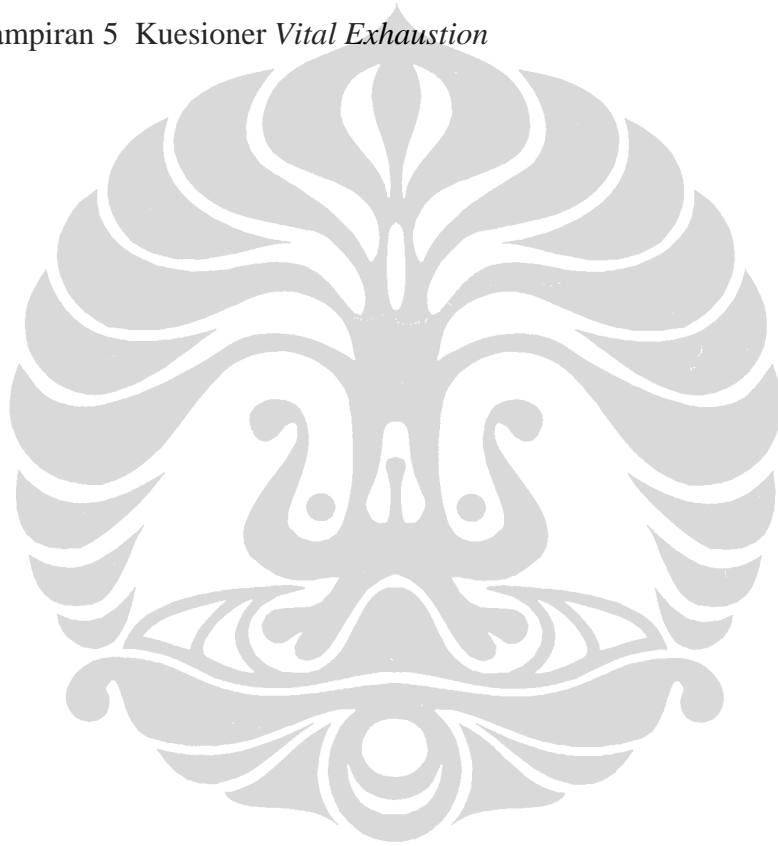
Lampiran 1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lampiran 2. Kuesioner Data Demografi

Lampiran 3. Kuesioner Kualitas Tidur

Lampiran 4 Kuesioner Beban Kerja

Lampiran 5 Kuesioner *Vital Exhaustion*



# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan penyakit penyebab kematian nomor satu di Indonesia. Angka kematian akibat PJK mencapai 26%. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Nasional (SKRTN), dalam 10 tahun terakhir angka tersebut cenderung mengalami peningkatan. Pada tahun 1991 angka kematian akibat PJK adalah 16 % kemudian di tahun 2001 angka tersebut meningkat menjadi 26,4%. Angka Kematian akibat PJK diperkirakan mencapai 53,5 per 100.000 penduduk, (Nurmatono, 2007, hlm 2).

Penyakit jantung koroner merupakan penyebab kematian pertama di Amerika Serikat, berdasarkan laporan 1 dari 5 kematian adalah penderita penyakit jantung., diperkirakan 40 persen orang yang menderita penyakit jantung meninggal. Terdapat 13 juta orang penderita PJK di Amerika Serikat, seperduanya menderita *Miocard Infark* (MI) dan seperduanya angina pektoris. Pada laki – laki angka prevalensi MI sebesar 1 persen pada umur 35 sampai 44 tahun, dan 16 persen pada umur 75 tahun dan lebih tua. Baik secara langsung maupun tidak langsung biaya yang dikeluarkan untuk PJK mencapai 142,5 milyar US dollar pada tahun 2006 (Fuster, et al. 2008).

Penyebab terjadinya PJK adalah aterosklerosis dimana terjadi pembentukan *flaques* yang akan menyumbat arteri koroner, dan berakibat kepada penurunan aliran darah. Kerusakan terjadi lebih besar jika *flaques* tidak stabil dan rupture, (Forrester, 2002,

dalam Koertge, 2003, hlm. 1). Jika penurunan aliran darah yang diakibatkan oleh penyumbatan arteri koroner membuat suplay oksigen tidak sesuai dengan kebutuhan di jaringan jantung, maka akan terjadi iskemia. Iskemia inilah yang menyebabkan nyeri dada atau angina pektoris, walaupun pada pasien PJK terbukti pada episode iskemia 70 – 80% tidak menimbulkan gejala, (McPhee & Ganong, hlm. 2006).

Angina pektoris merupakan manifestasi klinik PJK yang klasik . Angina pektoris ialah suatu sindroma klinis di mana didapatkan sakit dada yang timbul pada waktu melakukan aktivitas karena adanya iskemik miokard. Angina pektoris menunjukkan bahwa telah terjadi > 70% penyempitan arteri koronaria. (Madjid, 2007, hlm 1).

Kajian epidemiologis menunjukkan bahwa ada berbagai kondisi yang mendahului atau menyertai awitan penyakit jantung koroner hal ini dinamakan faktor risiko. *American Heart Association* (2008 : 1) mengatakan bahwa faktor risiko PJK adalah faktor yang tidak dapat di modifikasi atau tidak dapat dikontrol dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi atau dapat dikontrol.

Faktor yang tidak dapat dimodifikasi atau tidak dapat dikontrol adalah bertambahnya usia, jenis kelamin laki – laki, keturunan, sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi atau dikontrol adalah merokok tembakau, tingginya kolesterol dalam darah, tekanan darah tinggi, kurang aktivitas, diabetes mellitus, stress dan konsumsi alkohol yang berlebihan. Sedangkan Kudielka, et al. (2004, hlm. 35) mengatakan bahwa disamping faktor risiko biologi dan perilaku (seperti tekanan darah, lemak,



merokok, kurang aktivitas). Terdapat penelitian bahwa faktor psikologi berperan dalam patogenesis dan progresi PJK. Faktor risiko psikososial pada PJK meliputi depresi, kecemasan, kelelahan menyeluruh, kepribadian tipe D dan kurangnya dukungan sosial.

Robert, et al. (2002, dalam Koertge, 2003, hlm. 1) mengatakan bahwa baru – baru ini pada tahun 2002 *American Heart Association* lebih menekankan risetnya kepada gaya hidup dan faktor – faktor risiko psikososial penyebab terjadinya penyakit jantung. Rozanski, et al. (1999, dalam Koertge,2003, hlm. 10) mengatakan bahwa bagi penderita PJK, faktor fisik dan psikososial sangat berarti dalam periode penyembuhan, dan pada beberapa kasus didapatkan terjadinya defisit fisik, psikologis dan sosial.

Faktor psikososial yang berperan pada penderita PJK adalah depresi, cemas, stress dan isolasi sosial. Faktor tersebut dapat mempercepat terbentuknya aterosklerosis dan aktivasi system syaraf simpatik. Disamping itu stress akut dapat meningkatkan viskositas darah dan meningkatkan iskemia miokardial, vasokonstriksi koroner dan arrytmia.

Purebl, et al.( 2006, hlm. 133) mengatakan bahwa hasil survey kepada 11.122 orang dengan umur lebih dari 35 tahun dengan 20,3% dari populasi adalah penderita penyakit jantung didapatkan 52,1% mengalami depresi dan 69,7% mengalami kelelahan menyeluruh. Pada penelitian yang dilakukan oleh Kop, et al. (1994, dalam

Bages, Appels & Falger, 1999, hlm. 280) mengatakan bahwa 50 – 60 % pasien *miokard infark* (MI) tercatat mengalami *fatigue* dan gejala seperti depresi dalam satu bulan sebelum terjadinya gangguan jantung. Diantara faktor risiko psikologi penyebab PJK adalah *Vital Exhaustion* merupakan faktor prediktor yang kuat terjadinya *infark miokard acut* (Appels & Mulder, 1988; Falger & Schouten, 1993; Falger & Shouten, 1992 dalam Bages, et al. 2000, hlm. 787).

Sampai saat ini telah dilakukan 4 (empat) penelitian tentang *vital exhaustion* sebagai penyebab terjadinya PJK. Pertama, sebuah prospektif studi (n=120, 22% perempuan) didapatkan hubungan antara *Vital Exhaustion* dan beratnya dari PJK (Kop, et al. 1993, dalam Koertge, 2003, hlm. 8). Penelitian kedua ( n=127, 17% perempuan ) akan diteliti nilai prediksi dari *vital exhaustion* berkenaan dengan kekambuhan PJK setelah disesuaikan dengan beratnya PJK. Didapatkan bahwa *vital exhaustion* meningkatkan hampir tiga kali lipat kemungkinan terjadinya kekambuhan sesuai dengan beratnya PJK (Kop, et al., 1994, dalam Koertge, 2003, hlm. 9).

Penelitian ketiga mengatakan bahwa (n=150, 0 perempuan ) diteliti hubungan antara *Vital Exhaustion* dan beratnya dari PJK, seperti diketahui bahwa *vital exhaustion* sebagai prediktor dari kejadian kekambuhan. Didapatkan bahwa *vital exhaustion* secara positif berhubungan dengan jumlah gangguan pembuluh darah tetapi tidak berhubungan pada pasien yang telah dilakukan PTCA (Appels, et al. 1995, dalam Koertge, 2003, hlm. 10 ).

Penelitian keempat (n=307, 21% perempuan) *cross sectional* mengkaji hubungan antara kelelahan menyeluruh, berat dari PJK, dan ejeksi fraksi ventrikel kiri (fungsi pompa jantung). Ditemukan bahwa *vital exhaustion* tidak ada hubungan dengan keberadaan PJK maupun dengan disfungsi ventrikel kiri Kop, et al. (1996, dalam Koertge, 2003, hlm. 10).

*Vital Exhaustion* sebuah fenomena yang dipercaya berhubungan dengan depresi tetapi tidak identik. Kelelahan berat dan perasaan lemas, seperti putus asa, lesu, kehilangan libido, peningkatan iritabilitas dan masalah tidur merupakan gejala dari *Vital Exhaustion* ; Kelelahan kronik merupakan gejala utama dari *vital exhaustion*. (Wojciechowski, et al. 2000, hlm. 359). Secara khas, *vital exhaustion* telah dilihat sebagai akibat dari stress yang berkepanjangan, dari beban yang terlalu berat dari lingkungan. Beban kerja, konflik keluarga dan status ekonomi telah ditemukan sebagai faktor prediksi dari *vital exhaustion* (Appels, 1989, dalam Heponiemi, et al. 2005, hlm. 880). Selanjutnya Diest dan Appels (1994) mengatakan bahwa masalah tidur bagian merupakan gambaran terjadinya kelelahan menyeluruh.

Penelitian yang membahas tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan *vital exhaustion* sampai sekarang belum ditemukan oleh peneliti. Penelitian yang ada lebih diarahkan kepada pengaruh *vital exhaustion* terhadap terjadinya PJK dan penanggulangan *vital exhaustion* melalui tindakan – tindakan keperawatan. Di Indonesia sendiri peneliti belum menemukan penelitian tentang *vital exhaustion* maupun faktor – faktor yang berhubungan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK,

hanya tentang faktor – faktor risiko biologi dan perilaku yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi saja yang sudah pernah diteliti.

Mengingat dampak dari *vital exhaustion* yang dapat memperparah PJK, dan jika hal ini tidak diperhatikan dengan baik, maka baik langsung maupun tidak langsung akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada penderita PJK di Indonesia, sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul ” Faktor – faktor yang berhubungan dengan *Vital Exhaustion* pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung”.

## **B. Rumusan Masalah**

Angka kematian yang diakibatkan oleh PJK dari tahun – ketahun terus meningkat, hal ini disebabkan karena peningkatan faktor risiko gaya hidup, faktor perilaku dan faktor psikologis yang kurang diperhatikan oleh masyarakat. *Vital Exhaustion* merupakan faktor psikologis yang merupakan prediktor kuat dan penyebab terjadinya kekambuhan pada penderita PJK.

Faktor penyebab dari *vital exhaustion* sendiri sampai sekarang belum pernah diteliti, tetapi secara eksplisit kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan berhubungan dengan *vital exhaustion*, oleh karena itu perlu diteliti “Bagaimana hubungan antara kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan, status

perkawinan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung”.

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan *vital exhaustion* pada pasien penyakit jantung koroner (PJK) di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung.

#### 2. Khusus

Secara khusus tujuan penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik pasien PJK di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung
- b. Mengidentifikasi hubungan kualitas tidur dengan *vital exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung
- c. Mengidentifikasi hubungan beban kerja dengan *vital exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung
- d. Mengidentifikasi hubungan konflik keluarga dengan *vital exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung
- e. Mengidentifikasi hubungan status ekonomi dengan *vital exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung
- f. Mengidentifikasi hubungan usia dengan *vital exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung

- g. Mengidentifikasi hubungan jenis kelamin dengan *vital exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung
- h. Mengidentifikasi hubungan pendidikan dengan *vital exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung
- i. Mengidentifikasi hubungan status perkawinan dengan *vital exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung
- j. Mengidentifikasi faktor dominan yang berhubungan dengan *vital exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi layanan**

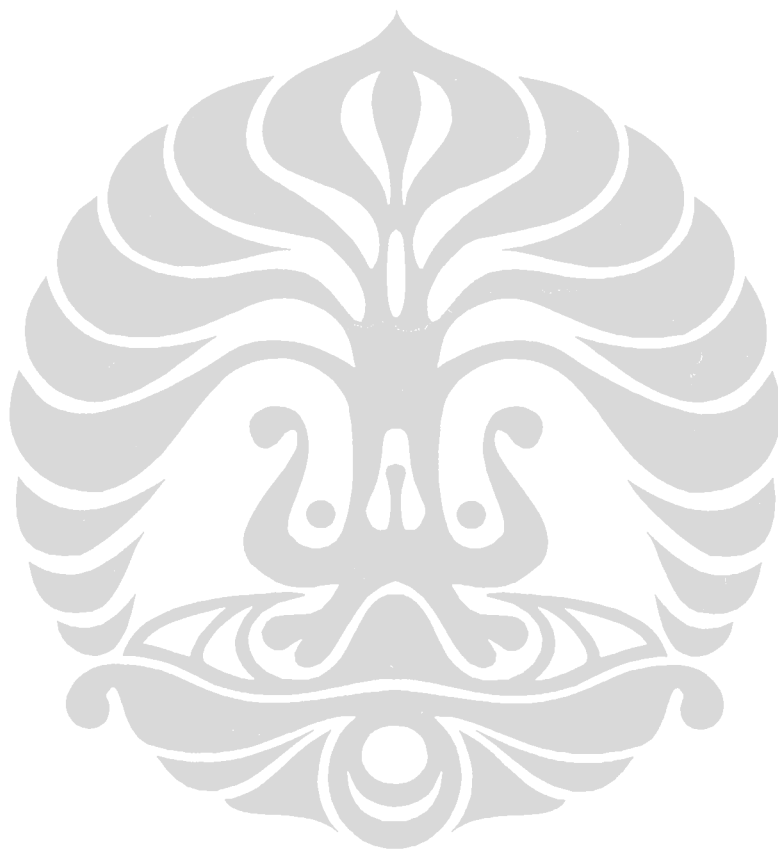
Dapat dijadikan sebagai masukan dalam mempertimbangkan pelaksanaan asuhan keperawatan pasien PJK baik sebagai pengkajian maupun pencegahan sekunder sehingga dapat mengurangi angka kekambuhan, kesakitan dan kematian penderita PJK.

##### **2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Diharapkan dapat memberikan masukan dalam menambah wawasan standar keperawatan yang bisa dipertanggungjawabkan serta perlu dikembangkan secara keilmuan keperawatan melalui kurikulum pendidikan untuk proses pembelajaran klinis.

### 3. Bagi Penelitian

Menjadi acuan/dasar bagi penelitian lanjutan dalam bidang keperawatan medikal bedah terutama dalam hal faktor-faktor yang berhubungan dengan *Vital Exhaustion* pada Pasien PJK, intervensi keperawatan atau terapi modalitas untuk mengatasi *vital exhaustion*.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan dibahas mengenai landasan teori berupa konsep, teori dan hasil- hasil penelitian seperti : konsep dasar penyakit jantung koroner , angina pektoris, miokard infark, faktor risiko yang berhubungan dengan PJK, faktor psikologis yang berhubungan dengan PJK dan asuhan keperawatan pada pasien penyakit jantung koroner.

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Jantung Koroner**

##### **1. Definisi**

Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah penyempitan dari pembuluh darah kecil yang mensuplai darah dan oksigen ke jantung. PJK juga disebut penyakit arteri koroner (Gandelman, et al. 2007, hlm.1). Sedangkan menurut Rokhaeni, dkk. (2001) mengatakan bahwa penyakit jantung koroner adalah terjadinya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen miokard yang disebabkan oleh penyempitan arteri koroner, penurunan curah jantung, peningkatan kebutuhan oksigen dan spasme arteri koroner.

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

PJK biasanya disebabkan oleh kondisi yang dinamakan aterosklerosis, dimana terjadi saat lemak dan substansi yang dikatakan plak terdapat pada dinding arteri. Hal tersebut menjadi penyempitan. Penyempitan arteri menyebabkan aliran darah



menjadi lambat atau sampai berhenti, hal ini penyebab dari nyeri dada , nafas sesak, serangan jantung dan gejala lainnya.( Brunner & Sudarth, 2002, 776).

