



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS  
HIDUP PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RUMAH SAKIT  
PELNI JAKARTA**

**TESIS**

**ROCHMAYANTI**

**0906621496**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN PROGRAM STUDI  
MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
DEPOK, JULI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUALITAS  
HIDUP PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RUMAH SAKIT  
PELNI JAKARTA**

**TESIS**

**Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah**

**ROCHMAYANTI**

**0906621496**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
DEPOK, JULI 2011**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber yang dikutip maupun yang dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Rochmayanti

NPM : 0906621496

Tanda Tangan :

Tanggal : 15 Juli 2011

## LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Rochmayanti

NPM : 0906621496

Program Studi : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas  
Indonesia

Judul : Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup  
Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rumah Sakit Pelni Jakarta

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc (.....)

Pembimbing II : Ir. Yusron Nasution, MKM (.....)

Penguji : Debbie Dahlia S.Kp., MHSM (.....)

Penguji : Berta Farida, S.Kp., M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 15 Juli 2011

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rumah Sakit Pelni Jakarta“ sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan tahap akademik pada Program Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan serta arahan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis dengan tulus ikhlas menyampaikan terima kasih yang tidak terhingga kepada :

1. DR. Ratna Sitorus, SKp, M.App.Sc, selaku pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan, saran serta arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini.
2. Ir. Yusron Nasution, MKM, selaku pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan, saran serta arahan dalam penggunaan metodologi penelitian pada penyusunan tesis ini.
3. Dewi Irawati, M.A., Phd, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Astuti Yuni Nursasi S.Kp., MN, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas dan koordinator Mata Ajar Tesis yang telah memberikan pengarahan tentang penyusunan tesis.
5. Dr. Sri Rahmani M.Kes., selaku Direktur Rumah Sakit Pelni Jakarta yang telah memberikan rekomendasi dan ijin kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian.
6. Tuti Herawati S.Kp., MN, selaku penguji proposal penelitian yang telah memberikan saran dan arahan demi kesempurnaan tesis ini.
7. Debbie Dahlia S.Kp., MHSM, selaku penguji hasil penelitian dan tesis yang telah memberikan saran dan arahan demi kesempurnaan tesis ini.
8. Berta Farida S.Kp., M.Kep, selaku penguji tesis yang telah memberikan saran dan arahan demi kesempurnaan tesis ini.
9. Seluruh dosen dan staf karyawan Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu dan memfasilitasi penulis selama penyusunan tesis ini

10. Rekan-rekan mahasiswa Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, terutama Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah yang senasib dan seperjuangan serta telah memberi motivasi dan dukungan bagi penulis.
11. Teristimewa untuk suami serta anak-anakku tercinta yang selalu memberikan doa serta dukungan dengan penuh kesungguhan dan kesabaran.
12. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dan motivasi kepada penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan.



Depok, Juli 2011

**Penulis**

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

---

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

Nama : Rochmayanti  
NPM : 0906621496  
Program Studi: Magister Ilmu Keperawatan  
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia ***Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty Free Right)*** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Peln Jakarta**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 15 Juli 2011

Yang Menyatakan

(Rochmayanti)

## ABSTRAK

Nama : Rochmayanti  
Program Studi : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu keperawatan Universitas  
Indonesia  
Judul : Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup  
Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta

Penyakit jantung koroner menyebabkan penurunan fungsi fisik dan psikologis yang berdampak pada kualitas hidup. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner. Adapun variabel independen dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan, ansietas, depresi, coping dan dukungan sosial. Penelitian ini menggunakan analitik korelasi dengan desain cross sectional. Jumlah sampel dalam penelitian ini ada 100 responden. Pada analisis regresi linier ganda didapat 3 variabel yang berpengaruh terhadap kualitas hidup yaitu usia, penghasilan dan depresi. Hasil penelitian lebih lanjut didapatkan depresi sebagai faktor yang paling berhubungan dengan kualitas hidup ( $p=0.0005$ ). Berdasarkan hal tersebut perawat perlu mendeteksi secara dini depresi yang dialami oleh pasien dan memberikan pendidikan kesehatan.

Kata Kunci :

Penyakit jantung koroner, faktor yang mempengaruhi kualitas hidup.



## ABSTRACT

Name : Rochmayanti  
Programe : Post Graduate Nursing Faculty of Nursing University of Indonesia  
Title : Analysis of Factors Affecting the Quality of Life in Coronary Heart Disease Patients Pelni Jakarta Hospital

Coronary heart disease caused decrease in physical function and psychological impact on quality of life. The aims of this study was to quality of life of patients with coronary heart disease. The independent variables in this study were age, gender, education, occupation, income, marital status, anxiety, depression, coping and social support. This study used the analytic correlation with cross-sectional design. The number of samples in this study there were 100 respondents. In multiple linear regression analysis found three variables that affect the quality of life: age, income and depression. The study further found that depression as the factors most associated with quality of life ( $p = 0.0005$ ). Based on this study nurses need to be early detect patients depression and provided health education.

Key word :

Coronary heart disease, determinant quality of life.

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN ORSINALITAS .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
PERNYATAAN PUBLIKASI .....	vi
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR SKEMA .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan Penulisan .....	7
1.3.1 Tujuan Umum .....	7
1.3.2 Tujuan Khusus .....	7
1.4 Manfaat Penelitian .....	8
1.4.1 Pelayanan Keperawatan .....	8
1.4.2 Ilmu Keperawatan .....	8
1.4.3 Penelitian Keperawatan .....	8
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner .....	9
2.1.1 Pengertian .....	9
2.1.2 Etiologi .....	9
2.1.3 Patofisiologi .....	10
2.1.4 Penatalaksanaan .....	13
2.2 Asuhan Keperawatan Penyakit Jantung Koroner .....	15
2.2.1 Pengkajian .....	15
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	17
2.2.3 Tujuan Keperawatan .....	17
2.2.4 Intervensi Keperawatan .....	17
2.3 Konsep Kualitas Hidup .....	20
2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup .....	20
2.3.2 Cara Pengukuran Kualitas Hidup .....	21
2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien PJK .....	23
2.5 Kerangka Teori .....	27
<b>3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
3.5 Kerangka Konsep .....	29
3.2 Hipotesis .....	30
3.2.1 Hipotesis Mayor .....	30
3.2.2 Hipotesis Minor .....	30
3.1 Definisi Operasional .....	30
<b>4. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>34</b>
4.1 Desain Penelitian .....	34

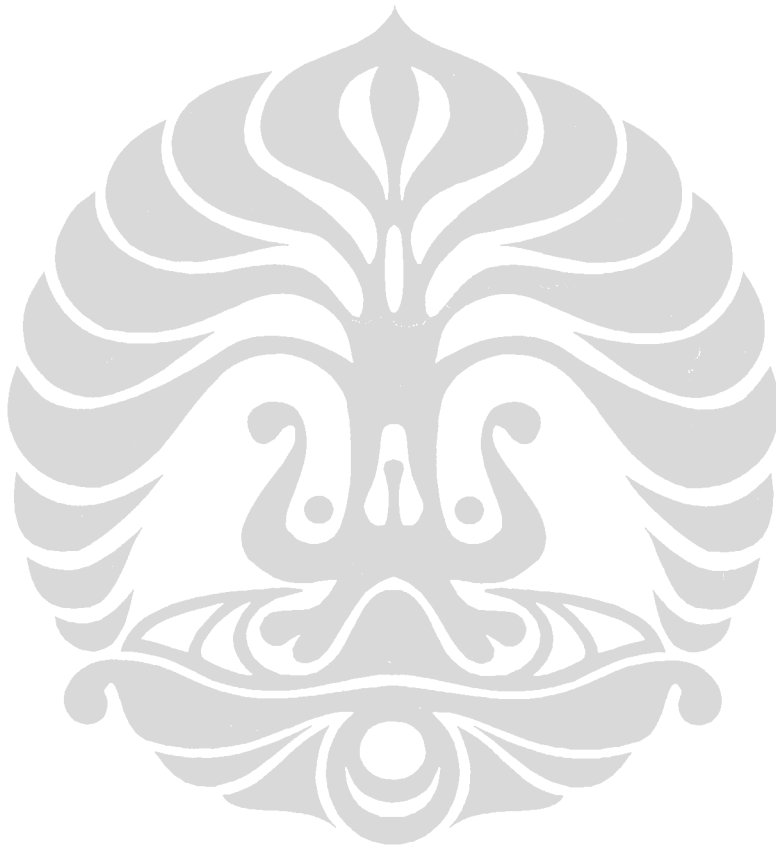
4.2	Populasi dan Sampel .....	35
4.3	Tempat Penelitian .....	36
4.4	Waktu Penelitian .....	36
4.5	Etika Penelitian .....	37
4.6	Alat Pengumpul Data .....	37
4.7	Uji Validitas dan Reliabilitas .....	40
4.8	Prosedur Pengumpulan Data .....	41
4.9	Pengolahan dan Analisis data .....	42
	4.9.1 Pengolahan Data .....	42
	4.9.2 Analisis Data .....	43
<b>5.</b>	<b>HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>46</b>
5.1	Hasil Analisis Univariat .....	46
5.2	Hasil Analisis Bivariat .....	48
5.3	Hasil Analisis Multivariat .....	52
<b>6.</b>	<b>PEMBAHASAN .....</b>	<b>58</b>
6.1	Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian .....	57
6.2	Keterbatasan Penelitian .....	68
6.3	Implikasi Hasil Penelitian .....	69
<b>7.</b>	<b>KESIMPULAN SARAN.....</b>	<b>70</b>
7.1	Kesimpulan.....	70
7.2	Saran.....	71
	<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>72</b>

## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 3.1	Definisi Operasional .....	31
Tabel 4.1	Nomer Pertanyaan Berdasarkan 8 Dimensi Kuesioner SF-36.	39
Tabel 4.2	Skor Item Pertanyaan Kuesioner SF-36 .....	40
Tabel 4.3	Uji Statistik Analisa Bivariat .....	44
Tabel 5.1	Distribusi Responden Menurut Usia, Penghasilan, Ansietas, Depresi, Koping, Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100) .....	46
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Perkawinan di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011(n=100) .....	48
Tabel 5.3	Distribusi Nilai Kualitas Hidup Menurut Usia Responden, Penghasilan, Ansietas, Depresi, Koping dan Dukungan Sosial di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100).....	49
Tabel 5.4	Disdtribusi Nilai Kualitas Hidup Menurut Jenis Kelamin Responden Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100).....	50
Tabel 5.5	Distribusi Nilai Kualitas Hidup dengan Pendidikan Responden Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100) .....	52
Tabel 5.6	Distribusi Nilai Kualitas Hidup dengan Pekerjaan Responden Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100) .....	52
Tabel 5.7	Distribusi Nilai Kualitas Hidup dengan Status Perkawinan Responden Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100) .....	52
Tabel 5.8	Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)	53
Tabel 5.9	<i>Model Summary</i> Analisis Multivariat Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Perkawinan, Ansietas, Depresi, Koping dan Dukungan sosial terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100).....	54
Tabel 5.10	Hasil Uji Anova Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Perkawinan, Ansietas, Depresi, Koping dan Dukungan sosial terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100) .....	54
Tabel 5.11	Pemodelan Awal Multivariat Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Perkawinan, Ansietas, Depresi, Koping dan Dukungan sosial terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100) .....	55
Tabel 5.12	<i>Model Summary</i> Analisis Multivariat Usia, Penghasilan dan Depresi, terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100) .....	56
Tabel 5.13	Hasil Uji Anova Usia, Penghasilan dan Depresi terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100).....	56
Tabel 5.14	Pemodelan Akhir Multivariat Usia, Penghasilan dan Depresi terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100).....	57

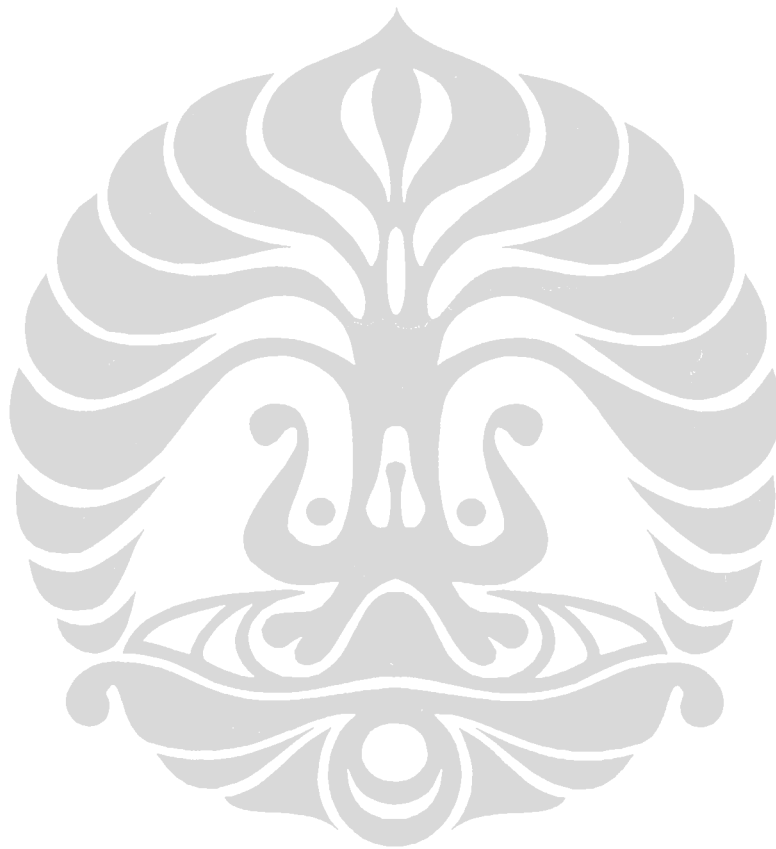
## DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Patofisiologi PJK.....	12
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian .....	28
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian .....	29



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Penelitian
- Lampiran 3 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Lolos Kaji Etik
- Lampiran 6 : Surat Ijin Penelitian dari Rumah Sakit Pelni
- Lampiran 7 : Daftar Riwayat Hidup



# BAB 1 PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan istilah yang merujuk pada penyakit jantung yang diakibatkan oleh menurunnya suplai darah ke otot jantung (Black & Hawks, 2009). Penurunan suplai darah ke otot jantung menyebabkan terjadinya ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (Pusat Kesehatan Jantung Harapan Kita, 2001). Pada akhirnya ketidak seimbangan ini akan menimbulkan gangguan pompa jantung dan mempengaruhi tubuh secara sistemik.

Penyakit jantung merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas di Amerika. Salah satu penyakit jantung yang menjadi ancaman bagi kesehatan adalah penyakit jantung koroner (Smeltzer & Bare, 2002). *American Heart Association* (AHA) (2008), melaporkan bahwa jumlah pasien yang menjalani perawatan medis di Amerika Serikat pada tahun 2005 hampir mencapai 1,5 juta orang. Laporan tersebut menyebutkan, kira-kira 1,1 juta orang (80%) mengalami *Non ST Elevation Miocard Infarct* (NSTEMI), sedangkan 20% mengalami *ST Elevation Miocard Infarct* (STEMI) (Kolansky, 2009). Menurut WHO (2008, dalam Panthee & Kritpracha, 2011) menyatakan bahwa pada tahun 2020 sekitar 23.6 juta orang akan meninggal karena penyakit kardiovaskuler terutama karena penyakit jantung dan stroke, sehingga menjadi ancaman penyebab kematian utama didunia.

Pertambahan jumlah kematian terbesar terdapat di Pasifik Barat dan Asia Tenggara. Indonesia sebagai salah satu negara yang berada dikawasan Asia Tenggara sebagai negara berkembang juga menunjukkan kecenderungan yang hampir sama, yaitu bahwa penyakit jantung koroner juga termasuk penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Data penelitian pada Depertemen Kesehatan menunjukkan bahwa hipertensi dan penyakit kardiovaskuler masih cukup tinggi dan cenderung meningkat (Dinkes Nunukan, 2009). Adapun laporan studi mortalitas tahun 2001 oleh Survei Kesehatan Nasional (SurKesNas, 2001)

menunjukkan bahwa penyebab utama kematian di Indonesia adalah penyakit sistem sirkulasi (jantung dan pembuluh darah) sekitar 26,39%.

Berdasarkan data rekam medis Pusat Jantung Nasional Harapan Kita (Sulastomo, 2010), pasien Infark Miokard Akut (IMA) yang berusia di bawah 45 tahun berjumlah 92 orang dari 962 pasien IMA (10,1%) pada tahun 2006 dan angka ini menjadi 10,7% yaitu 117 pasien IMA usia muda dari 1.096 seluruh pasien IMA pada tahun 2007. Sedangkan data rekam medis Rumah Sakit Pelni Jakarta, jumlah kunjungan rawat jalan tahun 2010, sebanyak 130.756 pasien. Sepuluh ribu lima ratus duapuluh lima diantaranya merupakan pasien yang berobat ke Poliklinik Jantung dengan berbagai permasalahan kardiovaskular (*Medical Record RS Pelni*, 2011).

Meskipun sebenarnya angka kematian akibat penyakit jantung sudah menurun sejak pertengahan tahun 1960 tetapi prevalensi maupun komplikasi atau keterbatasan yang diakibatkan penyakit jantung tersebut tidak pernah menurun (Sullivan et.al., 1998). Upaya untuk menurunkan angka kejadian penyakit jantung diperlukan tindakan pencegahan dan penanganan dengan pendekatan multifaktor dan dilakukan sepanjang kehidupan (Lewis et. al., 2007). Upaya tersebut harus dilakukan secara komprehensif meliputi upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya yang tepat untuk mengurangi dan mengendalikan berbagai faktor resiko penyakit jantung menjadi salah satu kunci menurunkan angka kejadian penyakit jantung tersebut.

Faktor resiko munculnya penyakit jantung koroner meliputi faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi antara lain : usia, jenis kelamin dimana laki-laki lebih banyak dari pada perempuan, etnis (etnis kulit putih lebih beresiko dibandingkan etnis lainnya) dan predisposisi genetik. Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi berupa faktor mayor dan kontributif. Faktor resiko mayor berupa peningkatan kolesterol, hipertensi, merokok, inaktivitas fisik dan obesitas. Sedangkan yang termasuk faktor kontributif adalah diabetes mellitus, status psikologis dan tingkat homosistein (Lewis et. al., 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Panthee & Kritpracha (2011) juga mengemukakan bahwa faktor psikologis seperti ansietas



dapat mempengaruhi kualitas hidup karena ansietas mempengaruhi kepatuhan terhadap pola hidup seperti perubahan perilaku diet, latihan fisik, pengobatan dan kembali bekerja.

Diagnosis IMA mempengaruhi baik aspek fisik dan psikososial dari kehidupan pasien, studi sebelumnya menemukan bahwa pasien setelah IMA melaporkan penurunan nilai dalam kehidupan sehari-hari, seperti, pekerjaan rumah tangga, aktivitas fisik, seperti memanjat tangga, kegiatan seksual dan hobi, tidak dapat melakukan tingkat yang sama pekerjaan yang mereka bisa lakukan sebelum diagnosis penyakit, dan mood rendah (Panthee & Kritpracha, 2011). Beberapa pasien tidak bisa diharapkan kembali bekerja seperti dulu tepat waktu dikarenakan kondisinya. Dengan demikian gangguan fisik dan emosi dari infark miokard akut dapat menjadi permanen dan dalam banyak kasus mempengaruhi serta merusak gaya hidup sehingga mengurangi kualitas hidup untuk jangka panjang (Brown, et al, 1999 dalam Chan et al, 2004).

Kualitas hidup menurut Cella, (1992, dalam Panthee & Kritpracha, 2011) merupakan sesuatu yang bersifat subyektifitas dan multidimensi. Subyektifitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang pasien itu sendiri sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologis atau fisik, psikologis, sosiokultural dan spiritual. Dukungan spiritual dapat berupa keyakinan yang kuat atau energi positif dimana dapat membuat seseorang menjadi lebih tenang dan secara emosional pasien dapat menjadi rileks, damai dan perasaan-perasaan positif lain yang sangat mempengaruhi kesehatan fisiknya. Kualitas hidup adalah konsep multidimensional meliputi dimensi fisik, sosial, psikologis yang berhubungan dengan penyakit dan terapi. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang seperti faktor kesehatan, ekonomi, lingkungan, keamanan dan lainnya (stigelman et al, 2006).

Namun demikian perlu dipahami bahwa sesungguhnya kualitas hidup merupakan suatu variabel yang abstrak. Kualitas hidup mengandung dua komponen yaitu komponen subjektif atau persepsi seseorang dan komponen objektif. Data objektif yang diukur adalah status kesehatan seseorang, sedangkan ungkapan subjektif

lebih sulit diukur tetapi masih bisa diukur secara tidak langsung dengan menggunakan sekumpulan pertanyaan/ kuesioner. Jawaban dari orang tersebut kemudian dikonversi menjadi suatu nilai atau skala sehingga bisa diukur secara objektif (Oksuz & Malhan, 2006 dalam Brink et al, 2009).

Banyak penelitian yang telah dilakukan tentang kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner seperti penelitian Panthee dan Kritpracha (2011) dengan judul "*Anxiety and quality of life in patients with myocardial infarction*" menyimpulkan bahwa ansietas mempengaruhi secara negatif terhadap kualitas hidup pasien dengan infark miokard. Sebagai contoh individu dengan berbagai penyakit kronis seperti penyakit jantung, stroke, hipertensi dan lain-lain sering mengalami kebosanan menghadapi penyakit yang diderita sehingga mereka menjadi sering tidak patuh dengan terapi yang harus dilakukan sehingga menyebabkan kualitas hidupnya menurun.

Peneliti lain Moser dan Dracup (2007) menyatakan ansietas akan sangat terkait dengan komplikasi setelah infark miokard akut, hampir 20% dari pasien ansietas tinggi menderita komplikasi dibandingkan dengan 6% dari ansietas rendah. Kyungh (2002) menyatakan pasien pasca infark miokard setelah 72 jam dengan gejala ansietas akan mengalami sedikitnya satu episode komplikasi selama perawatan di rumah sakit seperti ventrikel takhikardi, ventrikel fibrilasi, *reinfarction*, iskemik berulang atau kematian jantung.

Kualitas hidup yang baik pada pasien dengan penyakit jantung koroner sangat diperlukan untuk mempertahankan agar pasien mampu mendapatkan status kesehatan terbaiknya dan mempertahankan fungsi atau kemampuan fisiknya seoptimal mungkin dan selama mungkin. Para pasien dengan penyakit jantung koroner sering mengalami masalah terutama yang terkait dengan perubahan dalam kekuatan atau kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Penyakit jantung merupakan penyebab utama keterbatasan fisik disamping gangguan muskuloskeletal dan arthritis (Sullivan, et al. 1998). Pasien sering mengeluh menjadi mudah lelah, sesak nafas atau nyeri dada saat melakukan aktivitas bahkan yang ringan sekalipun sehingga mengurangi aktivitas yang biasa mereka lakukan. Peneliti lain Chan, et al (2004) memberikan gambaran yang menarik mempunyai

kemampuan fungsi fisik lebih baik dibandingkan dengan laki-laki dan wanita yang telah bercerai dengan pasangannya dan dukungan sosial mempunyai peran yang penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien.

Peneliti lain oleh Chung Misook L., et al (2009) memberikan gambaran dari 58 pasangan yang diteliti didapati perbedaan tingkat ansietas dan depresi berkorelasi dengan kualitas hidup mereka, ternyata pasien perempuan lebih tinggi tingkat ansietas dan depresinya dibandingkan dengan laki-laki. Seiring dengan perkembangan usia semakin banyak permasalahan dan tingkat stressor yang dihadapi dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Individu yang telah memasuki usia dewasa atau lanjut usia sering dihadapkan dengan kondisi seperti perubahan fisik yang semakin lemah dan berbagai penyakit mengancam sehingga menyebabkan ketidak berdayaan dan dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Hal ini didukung oleh penelitian terhadap pasien dengan infark miokard selain depresi dan ansietas ternyata emosi juga sangat mempengaruhi perilaku untuk mempertahankan kualitas hidup (Bowman et al, 2004).

Penelitian oleh Kristofferzon (2004) menyatakan Tidak ada perubahan statistik yang signifikan dari waktu ke waktu dalam penilaian coping terhadap kualitas hidup kecuali untuk fatalistik masalah, yang berkurang dari waktu ke waktu pada laki-laki dan wanita dikatakan lebih tertutup dibandingkan dengan laki-laki pada 4 dan 12 bulan setelah serangan miokard infark serta dikatakan bahwa coping yang konstruktif telah terbukti memiliki hasil positif dalam jangka panjang.

Lebih lanjut Steigelman (2006) melaporkan dari 59 wanita berusia 35-64 tahun yang mengalami penyakit jantung koroner dilaporkan memiliki tingkat kepuasan yang rendah yang menyebabkan kesehatan mental menurun sebanyak 49 %, namun dengan adanya keyakinan spiritual yang tinggi, keluarga dan teman-teman dapat memberikan kekuatan dan kenyamanan sehingga kondisi ini dapat meningkatkan kualitas hidup.

Berbagai model perawatan pasien dengan penyakit kronis telah dikembangkan dan perawat memiliki peran yang utama dalam penanganan pasien kronis. Saat ini penanganan pasien kronis lebih berfokus pada pasien (*patient-centered care*).

Salah satu yang dikembangkan adalah model perawatan penyakit kronis (*The chronic care model/CCM*) yaitu dengan menitik beratkan pada interaksi pasien yang aktif dengan tim yang proaktif. Hal itu berarti hubungan antara yang termotivasi dan memiliki pengetahuan, keahlian serta kepercayaan diri untuk membuat keputusan penting mengenai kesehatan mereka dan untuk mengaturnya serta sebuah tim yang mampu memberikan informasi, dukungan dan sumber-sumber perawatan dengan kualitas yang baik. Pasien dengan penyakit kronis membutuhkan dukungan untuk mendapatkan status kesehatan terbaik dan mempertahankan fungsinya selama mungkin (ICN, 2010).

Berdasarkan paparan di atas dapat disimpulkan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner, namun perlu diteliti lebih lanjut faktor manakah yang mempengaruhi kualitas hidup pasien. Hal ini ditunjang oleh penelitian Chan et al (2005) yang mengatakan kejadian komplikasi di rumah sakit lebih tinggi pada kelompok pasien dengan ansietas tinggi dibandingkan pada kelompok ansietas rendah untuk itu lakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan variabel lain seperti ansietas, depresi, harga diri dan dukungan sosial yang akan memberikan gambaran yang lebih baik tentang psikososial pasien dengan penyakit jantung koroner terhadap kualitas hidupnya. Dengan demikian peneliti tertarik untuk melakukan analisis faktor manakah yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berbagai penelitian terkait kualitas hidup telah banyak dilakukan, tetapi belum ditemukan penelitian secara spesifik mengenai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien dengan penyakit jantung koroner, terutama yang dilakukan perawat padahal perawat memiliki peran yang sangat penting dalam jangka waktu lama. Dengan diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup diharapkan dapat dilakukan berbagai intervensi untuk meningkatkan kualitas hidup dengan berfokus pada faktor-faktor tersebut sehingga intervensi keperawatan menjadi lebih komperhensif dan dapat meningkatkan upaya perbaikan dan peningkatan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner.

Berdasarkan hal tersebut maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasinya :

- a. Karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, penghasilan; ansietas, depresi, koping dukungan sosial dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta.
- b. Hubungan karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan penghasilan dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta.
- c. Hubungan ansietas dengan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta.
- d. Hubungan depresi dengan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Jakarta.
- e. Hubungan koping dengan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta.
- f. Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta.
- g. Faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

### **1.4.1 Pelayanan Keperawatan**

Hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi perawat khususnya di poliklinik jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien penyakit jantung koroner yang terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien.

### **1.4.2 Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian ini menjadi masukan bagi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah sehingga dapat diperoleh gambaran yang nyata tentang faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner, dengan demikian mahasiswa dapat belajar sesuai dengan kondisi yang nyata.

### **1.4.3 Penelitian Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah dan memperkaya khasanah keilmuan keperawatan serta dapat digunakan sebagai dasar bagi penelitian selanjutnya yang berfokus pada kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner**

##### **2.1.1 Pengertian**

Penyakit jantung koroner atau penyakit arteri koroner adalah tipe gangguan pembuluh darah termasuk kedalam kategori umum aterosklerosis (Lewis et al.,2007). Aterosklerosis koroner menimbulkan gejala dan komplikasi sebagai akibat penyumbatan aliran darah ke jantung. Sumbatan aliran darah yang berlangsung secara progresif menyebabkan suplai darah tidak adekuat (iskemia) sehingga membuat sel-sel otot kekurangan komponen darah (Smeltzer & Bare, 2002).

Kerusakan sel akibat iskemia terjadi pada berbagai tingkat. Manifestasi utama iskemia miokardium adalah nyeri dada. Angina pectoris adalah nyeri dada yang hilang timbul, tidak disertai kerusakan irreversible sel-sel jantung. Sedangkan iskemia yang lebih berat disertai kerusakan sel disebut infark miokardium (Smeltzer & Bare, 2002).

Lewis et. al (2007) membagi penyakit arteri koroner menjadi dua yaitu angina pectoris (AP) stabil kronik dan penyakit jantung koroner (PJK) yang terdiri dari angina pectoris tak stabil (*unstable angina pectoris/UAP*) dan infark miokard (*ST elevasi miocard infarct/STEMI* dan *non ST elevasi miocar infarct / NSTEMI*).

##### **2.1.2 Etiologi**

Faktor resiko penyakit jantung koroner secara umum meliputi : peningkatan kolesterol, rokok, obesitas, diabetes mellitus, hipertensi sistemik, jenis kelamin laki-laki, riwayat keluarga, kepribadian, aktivitas fisik dan gangguan pembekuan (Gray et. al., 2003). Faktor resiko penyakit jantung koroner dibedakan menjadi faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain : usia, jenis kelamin, etnik, faktor genetik dan keturunan. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi berupa faktor mayor dan kontributif. Faktor resiko mayor berupa peningkatan kolesterol,

hipertensi, merokok, inaktivitas fisik dan obesitas. Sedangkan yang termasuk faktor kontributif adalah diabetes mellitus, status psikologis dan tingkat homosistein (Lewis et al., 2007; Smeltzer & Bare, 2002).