### 3. Patofisiologi

Patofisiologi PJK menurut Madjid, (2007, hlm 3) adalah sebagai berikut sebagai berikut : Lapisan endotel pembuluh darah koroner yang normal akan mengalami kerusakan oleh adanya faktor risiko antara lain: faktor hemodinamik seperti hipertensi, zat-zat vasokonstriktor, mediator (sitokin) dari sel darah, asap rokok, diet aterogenik, peningkatan kadar gula darah, dan oksidasi dari LDL-C. Kerusakan ini menyebabkan sel endotel menghasilkan *cell adhesion molecule* seperti sitokin (interleukin -1, (IL-1); tumor nekrosis faktor alfa, (TNF-alpha)), kemokin (monocyte chemoattractant factor 1, (MCP-1; IL-8), dan *growth factor* (*platelet derived growth factor*, (PDGF); *basic fibroblast growth factor*, (bFGF).

Sel inflamasi seperti monosit dan T-Limfosit masuk ke permukaan endotel dan migrasi dari endotelium ke sub endotel. Monosit kemudian berdiferensiasi menjadi makrofag dan mengambil LDL teroksidasi yang bersifat lebih aterogenik dibanding LDL. Makrofag ini kemudian membentuk sel busa. LDL teroksidasi menyebabkan kematian sel endotel dan menghasilkan respons inflamasi. Sebagai tambahan, terjadi respons dari angiotensin II, yang menyebabkan gangguan vasodilatasi, dan mencetuskan efek protrombik dengan melibatkan platelet dan faktor koagulasi. Akibat kerusakan endotel terjadi respons protektif dan terbentuk lesi fibrofatty dan fibrous, plak aterosklerosis,

yang dipicu oleh inflamasi. Plak yang terjadi dapat menjadi tidak stabil (*vulnerable*) dan mengalami ruptur sehingga terjadi Sindroma Koroner Akut (SKA).

#### 4. Manifestasi Klinis

Aterosklerosis koroner menimbulkan gejala dan komplikasi sebagai akibat penyempitan lumen arteri dan penyumbatan aliran darah ke jantung. Sumbatan aliran darah berlangsung progresif, dan suplai darah yang tidak adekuat (iskemia) yang ditimbulkan akan membuat sel – sel otot kekurangan darah yang dibutuhkan hidup. Kondisi ini dikenal sebagai iskemia ( Smeltzer et al. 2008, hlm 860).

Ketika aterosklerosis berkembang secara lambat, akan terbentuk sirkulasi kolateral untuk memenuhi kebutuhan jantung. Manifestasi klinis dari PJK berkembang tergantung dari total suplai darah ke miokardium dan kondisi arteri ( Black & Hawk, 2005, hlm 1634). Selanjutnya perkembangan aterosklerosis yang cepat menyebabkan iskemia dan hal ini akan mengakibatkan *acute coronary syndrome* dari *unstable angina*.

#### 5. Pencegahan

Tujuan utama dalam mengidentifikasi dan mengurangi faktor risiko adalah untuk mencegah penyakit jantung koroner. Pencegahan bisa bersifat primer atau sekunder. Pencegahan primer meliputi segala usaha yang dilakukan sebelum

timbulnya gejala proses penyakit yaitu dengan menanggulangi faktor – faktor risiko baik yang bersifat biologis maupun psikologi; sedangkan pencegahan sekunder meliputi segala usaha yang dilakukan untuk mengurangi perkembangan atau mencegah kekambuhan proses penyakit.

## **B. Angina Pektoris**

### **1. Definisi**

Angina pektoris adalah suatu sindroma klinis yang ditandai dengan episode atau paroksima nyeri atau perasaan tertekan di dada depan. Penyebabnya berkurangnya aliran darah koroner, hal ini mengakibatkan berkurangnya aliran darah koroner menyebabkan suplai oksigen ke jantung tidak adekuat atau dengan kata lain suplai kebutuhan oksigen jantung meningkat, hal ini didapat dalam keadaan seperti aktivitas fisik atau stress emosional. ( Smeltzer et al. 2008, hlm. 867).

Angina biasanya diakibatkan oleh penyakit aterosklerosis dan hampir selalu berhubungan dengan sumbatan arteri koroner utama. Sejumlah faktor yang dapat menimbulkan nyeri angina :

- Latihan fisik dapat memicu serangan dengan cara kebutuhan oksigen jantung.
- Pajanan terhadap dingin dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan meningkarkan tekanan darah disertai peningkatan kebutuhan oksigen.

- Makan makanan berat, akan meningkatkan aliran darah ke daerah mesenterik untuk pencernaan sehingga menurunkan ketersediaan darah untuk suplai jantung.
- Stress atau berbagai emosi akibat situasi yang menegangkan, menyebabkan frekuensi jantung meningkat akibat pelepasan adrenalin dan meningkatnya tekanan darah dengan demikian beban kerja jantung juga meningkat.

## 2. Manifestasi Klinis

Smeltzer et al. (2008, hlm. 867) mengatakan bahwa manifestasi klinis dari angina pectoris terjadi sebagai berikut iskemia otot jantung akan menyebabkan nyeri dengan derajat yang bervariasi, namun dari rasa tertekan pada dada atas sampai nyeri hebat yang disertai dengan rasa takut atau rasa akan menjelang ajal. Nyeri sangat terasa pada dada di daerah belakang sternum disamping sternum (*retrosternal*). Meskipun rasa nyeri biasanya terlokalisasi, namun nyeri tersebut dapat menyebar ke leher, dagu, dan aspek dalam ekstremitas atas.

Pasien biasanya memperlihatkan rasa sesak, tercekik dengan kualitas yang terus menerus. Rasa lemah atau baal di lengan atas, pergelangan tangan dan tangan akan menyertai rasa nyeri. Selama terjadi nyeri fisik pasien mungkin merasakan segera meninggal. Karakteristik utama nyeri angina adalah nyeri tersebut akan berkurang apabila faktor presifitasinya dihilangkan.

### 3. Evaluasi Diagnostik

Diagnosis angina sering dibuat berdasarkan evaluasi manifestasi klinis nyeri dan riwayat pasien. Pada angina jenis tertentu, perubahan pola EKG dapat membantu dalam membuat berbagai diagnosa angina. Respons pasien terhadap kerja berat dan stres juga dapat diuji dengan pemantauan elektrokardiografi pada saat pasien bersepeda atau bersepeda statis.

### 4. Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan medis angina adalah untuk menurunkan kebutuhan oksigen jantung dan untuk meningkatkan suplai oksigen jantung dan untuk meningkatkan suplai oksigen. Secara medis tujuan ini dicapai melalui terapi farmakologi dan kontrol terhadap faktor risiko. Secara bedah tujuan ini dicapai melalui revaskularisasi suplai darah jantung melalui bedah pintas arteri atau angioplasti koroner transluminal perkutan ( PTCA = *percutaneous trasluminal coronary angioplasty*). Biasanya diterapkan kombinasi antara terapi medis dan pembedahan.

Terdapat beberapa pendekatan yang akhir – akhir ini sering digunakan untuk revaskularisasi jantung. Tiga teknik utama yang menawarkan penyembuhan bagi pasien dengan penyakit arteri koroner mencakup penggunaan alat intrakoronar untuk meningkatkan aliran darah, penggunaan laser untuk menguapkan plak dan endarterektomi koroner perkutan untuk mengangkat obstruksi.

a. Terapi Farmakologi

1) Nitrogliserin senyawa nitrat masih merupakan obat utama untuk menangani angina pektoris. Nitrogliserin diberikan untuk menurunkan konsumsi oksigen jantung yang akan mengurangi iskemia dan mengurangi nyeri angina.

2) Penyekat beta Adrenergik . bila pasien tetap menderita nyeri dada meskipun telah mendapat nitrogliserin dan merubah gaya hidup maka perlu diberikan bahan penyekat beta adenergik. Propanolol hidroklorit (inderal) masih merupakan obat pilihan. Obat ini berfungsi menurunkan konsumsi oksigen dengan menghambat impuls simpatis ke jantung . Hasilnya terjadi penurunan frekuensi jantung, tekanan darah dan waktu kontraktilitas jantung yang menciptakan suatu keseimbangan antara kebutuhan oksigen jantung dan jumlah oksigen yang tersedia. Hal ini sangat membantu mengontrol nyeri dada dan memungkinkan pasien bekerja dan berolahraga.

3) Antagonis ion kalsium / penyekat kanal . penyeka atau antagonis kalsium memiliki sifat yang sangat berpengaruh pada kebutuhan dan suplay oksigen jantung . jadi berguna untuk menangani angina. Antagonis / penyekat ion kalsium meningkatkan suplai oksigen jantung dengan cara melebarkan didnding otot polos arteriol koroner dan mengurangi

kebutuhan jantung dengan menurunkan tekanan arteri sistemik dan demikian juga beban kerja ventrikel kiri.

#### 4) Kontrol terhadap Faktor Risiko

Ada berbagai cara lain yang diperlukan untuk menurunkan kebutuhan oksigen jantung. Pasien harus berhenti merokok, karena merokok mengakibatkan takikardi dan naiknya tekanan darah sehingga memaksa jantung bekerja keras. Orang obesitas dianjurkan menurunkan berat badan untuk mengurangi kerja jantung.

### **C. Infark Miokardium**

#### 1. Definisi

Infark miokardium mengacu pada proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang. Penyebab penurunan suplai darah mungkin akibat penyempitan kritis arteri koroner karena aterosklerosis atau penyumbatan total arteri oleh emboli atau trombus. Penurunan aliran darah koroner juga bisa diakibatkan oleh syok atau perdarahan.

#### 2. Manifestasi Klinis

Nyeri dada yang tiba – tiba dan berlangsung terus – menerus baik walaupun pada saat istirahat dan pengobatan dapat mencegah gejala – gejala tersebut pada pasien dengan miokard infark (Smeltzer et al., 2008, hlm. 874),

### 3. Evaluasi Diagnostik

Diagnosis infark miokard biasanya berdasar pada riwayat penyakit sekarang, elektrokardiogram dan rangkaian enzim serum. Prognosis tergantung pada beratnya obstruksi arteri dan dengan sendirinya banyak kerusakan jantung.

### 4. Penatalaksanaan Medis

Tujuan penatalaksanaan medis adlah memperkecil kerusakan jantung sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi. Ada tiga obat –obatan yang biasa digunakan untuk meningkatkan suplai oksigen : vasodilator (nitrat), antikoagulan dan trombolitik.

## **D. Faktor – faktor Risiko yang berhubungan dengan PJK**

*American Heart Association* (2008, ¶ 1, <http://www.americanheart.org>, diperoleh tanggal 23 April 2008) mengatakan bahwa secara klinik dan studi statistik telah mengidentifikasi beberapa faktor yang dapat meningkatkan PJK dan serangan jantung. Berikut ini faktor – faktor risiko yang dapat menimbulkan penyakit jantung:

#### 1. Faktor yang tidak dapat dirubah

##### a. Bertambahnya usia

lebih dari 83 persen orang yang mempunyai PJK pada usia 65 tahun atau lebih. Perempuan yang mengalami serangan jantung lebih berisiko mengalami kematian dalam beberapa minggu dibanding pada laki – laki.

##### b. Laki – laki (jenis kelamin)



Laki – laki mempunya risiko lebih besar untuk serangan jantung dibanding perempuan, dan mereka mempunyai serangan lebih awal dalam kehidupannya. Setelah menopause angka kematian yang disebabkan penyakit jantung meningkat pada perempuan.

- c. Keturunan (termasuk ras), anak dengan orang tua mempunyai penyakit jantung lebih mungkin untuk menderita penyakit jantung seperti orang tuanya.

## 2. Faktor risiko yang dapat dirubah

### a. Merokok tembakau

Perokok berisiko 2 – 4 kali untuk menderita PJK dibanding yang tidak merokok. Merokok kretek adalah faktor risiko terjadinya kematian mendadak pada pasien dengan PJK. Merokok kretek juga bertindak dengan faktor risiko lain dalam meningkatkan risiko terjadinya PJK. Terpapar asap rokok oleh orang lain meningkatkan risiko PJK untuk yang tidak merokok.

### b. Tinggi Kolesterol darah

Kolesterol darah meningkat berisiko terjadinya PJK. Saat faktor – faktor risiko lain ( seperti tekanan darah tinggi dan merokok tembakau) ada, hal ini akan meningkatkan kejadian tersebut. Orang dengan tingkat kolesterol juga dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, keturunan dan diet.

c. Tekanan darah tinggi

Tekanan darah tinggi meningkatkan kerja jantung yang selanjutnya mengakibatkan jantung menjadi tebal dan kaku. Hal tersebut meningkatkan risiko untuk terjadinya stroke, serangan jantung, gagal ginjal dan gagal jantung. Saat tekanan darah tinggi disertai dengan kegemukan, merokok, tinggi kolesterol darah atau diabetes risiko serangan jantung atau stroke meningkat dalam beberapa saat.

d. Kurang aktivitas

Kurang aktivitas adalah faktor risiko untuk PJK. Aktivitas yang teratur membantu mencegah penyakit jantung dan pembuluh darah. Lebih giat beraktivitas, lebih besar keuntungan buat anda. Aktivitas fisik membantu mengontrol kolesterol dalam darah, diabetes dan kegemukan, juga membantu menurunkan tekanan darah pada beberapa orang.

e. Obesitas dan *overweight*

Orang yang mempunyai kelebihan lemak dalam tubuhnya, terutama di daerah pinggang akan menimbulkan penyakit jantung dan stroke. Peningkatan berat badan meningkatkan kerja jantung. Juga meningkatkan tekanan darah dan kolesterol darah dan trigliserida dan penurunan kadar kolesterol HDL. Hal itu dapat juga menimbulkan diabetes. Banyak yang obesitas dan *overweight* mempunyai kesulitan menurunkan berat badan. Tetapi menurunkan paling sedikit 10 *pound* dapat menurunkan risiko penyakit jantung.

f. Diabetes mellitus

Diabetes meningkatkan risiko timbulnya penyakit jantung. Saat kadar gula darah pada penderita diabetes dibawah kontrol dapat meningkatkan risiko penyakit jantung dan stroke, tetapi risiko akan lebih besar jika kadar gula darah tidak terkontrol dengan baik. Sekitar tigaperempat orang dengan diabetes meninggal dengan penyakit jantung atau pembuluh darah.

3. Faktor lain yang merupakan risiko PJK

a. Banyak minum alkohol

Banyak minum alkohol dapat meningkatkan tekanan darah, menyebabkan gagal jantung dan terjadinya stroke. Itu dapat berkontribusi terhadap peningkatan trigliserida, kanker dan penyakit lainnya, dan menimbulkan denyut jantung yang tidak teratur. Konsumsi alkohol berkontribusi pada obesitas, bunuh diri dan kecelakaan.

b. Stress

Beberapa ilmuwan mencatat hubungan antara risiko PJK dan stress dalam hidup seseorang, perilaku kesehatan dan status *sosioeconomic*. Faktor tersebut berpengaruh timbulnya faktor risiko. Sebagai contoh, orang dibawah stress mungkin akan makan berlebihan, mulai merokok atau merokok lebih banyak.

Faktor psikososial didefinisikan sebagai pengukuran yang berhubungan dengan fenomena psikologi terhadap lingkungan sosial dan perubahan patofisiologi. (Hemingway & Marmot, 1999). Stress yang berkepanjangan berhubungan dengan peningkatan risiko penyakit jantung baik laki – laki maupun perempuan. (HR 1.68; 95% CI 1.18-2.40) (Player et al. 2007, hlm. 403).

Kudielka et al. (2004, hlm. 35) mengatakan bahwa indikator – indikator faktor psikososial meliputi depresi, cemas, *vital exhaustion*, kepribadian tipe D dan kurangnya dukungan sosial . Stress kronik atau subakut dalam kehidupan disebabkan karena akumulasi stress yang terjadi seperti tekanan pekerjaan. Depresi mayor terjadi pada 15 - 20% pasien PJK yang dirawat di rumah sakit (Lespe´rance & Frasure-Smith, 2000 dalam Lespe´rance & Frasure-Smith , 2005 ). Hal ini didukung Carney et al., 2002; Let et al., 2004; Strike and Steptoe, 2004 dalam Urizar & Sear, (2006, hlm. 256) mengatakan bahwa pasien PJK 20 – 40% memperlihatkan gejala depresi dan 18 % ditemukan depresi mayor.

Pasien dengan depresi mayor pada penderita MI mempunyai risiko untuk kambuh kembali (Barefoot and Schroll, 1996; Frasure-Smith and Lesperance, 2003; Rosengren et al., 2004 dalam Urizar & Sear, 2006, hlm. 256).Gejala – gejala depresi merupakan faktor risiko indepeden yang kuat yang menimbulkan kematian pada PJK dan miokard infark ( Ahto et al. , 2007, hlm. 757).

Cemas merupakan prediktor yang kuat untuk terjadinya angina (Hagman,1987 dalam Hemingway & Marmot, 1999, hlm. 1463). Hal ini sesuai Kubzansky, (2006, hlm. 25) mengatakan bahwa kecemasan berhubungan signifikan dengan PJK dengan  $p\ value = 0.002$  , RR 2.44 (1.6 – 3.7).

Penelitian hubungan antara stress psikologi dengan PJK di dominasi oleh penelitian kepribadian tipe A, meskipun masih ada kontroversi terhadap validitas konstruk hubungan antara kepribadian tipe A dengan kejadian PJK (Mathew,1988 dalam Fruyt & Denollet, 2002, hlm. 672). Denollet, 1996 dalam Fruyt & Denollet, 2002, hlm. 672). Mengatakan bahwa pasien PJK dengan kepribadian tipe D mempunyai risiko kematian 4 (empat) kali lipat dibanding pasien PJK dengan kepribadian bukan tipe D, hal ini dihubungkan dengan gangguan fungsi ventrikel kiri, penyakit pembuluh darah, rendahnya toleransi terhadap aktivitas dan gangguan pada saat terapi trombolitik setelah miokard infark. Kepribadian tipe D dihubungkan dengan gangguan emosional berat dan kesulitan sosial seperti depresi dan kecemasan, kurang dukungan social dan rendahnya kualitas hidup (Anda et al. 1993; Barefoot and Schroll,1996; Frasure-Smith et al. 1993; Rosengren et al. 2004 dalam Karlson, 2007 , hlm. 253).