### **2.1.3 Patofisiologi**

Aterosklerosis koroner ditandai dengan penimbunan abnormal lipid atau bahan lemak dan jaringan fibrosa di dinding pembuluh darah yang mengakibatkan perubahan struktur, fungsi arteri dan penurunan aliran darah ke jantung. Sumbatan aliran darah berlangsung progresif, dan suplai darah yang tidak adekuat (iskemia) yang ditimbulkannya akan membuat sel-sel otot kekurangan komponen darah yang dibutuhkan untuk hidup (Smeltzer & Bare, 2002). Iskemia yang berlangsung lama dapat menyebabkan kerusakan seluler secara irreversible mengakibatkan miokardium berhenti berkontraksi secara permanen. Jaringan yang mengalami infark dikelilingi oleh suatu daerah iskemik yang memungkinkan masih dapat terjadi perbaikan. Daerah iskemik yang mengalami perbaikan dan tidak terjadi nekrosis maka perluasan infark tidak terjadi (Hanun, 2002).

Otot yang mengalami infark akan mengalami serangkaian perubahan selama berlangsung proses penyembuhan. Mula-mula otot yang mengalami infark tampak memar dan sianotik akibat terputusnya aliran darah regional. Dalam waktu 24 jam timbul edema pada sel-sel, respon peradangan disertai infiltrasi leukosit. Enzim-enzim jantung akan terlepas dari sel-sel ini. Menjelang hari kedua atau ketiga mulai terjadi proses degradasi jaringan dan pembuangan semua serabut nekrotik. Selama fase ini dinding nekrotik relatif tipis. Kira-kira pada minggu ketiga mulai terbentuk jaringan parut infark miokardium yang akan mengurangi fungsi ventrikel karena otot yang nekrosis kehilangan daya kontraksi sedangkan otot iskemik disekitarnya juga mengalami gangguan daya konsentrasi. Secara fungsional infark miokardium akan menyebabkan perubahan-perubahan seperti daya kontraksi menurun, gerakan dinding dada abnormal, perubahan daya kembang dinding ventrikel, pengurangan curah jantung sekuncup, pengurangan fraksi ejeksi, peningkatan volume akhir sistolik dan akhir diastolik ventrikel kanan dan peningkatan akhir diastolik ventrikel kiri.

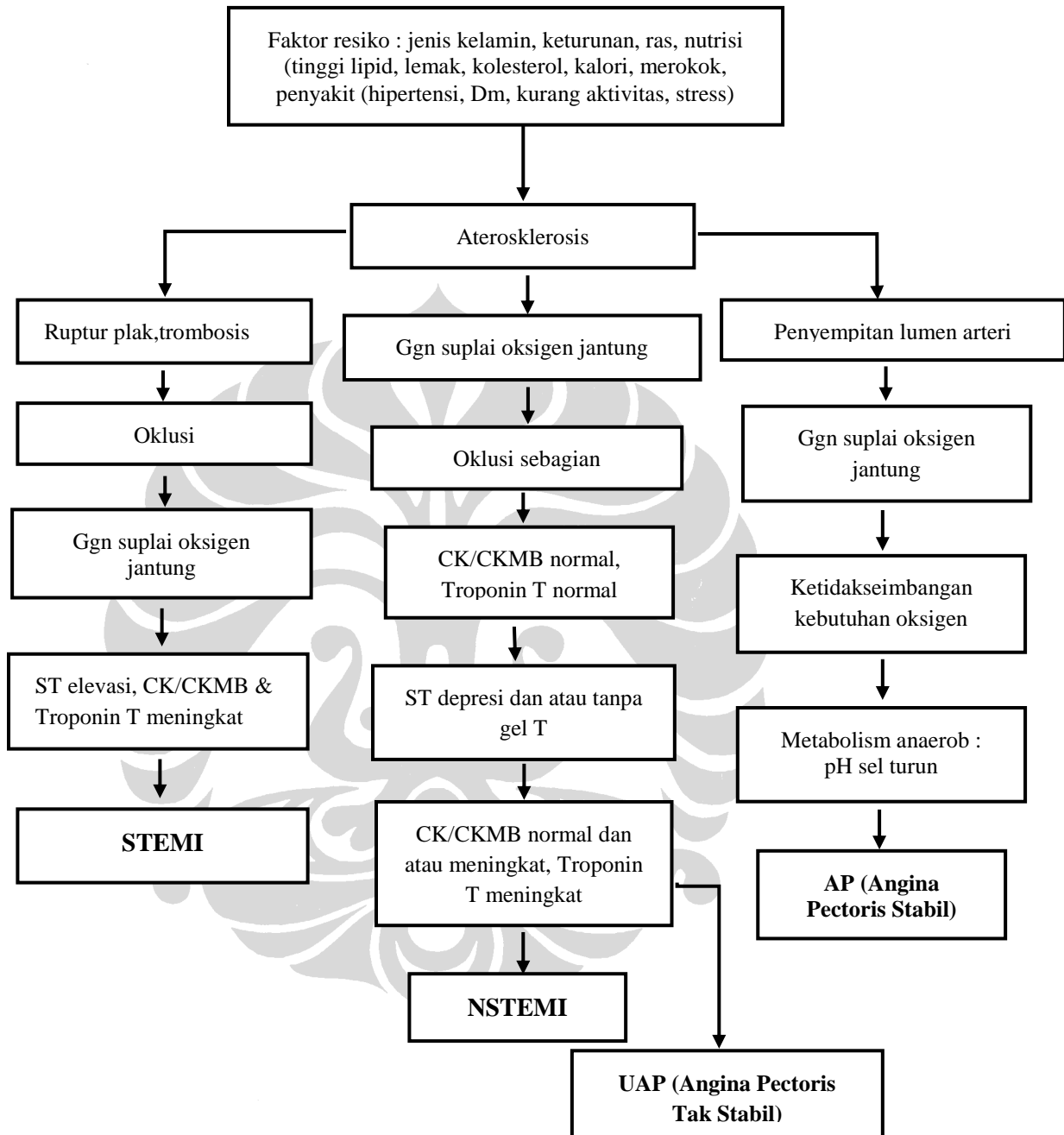


Secara ringkas terdapat serangkaian reflek yang dapat mencegah memburuknya curah jantung dan tekanan perfusi tetapi semua respon kompensasi ini akhirnya dapat memburuk keadaan miokardium dengan meningkatnya kebutuhan miokardium akan oksigen (Hudak dan Gallo, 1997). Dalam keadaan normal suplai oksigen ke jaringan sesuai dengan kebutuhannya dengan adanya penyempitan atau sumbatan pembuluh darah maka perfusi jaringan terhambat sehingga suplai oksigen tidak sesuai dengan kebutuhan jaringan, akibatnya jaringan menjadi iskemik dan terjadi metabolisme anaerob. Metabolism tersebut menghasilkan asam laktat yang menimbulkan nyeri, jika pembuluh darah yang tersumbat adalah arteri koroner maka nyeri dirasakan didada sebelah kiri. Seharusnya pada kondisi seperti ini jaringan diistirahatkan tetapi selama manusia hidup jantung tentu tidak mungkin jantung diistirahatkan. Oleh karena jantung yang mengalami iskemik terus menerus dipergunakan maka suatu saat akan mengalami nekrosis/infark.

Pada iskemia manifestasi hemodinamik yang sering terjadi adalah peningkatan ringan tekanan darah dan denyut jantung sebelum timbul nyeri. Dengan timbulnya nyeri sering terjadi perangsangan lebih lanjut oleh katekolamin. Penurunan tekanan darah merupakan tanda bahwa miokardium yang terserang iskemik cukup luas. Sedangkan EKG dapat menangkap kelainan miokard yang disebabkan oleh terganggunya aliran koroner. Iskemia miokardium secara khas disertai oleh dua perubahan gambaran EKG yaitu gelombang T terbalik akibat perubahan elektrofisiologi selular dan depresi gelombang ST, tetapi pada infark miokard akan didapatkan gambaran EKG dimana gelombang ST elevasi (Price dan Wilson, 2000). Serangan iskemia biasanya mereda dalam beberapa menit, apabila ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen sudah diperbaiki, perubahan metabolik hemodinamik dan elektrokardiografik yang terjadi semuanya bersifat reversibel (Hanun, 2002).

Secara singkat penulis dapat menggambarkan pada skema 2.1 berikut :

Skema 2.1 : Patofisiologi PJK



(Sumber : Lewis,2007; Sabatine, 2003; Smeltzer & Bare, 2002"telah diolah kembali")

### 2.1.4 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada penyakit jantung koroner sangat tergantung pada ukuran dan lokasi iskemia serta infark miokard. Menurut Price & Wilson (2006) adalah :

a. Gagal jantung kongesti

Gagal jantung kongestif merupakan komplikasi yang paling sering terjadi setelah serangan infark. Hal ini terjadi karena kongesti sirkulasi akibat disfungsi miokardium. Tempat kongesti tergantung pada ventrikel yang terlibat.

b. Aritmia

Ditemukan pada fase akut miokard infark. Dapat menyebabkan gangguan hemodinamik, meningkatkan kebutuhan oksigen yang dapat memperluas infark bila tidak diatasi dengan baik dapat menimbulkan kematian.

c. Disfungsi ventrikel kiri

Sering pada miokard infark inferior, gangguan hemodinamik berat sering terjadi, fungsi ventrikel kiri ini dapat dinilai dengan akurat dan cepat dengan ekhokardiogram. Prognosis IMA sangat ditentukan oleh tingkat disfungsi ventrikel kiri.

d. Syok kardiogenik

Dikarenakan penurunan curah jantung menyebabkan gangguan dalam hemodinamik ditandai tekanan darah  $< 90$  mmHg disertai tanda hipoperfusi jaringan seperti kulit yang dingin, berkeringat, produksi urin menurun dan penurunan kesadaran

e. Infark ventrikel kanan

Manifestasi klinik infark ventrikel kanan bervariasi dari asimtomatik hingga syok kardiogenik. Infark ventrikel kanan dengan kelainan hemodinamik yang signifikan timbul pada 5-10% pasien IMA. Infark ventrikel kanan yang disertai infark inferior memiliki angka mortalitas yang meningkat secara signifikan.