*Vital Exhaustion (VE)* didefinisikan dalam tiga karakteristik : (1) Perasaan kelelahan dan kehilangan energi, (2) peningkatan iritabilitas, dan (3) perasaan demoralisasi (Appels, 1990; Appel & Mulder 1988, dalam John & MacArtur, 1997, ¶ 1, <http://www.macses.ucsf.edu>, diperoleh tanggal 23 April 2008). Heponiemi (2005, hlm. 879) mengatakan bahwa *vital exhaustion* pada orang yang sehat berhubungan dengan

sesuatu perasaan yang tidak menyenangkan lebih dari kelelahan. Kop et al (1998, hlm. 752) mengatakan bahwa gejala *vital exhaustion* dan depresi berbeda dengan eksternal kriteria. *Vital exhaustion* berhubungan dengan keluhan penderita kardiovaskular dan riwayat pengobatan sedangkan depresi lebih berhubungan dengan kehilangan kemampuan dan keluhan yang berhubungan dengan alkohol, obat – obatan, penyakit kongenital dan disfungsi kognisi.

Pada umumnya orang sering menggambarkan pada keadaan kelebihan beban kerja, atau masalah – masalah kerja atau hal penting lainnya dalam kehidupan yang tidak dapat dipecahkan atau merupakan simbol dari kehilangan (Appel & Mulder, 1999; Apples, Falger & Schouten, 1993 dalam John & MacArthur, 1997, ¶ 1, <http://www.macses.ucsf.edu>, diperoleh tanggal 23 April 2008), oleh karena itu diyakini bahwa VE adalah keadaan mental dimana seseorang tidak mampu beradaptasi terhadap stress.

*Vital Exhaustion* merupakan faktor risiko terjadinya MI pada penelitian *case control* (Bages, Appels, Falger, 1999, hlm. 787). Hal ini sejalan dengan Scuitemaker et al. (2004) mengatakan bahwa *Vital Exhaustion* berkontribusi terhadap peningkatan faktor risiko *myocardial infarction*. Beberapa penelitian membuktikan bahwa *Vital Exhaustion* mempengaruhi berkembangnya dari PJK melalui gangguan metabolisme lemak, faktor – faktor pembekuan darah dan proses peradangan. Proses tersebut terlibat dalam tidak stabilnya plak dan meningkatkan risiko sindroma koroner akut (Forrester, 2002; Buffon, et al. 2002; Ridker, 2002, dalam Koertge, 2003).

Bages, et al. (2000, hlm. 795 ) mengatakan bahwa dari hasil *two tail t-test or one way ANOVAs to assess vital exhaustion* interview dengan data demografi didapatkan usia p valuenya 0,01; jenis kelamin p valuenya 0,00; pendidikan dengan p value 0,07 dan status perkawinan dengan p value 0.75.

#### **E. Asuhan Keperawatan PJK**

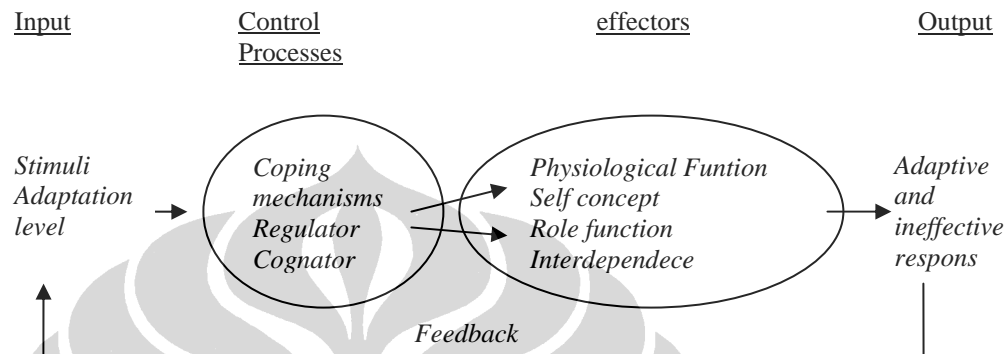
Proses keperawatan merupakan salah satu pendekatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien PJK. Pada bagian ini akan dipaparkan asuhan keperawatan pada pasien PJK dengan menggunakan model adaptasi dari Roy's.

Bakan dan Akyol (2007, hlm. 596) mengatakan bahwa *Roy Adaptation Model* (RAM) sangat efektif sebagai tuntunan untuk praktek keperawatan ketika merawat pasien gagal jantung . Dari hasil penelitiannya didapatkan bahwa pasien yang diberikan intervensi menggunakan RAM dapat beradaptasi dengan baik terhadap kondisinya dan dapat meningkatkan kualitas hidup, peningkatan kapasitas fungsionalnya dan peningkatan dukungan sosial dalam dimensi interdependensi.

Model adaptasi Roy's difokuskan pada konsep adaptasi dari manusia. Perawat, orang, kesehatan dan lingkungan semuanya saling berhubungan (skema 2.1). orang secara terus menerus berinteraksi dengan lingkungan sebagai stimulus. Perawat berperan dalam membantu orang dalam beradaptasi dengan lingkungannya (Tomey & Alligood, 1998, hlm. 249).

## Skema 2.1

## Manusia sebagai sistem adaptif



Skema 2.1 Manusia sebagai sistem adaptif, Roy (1984 dalam Tomey & Alligood, 1989)

Model adaptasi Roy's (Roy & Andrew, 1999, dalam Garris MT, 2006) menjelaskan tiga tipe stimulus dari lingkungan. Stimulus didefinisikan sebagai sesuatu yang dapat menimbulkan respon. Stimulus dapat bersifat eksternal atau internal, keduanya menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan. stimulus lingkungan meliputi stimulus focal, kontekstual dan residual (Samarel, et al. 1998; Willoughby, et al. 2000, Hanna & Roy 2001; Scollan-Koliopoulos, 2004; dalam Akyol & Bakan, 2007, hlm. 598).

Stimulus Fokal yaitu stimulus atau rangsangan yang berespon secara langsung terhadap ancaman atau input yang masuk. Merupakan penyebab utama timbulnya masalah dan ketidakseimbangan yang dialami. Umumnya dapat diketahui melalui



keluhan utama pasien. Stimulus kontekstual yaitu stimulus yang dapat menunjang terjadinya sakit (faktor presifitasi) keadaan tidak sehat baik internal maupun eksternal. Keadaan ini mencetuskan terjadi stimulus fokal, keadaan ini tidak terlihat langsung pada saat ini, dapat diobservasi, diukur secara subyektif dengan keluhan. Stimulus Residual adalah karakteristik riwayat dari seseorang yang ada dan timbul relevan atau disebut dengan faktor predisposisi sehingga terjadi kondisi fokal, tetap sulit diukur secara obyektif.

Ketika individual dihadapkan dengan stimulus, proses koping akan diaktifkan melalui subsistem regulator dan kognitif dan dimanifestasikan dalam satu atau lebih dari 4 (empat) model hubungan dari Roy's (Cunningham 2002, Gagliardi, et al.2002; Tourville & Ingal, 2000, dalam Akyol & Bakan,2007, hlm.599).

Subsistem kognator dan regulator menerima stimulus internal dan eksternal sebagai input. Kemudian input diproses melalui 4 (empat) jalur : proses perseptual dan informasi, *learning*, *judgment*, dan emosi. Eksternal stimulus yang dirasakan manusia sebagai sistem. Tomey dan Alligood (1989). mengatakan bahwa mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress, termasuk penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri dua mekanisme koping yang telah diidentifikasi yaitu subsistem regulator dan subsistem kognator, regulator dan kognator adalah digambarkan sebagai aksi dalam hubungan terhadap empat efektor atau cara penyesuai diri yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

Keluaran dari sistem meliputi *adaptive* dan *ineffective responses*. Respon adaptif meningkatkan integritas dari seseorang .

Proses keperawatan menurut Roy's meliputi pengkajian perilaku, pengkajian stimulus, diagnosa keperawatan, rumusan tujuan, intervensi dan evaluasi (George, 1995). Roy dan Andrew (1999, dalam Virareal, 2003, hlm. 378) mengatakan bahwa pengkajian ada 2 (dua) tahap pengkajian yang dilakukan. Tahap pertama, perawat mengkaji perilaku pasien kedalam 4 (empat) mode adaptif. Tahap kedua meliputi pengkajian dari stimulus yang mempengaruhi perilaku tersebut.

Pengkajian tahap pertama ; mode fisiologis meliputi aspek fisik dan kimia manusia sebagai sistem (Roy & Andrew, 1999, dalam Virareal, 2003, hlm 378). 5 (lima) kebutuhan pada mode ini adalah oksigenisasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat dan perlindungan pasien saat melakukan pengkajian. Pada pasien PJK dengan adanya sumbatan pada arteri koroner menimbulkan oksigenasi kedalam jaringan jantung terganggu. Mode konsep diri ; konsep diri meliputi aspek personal dari manusia sebagai sistem (Roy & Andrew, 1999, dalam Virareal 2003, hlm. 378).

Konsep diri diartikan sebagai gabungan dari kepercayaan dan perasaan dirinya sendiri yang dibentuk dari persepsi internal dan persepsi lain, "reaksi – reaksi" (Roy & Andrew, 1999, dalam Virareal 2003, hlm 378). Dua komponen dari mode ini adalah fisik dan pribadi. Masalah diidentifikasi dengan pengalaman yang dialami seperti stress dan perasaan negatif yang mempengaruhi konsep diri. Roy dan Andrew

(1999, dalam Virareal 2003, hlm 378) mendefinisikan peran sebagai kumpulan harapan tentang bagaimana seseorang bertindak dari posisi satu ke posisi lainnya. Peran diklasifikasikan menjadi peran primer, sekunder dan tersier. Peran primer seperti umur, jenis kelamin dan tahap perkembangan (Roy & Andrew, 1999, dalam Virareal, 2003, hlm. 378). Peran sekunder adalah peran dalam menyelesaikan tahap perkembangan dan peran primer seperti peran sebagai saudara perempuan, perawat. Peran tersier peran yang dipilih secara bebas oleh seseorang seperti menjadi anggota klub olah raga dan lain – lain.

*Mode interdependence* meliputi ketergantungan hubungan dari seseorang (Roy & Andrew, 1999, dalam Virareal, 2003, hlm. 379). Terdapat 2 (dua) fokus dari bentuk hubungan ini, pertama hubungan keterlibatan yang berarti dengan yang lainnya. Orang – orang yang utama bagi individu. Kedua sistem dukungan dari yang lainnya seperti teman dan anggota keluarga.

Pengkajian stimulus Roy dan Andrew (1999) menjelaskan stimulus fokal, kontekstual dan residual. stimulus fokal yang berkontribusi secara langsung terhadap tidak efektif perilaku. Pada kasus PJK yang menjadi stimulus fokal adalah aterosklerosis koroner yang menimbulkan sumbatan pada arteri koroner sehingga suplai darah tidak adekuat (iskemia). Manifestasi dari iskemia adalah nyeri dada . Stimulus kontekstual yang berkontribusi terjadinya PJK adalah faktor – faktor risiko seperti ( usia, jenis kelamin, merokok, kolesterol, hipertensi, kurang aktivitas, obesitas, DM, stres, alkohol dan faktor psikosial yang terdiri dari depresi,

kecemasan, *menyeluruh exhaustion*, kepribadian tipe D dan kurangnya dukungan sosial). Stimulus residual meliputi kepercayaan dan sikap seperti merokok melambangkan kejantanan.

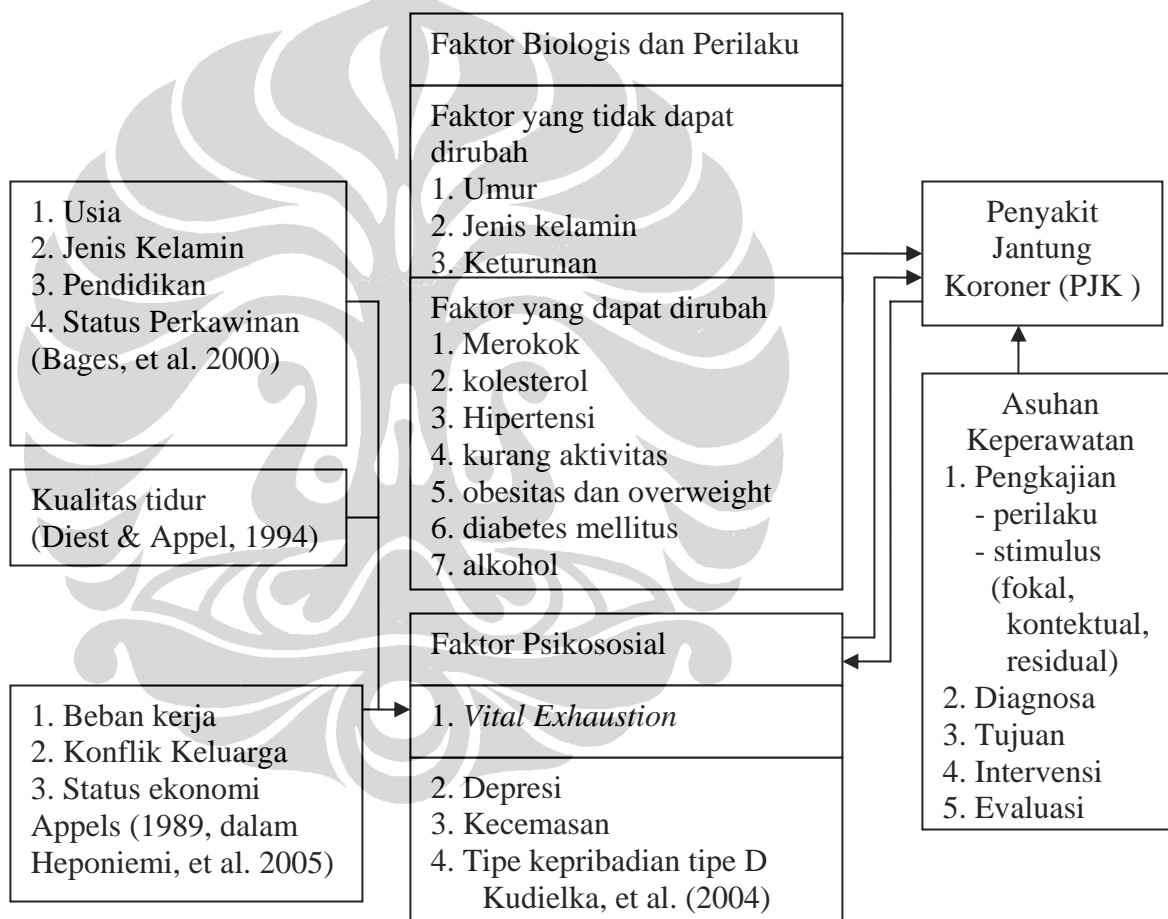
Diagnosis ; Roy and Andrew (1999) mengatakan diagnosa keperawatan adalah proses keputusan yang menghasilkan suatu pernyataan status adaptasi dari manusia sebagai sistem yang adaptif. Diagnosis pada pasien PJK meliputi Doenges ( 2005) intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen, gaya hidup dibuktikan dengan nyeri, kelemahan, denyut nadi yang abnormal, perubahan ekg (disritmia dan iskemia) dan risiko penurunan kardiak output ; faktor risiko meliputi gangguan irama, gangguan kontraktilitas , peningkatan resistensi perifer. Tujuan dibuat setelah pengkajian dari perilaku dan stimulus setelah lengkap dan diagnosa keperawatan telah dibuat (Roy & Andrew,1999).

Intervensi secara umum tujuan dari intervensi keperawatan adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan adaptasi perilaku dan adaptasi terhadap perilaku yang tidak efektif ( Roy & Andrew,1999). Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan dalam *Roys Adaptation Model*. Roy dan Andrew (1999, dalam Virareal, 2003) mendefinisikan evaluasi sebagai keputusan efektifitas dari intervensi hubungannya dengan adaptasi.

## F. Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan kerangka pemikiran teoritis yang dijadikan sebagai landasan dalam penelitian ini. Kerangka teori disusun atau diadaptasi dari teori yang dikemukakan oleh Kudielka (2004); AHA (2008); Diest dan Appel,(1994, Appels dalam Hiponiemi, et al. 2005); Bages, et al. (2000).

Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian



Sumber: Kudielka (2004); AHA (2008); Diest dan Appel,(1994, Appels dalam Hiponiemi, et al. 2005); Bages, et al. (2000).

## BAB III

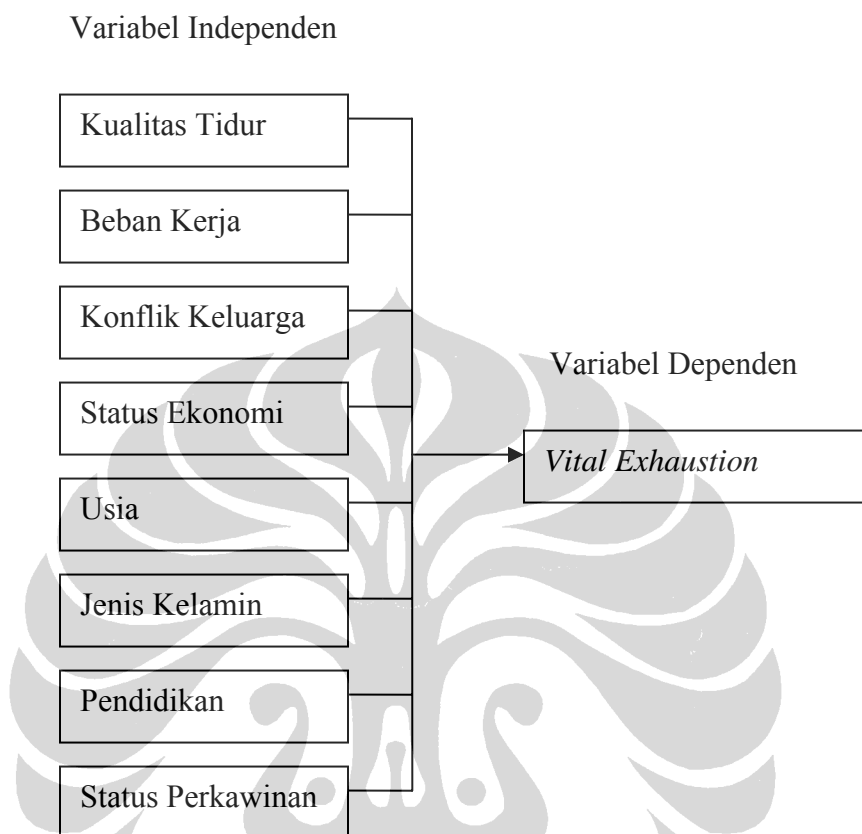
### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

#### A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian ini didasarkan Kudielka, et al. (2004) mengatakan bahwa disamping faktor risiko biologi dan perilaku (seperti tekanan darah, lemak, merokok, kurang aktivitas). Terdapat penelitian bahwa faktor psikologi berperan dalam patogenesis dan progresi PJK . faktor risiko psikososial pada PJK meliputi depresi, kecemasan, *vital exhaustion*, kepribadian tipe D dan kurangnya dukungan sosial.

Secara khas, *vital exhaustion* telah dilihat sebagai konsekuensi dari stress yang berkepanjangan dari beban yang terlalu berat dari lingkungan. beban aktivitas , konflik keluarga dan status ekonomi telah ditemukan sebagai faktor prediksi dari *vital exhaustion* (Appels, 1989, dalam Heponiemi, et al. 2005, hlm. 880). Selanjutnya Diest dan Appels (1994), mengatakan bahwa masalah tidur bagian dari gambaran terjadinya *vital exhaustion*.

### Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



Variabel yang dilihat pada penelitian ini adalah variabel independen dan variabel dependen. Variabel independennya adalah kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan.. Variabel dependennya adalah *vital exhaustion*.

#### B. Hipotesis

Ada hubungan antara faktor kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung.

### C. Definisi Operasional

**Tabel 3.1. Definisi Operasional**

Variabel penelitian	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
<b>Independen</b>				
Kualitas Tidur	Perasaan yang disampaikan pasien PJK tentang kualitas tidurnya.	Kuesioner yang terdiri dari 9 item pertanyaan no. 1 sampai 4 diisi langsung sedangkan untuk no.5 – 9 dengan skala 0 – 3	0= baik (skor $\leq$ 5) 1=buruk(skor $>$ 5)	Ordinal
Beban kerja	Perasaan yang dialami oleh pasien PJK karena tuntutan pekerjaan atau aktivitas	Kuesioner terdiri dari 5 item pertanyaan dengan jenis skala pengukuran <i>visual analog scale</i> (VAS). Skor mulai dari 1 sampai 21	Jumlah skoring dari 5 item pertanyaan dengan hasil 5 – 105	Ordinal
Konflik Keluarga	Frekuensi terjadinya konflik yang terjadi dalam keluarga antara istri dengan suami, orangtua dengan anak atau dengan kerabat.	Kuesioner data demografi no. 8 jawaban yang tersedia	0 = tidak ada konflik 1= ada konflik	Ordinal
Status Ekonomi	Jumlah total pendapatan keluarga perbulan yang	Kuesioner data demografi no. 7 mengisi kolom	Dinyatakan dalam rupiah	Rasio



	dinyatakan besaran rupiah	jawaban yang tersedian dengan besaran rupiah		
Usia	Usia pasien berdasarkan ulang tahun yang terakhir	Kuesioner data demografi pertanyaan no 1, diukur dengan tahun	Dinyatakan dalam tahun	Interval
Jenis kelamin	Gender/ seks responden	Kuesioner data demografi pertanyaan no 2	1 = Laki- laki 2 = Perempuan	Nominal
Pendidikan	Pendidikan terakhir dari responden	Kuesioner data demografi pertanyaan no 5	1= SD 2= SMP 3= SMA 4= akademik / universitas	Ordinal
Status perkawinan	Status yang didapat setelah pernikahan	Kuesioner data demografi pertanyaan no 6	1 = belum menikah 2 = menikah 3 = janda atau duda	Nominal
<b>Dependen</b>				
<i>Vital Exhaustion</i>	Perasaan responden kelelahan dan kehilangan energi, peningkatan iritabilitas, dan perasaan demoralisasi	Kuesioner terdiri dari 21 item dengan jawaban dikotomi kategori yaitu "ya" dan "tidak".	0 = <i>non exhausted</i> (skor 0 - 19)  1 = <i>Exhausted</i> (skor 20 – 42)	Ordinal

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

Bab ini terdiri dari : desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

#### **A. Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi dengan rancangan *cross sectional* untuk menganalisis hubungan variabel bebas (independen) yaitu kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan dengan variabel terikat (dependen) yaitu *vital exhaustion* pada pasien penyakit jantung koroner (PJK) di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung.

#### **B. Populasi dan Sampel**

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan penyakit jantung koroner (PJK) yang dirawat di ruang rawat inap, poli penyakit dalam dan ruang instalasi gawat darurat (IGD) di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung. Metode pengambilan sampel yang digunakan dengan teknik *non probability sampling* yaitu *consecutive* yaitu merekrut seluruh sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi selama bulan Juni 2008. *Consecutive* dilakukan karena jumlah populasi yang terbatas di RSUD. Cibabat dan RS. Rajawali. Kriteria inklusi yang menjadi syarat

dalam penelitian ini adalah pasien dewasa (usia  $\geq 18$  tahun) penderita PJK, tidak ada kelainan jiwa dan tidak ada penyakit penyerta lainnya, sedangkan kriteria eksklusi adalah pasien yang tidak bersedia untuk diteliti dan pasien yang tidak kooperatif.

Perhitungan besar sampel pada penelitian ini menggunakan uji hipotesis beda proporsi yaitu dengan mempertimbangkan hasil penelitian sebelumnya (Ariawan,1998). Diest & Appel (1994, hlm 31) yang mengatakan bahwa terdapat 9 orang mengalami *exhausted* dan 8 orang tidak mengalami *exhausted* pada saat mengukur *habitual sleep*, nilai tersebut dimasukkan kedalam rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)})^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

N= besar sample

P1= Proporsi yang *exhausted*

P2= Proporsi yang *nonexhausted*

Derajat kemaknaan = 5% , kekuatan uji 80%

Berdasarkan perhitungan diatas, maka besar sampel yang dibutuhkan sebanyak 113 orang. Jika *non adjustment response* 10 %, maka besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini sebanyak 125 orang. Karena keterbatasan waktu yang disediakan untuk penelitian, jumlah sampel yang didapatkan sebanyak 40 orang.

### **C. Tempat Penelitian**

Penelitian dilaksanakan di RSUD. Cibabat Cimahi yang meliputi poliklinik penyakit dalam, ruangan rawat inap dan IGD, sedangkan di RS. Rajawali meliputi poliklinik penyakit jantung, ruang *intensive coronary care unit* (ICCU) dan ruang rawat inap. Lokasi penelitian ini dipilih karena RSUD. Cibabat merupakan rumah sakit rujukan untuk wilayah Cimahi dan RS. Rajawali Bandung merupakan rumah sakit yang berfokus pada perawatan pasien penyakit jantung.

### **D. Waktu Penelitian**

Pengumpulan data melalui kuesioner dilaksanakan mulai 26 Mei sampai dengan 30 Juni 2008. Proses penelitian, mulai dari pembuatan proposal hingga penyusunan laporan berlangsung selama 4 bulan (April sampai Juli 2008).

### **E. Etika Penelitian**

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan persetujuan dari Direktur RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung. Sebelum pengambilan data penelitian dilakukan, semua responden diberi informasi tentang tujuan dan manfaat penelitian. Setiap responden diberi kebebasan untuk menyetujui apakah bersedia atau menolak menjadi subyek penelitian (*Self Determination*), dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Peneliti menjelaskan pada responden tentang terjaganya kerahasiaan nama (*anonymity*) serta informasi yang diperoleh dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian (*Privacy*). Selama pengambilan data, peneliti akan mempertimbangkan

kenyamanan dan rasa aman responden dengan memperhatikan kontrak waktu dan kondisi responden (*Protection from discomfort*).

## F. Alat Pengumpul Data

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini berbentuk kuesioner yang terdiri dari :

### a. Kuesioner Data Demografi (KDD)

Kuesioner ini meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan ( 1= SD, 2= SMP, 3= SMA, dan 4 = Akademik / Universitas), status perkawinan (1= belum menikah, 2= menikah, dan 3= janda / duda), status ekonomi dan frekuensi konflik keluarga.

### b. Kuesioner Kualitas Tidur

PSQI digunakan untuk mengukur kualitas tidur pasien. kualitas tidur diukur menggunakan *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) yang sudah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia oleh penerjemah professional kemudian ditelaah kembali dalam oleh peneliti tentang tata basa dan maknanya. Kuesioner ini terdiri dari 9 item pertanyaan. Pertanyaan no. 1 sampai 4 dijawab dengan langsung mengisi sesuai pertanyaan, pertanyaan no. 5a-j, 6, 7, 8 dengan skor ( tidak selama sebulan terakhir=0; kurang dari 1 kali per minggu = 1; 1-3 kali perminggu =2; lebih dari 3 kali perminggu=3) dan pertanyaan soal no. 9 dengan skor (sangat baik =0; baik = 1; buruk=2; sangat buruk=3).

Penilaiannya Skor *PSQI Global* adalah jumlah total dari komponen 1 – 7, dengan penjelasan sebagai berikut :

Komponen 1 untuk pertanyaan 9 (sangat baik=0, baik=1, buruk =2 dan sangat buruk =3).

Komponen 2 untuk pertanyaan No.2 ( $\leq 15$  mnt=0, 16-30 mnt=1, 31-60 mnt=2, >60 mnt=3) + pertanyaan no.5a () hasil penjumlahan dinilai (0=0, 1-2=1, 3-4=2, 5-6=3).

Komponen 3 untuk pertanyaan no 4 skor ( $>7=0$ ; 6-7=1; 5-6 = 2;  $<5=3$ ).

Komponen 4 (total jam tidur dibagi total jam di tempat tidur x 100, skor ( $>85\%=0$ ; 75%-84%=1; 65% - 74%=2;  $<65\%=3$ .)

Komponen 5 Jumlah pertanyaan no. 5b sampai 5j ( 0=0; 1-9=1; 10-18=2; 19-27=3)

Komponen 6 Pertanyaan no.6.

Komponen 7 Pertanyaan no. 7 + pertanyaan no. 8 skore(0=0;1-2=1;3-4=2;5-6=3).

Penilaian kuesioner ini adalah total skor  $PSQI \leq 5$  maka kualitas tidurnya baik, sebaliknya jika total  $PSQI > 5$  maka hal tersebut indikator kualitas tidur buruk.

Kuesioner *PSQI* telah teruji secara internal konsistensi dan *reliability coefficient*( Cronbach's Alpha =0,83) untuk tujuh (7) komponen. (Smith, 2007, hlm 1).

c. Kuesioner beban kerja

Kuesioner ini digunakan untuk mengukur beban kerja atau beban aktivitas, kuesioner ini diadaptasi dari Hart and Staveland NASA *Task Load Index* (TLX) NASA *Taks Load Index*(TLX) yang sudah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia oleh penerjemah profesional kemudian ditelaah kembali dalam oleh peneliti tentang tata basa dan maknanya.

Kuesioner ini terdiri dari 5 buah pertanyaan dengan jenis skala pengukuran *visual analog scale* (VAS). Skor mulai dari 1 sampai 21 dimulai dari yang paling rendah sampai paling tinggi. Penilaian skor total didapatkan dari penjumlahan semua item, untuk item no. 3 bersifat negatif sehingga skoring dilakukan secara terbalik dengan skoring nomor lainnya yang bersifat positif. Nilai dari beban kerja ada pada range 5 – 105. TLX telah diuji pada berbagai penelitian eksperimental, hasil validasi pertama dirangkum dalam Hart & Staveland (1988) (NASA Ames Research Center)

d. Kuesioner *Vital Exhaustion*

Data *Vital Exhaustion* dikumpulkan menggunakan kuesioner *Maastricht Questionnaire* (MQ) yang sudah diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia oleh penerjemah profesional kemudian ditelaah kembali dalam oleh peneliti tentang tata basa dan maknanya. Kuesioner MQ terdiri dari 21 item pertanyaan dengan jawaban dikotomi kategori yaitu “ya” dan “tidak” , jika menjawab ya nilainya 2 kecuali untuk item 9 dan 14 jawab tidak skor nya 2 sedangkan ya skornya 0.

Karakteristik dari instrumen telah teruji secara lengkap melalui tes psikometrik (Bages, et al. 2000). Tes psikometrik menunjukkan instrumen mempunyai reliabilitas koefisien yang baik ( $\alpha = 0,912$ ).

### **G. Prosedur Pengumpulan Data**

Pengumpulan data dilakukan dengan cara pengisian kuesioner yang dilakukan dengan langkah – langkah sebagai berikut :

- a. Sebelum dilakukan penelitian, disampaikan surat permohonan persetujuan penelitian dari Dekan FIK UI kepada Direktur RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung.
- b. Setelah mendapat izin dari Direktur Rumah Sakit yang terkait, peneliti melakukan koordinasi dengan bidang keperawatan, bagian diklat dilanjutkan dengan dokter penanggung jawab poliklinik dan kepala ruang rawat inap.
- c. Peneliti membuat daftar calon responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi, jika sudah memenuhi kriteria maka responden akan diberikan kuesioner yang telah disediakan.
- d. Sebelum pengumpulan data dilakukan peneliti memperkenalkan dirin kemudian memberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat, uraian prosedur, risiko kurang nyaman atau kurang aman yang mungkin terjadi, keuntungan bagi responden dan kerahasiaan responden penelitian.
- e. Setelah dipahami maka selanjutnya mengajurkan responden untuk membaca kembali surat persetujuan sebagai responden penelitian secara teliti. Bila



bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, maka peneliti mempersilahkan responden untuk menandatangani persetujuan tersebut .

- f. Responden diberikan penjelasan tentang cara pengisian instrumen, semua item pertanyaan yang ada diisi lengkap . responden dipersilahkan bertanya jika tidak jelas.
- g. Instrumen yang telah diisi dikumpulkan dan diperiksa kelengkapannya oleh peneliti, bila ada item pertanyaan yang belum diisi , langsung dilengkapi saat itu juga, setelah selesai peneliti melakukan terminasi.

## **H. Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan sistem komputerisasi dengan tahapan sebagai berikut:

### *1. Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa kelengkapan data yang telah diisi oleh responden, memeriksa kemungkinan terjadinya kesalahan dan melihat konsistensi jawaban.

### *2. Koding*

Setelah data masuk, setiap jawaban dikonversi dalam angka-angka sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya. Pemberian kode dilakukan untuk setiap kelompok pernyataan selanjutnya dilakukan entry data.

### 3. Penetapan Skor

Penetapan skor digunakan untuk menentukan faktor-faktor yang berhubungan dengan *vital exhaustion* yang kemudian dikategorikan sesuai dengan definisi operasional yang telah dibuat.

### 4. Entry data

Memasukkan data dalam komputer sesuai dengan angka yang dipilih oleh responden satu persatu.

### 5. Pembersihan data

Data yang telah di *entry* diperiksa kembali untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan baik pada waktu pemberian kode maupun pemberian skor data. Setelah semua data dibersihkan maka setiap data siap untuk dianalisa.

## I. Analisis Data

Setelah selesai semua data di entry pada program computer, kemudian dianalisis dan diinterpretasikan lebih lanjut untuk menguji hipotesis baik secara univariat, bivariat maupun multivariate seperti uraian berikut :

#### a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menjelaskan / mendeskripsikan karakteristik dari masing – masing variabel yang diteliti. Untuk data numerik yaitu usia dan status ekonomi dilakukan dengan menghitung : mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Sedangkan untuk data kategorik yaitu kualitas tidur,

beban kerja, konflik keluarga, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, *vital exhaustion* dengan menghitung frekuensi dan presentase. Perhitungan dengan menggunakan komputer.

b. Analisis Bivariat

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Jenis uji statistik yang digunakan tergantung kepada jenis datanya seperti yang terlihat pada tabel 4.2 dan tabel 4.3. Tingkat kepercayaan pada analisis ini adalah 95%.