### 2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien NSTEMI harus istirahat ditempat tidur dengan pemantauan ECG. Menurut Harun & Alwi (2006 dalam Sudoyo et al, 2006) empat komponen

yang perlu dipertimbangkan dalam menangani NSTEMI yaitu terapi anti iskemia, terapi trombotik, terapi invasif (kateterisasi dini/revaskularisasi) dan perawatan sebelum meninggalkan rumah sakit seperti rehabilitasi.

a. Anti Iskemia

Terapi antiiskemia terdiri dari nitrat, penyekat beta dan calcium chanel bloker. Obat ini dapat menghilangkan nyeri dada dan mencegah nyeri berulang. Nitrat intravena atau oral efektif mengatasi episode nyeri dada akut. Beta bloker diberikan pada pasien hipertensi dan takikardi. Calcium chanel bloker diberikan pada pasien yang kontraindikasi beta bloker dan angina vasopastik.

b. Anti Trombotik

Tindakan reperfusi harus dapat dilakukan sedini mungkin, karena semakin cepat dilakukan maka akan semakin banyak otot miokard yang diselamatkan. Pemberian terapi trombotik jangan menunggu hasil pemeriksaan enzim jantung. Anti trombotik yang diberikan pada pasien NSTEMI adalah terapi antiplatelet dan antitrombin. Anti platelet yang dapat diberikan menurut Harun & Alwi (2006) antara lain aspirin, klopidogrel dan antagonis.

c. Revaskularisasi Koroner (Terapi Invasif)

Pasien NSTEMI dilakukan terapi invasif dengan kateterisasi dini lebih diindikasikan bila terapi dengan obat-obatan mengalami kegagalan. Dari beberapa penelitian pada pasien yang dilakukan tindakan invasif dan tidak dilakukan terapi invasif setelah satu tahun ada perbedaan yang bermakna terhadap serangan ulang. Dharma (2006) menyarankan angiografi koroner dini < dari 72 jam diikuti oleh revaskularisasi (PCI atau bedah pintas koroner) direkomendasikan pada pasien resiko sedang dan tinggi.

Tujuan penatalaksanaan pasien penyakit jantung koroner tidak hanya untuk memperpanjang hidup, tetapi juga untuk meringankan gejala dan meningkatkan fungsi. Dengan demikian manajemen perawatan tidak hanya berfokus pada aspek fisik saja tapi aspek psikososial juga perlu diperhatikan dalam upaya mempertahankan kualitas hidup yang baik (Chan et al, 2005).

## **2.2 Asuhan Keperawatan Penyakit Jantung Koroner**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian pada pasien penyakit jantung koroner meliputi pengkajian aktivitas, sirkulasi, integritas ego, eliminasi, makanan dan cairan, perawatan diri, neurosensori, nyeri, pernapasan dan interaksi sosial (Doenges, 2000). Pengkajian dilakukan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan fungsi manusia. Salah satu alat pengkajian yang dapat digunakan adalah pengkajian 11 pola fungsi kesehatan menurut Gordon. Sebelas pola fungsi kesehatan tersebut meliputi : pola persepsi dan manajemen kesehatan, pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola persepsi kognitif, pola istirahat-tidur, pola persepsi diri dan konsep diri, pola hubungan dan peran, pola seksualitas dan reproduksi, pola koping dan toleransi stress, serta pola nilai dan kepercayaan (Myers, 2006).

Pengkajian keperawatan yang dilakukan pada pasien penyakit jantung koroner untuk menilai kualitas hidup dan faktor yang mempengaruhinya meliputi : pengkajian pola aktivitas dan latihan, pola hubungan peran, pola koping dan toleransi terhadap stress. Hal ini dapat dilihat sebagai berikut :

#### **2.2.1.1 Pengkajian Pola Aktivitas dan Latihan**

Pola aktivitas dan latihan merupakan aktivitas kegiatan sehari-hari yang membutuhkan pengeluaran energi termasuk kebutuhan perawatan diri, olah raga, dan kegiatan rekreasi (Myers, 2006). Hal ini perlu dilakukan pengkajian pada pasien penyakit jantung koroner untuk menilai kemampuan dan toleransi pasien dalam melakukan aktivitas. Pasien penyakit jantung koroner mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Panthee & Kritpracha, 2011).

Pola aktivitas dan latihan yang dikaji pada pasien yang menderita penyakit jantung koroner meliputi : kelemahan, kelelahan, tidak dapat tidur, pola hidup menetap, jadwal olah raga tidak teratur, dispnea pada saat istirahat atau beraktivitas (Doenges, 2000). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian apakah ada penurunan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari seperti pekerjaan rumah tangga,

pekerjaan kantor, menaiki tangga, kegiatan seksual, menjalankan hobi, dan aktivitas fisik yang lain (Panthee & Kritpracha, 2011).

#### 2.2.1.2 Pengkajian Pola Hubungan Peran

Pola hubungan peran merupakan peran yang harus dijalankan dan bagaimana hubungan dengan orang lain (Myers, 2006). Pola tersebut meliputi pola komunikasi, interaksi dengan teman dan keluarga, serta bagaimana hubungan sosial baik dukungan secara struktural maupun secara fungsional. Pengkajian dukungan secara struktural dilakukan dengan menilai kuantitas dukungan yang tersedia, sedangkan dukungan fungsional dengan menilai emosi, informasi, dan dukungan material (Kristofferzon et al., 2005).

#### 2.2.1.3 Pengkajian Pola Koping dan Toleransi Terhadap Stress

Pengkajian mekanisme koping dan toleransi terhadap stress dengan menanyakan bagaimana pasien menggunakan mekanisme koping, koping yang digunakan mengganggu atau menghalangi perilaku adaptif, perilaku terhadap diri dan orang lain, perubahan pola komunikasi, tidak dapat memenuhi harapan peran, pemecahan masalah yang tidak adekuat (NANDA, 2009), dan kaji sumber fisik, emosi, serta pendidikan (Wilkinson, 2007). Pasien yang memiliki koping tidak efektif tidak mampu menggunakan sumber-sumber yang tersedia (NANDA, 2009). Koping yang tidak adekuat dapat memicu terjadinya masalah psikologis termasuk ansietas dan depresi.

Pasien yang mengalami ansietas dapat dinilai dengan mengkaji perilaku, afektif, fisiologi dan kognitif. Pengkajian perilaku difokuskan pada penurunan produktivitas, resah, gelisah, dan kewaspadaan. Kaji afektif untuk menilai perasaan takut, gugup, mudah tersinggung, nyeri hebat, dan khawatir. Respon fisiologi yang dikaji pada pasien penyakit jantung koroner yang mengalami ansietas meliputi : tangan gemetar, peningkatan nadi, banyak mengeluarkan keringat, wajah tegang, pusing, anoreksia, jantung berdebar-debar. Respon kognitif terhadap ansietas dikaji untuk mengetahui adanya gangguan perhatian, penurunan lapang persepsi, ketakutan terhadap hal yang tidak jelas, dan sulit berkonsentrasi (NANDA, 2009).

Pasien dapat mengalami stress baik dilingkungan keluarga maupun di tempat kerja, akibat stressor mengalami kesulitan coping, dan perlu dilakukan pengkajian apakah pasien menunjukkan respon emosi yang berlebihan misalnya marah terus menerus dan takut (Doenges, 2000). Respon psikologi seperti ansietas dan depresi pada penyakit jantung koroner dapat mempengaruhi kualitas hidup (Chung et al., 2009).

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian pola aktivitas dan latihan, pola hubungan dan peran, serta pola coping dan toleransi stress pada pasien penyakit jantung koroner terkait dengan kualitas hidup dan faktor yang mempengaruhi, maka diagnosa keperawatan yang dialami pasien menurut NANDA (2009) adalah sebagai berikut :

- a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen.
- b. Coping tidak efektif berhubungan dengan dukungan sosial tidak adekuat dan krisis situasional.
- c. Ansietas berhubungan dengan perubahan dalam status peran, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, lingkungan, dan status ekonomi.

### **2.2.3 Tujuan Keperawatan**

Menurut Smeltzer dan Bare (2002) secara umum tujuan penanganan pada pasien penyakit jantung koroner diprioritaskan pada :

- a. Pengelolaan nyeri/bebas nyeri
- b. Pemeliharaan miokardium
- c. Perawatan yang tepat dan cepat
- d. Coping yang efektif terhadap keansietasan akibat penyakit
- e. Berpartisipasi dalam program rehabilitas
- f. Pengurangan faktor resiko

### **2.2.4 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan pada klien dengan penyakit jantung koroner difokuskan pada fase akut dan pemulihan (Lewis et al, 2007). Pada fase akut intervensi

difokuskan pada penanganan nyeri, monitoring kondisi fisiologis, pemenuhan kebutuhan istirahat dan kenyamanan, pengurangan stress dan keansietasan serta pemahaman terhadap reaksi emosional dan perilaku pasien. Selama fase pemulihan pasien mendapatkan terapi jangka panjang sesuai dengan kondisi penyakit jantung koroner yang bersifat kronis. Fase ini bertujuan untuk memelihara dan mempertahankan fungsi optimal klien.

Intervensi keperawatan pada pasien yang mengalami intoleransi aktivitas, koping tidak efektif, dan ansietas yang diadaptasi dari *Nursing Intervention and Clasification* (NIC) & Wilkinson (2007) adalah :

a. Pengelolaan Energi

Intervensi keperawatan untuk mengelola energi antara lain : pantau lokasi dan karakteristik nyeri, kaji kemampuan perawatan diri pasien, pantau status neurologis, tanda-tanda vital, tanda infeksi, adanya kelelahan, dan respon kardiorespiratori terhadap aktivitas (Wilkinson, 2007). Pengelolaan energi dengan mengoptimalkan pemasukan oksigen dan mengurangi konsumsi oksigen membuat pasien tetap beraktivitas sesuai kemampuan (Panthee & Kritpracha, 2011).

Menurut Panthee & Kritpracha (2011), beberapa pasien dengan penyakit jantung koroner tidak bisa bekerja tepat waktu sesuai dengan harapan oleh karena gangguan fisik dan emosi yang menetap dan dalam beberapa kasus hal tersebut dapat menimbulkan pengaruh yang kurang baik terhadap gaya hidup sehingga mengurangi kualitas hidup jangka panjang.

b. Peningkatan Koping

Peningkatan koping klien dilakukan melalui pendekatan secara individu, keluarga maupun dukungan sosial. Aktivitas yang dilakukan untuk meningkatkan koping yaitu berikan informasi terkait diagnosis, pengobatan, dan perawatan; identifikasi pandangan pasien terhadap kondisinya; evaluasi kemampuan pasien dalam mengambil keputusan; eksplorasi metode yang digunakan pasien dalam mengatasi masalahnya; bantu pasien mengidentifikasi system pendukung yang tersedia; libatkan keluarga dan



orang terdekat untuk memberikan dukungan sosial; dukung pasien untuk menggunakan mekanisme koping yang tepat; anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan, persepsi, dan ketakutan (Wilkinson, 2007).