Tabel 4.2 Uji Statistik antara variabel independen dan dependen

Variabel Independen	Jenis data	Variabel dependen	Jenis data	Uji Statistik
Kualitas tidur	Kategorik	<i>Vital Exhaustion</i>	Kategorik	<i>Chi Square</i>
Beban Kerja	Numerik	<i>Vital Exhaustion</i>	Kategorik	<i>T Independen</i>
Konflik keluarga	Kategorik	<i>Vital Exhaustion</i>	Kategorik	<i>Chi Square</i>
Status Ekonomi	Numerik	<i>Vital Exhaustion</i>	Kategorik	<i>T Independen</i>
Usia	Numerik	<i>Vital Exhaustion</i>	Kategorik	<i>T Independen</i>
Jenis kelamin	Kategorik	<i>Vital Exhaustion</i>	Kategorik	<i>Chi Square</i>
Pendidikan	Kategorik	<i>Vital Exhaustion</i>	Kategorik	<i>Chi Square</i>
Status Perkawinan	Kategorik	<i>Vital Exhaustion</i>	Kategorik	<i>Chi Square</i>

Tabel 4.3 Tujuan Uji Statistik dan Jenis Uji Statistik

No.	Tujuan	Uji Statistik
1.	Mengetahui adanya hubungan kualitas tidur dengan <i>vital exhaustion</i>	<i>Chi Square</i>
2.	Mengetahui adanya hubungan beban kerja dengan <i>vital exhaustion</i>	<i>T Independen</i>
3.	Mengetahui adanya hubungan Konflik keluarga dengan <i>vital exhaustion</i>	<i>Chi Square</i>
4.	Mengetahui adanya hubungan status ekonomi dengan <i>vital exhaustion</i>	<i>T Independen</i>
5.	Mengetahui adanya hubungan usia dengan <i>vital exhaustion</i>	<i>T Independen</i>
6.	Mengetahui adanya hubungan jenis kelamin dengan <i>vital exhaustion</i>	<i>Chi Square</i>
7.	Mengetahui adanya hubungan pendidikan dengan <i>vital exhaustion</i>	<i>Chi Square</i>
8.	Mengetahui adanya hubungan status perkawinan dengan <i>vital exhaustion</i>	<i>Chi Square</i>

### c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat adalah untuk mengetahui variabel mana yang paling berkontribusi atau paling kuat hubungannya dengan *vital exhaustion*, adapun uji statistik yang digunakan regresi logistik ganda dengan tahapan sebagai berikut :

1. Melakukan analisis bivariat masing – masing variabel independen yaitu kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga dan status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan dengan variabel dependennya yaitu *vital exhaustion*. Variabel yang masuk ke dalam model multivariat jika hasil uji bivariat nilai p value < 0,25. Namun ini tidak harus dipenuhi manakala dijumpai ada suatu variabel yang p valuenya > 0,25 tetapi karena secara substansi sangat penting berhubungan dengan variabel dependen,

maka variabel tersebut dapat diikutkan dalam model multivariat sampai didapatkan variabel yang paling dominan berpengaruh pada kelelahan menyeluruh.

2. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk ke dalam model. pengeluaran variabel dilakukan secara bertahap yang dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar .
3. Setelah model akhir tanpa interaksi didapatkan, kemudian dilanjutkan dengan uji interaksi. Dalam pengujian interaksi tidak perlu semua variabel diuji, variabel – variabel yang secara substansi / biologis berinteraksi saja yang kita uji. Diakhiri dengan pemodelan terakhir yaitu dengan regresi logistik ganda yaitu dengan rumus :

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Pada bab ini peneliti akan menyajikan dan menjelaskan tentang hasil penelitian meliputi gambaran karakteristik responden yang terdiri dari usia, status ekonomi, kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan dan *vital exhaustion*. Dilanjutkan dengan hasil uji analisis bivariat antara variabel independen dan variabel dependen dan diakhiri dengan hasil uji multivariat. Jumlah jumlah kuesioner yang diolah adalah sebanyak 40 responden yang seharusnya sampel sebanyak 125 responden hal ini disebabkan karena keterbatasan waktu penelitian dan kesulitan mendapatkan ijin dari rumah sakit terkait.

#### **A. Analisis Univariat**

Analisis univariat pada penelitian ini bertujuan untuk melihat distribusi dari seluruh variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen pada penelitian ini kualitas tidur, beban aktivitas, konflik keluarga, status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan, sedangkan variabel dependennya yaitu *vital exhaustion*.

##### 1. Usia dan status ekonomi

Karakteristik responden menurut usia dan status ekonomi berdasarkan hasil analisis univariat dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini.

Tabel 5.1 Distribusi Rata – rata Usia dan Status ekonomi Responden di RSU. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

Variabel	Mean	Median	SD	Min- Mak
Usia	63,23	64,50	11,93	40 – 85
Status Ekonomi	1,85 juta (jt)	1 jt	1, 60 jt	0,5 jt – 7,5 jt

Rata – rata usia responden adalah 62,23 tahun, median 64,5 tahun dengan standar deviasi 11,93 tahun. Usia termuda 40 tahun dan usia tertua 85 tahun.

Rata – rata status ekonomi responden adalah Rp 1,85 jt, median Rp 1 jt dengan standar deviasi Rp 1.6 jt. Pendapatan terendah responden adalah Rp 0,5 jt dan pendapatan tertinggi adalah Rp 7,5 jt.

## 2. Kualitas tidur

Karakteristik responden menurut kualitas tidur berdasarkan hasil analisis univariat dapat dilihat pada tabel 5. 2 dibawah ini:

Tabel 5.2 Distribusi Responden menurut Kualitas Tidur di RSU. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung Juli 2008 (n=40)

Kualitas tidur	Jumlah	Persentase
Baik	13	32,5
Buruk	27	67,5
Total	40	100

Gambaran kualitas tidur responden dilaporkan sebagian besar buruk, yaitu sebanyak 27 orang (67%) sedangkan yang kualitas tidurnya baik sebanyak 13 orang (32,5 %).

### 3. Beban kerja

Karakteristik responden menurut beban kerja berdasarkan hasil analisis univariat dapat dilihat pada tabel 5. 3 dibawah ini:

Tabel 5.3 Distribusi Rata – Rata Beban Kerja Responden di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung Juli 2008 (n=40)

Variabel	Mean	Median	SD	Min- Mak
Beban Kerja	52,60	48,50	14,051	27 - 81

Rata – rata beban kerja responden adalah 52,60, median 48,50 dengan standar deviasi 14,051. Beban kerja responden terendah 27 dan beban kerja tertinggi 81.

### 4. Konflik Keluarga

Karakteristik responden menurut konflik keluarga berdasarkan hasil analisis univariat dapat dilihat pada tabel 5. 4 dibawah ini:

Tabel 5.4 Distribusi Responden menurut Konflik Keluarga di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung Juli 2008 (n=40)

Konflik Keluarga	Jumlah	Persentase
Tidak ada	14	35
Ada	26	65
Total	40	100

Sebagian besar responden mempunyai konflik keluarga, yaitu 26 (65%) dan yang tidak mempunyai konflik keluarga, sebanyak 14 (35%).



## 5. Jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan

Karakteristik responden menurut jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan berdasarkan hasil analisis univariat dapat dilihat pada tabel 5. 5 dibawah ini:

Tabel 5.5 Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan dan Status Perkawinan di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

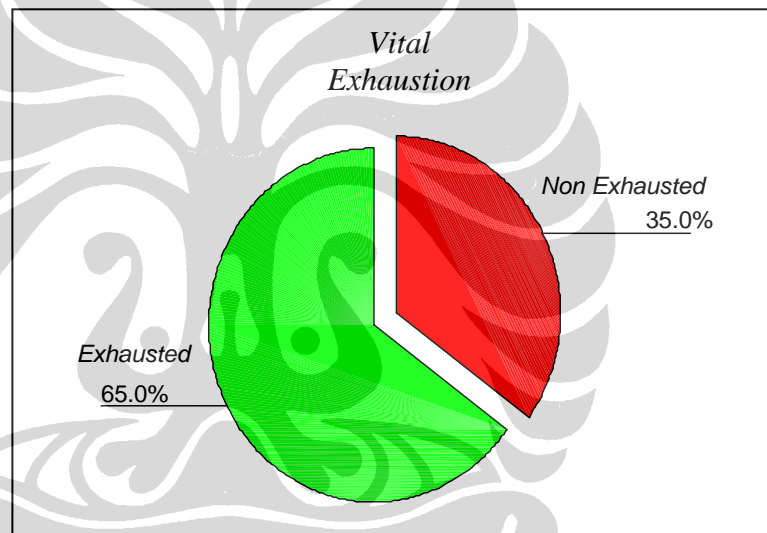
Karakteristik	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin :		
Laki – Laki	26	65
Perempuan	14	35
Pendidikan :		
SD	18	45
SMP	3	7.5
SMA	10	25
Akademik/PT	9	22.5
Status Perkawinan :		
Menikah	29	72.5
Janda atau duda	11	27.5

Sebagian besar responden berjenis kelamin laki – laki 26 (65%), sedangkan perempuannya sebanyak 14 (35%). Dari latar belakang pendidikan formal yang ditamatkan terlihat bahwa responden sebagian besar berpendidikan SD, yaitu 18(45%), sedangkan lainnya SMP sebanyak 3 (7,5%), SMA sebanyak 10(25%) dan Akademik atau PT sebanyak 9 (22,5%). Untuk status perkawinan sebagian besar respon telah menikah sebanyak 29 (72,5%) sedangkan lainnya berstatus janda atau duda sebanyak 11 (27,5%).

## 6. *Vital exhaustion*

Karakteristik responden menurut *vital exhaustion* berdasarkan hasil analisis univariat dapat dilihat pada diagram 5.1 dibawah ini:

Diagram 5.1 Distribusi Responden menurut *Vital Exhaustion* di RSU. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung Juli 2008 (n=40)



Sebagian besar responden mengalami *exhausted* sebanyak 26 (65%) dan responden yang *nonexhausted* sebanyak 14 (35%).

## B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hubungan antara variable independent dengan variable dependen. Untuk menguji hubungan kedua variable tergantung jenis datanya, untuk jenis data numerik – katagorik menggunakan T independen. Variabel

yang menggunakan uji T independen yaitu beban kerja, status ekonomi dan usia. Sedangkan untuk variabel yang jenis datanya berbentuk kategorik-kategorik Uji *Chi Square* digunakan. Adapun yang menggunakan uji *Chi Square* adalah variabel kualitas tidur, konflik keluarga, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan dengan  $\alpha 0,05$  (5 %).

#### 1. Hubungan kualitas tidur dengan *Vital Exhaustion*

Hubungan kualitas tidur responden dengan *Vital Exhaustion* dapat dilihat pada tabel 5.6 berikut ini:

Tabel 5.6 Distribusi Responden menurut Kualitas Tidur dengan *Vital Exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

Kualitas Tidur	<i>Vital Exhaustion</i>				Total		OR 95% CI	P value
	<i>Non exhausted</i>		<i>Exhausted</i>					
	N	%	N	%	N	%		
Baik	8	61,5	5	38,5	13	100	5,6	0,019
Buruk	6	22,2	21	77,8	27	100	1,328 – 23,620	
Jumlah	14	35	26	65	40	100		

Dari hasil analisis hubungan antara kualitas tidur dan *vital exhaustion* pada responden diperoleh bahwa ada sebanyak 5 dari 13 (38,5 %) responden dengan kualitas tidur baik yang mengalami *exhausted*. Sedangkan responden dengan kualitas tidur buruk yang mengalami *exhausted* sebanyak 21 dari 27 (77,8%). Hasil uji statistik ini menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara kualitas tidur dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p=0.019$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Dari analisis diperoleh *Odds Ratio (OR)*=5.6, artinya responden dengan kualitas tidur buruk

mempunyai peluang 5,6 kali mengalami *exhausted* dibandingkan responden dengan kualitas tidur yang baik.

## 2. Hubungan beban kerja dengan *vital exhaustion*

Analisis bivariat hubungan beban kerja dengan *vital exhaustion*, dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini:

Tabel 5.7 Distribusi Rata – Rata Beban Kerja responden menurut *Vital Exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

Variabel	Mean	SD	SE	N	P Value
<i>Non exhausted</i>	46,57	8,698	2,325	14	0,020
<i>Exhausted</i>	55,85	15,406	3,021	26	

Rata – rata beban kerja responden yang mengalami *exhausted* adalah 55,85 dengan standar deviasi 15,40, sedangkan untuk responden yang *non exhausted*, rata – rata beban kerjanya 46,57 dengan standar deviasi 8,698. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p = 0,020$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

## 3. Hubungan konflik keluarga dengan *Vital Exhaustion*

Hubungan konflik keluarga dengan *vital exhaustion* dapat dilihat pada tabel 5.8 berikut ini .

Tabel 5.8 Distribusi Responden menurut Konflik Keluarga dengan *Vital Exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

Konflik Keluarga	<i>Vital Exhaustion</i>				Total		OR 95% CI	P value
	<i>Non exhausted</i>		<i>exhausted</i>		N	%		
	N	%	N	%				
Tidak ada	8	57,1	6	42,9	14	100	4,4	0,036
Ada	6	23,1	20	76,9	26	100	1,099 – 17,976	
Jumlah	14	35	26	65	40	100		

Dari hasil analisis hubungan antara konflik keluarga dan *vital exhaustion* pada responden diperoleh bahwa ada sebanyak 6 dari 14 (42,9 %) responden yang tidak mempunyai konflik mengalami *exhausted*. Sedangkan responden yang mempunyai konflik keluarga ada 20 dari 26 (76,9%) yang mengalami *exhausted*. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan signifikan antara konflik keluarga dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p= 0.036$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Dengan  $OR = 4,4$  artinya responden yang mempunyai konflik keluarga mempunyai peluang 4,4 kali mengalami *vital exhaustion* dibandingkan responden yang tidak mempunyai konflik keluarga.

#### 4. Hubungan status ekonomi dengan *vital exhaustion*

Jenis Status ekonomi berbentuk numerik maka dalam analisis berikut menggunakan T independen, hasil yang didapatkan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.9 Distribusi Rata – Rata Status Ekonomi Responden Menurut *Vital Exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

Variabel	Mean	SD	SE	N	p Value
<i>Non exhausted</i>	1.9 jt	1.4 jt	0,38 jt	14	0,844
<i>Exhausted</i>	1.8 jt	1.7 jt	0,33 jt	26	

Rata – rata status ekonomi yang mengalami *exhausted* adalah Rp 1.8 jt dengan standar deviasi Rp. 1.7 jt , sedangkan responden yang *non exhausted* rata – rata status ekonominya 1.9 jt dengan standar deviasi 1.4 jt. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara status ekonomi dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p = 0,844$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

#### 5. Hubungan usia dengan *vital exhaustion*

Hubungan usia responden dengan *Vital Exhaustion* dapat dilihat pada tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10 Distribusi Rata – Rata Usia Responden menurut *Vital Exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

Variabel	Mean	SD	SE	N	p Value
<i>Non exhausted</i>	64,21	11,08	2,962	26	0,70614
<i>Exhausted</i>	62,69	12,54	2,460		

Rata – rata usia responden yang mengalami *exhausted* adalah 62,69 tahun dengan standar deviasi 12,54 tahun sedangkan responden yang *non exhausted* rata – rata usianya 64,21 tahun dengan standar deviasi 11,08 tahun. Hasil uji statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara usia dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p= 0.070614$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

#### 6. Hubungan jenis kelamin dengan *vital exhaustion*

Hubungan jenis kelamin dengan *vital exhaustion* dapat dilihat pada tabel 5.11 berikut ini .

Tabel 5.11 Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin dengan *Vital Exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

Jenis Kelamin	<i>Vital exhaustion</i>				Total		OR 95% CI	<i>p</i> value
	<i>Non exhausted</i>		<i>Exhausted</i>					
	N	%	N	%	N	%		
Laki - laki	11	42,3	15	57,7	26	100	2,689 0.603 – 11,991	0,299
Perempuan	3	21,4	11	78,6	14	100		
Jumlah	14	35	26	65	40	100		

Dari hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dan *vital exhaustion* diperoleh bahwa ada sebanyak 15 dari 26 (57,7 %) responden dengan jenis kelamin laki – laki yang mengalami *exhausted*. Sedangkan responden dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 11 dari 14 (78,8%) yang mengalami *exhausted*. Selanjutnya hasil uji statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p = 0.299$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

#### 7. Hubungan pendidikan dengan *vital exhaustion*

Tabel 5.12 memperlihatkan hubungan pendidikan responden dengan *vital exhaustion*.

Tabel 5.12 Distribusi Responden menurut Pendidikan dengan *Vital Exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

Pendidikan	<i>Vital exhaustion</i>				Total		<i>P</i> value
	<i>Non exhausted</i>		<i>Exhausted</i>				
	N	%	N	%	N	%	
Rendah	5	25	15	75	20	100	0,320
Tinggi	9	45	11	55	20	100	
Jumlah	14	35	26	65	40	100	

Karena hasil uji statistik didapatkan sel yang mempunyai nilai harapan kurang dari 5, maka variabel pendidikan dikategorikan lagi menjadi pendidikan rendah (SD dan SMP) dan pendidikan tinggi (SMA dan Akademi/ PT). Dari hasil analisis hubungan antara pendidikan dan *vital exhaustion* diperoleh bahwa ada sebanyak 15 dari 20 (75 %) responden dengan pendidikan rendah yang mengalami *exhausted*. Sedangkan responden dengan pendidikan tinggi sebanyak 11 dari 20 (55 %) yang mengalami *exhausted*. Dari hasil uji statistik dihasilkan tidak ada hubungan signifikan antara pendidikan dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p=0,320$ ,  $\alpha = 0,05$ ).

#### 8. Hubungan status perkawinan dengan *vital exhaustion*

Hubungan antara status perkawinan dengan *vital exhaustion*, dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut ini:

Tabel 5.13 Distribusi Responden menurut Status Perkawinan dengan *Vital Exhaustion* di RSUD. Cibabat Cimahi dan RS. Rajawali Bandung, Juli 2008 (n=40)

Status perkawinan	<i>Vital Exhaustion</i>				Total		OR 95% CI	<i>P</i> value
	<i>Non exhausted</i>		<i>Exhausted</i>					
	N	%	N	%	N	%		
Menikah	12	41,4	17	58,6	29	100	3.176 0,580 – 17,406	0,270
Janda/ duda	2	18,2	9	81,8	11	100		
Jumlah	14	35	26	65	40	100		

Dari hasil analisis hubungan antara status perkawinan dan *vital exhaustion* diperoleh bahwa ada sebanyak 17 dari 29 (58,6 %) responden dengan status menikah mengalami *exhausted*. Sedangkan responden dengan status janda/ duda ada 9 dari 11 (81,8%) yang mengalami *exhausted*. Hasil uji statistik didapatkan



tidak ada hubungan signifikan antara status perkawinan dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p= 0.270$  ,  $\alpha = 0,05$ ).