Penelitian yang dilakukan terhadap 74 perempuan dan 97 laki-laki, untuk menilai koping, dukungan sosial terhadap kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner selama 4 dan 12 bulan setelah didiagnosis, dilaporkan bahwa tidak ada perbedaan kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan setelah 4 bulan dan 12 bulan didiagnosis. Namun, ditemukan persepsi pasien laki-laki terhadap koping meningkat dibandingkan dengan pasien perempuan, karena perempuan lebih tertutup dan menyangkal keadaan. Selain itu, pengetahuan dan persepsi pasien mengenai koping dan dukungan sosial sangat membantu dalam mempercepat pemulihan (Kristofferzon et al., 2005). Pendidikan dan konseling yang dilakukan terhadap pasien dapat meningkatkan kualitas hidup (Panthee & Kritpracha, 2011).

c. Penurunan Ansietas

Aktivitas yang dilakukan untuk menurunkan ansietas pasien adalah kaji dan dokumentasikan tingkat ansietas pasien, kaji teknik yang telah dimiliki dan belum dimiliki untuk mengurangi ansietas, anjurkan pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan, bantu pasien untuk mengidentifikasi situasi yang mencetuskan ansietas (Wilkinson, 2007).

Selain penanganan diatas, pasien dengan penyakit jantung koroner harus mengatur dan memodifikasi gaya hidup mereka. Secara keseluruhan tujuan pengelolaan adalah mencegah komplikasi akut dan kronis serta pentingnya meningkatkan kesadaran untuk menghindari keansietasan dan mengatasi gejala keansietasan, karena keansietasan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup (Panthee & Kritpracha, 2011).

Ansietas yang dialami oleh pasien dapat menghambat aktivitas perawatan diri. Pasien yang mengalami keansietasan berat tidak dapat belajar atau bertindak terhadap perubahan gaya hidup sehingga mengalami kesulitan untuk mengikuti program pengobatan, aktivitas dan diet. Keansietasan yang terjadi

**Universitas Indonesia**

secara terus menerus dapat menyebabkan status fungsional dan kualitas hidup yang buruk. Menurunkan keansietasan merupakan hal yang penting dilakukan pada pasien agar kualitas hidup mereka lebih baik (Panthee & Kritpracha, 2011).

## **2.3 Konsep Kualitas Hidup**

### **2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup**

Kualitas hidup merupakan harapan seseorang terhadap kehidupan dibandingkan dengan kenyataan yang dihadapinya. Mendefinisikan kualitas hidup cukup sulit karena setiap orang mempunyai harapan yang berbeda dibandingkan dengan orang lain terhadap kehidupan. Kualitas hidup mendeskripsikan istilah yang merujuk pada emosional, sosial dan kesejahteraan fisik seseorang, juga kemampuan mereka untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari (Donald, 2001 dalam Bagheri et al, 2005).

Kualitas hidup merupakan persepsi individu dari posisi laki-laki/wanita dalam hidup ditinjau dari konteks budaya dan sistem nilai dimana laki-laki/wanita itu tinggal, dan berhubungan dengan standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian mereka. Hal ini merupakan konsep tingkatan, terangkum secara kompleks mencakup kesehatan fisik seseorang, status psikologis, tingkat kebebasan, hubungan sosial, dan hubungan mereka kepada karakteristik lingkungan mereka (WHO, 1994). Cella (1992 dalam Panthee & Kritpracha, 2011) mendefinisikan kualitas hidup sebagai penilaian dan kepuasan penderita terhadap tingkat dan fungsi kehidupan mereka dibandingkan dengan keadaan ideal atau yang seharusnya bisa dicapai menurut mereka.

Mengingat banyaknya definisi yang berbeda mengenai kualitas hidup terkait kesehatanyang perlu diperhatikan adalah kualitas hidup merupakan konsep multidimensional meliputi dimensi fisik, sosial dan psikologis yang berhubungan dengan penyakit dan terapi (Panthee & Kritpracha,2005). Pada dasarnya terdapat tiga hal yang berperan menentukan kualitas hidup yaitu mobilitas, rasa nyeri dan kejiwaan, depresi atau ansietas. Ketiga faktor tersebut dapat diukur secara objektif dan dinyatakan sebagai status kesehatan (Chung et al, 2009).

**Universitas Indonesia**

Menurut Nazir (2006) faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup sangat banyak seperti keuangan, kesehatan, keamanan, keadaan lingkungan dan lain-lain. Faktor-faktor tersebut saling terkait satu sama lain. Walaupun seseorang mempunyai keuangan yang cukup belum tentu mempunyai kualitas hidup yang baik, jika orang tersebut menderita penyakit kronik dan begitu juga sebaliknya. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup sehingga bidang kesehatan yang dibicarakan adalah kualitas hidup yang terkait kesehatan.

Penelitian kualitas hidup berkembang pesat, begitupun penelitian kualitas hidup pada kasus kardiovaskuler meningkat dari 0.34 % menjadi 3.6 %, penelitian ini menyatakan selama tahun 1990-1999 jumlah laporan penelitian kualitas hidup meningkat dari 144 menjadi 650 pertahun (Nazir, 2006).

Penilaian kesehatan pasien sangat ditentukan oleh dokter. Dokter menilai indikator kesembuhan seseorang berdasarkan data klinis, laboratorium dan radiologis yang dapat mewakili kapasitas fungsi fisik. Padahal fungsi fisik bukanlah satu-satunya yang penting, tetapi persepsi pasien tentang kesehatannya juga menjadi bagian yang penting dalam mempertahankan kualitas hidup. Faktor lain yang menjadi alasan pentingnya kualitas hidup adalah adanya perbedaan kemampuan adaptasi seseorang terhadap penyakit, misalkan pasien dengan penyakit jantung koroner mengalami sesak nafas yang sama dan derajat nyeri yang sama tetapi dampak yang ditimbulkan pada status fungsional dan status emosional yang berbeda. Sehingga pada kasus seperti ini seorang pasien masih dapat bekerja sedangkan pasien lain sudah berhenti bekerja.

### **2.3.2 Cara Pengukuran Kualitas Hidup**

Kualitas hidup terkait kesehatan merupakan suatu variabel abstrak. Kualitas hidup mengandung dua komponen yaitu ungkapan subjektif atau persepsi seseorang dan komponen objektif. Data objektif yang diukur adalah status kesehatan seseorang. Ungkapan subjektif lebih sulit diukur tetapi masih bisa diukur secara tidak langsung dengan menggunakan sekumpulan pertanyaan/kuesioner. Jawaban dari orang tersebut kemudian dikonversi menjadi suatu nilai/skala sehingga bisa diukur secara objektif. Kualitas hidup terkait kesehatan dapat diukur dengan

menggunakan kuesioner yang berisikan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seperti yang sudah disebutkan diatas yaitu mobilitas, rasa nyeri, gangguan depresi, ansietas dan ungkapan/persepsi seseorang tentang kualitas hidupnya dalam suatu angka/skala.

Banyak alat pengukur untuk menilai kualitas hidup dan dapat dikelompokkan menjadi dua yaitu spesifik penyakit tertentu (*disease-specific*) dan generic (*generic instrument*). Menurut McDowell, 2006) Kuesioner yang spesifik untuk penyakit tertentu biasanya berisikan pertanyaan-pertanyaan khusus yang sering terdapat pada penyakit tersebut, misalnya kualitas hidup pasien gagal jantung diukur dengan *Minesotta Living Heart Failure (MLHF)* atau *Quality Of Life After Myocardial Infarction (QLMI)* dan pasien dengan penyakit ginjal diukur dengan *Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF)*. Keuntungan alat pengukuran ini adalah dapat mendeteksi lebih tepat keluhan/hal khusus yang sangat berperan pada penyakit tertentu, misalnya tingkat keluhan sesak nafas pada pasien gagal jantung merupakan hal yang penting maka hal tersebut tergambar pada pertanyaan kuesioner. Kelemahannya tidak dapat digunakan untuk penyakit lain.

Kuesioner generik dibuat untuk spectrum yang luas dan dapat penilaian menyeluruh dari pasien. Riwayat kesehatan merupakan alat ukur yang mencakup banyak hal mengenai kualitas hidup, termasuk fisik, mental dan fungsi sosial dan dapat dipakai untuk bermacam penyakit/usia. Keuntungan dari alat ukur generik adalah dapat digunakan untuk berbagai penyakit dan usia sedangkan kelemahannya adalah tidak mencakup hal-hal yang khusus pada penyakit tertentu. Contoh alat ukur generik adalah *Medical Outcomes Study 36-Items Short Form Health Survey (SF-36)*.

SF-36 adalah survey kesehatan yang singkat dengan 36 pertanyaan untuk mencapai beberapa tujuan. SF-36 digunakan sejak tahun 1970 oleh McDowell dan Newell dan distandarkan pada tahun 1990. SF-36 terdiri dari 2 domain yaitu domain fisik dan domain mental. Setiap domain terdiri dari 4 sub area, setiap sub area terdiri dari beberapa pertanyaan. Sub area pada domain fisik terdiri dari fungsi fisik (dengan 10 pertanyaan tentang semua aktivitas fisik termasuk mandi

dan berpakaian), peranan fisik (dengan 4 pertanyaan tentang pekerjaan atau aktivitas sehari-hari), rasa nyeri (dengan 2 pertanyaan tentang rasa sakit yang dirasakan) dan kesehatan umum (dengan 5 pertanyaan tentang kesehatan individu) sedangkan domain mental terdiri dari kesehatan mental (dengan 5 pertanyaan tentang perasaan seperti depresi, senang dll), peranan emosi (dengan 3 pertanyaan tentang masalah pekerjaan yang berdampak pada status emosi), fungsi sosial (dengan 2 pertanyaan tentang aktivitas sosial yang berkaitan dengan masalah fisik dan emosi) dan vitalitas (dengan 4 pertanyaan tentang vitalitas yang dirasakan oleh pasien). Uji reliabilitas untuk skor domain fisik dan domain mental adalah 0.80 (Ware, 2000 dalam Loretz, 2005).

#### **2.4 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien PJK**

Berikut ini akan dipaparkan beberapa penelitian terkait dengan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner :

a. Usia

Seiring bertambahnya usia seseorang lebih rentan terhadap penyakit jantung koroner, namun jarang menyebabkan penyakit serius sebelum 40 tahun dan meningkat 5 kali lipat pada usia 40-60 tahun (Price & Wilson, 2006). Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap 172 pasien penyakit jantung koroner, dilaporkan bahwa 33.2% pasien yang berusia > 75 tahun mempunyai kualitas hidup buruk dibandingkan dengan pasien yang berusia lebih muda. Pasien berusia 18-24 tahun, hanya 7.5% yang mempunyai kualitas hidup buruk (Steigelman et al, 2006).

b. Jenis Kelamin

Perempuan mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki. Banyak perempuan bertanggung jawab untuk tugas-tugas rumah tangga dibandingkan dengan laki-laki yang berdampak terhadap pemulihan kesehatan, hal ini sesuai dengan survey dimana wanita lebih banyak memiliki masalah kesehatan setelah infark miokard seperti seringnya nyeri dada dibandingkan dengan laki-laki (Kristofferzon, 2005). Selain itu, perempuan yang berusia kurang dari 60 tahun setelah mengalami serangan jantung memiliki resiko kematian tiga kali lipat lebih tinggi dibandingkan

dengan laki-laki dikarenakan wanita lebih tertutup dan menyangkalnya (Steigelman et al, 2006).

c. Status Pernikahan

Penduduk yang sudah bercerai dengan tingkat kualitas hidup yang rendah, ternyata banyak dibandingkan dengan yang sudah menikah (Survelen Amerika, 2003). Hal ini didukung oleh penelitian kualitas hidup dengan menggunakan kuesioner *SF-36* terhadap 145 laki-laki dan wanita, dilaporkan bahwa laki-laki dan wanita yang sudah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan yang belum menikah atau yang sudah bercerai. Kualitas hidup yang baik pada laki-laki dan wanita yang sudah menikah karena adanya dukungan sosial dari pasangannya (Chan et al, 2005).

d. Pendidikan

Prosentase penduduk dengan pendidikan sekolah menengah ke bawah yang mempunyai kualitas hidup buruk, ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan pendidikan lebih tinggi. Menurut Chan et al (2005) dari 145 pasien penyakit jantung koroner 52% tidak menerima pendidikan formal atau hanya pendidikan dasar, 43% memiliki pendidikan menengah dan 4% sampai kejenjang universitas, tidak ada perbedaan yang bermakna terhadap perubahan kualitas hidup yang dirasakan setelah 6 bulan keluar dari rumah sakit.

e. Penghasilan

Penduduk dengan penghasilan kurang dari US\$ 15.000 pertahun mempunyai kualitas hidup lebih buruk. Sesuai dengan pendapat Panthell & Kritpracha (2011) bahwa pasien dengan sosio ekonomi yang rendah lebih ansietas dibandingkan ekonomi yang lebih tinggi, hal ini akan berdampak pada kualitas hidupnya.

f. Pekerjaan

Seseorang yang tidak mempunyai asuransi kesehatan mempunyai kualitas hidup buruk dibandingkan dengan orang yang mempunyai asuransi kesehatan (Chan et al., 2005).

g. Ansietas

Ansietas merupakan perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang tidak jelas dan gelisah yang penyebabnya tidak diketahui disertai dengan respon otonom dan perasaan khawatir untuk mengatasi masalah (NANDA, 2009). adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi (Stuart dan Laraia (2005), ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik, dialami secara subyektif dan dikomunikasikan secara interpersonal.

Ansietas yang dialami seseorang bersifat subyektif dan tidak sama pada setiap orang. Ansietas terdiri dari 4 (tingkatan) yaitu : ringan, sedang, berat sampai panik (Videbeck, 2008). Peneliti lain Moser & Kathleen (2007) mengatakan bahwa keansietasan selama periode awal IMA dikaitkan dengan terjadinya komplikasi aritmia dan iskemik berikutnya. Pasien dengan keansietasan tinggi dalam 48 jam setelah serangan IMA memiliki 4.9 kali beresiko terjadinya komplikasi.

h. Depresi

Depresi adalah suatu kondisi yang lebih dari suatu keadaan sedih (Verhey, Levy & Schmidt, 2004). Menurut Chung et al. (2009) gejala depresi dan keansietasan adalah masalah psikologis umum yang terjadi pada pasien dan pasangannya. Gejala depresi pada pasien penyakit jantung koroner lebih tinggi dibandingkan dengan penyakit-penyakit kronis lainnya. Pasien dan pasangannya yang memiliki gejala depresi lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien dan pasangannya yang mengalami gejala depresi sedang.

i. Religi

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Steigelman et al., tahun 2006 terhadap 59 wanita yang mengalami penyakit jantung koroner dilaporkan bahwa 49 % wanita mengalami depresi dan terjadi penurunan kesehatan mental, juga dilaporkan bahwa religi memiliki hubungan dengan dukungan keluarga dan teman terdekat ( $r = 0.58$ ), namun tidak ditemukan adanya hubungan antara religi dengan kesehatan mental, depresi dan kepuasan hidup.

j. Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan ketersediaan sumber daya yang memberikan kenyamanan fisik dan psikologis yang didapat lewat pengetahuan bahwa individu tersebut dicintai, diperhatikan, dihargai oleh orang lain dan ia juga merupakan anggota dalam suatu kelompok yang berdasarkan kepentingan bersama (Kristofferzon, 2005). Menurut Cobb, (1976 dalam Dalgard, 2009) mendefinisikan dukungan sosial sebagai kepercayaan yang individu rasakan bahwa dirinya merupakan seseorang yang diperhatikan dan dicintai, dipandang dan dihargai serta merupakan bagian dari jaringan masyarakat.

k. Emosi

Emosi merupakan mekanisme adaptif untuk menghasilkan perilaku spesifik agar dapat mempertahankan kelangsungan hidup. Emosi meliputi sedih, marah, muak, heran, takut, tidak sependapat, senang dan antisipasi (Bowman, Watson, & Beasty, 2006).

l. Koping

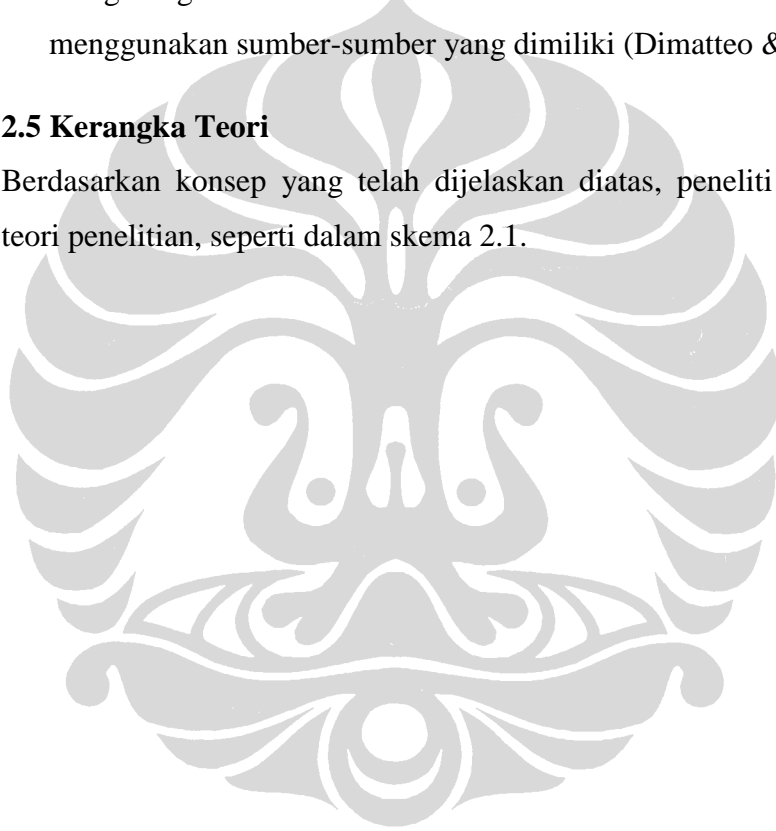
Stress adalah ketidak seimbangan antara kebutuhan lingkungan dengan sumber koping seseorang. Koping merupakan reaksi individu yang digunakan seseorang untuk menghadapi masalahnya yang dihadapinya (Potter & Perry, 2006). Adanya berbagai masalah yang timbul akan menstimulasi individu untuk melakukan mekanisme koping. Menurut Potter & Perry tahun 2006 koping dibagi menjadi 2 katagori yaitu koping positif (konstruktif) dan koping negatif (destruktif). Koping positif adalah koping yang dapat membantu individu menyelesaikan masalah secara efektif dan melakukan aktivitas yang konstruktif seperti distraksi, penyelesaian masalah, restrukturisasi kognitif, pengendalian emosi, berpikir penuh harapan, mengidentifikasi dukungan sosial serta melakukan ibadah. Sedangkan koping negatif adalah koping yang menggunakan perilaku destruktif yang dapat mempengaruhi orientasi realita, kemampuan penyelesaian masalah, kepribadian dan kemampuan untuk menjalankan fungsi dan peran.