### C. Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan uji regresi logistik ganda. Uji ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang paling dominan berhubungan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK. Analisis multivariat dilakukan dengan tahapan berikut ini:

#### 1. Pemilihan model kandidat multivariat

Penelitian ini terdapat 8 variabel independen yaitu kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan. Untuk membuat model multivariat kedelapan variabel independen terlebih dahulu dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen. Mickey dan Greenland (1989) dalam Hastono, (2001) mengatakan bahwa variabel yang dijadikan kandidat pemodelan multivariat adalah variabel yang pada saat dilakukan uji G (*Rasio Log Likelihood*) memiliki  $p < 0,25$  tetapi jika mempunyai kemaknaan secara substansi dapat dijadikan kandidat untuk dimasukkan kedalam model multivariat walaupun nilai  $p > 0,25$ .

Hasil uji analisis bivariat antara variabel independen dengan dependen dapat dilihat dalam tabel 5.14 berikut ini :

Tabel 5.14 Hasil Analisis Bivariat antara Kualitas Tidur, Beban Kerja, Konflik Keluarga, Status Ekonomi, Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan Dan Status Perkawinan dengan *Vital Exhaustion*, Juli 2008 (n=40)

Variabel Independen	Log-likelihood	G	<i>p value</i>
Kualitas tidur	45,927	5,868	0,015*
Beban kerja	49,386	2,410	0,121*
Konflik keluarga	47,212	4,584	0,032*
Status ekonomi	51,695	0,101	0,751
Usia	51,756	0,040	0,841
Jenis Kelamin	49,974	1,822	0,177*
Pendidikan	50,019	0,407	0,183*
Status perkawinan	49,767	2,029	0,154*

\* Masuk ke tahap pemodelan selanjutnya

Dari tabel diatas ada 6 (enam) variabel yang p valuenya  $< 0,25$  yaitu kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan, sedangkan dua variabel yaitu status ekonomi dan usia yang p valuenya  $> 0,25$ , dengan demikian variabel yang terus masuk ke model multivariate adalah variabel kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan.

## 2. Pembuatan model faktor penentu terjadinya *vital exhaustion*

Analisis multivariat bertujuan mendapatkan model terbaik dalam menentukan determinan *vital exhaustion*. Dalam pemodelan ini semua variabel kandidat di uji cobakan secara bersama – sama. model terbaik akan dipertimbangkan dua penilaian, yaitu nilai signifikansi ratio log- likelihood ( $p \leq 0,05$ ) dan nilai signifikansi p wald ( $p \leq 0,05$ ). Pemodelan dilakukan secara hirarkis dengan cara semua variabel independent ( yang telah lulus sensor) dimasukan kedalam model, kemudian variabel yang p- waldnya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dimulai dari p- waldnya yang terbesar.

Variabel independen yang dikeluarkan secara bertahap dapat dilihat pada tabel 5.15 berikut ini :

Tabel 5.15 Urutan Variabel Independen yang dikeluarkan dari Pemodelan Multivariat, Juli 2008 (n=40)

Tahap	Variabel Independen	$\beta$	P wald
1	Jenis kelamin	1,951	0,626
2	Status perkawinan	3,115	0,330
3	Pendidikan	0,082	0,06
4	Beban Kerja	4,709	0,009

Dari tabel 5.15 diatas variabel independent yang dikeluarkan dari pemodelan secara bertahap karena p valuenya  $> 0,005$ , secara berurutan adalah sebagai berikut : jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan beban kerja. Berikutnya dilanjutkan dengan analisis antara kualitas tidur, konflik keluarga dan *vital exhaustion*, dengan hasil dapat dilihat pada tabel 5.16 berikut ini.

Tabel 5.16 Hasil Analisis Multivariat antara Kualitas Tidur, Konflik keluarga, dengan *Vital Exhaustion*, Juli 2008 (n=40)

Variabel	$\beta$	P wald	OR	95%CI
Kualitas tidur	1,906	0,019	6,729	1,360 -33,283
Konflik keluarga	1,691	0,036	5,426	1,116 - 26,372
Konstan	-1,608	0,060	0,200	
-2 Log likelihood = 41,096		G = 10.699	P value =0,005	

Hasil diatas terlihat baik variabel beban kerja maupun konflik keluarga mempunyai p value (sig) yang dibawah dari 0,05, berarti kedua variabel tersebut yang berhubungan secara signifikan dengan *vital exhaustion*.

### 3. Uji Interaksi

Dalam analisis interaksi, pemilihan variabel yang berinteraksi antara variabel independent didasarkan substansi. Berdasarkan variabel yang masuk model multivariat, maka interaksi yang memungkinkan adalah kualitas tidur dengan beban kerja(kualitas tidur\*konflik keluarga). Hasil uji interaksi seperti terlihat pada tabel 5.17

Tabel 5.17 Uji Interaksi antara Kualitas Tidur dan Beban Aktivitas terhadap *Vital Exhaustion* Juli 2008 (n=40)

Interaksi	2LL	G	P Value
Tanpa Interaksi	41,096		
Kualitas Tidur* Beban kerja	38,262	2,834	0,092

Dari uji interaksi diatas, tidak terlihat adanya interaksi antara kualitas tidur dengan konflik keluarga ( p value setelah dimasukan variabel interaksi didapatkan 0,092) hal ini menunjukkan bahwa hubungan antara kualitas tidur dengan *vital exhaustion* tidak memberikan efek berbeda untuk mereka yang ada atau tidak mempunyai konflik keluarga .

Setelah di uji interaksi tidak menunjukkan adanya interaksi antara kualitas tidur dan beban kerja, maka model penentu *vital exhaustion* adalah model yang terdiri dari dua variabel yaitu kualitas tidur dan konflik keluarga tanpa disertai adanya interaksi. Jadi modelnya seperti ditunjukkan pada tabel 5.18

Tabel 5.18 Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik antara Kualitas Tidur dan Konflik Keluarga dengan *Vital Exhaustion* Juli 2008 (n=40)

Variabel	$\beta$	P wald	OR	95%CI
Kualitas tidur	1,906	0,019	6,729	1,360 -33,283
Konflik keluarga	1,691	0,036	5,426	1,116 – 26,372
Konstan	-1,608	0,060	0,200	
-2 Log likelihood = 41,096		G = 10.699	P value =0,005	

Dari keseluruhan proses analisis yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa 8 variabel independent yang diduga berhubungan dengan *vital exhaustion* ternyata hanya dua yang secara signifikan berhubungan dengan *vital exhaustion* yaitu kualitas tidur dan konflik keluarga. Pasien PJK yang kualitas tidurnya buruk berpeluang mengalami *vital exhaustion* 6,729 kali (95% CI : 1,360 - 33,283 ) dibandingkan pasien PJK yang kualitas tidurnya baik setelah dikontrol dengan variabel konflik keluarga. Pasien PJK dengan konflik keluarga berpeluang mengalami *vital exhaustion* 5,426 kali (95% CI : 1,116 – 26,372) dibandingkan pasien PJK yang tidak mempunyai konflik keluarga setelah dikontrol dengan variabel kualitas tidur. Selanjutnya dapat disimpulkan bahwa dari dua variabel tersebut, variabel kualitas tidur merupakan variabel yang paling dominant berhubungan dengan *vital exhaustion*.

Berdasarkan pemodelan tahap akhir tersebut (tabel 5.19), maka dapat dibuat rumus persamaan hasil uji regresi logistiknya sebagai berikut:

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2$$

Z = jumlah linier konstanta (nilai indeks variabel dependen)

X = Variabel independen

Persamaan tersebut dapat terlihat sebagai berikut:

$$Z = - 1,608 + 1,906 \text{ kualitas tidur} + 1,691 \text{ konflik keluarga}$$

Keterangan:

Kualitas Tidur

0 = baik

1 = buruk

Konflik Keluarga

0 = tidak ada konflik keluarga

1 = ada konflik keluarga

Berdasarkan hasil pemodelan tahap akhir tersebut, maka persamaan yang dapat dibuat tentang kemungkinan (probabilitas) terjadinya *vital exhaustion* yaitu:

$$F(Z) = \frac{1}{1+e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2)}}$$

$$P(VE) = \frac{1}{1+e^{-(- 1,608 + 1,906 \text{ kualitas tidur} + 1,691 \text{ konflik keluarga})}}$$

### Aplikasi:

1. Untuk melihat prediksi berapa probabilitas kualitas tidur buruk (1), dan tidak ada konflik keluarga (0) adalah:

$$P(VE) = \frac{1}{1+e^{-(- 1,608 + 1,906 (1) \text{ kualitas tidur} + 1,691 (0) \text{ konflik keluarga})}}$$

= 0,57 (57%)  
 Faktor-faktor yang berhubungan dengan..., Urip Rahayu, FIK-UI, 2008

Hal diatas menunjukkan kemungkinan seseorang mengalami mengalami *vital exhaustion* adalah sebesar 57% bagi yang kualitas tidur buruk dan tidak mempunyai konflik keluarga.

2. Untuk melihat prediksi berapa probabilitas kualitas tidur baik (0), dan ada konflik keluarga (1) adalah:

$$\begin{aligned}
 P(\text{VE}) &= \frac{1}{1 + e^{-(-1,608 + 1,906 (0) \text{ kualitas tidur} + 1,691 (1) \text{ konflik keluarga})}} \\
 &= 0,52 (52\%)
 \end{aligned}$$

Hal diatas menunjukkan kemungkinan seseorang mengalami mengalami *vital exhaustion* adalah sebesar 52 % bagi yang kualitas tidur baik dan ada konflik keluarga.

## BAB VI

### PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas tentang interpretasi dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi terhadap pelayanan dan penelitian.

#### A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

Hasil penelitian tentang hubungan kualitas tidur, beban kerja, konflik keluarga, status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan dengan *vital Exhaustion* pada pasien PJK akan dibahas berikut ini.

##### 1. *Vital Exhaustion*

Hasil Penelitian menunjukkan sebagian besar responden mengalami *exhausted* sebanyak 26 (65%) dan responden yang *nonexhausted* sebanyak 14 (35%). Hasil penelitian ini sesuai dengan Koertge (2003, hal 51) mengatakan bahwa perempuan dengan PJK mengalami *vital exhaustion* berkaitan dengan kortisol dan gaya hidup. Selanjutnya Koertge (2002, hal. 124) mengatakan bahwa *vital exhaustion* berhubungan dengan kekambuhan pasien PJK pada perempuan penderita post MI.

##### 2. Hubungan kualitas tidur dengan *vital exhaustion*

Hasil penelitian dengan analisis univariat menunjukkan bahwa rata – rata kualitas tidur responden adalah buruk sebanyak 27 orang (67%) lainnya kualitas tidur baik. Tingginya angka kejadian kualitas tidur buruk yang dialami pasien PJK



pada penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya seperti : Nordin et al. (2008, hlm. 60) mengatakan bahwa terdapat hubungan antara gangguan tidur dengan miokard infark (MI) pada laki – laki OR 1,44(95% CI 1,22 – 1.69) dan pada perempuan OR 2,03 (95% CI 1,63 – 2.53). Meisinger et. al (2007: 1121) mengatakan bahwa pada 295 kasus MI didapatkan hasil laki –laki mengalami kesulitan mempertahankan tidur dengan risiko relatif 1.12 (95% CI, 0.84 – 1.48); perempuan 1.53 (95% CI, 0.99 – 2.37), dan mengalami kesulitan memulai untuk tidur, laki – laki 1.16 (95% CI, 0.81 – 1.63); perempuan 1.30 (95% CI, 0.81 – 2.06). Gutaffsson, et al. (2001, hlm. 414) pada laki – laki dengan n=44 mengatakan bahwa pada pasien PJK yang telah dilakukan CABG terdapat 17 pasien (38,6%) mengalami kurang tidur, 18 (40,9%) kesulitan untuk tidur dan 12 (2,7%) mengalami kesulitan untuk memulai tidur.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara kualitas tidur dengan terjadinya *vital exhaustion* (p= 0.019) dengan OR 5.60.

Selanjutnya hasil uji multivariate menunjukkan kualitas tidur merupakan faktor paling dominan yang berhubungan dengan terjadinya *vital exhaustion*. Pasien PJK yang kualitas tidurnya buruk berpeluang mengalami *vital exhaustion* 6,729 kali (95% CI : 1,360 -33,283 ) dibandingkan pasien PJK yang kualitas tidurnya baik setelah dikontrol dengan variabel konflik keluarga.

Brostrom et.al (2001, hlm. 523) mengatakan bahwa penyebab kesulitan tidur pada pasien penyakit jantung disebabkan oleh dispnoe, disritmia dan batuk.

Selanjutnya *Obstructive sleep apneu* (OSA) merupakan penyebab PJK, terbukti bahwa OSA menyebabkan kerusakan dan disfungsi pembuluh darah dan dapat berkembang menjadi atherosklerosis (Hamilton et al, 2004, hlm. 426).

Efek dari kekurangan tidur adalah kelelahan, temperamental dan kehilangan konsentrasi (Brostrom et al, 2001, hlm. 523). Akibat dari kurang tidur di atas merupakan gejala dari *vital exhaustion*. Appels (1990 dalam Bages, 2000, hlm. 787) mengatakan bahwa *vital exhaustion* adalah perasaan yang kompleks dari kelelahan dan kehilangan energi, peningkatan iritabilitas dan demoralisasi. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas tidur buruk, *vital exhaustion* dan kejadian PJK merupakan hal yang saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya (lingkaran setan).

### 3. Hubungan beban kerja dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK

Rata – rata beban kerja responden yang mengalami *exhausted* adalah 55,85 (rentang beban kerja 5 – 105) dengan standar deviasi 15,40. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden sudah mengalami *vital exhaustion* dengan beban kerja lebih besar sedikit dari nilai beban kerja 50 ( nilai tengah dari beban kerja rendah dan tinggi), hal ini menunjukkan bahwa penderita PJK lebih rentan terhadap penambahan aktivitas. Roy & Andrew, (1999, dalam Virareal 2003, hlm. 378) mengatakan bahwa pada pasien PJK akan terjadi sumbatan pada arteri koroner yang menimbulkan oksigenasi kedalam jaringan jantung terganggu.

Ketidakseimbangan suplay oksigen dengan kebutuhan jaringan akan menimbulkan gejala intoleransi aktivitas.

Hasil uji bivariat didapatkan ada hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p = 0,020$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Cox (1993, Payne and Firth –couzens, 1987 dalam Holmes, 2001, hlm. 230) mengatakan bahwa tekanan pekerjaan yang berat dalam jangka waktu lama dan individu tidak mengatasi hal tersebut dengan baik akan menimbulkan stress fisik dan mental, implikasi dari hal tersebut sangat bervariasi seperti timbulnya penyakit (PJK, kanker dll) dan gangguan mental. Selanjutnya Ellingsen et al.( 2007, hlm. 265) mengatakan bahwa telah banyak penelitian menunjukkan bekerja dengan *overtime* dapat menimbulkan penyakit seperti PJK. Sebuah penelitian prospektif di Amerika Serikat memperlihatkan tingginya angka ratio kematian pada penderita PJK yang bekerja 67 jam atau lebih perminggunya dan angka kejadian PJK pada pekerja dengan sistem *shift* sebesar 13,5% lebih tinggi dibandingkan pekerja non shif sebesar (13,5%).

Chikani et al. (2005, hlm. 299) pada perempuan dengan  $n = 1500$ , didapatkan bahwa stress pekerjaan dapat memprediksi risiko terkena penyakit jantung pada pekerja perkebunan dibanding pada bukan pekerja perkebunan dan Landbergis et al (1999, hlm. 414) mengatakan bahwa pada laki – laki dengan  $n= 283$  tekanan pekerjaan merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung dan tekanan darah. Adanya hubungan antara beban kerja dengan *vital exhaustion* sesuai

dengan penelitian Watanabe et al (2002, hlm. 68) mengatakan bahwa pengaruh *vital exhaustion (VE)* dalam fungsi autonom jantung berhubungan dengan kondisi pekerjaan seperti kelebihan jam kerja, seringnya perjalanan bisnis, dan gaya hidup seperti merokok pada pekerja di usia 52 tahun.

#### 4. Hubungan konflik keluarga dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK

Hasil analisis univariat pada konflik keluarga didapatkan sebagian besar responden mempunyai konflik keluarga, yaitu 26 (65%). Konflik dapat terjadi saat anggota keluarga yang mempunyai cara pandang yang berbeda. Konflik merupakan bagian dari kehidupan seseorang tetapi bagaimanapun konflik dapat menyebabkan stress dan merusak hubungan. Tingginya pasien PJK yang mengalami konflik keluarga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Al Hasan & SAGR (2002 : 181) mengatakan bahwa pasien miokard infark yang dipulangkan dari rumah sakit mengalami stress karena konflik dengan perannya di masyarakat, konflik hubungan interpersonal dan masalah kesehatan pribadi. Stress dari keluarga dan pekerjaan mempercepat kejadian penyakit jantung koroner pada wanita (Wang et al, 2006, 245).

Hasil uji bivariat didapatkan ada hubungan signifikan antara konflik keluarga dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p= 0.036$ ,  $\alpha = 0,05$ ,  $OR = 4,4$ ). Selanjutnya pada uji multivariat didapatkan bahwa pasien PJK dengan konflik keluarga berpeluang mengalami *vital exhaustion* 5,426 kali (95% CI : 1,116 – 26,372)

dibandingkan pasien PJK yang tidak mempunyai konflik keluarga setelah dikontrol dengan variabel kualitas tidur.

Hasting et al (2007, hlm. 83) mengatakan hambatan hubungan sosial dapat meningkatkan denyut nadi, tekanan darah, dan perasaan cemas. *Vital exhaustion* signifikan berhubungan dengan kecemasan ( $p=0,002$ ) (Heponiemi, et al, 2005, hlm. 889). Dapat disimpulkan bahwa konflik keluarga pada pada pasien PJK dapat menimbulkan kecemasan dan kecemasan secara signifikan berhubungan dengan *vital exhaustion*.

#### 5. Hubungan status ekonomi dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK

Rata – rata status ekonomi yang mengalami *exhausted* adalah Rp 1.8 jt, sedangkan responden yang *non exhausted* rata – rata status ekonominya 1.9 jt.

Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa pasien dengan pendapatan rendah akan mengalami *vital exhaustion* . Hasil penelitian ini sesuai dengan Pickering (1999, hlm. 267) pada laki – laki dengan  $n= 2.272$  mengatakan bahwa penghasilan yang rendah mempunyai kontribusi terhadap angka mortalitas pasien PJK dan (laki – laki) dan angka kematian penderita penyakit jantung 2.66 kali lebih besar terjadi pada penderita yang mempunyai penghasilan rendah dibanding penghasilan yang tinggi.

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara status ekonomi dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p = 0,844$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Tetapi pada

penelitian yang dilakukan oleh Rutledge et al. (2003, hlm. 60) mengatakan bahwa responden dengan pendapatan rendah mempunyai risiko kematian duasetengah kali dibanding responden dengan penghasilan tinggi setelah dikontrol oleh umur, status menopause, hormon, faktor – faktor risiko PJK. Selanjutnya dikatakan bahwa risiko PJK pada status ekonomi rendah disebabkan oleh tingginya *body mass index* (BMI), *waist and hip ratio*, riwayat hipertensi, dan frekuensi merokok.

#### 6. Hubungan usia dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK

Rata – rata usia responden adalah 62,23 tahun, usia termuda 40 tahun dan usia tertua 85 tahun. Rata – Rata usia pasien pada umur 62,23 tahun menunjukkan bahwa sebagian besar penderita PJK telah lanjut usia. Hal ini sesuai dengan *American Heart Association* (2008,hlm 1) yang mengatakan bahwa lebih dari 83 persen orang yang mempunyai PJK pada usia 65 tahun atau lebih.

Hasil uji bivariat rata – rata usia responden yang mengalami *exhausted* adalah 62,69 tahun, sedangkan responden yang *non exhausted* rata – rata usianya 64,21 tahun dan hasil uji statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara usia dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p= 0.070614$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Bages, et al. (2000, hlm. 794) mengatakan bahwa dari hasil uji bivariat umur yang lebih muda lebih mudah terkena *vital exhaustion* sesuai dengan penelitian mengatakan bahwa kejadian *vital exhaustion interview* lebih tinggi pada usia lebih muda. pasien PJK yang lebih tua sering tidak menampakan gejala tetapi sering datang ke rumah sakit

dengan serangan jantung. (Avezum et al,2005 dalam Krawnewski, 2006, hlm. 20).

7. Hubungan jenis kelamin dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK

Sebagian besar responden berjenis kelamin laki – laki 26 (65%), dari uji bivariat didapat ada sebanyak 15 dari 26 (57,7 %) responden dengan jenis kelamin laki – laki yang mengalami *exhausted*. Sedangkan responden dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 11 dari 14 (78,8%) yang mengalami *exhausted*. Banyaknya laki – laki yang menderita penyakit jantung sesuai dengan *American Heart Association* (2008, hlm 1) yang mengatakan bahwa laki – laki mempunyai risiko lebih besar untuk serangan jantung dibanding perempuan, dan mereka mempunyai serangan lebih awal dalam kehidupannya. mengatakan bahwa dibanding laki – laki, perempuan lebih mudah mengalami *vital exhaustion* pada saat dikaji dengan *vital exhaustion interview*.

Selanjutnya hasil uji statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p= 0.299$ ,  $\alpha = 0,05$ ). Tidak ada hubungan jenis kelamin dengan *vital exhaustion* hal ini dapat disebabkan karena perbedaan jumlah responden antara laki – laki dan perempuan yang ekstrim.

8. Hubungan pendidikan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK

Hasil dari analisis univariat bahwa responden sebagian besar berpendidikan SD, yaitu 18(45%). Dari uji bivariat didapatkan 15 dari 20 (75 %) responden dengan pendidikan rendah yang mengalami *exhausted*. Sedangkan responden dengan pendidikan tinggi sebanyak 11 dari 20 (55 %) yang mengalami *exhausted*. hal ini sesuai dengan Rutledge et al. (2003, hlm. 60) mengatakan bahwa risiko PJK pada pendidikan rendah didapat tingginya *body mass index* (BMI), *waist and hip ratio*, riwayat hipertensi, frekuensi merokok dan terbatasnya kemampuan berpikir.

Dari hasil uji statistik dihasilkan tidak ada hubungan signifikan antara pendidikan dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p=0,320$  ,  $\alpha = 0,05$ ). Hal ini sesuai dengan penelitian Bages, et al. (2000, hlm. 794) mengatakan bahwa skor *exhaustion* tidak berbeda antara tingkat pendidikan ( $p=0,89$ ).

9. Hubungan status pernikahan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK

Hasil dari analisis univariat bahwa sebagian besar respon telah menikah 29 (72,5%). Dari hasil analisis bivariat bahwa ada sebanyak 17 dari 29 (58,6 %) responden dengan status menikah mengalami *exhausted*. Sedangkan responden dengan status janda/ duda ada 9 dari 11 (81,8%) yang mengalami *exhausted*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden dengan status janda / duda rata – rata mengalami *exhausted* lebih tinggi dibanding dengan dengan status menikah. Hal ini sesuai dengan Ross et al. (1990, dalam Zang & Hayward, 2006, hlm 639) mengatakan bahwa angka kematian perempuan yang tidak menikah



50% lebih tinggi dibanding yang sudah menikah, sedangkan pada laki – laki yang belum menikah 250% lebih tinggi dibanding yang laki – laki sudah menikah.

Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan signifikan antara status perkawinan dengan terjadinya *vital exhaustion* ( $p= 0.270$  ,  $\alpha = 0,05$ ). Mooser dan Dracup, (2004 dalam Imhop et al. 2006, hlm. 518 ) mengatakan penyakit jantung menyebabkan distress pada pasien dan pasangan hidupnya. dan dukungan sosial merupakan kunci utama pasien miokard infark untuk bisa mempertahankan hidupnya dengan baik (Shen, et al. 2005 ). Bages, et al. (2000, hlm. 794) mengatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status marital dengan *vital exhaustion* ( $p=0,18$ ).

## **B. Keterbatasan Penelitian**

1. Penelitian ini dirancang dengan metode *cross sectional* sehingga hasil penelitian tidak dapat disimpulkan antara hubungan antara variabel independent dan dependen sebagai sebab akibat.
2. Penelitian ini dirancang semula dengan jumlah sampel 125 sampel karena keterbatasan waktu penelitian dan kesulitan mendapatkan ijin dari rumah sakit terkait, sampel yang didapat hanya 40 responden. Oleh karena itu, hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasi pada populasi yang lebih besar.
3. Instrumen penelitian menanyakan kejadian yang pernah dialami oleh pasien pada masa lalu, sehingga kemungkinan besar pada saat menjawab pertanyaan-

pertanyaan pada kuesioner responden akan mengalami hambatan dalam proses mengingat atau *recall bias*. Instrument yang digunakan telah dites validity dan reliabilitas pada penelitian – penelitian sebelumnya tetapi pada penelitian ini tidak dilakukan uji validitas kembali. Karena perbedaan kultur dan budaya mungkin akan merubah nilai validitas dan reliabilitas dari instrumen ini.

### C. Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian

#### 1. Implikasi terhadap pelayanan

Penelitian ini menunjukkan faktor – faktor yang berhubungan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK adalah kualitas tidur, beban kerja dan konflik keluarga. Implikasi hasil penelitian ini terhadap pelayanan dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Kualitas tidur yang buruk dapat menimbulkan gejala seperti kelelahan, temperamental dan kehilangan konsentrasi, oleh karena itu pasien PJK membutuhkan waktu tidur yang cukup, informasi dan konseling tentang kualitas tidur yang baik sehingga pasien dapat mengatasi gangguan tidur dengan mekanisme kopingnya. Peningkatan kesadaran perawat medikal bedah tentang gangguan tidur pada pasien PJK sangat diperlukan, sehingga perawat dapat menolong pasien dengan cara menurunkan penyebab gangguan tidur seperti stress psikologi, memberi dukungan dengan menciptakan lingkungan yang tenang, memberikan informasi dan pendidikan kesehatan tentang gangguan tidur dan cara mengatasinya serta membantu pasien dalam meningkatkan koping saat terjadi gangguan tidur.

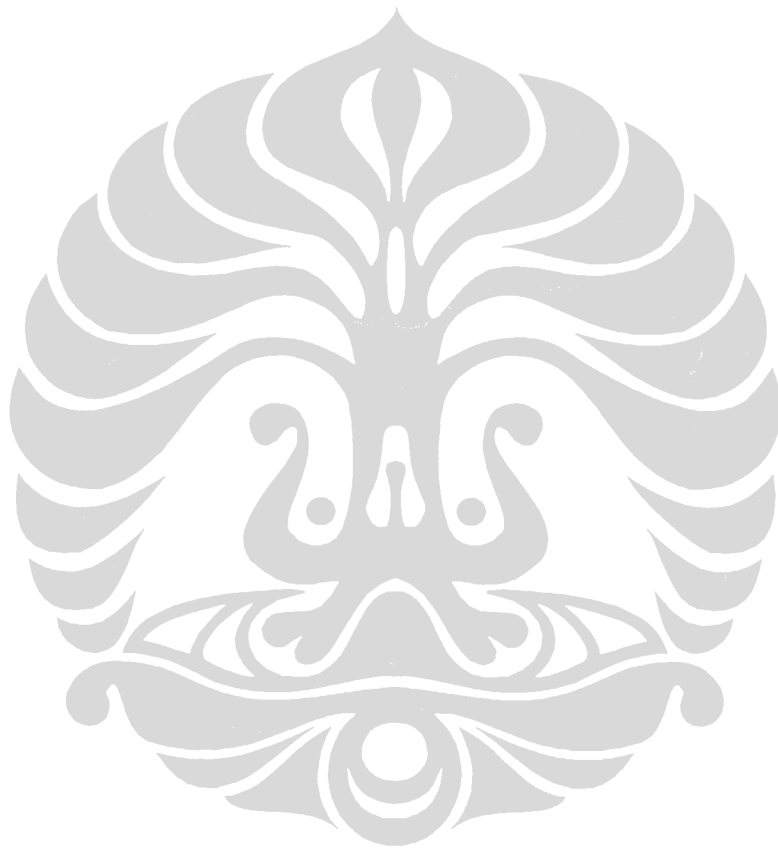
b. Pada pasien PJK terjadi sumbatan pada arteri koroner yang menimbulkan oksigenasi kedalam jaringan jantung terganggu. Beban kerja meningkatkan kebutuhan oksigen di jaringan, jika tidak seimbang antara suplay dan kebutuhan oksigen di jaringan hal ini dapat menimbulkan infark atau perluasan dari infark yang bersifat *irreversibel*, selanjutnya akan berdampak kepada intoleransi aktivitas pada pasien. Berkaitan dengan beban kerja pasien PJK perawat medikal bedah dapat menolong pasien dengan cara membuat program aktivitas pada setiap pasien PJK, memberikan pendidikan kesehatan tentang beban kerja yang dapat ditoleransi dan aktivitas yang harus dihindari seperti bekerja *overtime*, bekerja *sift* dan *traveling* yang terlalu sering.

c. Konflik pada pasien PJK dapat disebabkan karena perubahan peran di masyarakat, konflik hubungan interpersonal dan masalah kesehatan pribadi. Jika konflik ini dibiarkan berkelanjutan maka akan menimbulkan kecemasan yang berlebihan. Untuk itu perawat medikal bedah dapat membantu pasien PJK dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang manajemen konflik, proses adaptasi dan manajemen kecemasan.

## 2. Implikasi terhadap penelitian

Penelitian ini telah mengidentifikasi faktor – faktor yang berhubungan dengan *vital exhaustion* dan faktor dominan yang berhubungan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK. oleh karena itu penelitian selanjutnya sangat diperlukan tentang

intervensi – intervensi keperawatan pada pasien PJK yang dapat mengatasi *vital exhaustion* dan faktor – faktor penyebabnya.



## BAB VII

### SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini memuat simpulan hasil pembahasan penelitian yang berkaitan dengan tujuan penelitian. Saran – saran yang disampaikan berkaitan dengan simpulan yang telah dibuat.

#### A. SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat dibuat simpulan sebagai berikut:

1. Responden rata – rata berusia 62,23 tahun, penghasilan Rp. 1,85 juta, beban kerja 52,6 dan sebagian besar responden dengan kualitas tidur buruk, mempunyai konflik keluarga, berjenis kelamin laki – laki, berpendidikan SD, menikah dan mengalami *vital exhaustion*.
2. Faktor – faktor yang tidak berhubungan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK adalah status ekonomi, usia, jenis kelamin, pendidikan dan status perkawinan.
3. Faktor – faktor yang berhubungan signifikan dengan *vital exhaustion* pada pasien PJK adalah kualitas tidur, beban kerja dan konflik keluarga.
4. Kualitas tidur merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kejadian *vital exhaustion* pada pasien PJK

## B. SARAN

Beberapa rekomendasi atas hasil penelitian ini diuraikan sebagai berikut:

### 1. Bagi Layanan

- a. Rumah sakit membuat kebijakan untuk melarang pelaksanaan tindakan non urgen kepada pasien PJK pada saat pasien tidur dan jam tidur pasien.
- b. Menegakkan disiplin jam kunjungan kepada pasien dan membuat peraturan bahwa kunjungan dilakukan secara bergiliran dan pada saat kunjungan pasien tidak boleh terlalu banyak diajak bicara.
- c. Bidang keperawatan membuat modul aktivitas dan manajemen konflik
- d. Mengembangkan program pencegahan PJK untuk masyarakat dengan memfokuskan pada terhindarinya faktor – faktor yang dapat menimbulkan VE pada orang sehat yang dapat berpotensi timbulnya PJK.

### 2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

- a. Memasukan konsep *vital exhaustion* kedalam kurikulum pendidikan keperawatan menjadi sub pokok bahasan pada materi asuhan keperawatan pada penyakit jantung koroner.

### 3. Bagi Penelitian Selanjutnya

- a. Direkomendasikan untuk penelitian lanjut tentang intervensi keperawatan atau terapi modalitas yang dapat mengatasi *vital exhaustion* pada pasien PJK.
- b. Memperjelas hubungan antara hubungan sebab akibat dari *vital exhaustion* dan stress.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahto, Isoaho, Puolijoki, Vahlberg, Kivela, (2007) Stronger symptoms of depression predict high coronary heart disease mortality in older men and women, *International Journal Geriatri Psychiatry* 22: 757–763.
- Akyol & Bakan. ( 2007) Theory – guided intervention for adaptation of health failure. *Journal Advaced Nursing* . 61(6), 596–608
- Al Hasan & SAGR, (2002) Stress and stressors of myocardial infarction patients in the early period after discharge, *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 181–188
- American Heart Association*, (2008) Risk Factors and Coronary Heart Disease..<http://www.americanheart.org>. diperoleh tanggal 23 April 2008.
- American Psychological Association (2001). Publication manual of the American Psychological Association. (5 th Ed.). DC: American Psychological Association
- Ariawan, Iwan. ( 1998 ). *Besar dan metode Sampel pada penelitian Kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan kependudukan FKM UI. Depok
- Azwar, & Prihartono, J. (2003). *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Batam : Binarupa Akara.
- Bages, et al. (1999), Vital Exhaustion as a Risk Factor of Miocardial Infarction ; A Case Control Study in Venezuela, *International Journal of Behavioral Medicine*, 6(3), 279-290
- Bages, et al. (2000), Vital Exhaustion measures and their Associations with Coronary Heart Disease Risk Factors in Sample of Spanish – Speakers, *Psychology and Health*, 15, 787-799

Black, J.M., & Hawks J. H. (2005). *Medical Surgical nursing. Clinical Management for Positive Outcomes*. 7<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Elsevier Saunders.

Brostroem, Mberg, Dahlstroem, Fridlund (2001), Patients with congestive heart failure and their conceptions of their sleep situation, *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 520±529

Budiarto, E. (2002). *Biostatistika*. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta

Chikani, Reding, Gunderson, McCarty, (2005). Psychosocial Work Characteristics Predict Cardiovascular Disease Risk Factors and Health Functioning in Rural Women: The Wisconsin Rural Women's Health Study, *The Journal of Rural Health*, 21(4), 295 -302

Diest & Appels. ( 1994) Sleep Physiological Characteristics of Exhausted Men. *Psychosomatic Medicine* 56:28-35.

Eltingsen, Bener, Gehani (2007) Study of shift work and risk of coronary events, *JRSH* 27(6):265-267

Fuster, (2008). *Hurst's The Heart*, 12th Edition. United States of America : The McGraw-Hill Companies, Inc.

Gandelman, (2007). *Coronary heart disease*. <http://www.nlm.nih.gov>, diperoleh tanggal 26 April 2008.

Gustaffson, ( 2001). Insufficient sleep, cognitive anxiety and health transition in men with coronary artery disease: a self-report and polysomnographic study, *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 414- 422

Harald, et al (2006), Modifiable Risk Factors have an Impact on socio- economic differences in Coronary Heart Disease Event, *Scandinavia Cardiovascular Journal*, 40, 87-95

Hamilton, Solin, Naughton. (2004). Obstructive sleep apnoea and cardiovascular disease, *Internal Medicine Journal*, , 34: 420–426



- Hastings, Waxler, Usher (2007), Cardiovascular and affective responses to social stress in adolescents with internalizing and externalizing problems, *International Journal of Behavioral Development*, 31 (1), 77–87
- Hastono, S.P. (2001). Analisis Data. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan
- Heponiemi, et al. (2005), Menyeluruh exhaustion, temperament, and the circumplex model of affect during laboratory- induce stress, *Cognition and Emotion*, 19(6), 879-897
- Hemingway & Marmot ( 1999), Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies, *BMJ*, 318, 1460 – 1467
- Holmes (2001), Work-related stress: a brief review, *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121 (4) 230 – 235.
- Imhof, Hoffmann, Froelicher, (2006) Impact of cardiac disease on couples' relationships *Journal compilation*: 513 – 531.
- John & MacArthur, (1997). Vital Exhaustion – A Syndrome of Psychological Distress, <http://www.macses.ucsf.edu> diperoleh tanggal 23 April 2008.
- Karlson, et al (2007). Effects of Expanded Cardiac Rehabilitation on Psychosocial Status in Coronary Artery Disease with Focus on Type D Characteristics, *Journal Of Behavioral Medicine.*, 30:253–261
- Koertge, et al (2002) Vital exhaustion and recurrence of CHD in women with acute myocardial infarction, *Psychology, Health & Medicine*, 7, (2), 117 - 126
- Koertge, (2003) Vital Exhaustion and coronary artery disease; Biological Correlate and Behavioral Intervention .*center of preventive medicine*, 281-293.

- Kraschenewski, Alexander, Peterson (2006), Coronary Artery Disease in Later Life, *Fall* : 17 – 23.
- Kubzansky, Cole, Kawachi, Vokonas, Sparrow (2006), Shared and Unique Contributions of Anger, Anxiety, and Depression to Coronary Heart Disease: A Prospective Study in the Normative Aging Study, *The Society of Behavioral Medicine*. 31(1):21–29
- Kudeilka, Kaner, Gander, Fischer. (2004). The Interrelationship of Psychosocial Risk Factors for Coronary Artery Disease in a Working Population: Do We Measure Distinct or Overlapping Psychological Concepts?. *Behavioral Medicine*.30.
- Lundberg & Hellstrom. (2002). Workload and morning salivary cortisol in women, *work & stress*, 16(4), 356–363
- Madjid.( 2007). Penyakit jantung koroner : patofisiologi, pencegahan, dan pengobatan terkini, <http://www.usu.ac.id>. diperoleh tanggal 23 April, 2008).
- McPhee & Ganong. (2006). *Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine*, 5th Edition. United States of America : The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Meisinger, Heier, Löwel, Schneider; Döring. (2007). Sleep Duration and Sleep complaints and Risk of Myocardial Infarction in Middle-aged Men and Women from the General Population: The MONICA/KORAAugsburg Cohort Study. *SLEEP*, Vol. 30, No. 9.
- Nordin, Knutsson, Sundbom (2008 ) Is Disturbed Sleep a Mediator in the Association between Social Support and Myocardial Infarction? *Journal of Health Psychology*, 13(1) 55–64
- Nurmatono, (2007) Aplikasi telemetri dalam asuhan keperawatan penyakit jantung koroner <http://www.inna-ppni.or.id>, diperoleh tanggal 23 April ,2008.

- Pickering, (1999). Cardiovascular Pathways: Socioeconomic Status and Stress Effects on Hypertension and Cardiovascular Function, *Annals New York Academy Of Sciences*, 263-277
- Player, King, Mainous, Geeyes. (2007) Psychosocial Factors and Progression From Prehypertension to Hypertension or Coronary Heart Disease. *Annals Of Family Medicine*, 5(5), 403 -411
- Pollit, Denise F., Beck, CT., & Hungler, Bernadete P. ( 2001). *Essential of Nursing Research; method, appraisal and Utilization*. 5 th edition. Philadelphia; Lippincot William Wilkin
- Prescott, et al ( 2003). Menyeluruh Exhaustion as a Risk Factor for Ischaemic Heart Disease an All- Cause Mortality in a. community Sample. A prospective study of 4084 men and 5479 women in Copenhagen City heart Study, *International Epidemiological Association*, 32, 990-997
- Purebl, et al. (2006). The Relation of Biological and Psychological Risk Factors of Cardiovascular Disorder in Large – Scale National Representative Community Survey, *Behavioral Medicine* , 133 – 139.
- Rasul, Stansfeld, Hart, Smith (2005), Psychological distress, physical illness, and risk of coronary heart disease, *J Epidemiol Community Health*, 59:140–145.
- Rokhaeni, dkk. (2001). *Pelatihan perawatan penyakit jantung*, Jakarta ; Rumah Sakit Jantung Nasional Harapan Kita.
- Sastroasmoro & Ismael. (2004). *Dasar – dasar Metodologi Penelitian Klinik*. (edisi 2). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Schuitmaker, et al. (2004), Assessment of Vital Exhaustion and Identification of Subject at Increase Risk of Myocardial Infarction in General Practice. *Psychosomatics*, 45(5) 414 – 418
- Sitorus Ratna . ( 2004 ). *Panduan PenulisanTesis*. Program Pasca Sarjana. Fakultas Ilmu Keperawatan UI.

- Smith Carole (2007) The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), *New York University College of Nursing*, 6(1)
- Sugiono. ( 2006). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung :ALFABETA,CV.
- Rutledge, et al (2003), Socioeconomic Status Variables Predict Cardiovascular Disease Risk Factors and Prospective Mortality Risk Among Women With Chest Pain, *Behavior Modification*, Vol. 27(1), 54-67
- Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, (2008), *Texbook of Medical – Surgical Nursing*. Eleventh Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Tomey & Alligood. (1998). *Nursing Theorist and Their Work*. Fourth Edition. United State of America: Mosby – Year Book.inc.
- Urizar, et al (2006) Psychosocial and Cultural Influences on Cardiovascular Health and Quality of Life Among Hispanic Cardiac Patient in South Florida, *Journal of Behavioral Medicine*, 26(3).
- Villareal. (2003) Using Roy’s Adaptation Model When Caring for a Group of Young Women Contemplating Quitting Smoking , *Public Healt Nursing* , 20(3).
- Wang, et al. (2006) Psychosocial stress and atherosclerosis: family and work stress accelerate progression of coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary AngiographyStudy, *Journal of Internal Medicine*.1365-2796.
- Watanabe, et al (2002) Effects of Vital Exhaustion on Cardiac Autonomic Nervous Functions Assessed by Heart Rate Variability at Rest in Middle-Aged Male Workers, *international Journal Of Behavioral Medicine*, 9(1), 68–75.
- Wojciechowski, et al. (2000), The Relationship between Depressive and Vital Exhaustion Symptomatology Post – Myocardial Infaction, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102, 359- 365
- Zang and Hayward, ( 2006), Gender, the Marital Life Course, and Cardiovascular, *Journal of Marriage and Family* (68), 639–657

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul Penelitian : Faktor – faktor yang mempengaruhi *Vital Exhaustion* pada pasien dengan Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Rumah Sakit Rajawali Bandung

Peneliti : Urip Rahayu  
Mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

---

Saya telah diminta persetujuannya untuk menjadi responden penelitian yang berjudul “Faktor – Faktor yang berhubungan dengan *Vital Exhaustion* pada pasien dengan Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Rumah Sakit Rajawali Bandung” Penelitian ini merupakan kegiatan yang dilakukan peneliti sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah di Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Oleh peneliti saya akan diminta untuk menjawab pertanyaan tentang data demografi, kualitas tidur, beban kerja, dan kelelahan menyeluruh.

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor – faktor yang berhubungan dengan dengan *Vital Exhaustion* pada pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK).

Saya mengerti bahwa risiko yang akan terjadi sangat kecil. Apabila pertanyaan – pertanyaan yang dilakukan selama penelitian dilakukan menimbulkan respon emosional yang tidak nyaman, peneliti akan menghentikan pengumpulan data dan memberi dukungan. Namun demikian saya berhak untuk menghentikan dan mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sangsi apapun.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Semua berkas yang mencantumkan identitas subyek penelitian hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi akan dimusnahkan.hanya peneliti yang mengetahui kerahasiaan data.

Demikian, secara sukarela dan tidak ada paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan dalam penelitian ini.

Bandung, Mei 2008

Peneliti

Responden

Urip Rahayu

-----

## Kuesioner Data Demografi

Kode : .....

Tgl/waktu : .....

Diagnosa medis : .....

(diisi petugas )

Petunjuk umum pengisian

Bapak / Ibu / Saudara (responden) diharapkan :

1. Untuk pertanyaan no. 1, 2,3 dan 7 : isilah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan jawaban saudara.
  2. Untuk pertanyaan no. 4,5,6,8 : berikan tanda cakra (X) pada jawaban yang sesuai
  3. Semua pertanyaan diisi dengan satu jawaban
  4. Bila ada pertanyaan yang kurang dimengerti dapat ditanyakan kepada peneliti
- 

1. Nama : .....
2. Alamat : .....
3. Usia ..... tahun
4. Jenis kelamin
  - a. Laki – laki
  - b. Perempuan
5. Pendidikan
  - a. SD
  - b. SMP
  - c. SMA
  - d. Akademik /PT
6. Status perkawinan
  - a. belum menikah
  - b. Menikah
  - c. Janda/ duda
7. Berapa penghasilan keluarga per bulan (dalam rupiah) .....
8. Dalam enam bulan terakhir, seberapa sering anda mengalami konflik dengan keluarga ....
  - a. tidak pernah
  - b. 1 kali
  - c. 3 kali
  - d. 3 – 5 kali
  - e. 6 – 10 kali
  - f. 11 – 20 kali
  - g. lebih dari 20 kali

## KUESIONER KUALITAS TIDUR

Kode :.....(diisi peneliti)

Tgl/waktu :.....

### Petunjuk pengisian

- Untuk pertanyaan no. 1-4 : isilah pertanyaan dibawah ini sesuai dengan jawaban anda.
- Untuk pernyataan no. 5 sd 9. : isilah salah satu kotak yang tersedia dengan cakra (x) untuk jawaban yang sesuai.

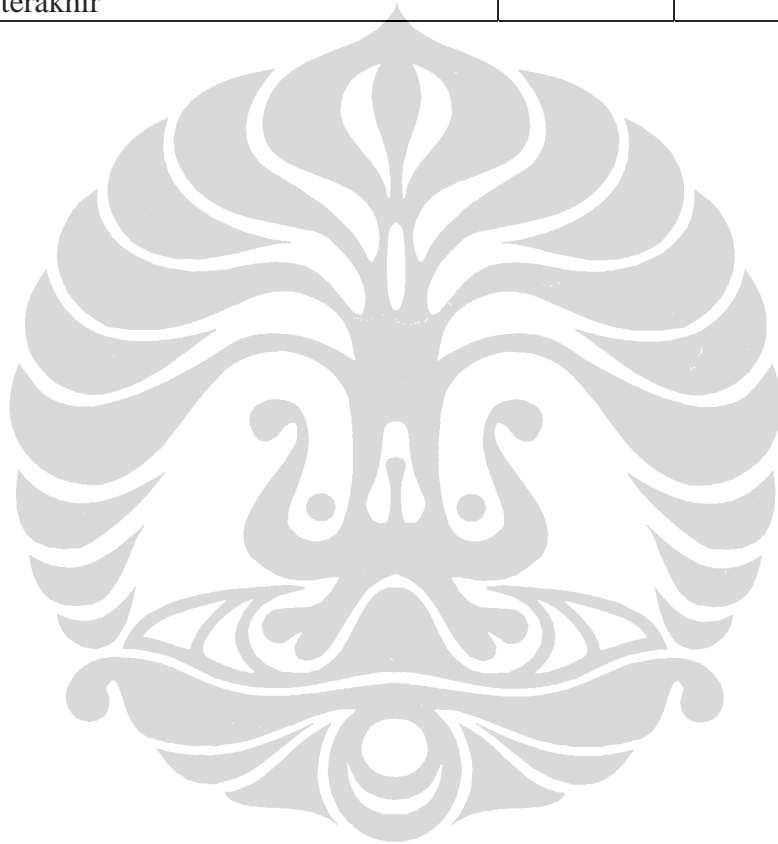
### Pertanyaan

1. Kapankah lazimnya anda pergi tidur ? .....
2. Berapa lama ( dalam menit) waktu yang dibutuhkan untuk tertidur setiap malam ?.....
3. Jam berapa anda biasanya bangun pagi ?.....
4. Berapa jam tidur anda di malam hari?.....

5. Selama bulan terakhir ini, seberapa sering anda susah tidur karena anda,....	Tidak selama sebulan yang lalu	Kurang dari 1 kali seminggu	1-3 kali dalam seminggu	Lebih dari 3 kali dalam seminggu
a. Tidak dapat tertidur dalam 30 menit				
b. Bangun di tengah malam atau pagi – pagi sekali				
c. Terpaksa bangun karena mau ke kamar mandi				
d. Tidak dapat bernafas dengan nyaman				
e. Batuk				
f. Merasa terlalu dingin				
g. Merasa terlalu panas				
h. Bermimpi buruk				
i. Merasa nyeri				
j. Alasan – alasan lain, ceritakanlah, termasuk seberapa sering anda susah tidur dikarenakan oleh alasan alasan ini.....				
6. Selama sebulan yang lalu, seberapa sering anda makan obat ( menurut resep dokter) untuk membantu tidur				
7. Selama sebulan yang lalu, seberapa sering anda mengalami perasaan mengantuk saat berkendara, makan, atau aktivitas sosial				



	Tidak selama sebulan yang lalu	Kurang dari 1 kali seminggu	1-3 kali dalam seminggu	Lebih dari 3 kali dalam seminggu
8. Selama sebulan yang lalu, berapa banyak masalah yang saudara bisa selesaikan dengan baik				
	Sangat baik (0)	Baik (1)	Buruk (2)	Sangat buruk (3)
9. Secara keseluruhan bagaimana kualitas tidur saudara sebulan terakhir				



**KUESIONER BEBAN KERJA**

Kode :.....(diisi peneliti)  
 Tgl/waktu :.....

Petunjuk : berikan tanda cakra (X) pada salah satu kotak yang tersedia sesuai dengan perasaan yang anda rasakan saat ini

1. Menurut pendapat anda, pada angka berapakah aktivitas anda berpotensi menimbulkan stress psikologis ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

sangat rendah → Sangat tinggi

2. Menurut pendapat anda, pada angka berapakah aktivitas anda berpotensi menimbulkan stres fisik ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

sangat rendah → Sangat tinggi

3. Menurut pendapat anda, pada angka berapakah anda merasa mampu memenuhi tuntutan aktivitas dengan baik ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

sangat rendah → Sangat tinggi

4. Menurut pendapat anda, pada angka berapakah usaha anda yang dilakukan untuk menyelesaikan seluruh aktivitas ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

sangat rendah → Sangat tinggi

5. Menurut pendapat anda, pada angka berapakah aktivitas yang dilakukan membuat anda tertekan

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

sangat rendah → Sangat tinggi

**KUESIONER VITAL EXHAUSTION**

Kode :.....(diisi peneliti)

Tgl/waktu :.....

Petunjuk : berilah tanda cakra (X) pada salah satu kolom jawaban yang tersedia sesuai dengan yang anda rasakan.

PERTANYAAN	Jawaban	
	Ya	Tidak
1. Apakah anda sering merasa cape atau lelah ?		
2. Apakah anda sering susah tidur ?		
3. Apakah anda terjaga berulang kali pada malam hari?		
4. Apakah anda merasa lemas sama sekali ?		
5. Apakah anda mempunyai perasaan bahwa anda belum menyelesaikan banyak hal akhir – akhir ini?		
6. Apakah anda mempunyai perasaan bahwa anda tidak dapat menanggulangi masalah – masalah yang dihadapi?		
7. Apakah anda merasa kematian membayangi anda ?		
8. Apakah anda belakangan ini merasakan lebih lesu dibanding sebelumnya?		
9. Apakah anda selalu menikmati hubungan suami istri?		
10. Apakah saudara mengalami suatu perasaan keputusasaan baru – baru ini?		
11. Apakah anda lebih banyak menghabiskan waktu untuk memahami suatu masalah dibandingkan setahun yang lalu?		
12. Apakah anda mudah tersinggung ?		
13. Apakah anda merasa ingin berhenti untuk berikhtiar ?		
14. Saya merasa baik – baik saja ?		
15. Saya merasa kehilangan energi ?		
16. Apakah Anda kadangkala mau mati saja?		
17. Apakah anda mempunyai perasaan bahwa hari – hari ini anda tidak mempunyai arti bagi hidup ini?		
18. Apakah anda sering merasa kesal ?		
19. Apakah anda kadangkala merasa seperti ingin menangis?		
20. Apakah anda pernah terjaga ( terbangun) dengan perasaan kepayahan dan kelelahan ?		
21. Apakah anda semakin sulit dalam berkonsentrasi pada satu pokok masalah selama ini?		



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Urip Rahayu

Tempat, tanggal lahir : Kuningan, 28 Januari 1975

Jenis Kelamin : Laki – Laki

Pekerjaan : Dosen

Alamat Rumah : Jl. Sukaasih III No.33 Ujung Berung Bandung

Alamat Institusi : STIKES A. Yani Cimahi, Jl. Ters. Jend. Sudirman Cibeber  
Cimahi

### **Riwayat Pendidikan**

1. SDN Bayuasih, lulus tahun 1987
2. SMPN Ciwaru, lulus tahun 1990
3. SMAN I Kuningan, lulus tahun 1993
4. Akper A. Yani Cimahi, lulus tahun 2006
5. S-1 Keperawatan Universitas Indonesia, lulus tahun 2000

### **Riwayat Pekerjaan**

1. Akper A. Yani Cimahi 1998 – 2003
2. STIKES A. Yani Cimahi 2003 – sekarang.