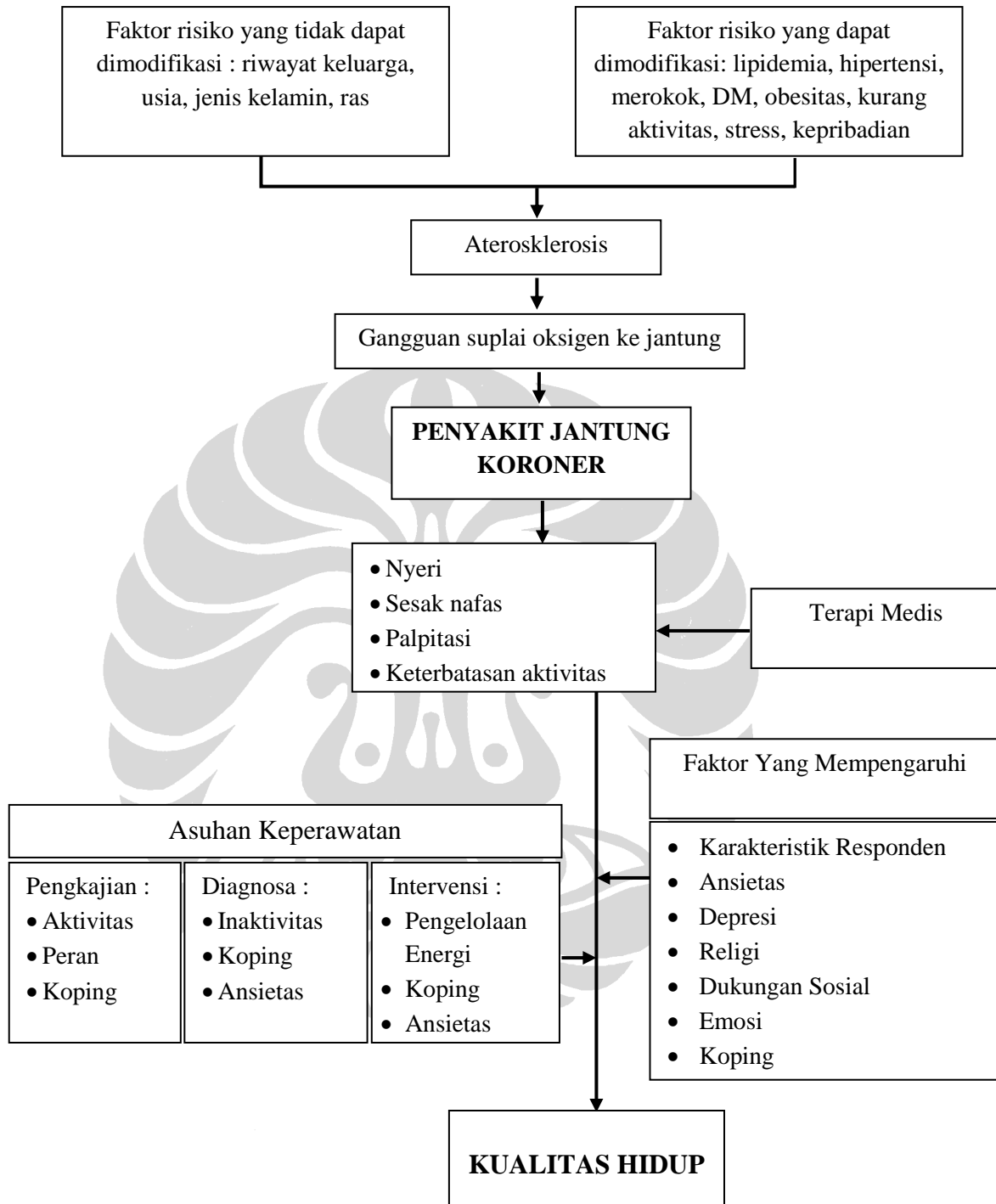
Kristofferzon et al (2004) mengatakan serangan jantung adalah traumatis yang dapat mempengaruhi kesejahteraan untuk jangka waktu yang signifikan, pasien harus mengatasi gejala, pengobatan dan perubahan gaya hidup dengan meningkatkan pengetahuan serta dukungan sosial. Individu yang berada dalam situasi stress akan terus merasakan tekanan atau ketegangan sampai ia melakukan sesuatu untuk mengatasinya. Usaha untuk mengatasi tuntutan dan ancaman itu disebut sebagai koping. Koping merupakan usaha baik dalam bentuk kognitif atau tingkah laku yang bertujuan untuk mengatasi masalah, mengurangi atau meminimalkan tuntutan internal dan eksternal dengan menggunakan sumber-sumber yang dimiliki (Dimatteo & Martin, 2002).

### **2.5 Kerangka Teori**

Berdasarkan konsep yang telah dijelaskan diatas, peneliti menyusun kerangka teori penelitian, seperti dalam skema 2.1.



Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian



(Sumber : NANDA, 2009; Smeltzer & Bare, 2002; Wilkinson, 2007”telah diolah kembali”)

### BAB 3

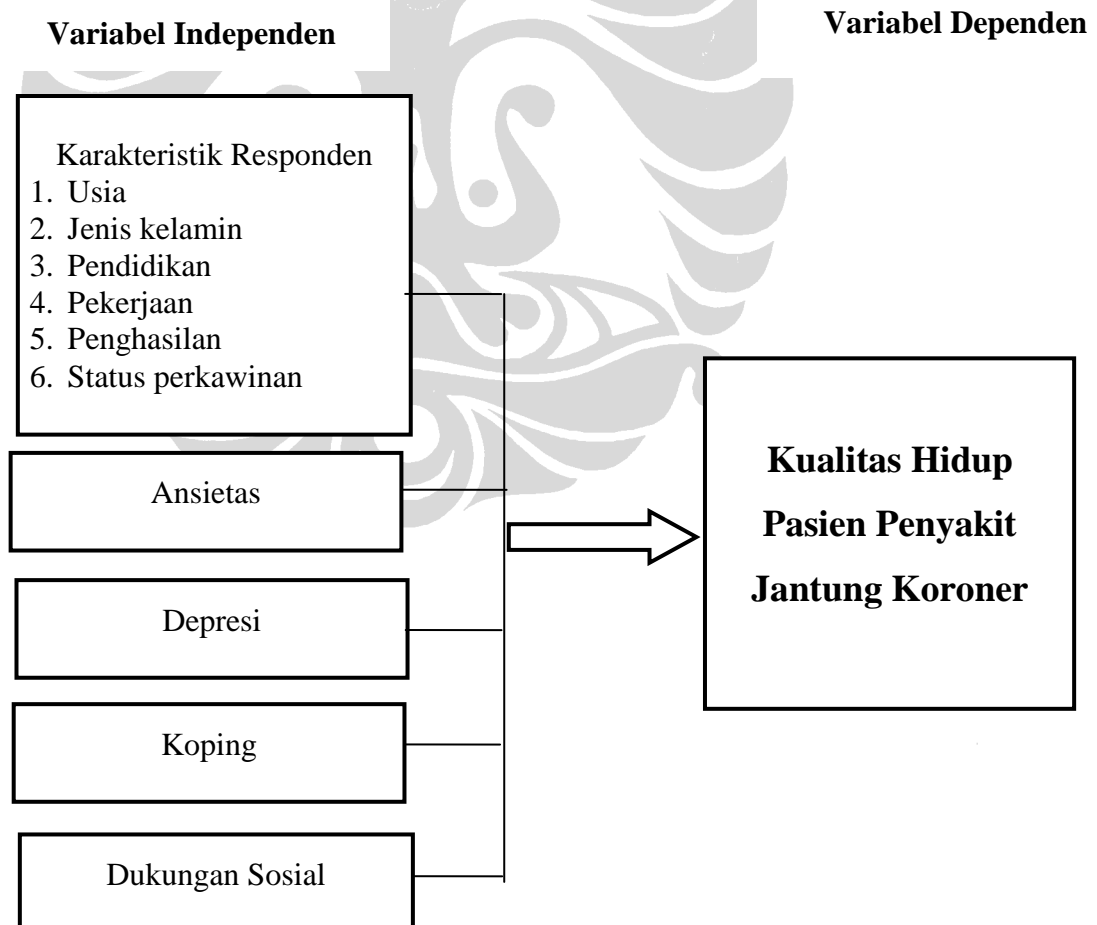
## KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini akan menguraikan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional.

### 3.1 Kerangka Konsep

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner. Variabel dependen atau terikat adalah kualitas hidup. Adapun variabel independennya karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan; ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial. Hubungan antara variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



## **3.2 Hipotesis**

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian. Hipotesis menggambarkan hubungan antara dua atau lebih variabel. Hipotesis yang baik disusun secara sederhana, jelas dan menggambarkan definisi variabel secara konkret (Polit & Hungler, 1999). Rumusan hipotesis mayor dan minor dalam penelitian ini sebagai berikut :

### **3.2.1 Hipotesis Mayor**

Ada hubungan antara karakteristik responden, ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta.

### **3.2.2 Hipotesisi Minor**

- a. Ada hubungan antara karakteristik responden dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner
- b. Ada hubungan antara ansietas dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner
- c. Ada hubungan antara depresi dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner
- d. Ada hubungan antara koping dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner
- e. Ada hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner.

## **3.3 Definisi Operasional**

Pada bagian ini akan diuraikan mengenai definisi operasional masing-masing variabel penelitian. Variabel dependen yaitu kualitas hidup dan variabel independen yaitu karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan penghasilan; ansietas; depresi; koping dan dukungan sosial. Hal ini dapat dilihat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Dependen dan Independen

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Independen</b>					
1.	Karakteristik Responden				
a.	Usia	Jumlah tahun sejak lahir hingga tahun terakhir	Kuesioner karakteristik responden tentang usia dalam tahun	Usia dalam tahun	Interval
b.	Jenis Kelamin	Gender yang dibawa sejak lahir pada pasien yang dibedakan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan.	Kuesioner karakteristik responden tentang jenis kelamin berupa laki-laki atau perempuan	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
c.	Pendidikan	Jenjang formal terakhir yang ditempuh responden	Kuesioner karakteristik responden tentang pendidikan Dinyatakan dengan : 1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. PT	0: Rendah (tidak sekolah, tamat SD, tamat SMP) 1: Tinggi (tamam SMA/ PT/ Akademik)	Ordinal
d.	Pekerjaan	Aktivitas yang dilakukan responden dan mempunyai penghasilan dari aktivitas tersebut	Kuesioner karakteristik responden tentang pekerjaan	0 :Tidak Bekerja 1 : Bekerja	Nominal
e.	Status Perkawinan	Ikatan dari mereka yang terikat perkawinan baik tinggal bersama maupun terpisah	Kuesioner karakteristik responden tentang status perkawinan	1. Menikah 2. Tidak/Belum menikah 3. Janda/duda	Ordinal
f.	Penghasilan	Penghasilan responden berdasarkan	Kuesioner Karakteristik responden	Dinyatakan dengan rupiah	Rasio

Universitas Indonesia

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		jumlah pendapatan responden perbulan	tentang jumlah penghasilan perbulan		
2.	Ansietas	kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya selama sakit PJK yang divisualisasikan dalam rentang 0-100	Menggunakan kuesioner <i>Visual Analog Scale</i> (VAS)	Dinyatakan dalam rentang skor 0-100	Interval
3.	Depresi	Suasana hati yang dialami responden saat ini sebagai respon terhadap PJK yang dialami	Kuesioner depresi telah dimodifikasi dari Ismail berisi 8 pernyataan yang dijawab 1 : Ya 0 : Tidak	Dinyatakan dalam rentang 0-8	Interval
4.	Koping	Mekanisme pertahanan diri responden yang dilakukan dalam menghadapi setiap masalah selama sakit PJK	Kuesioner koping berisi 9 item dengan menggunakan skala Likert	Skor dari item pernyataan dengan rentang 0-27	Interval
5.	Dukungan Sosial	Suatu bentuk dukungan dari pasangan, keluarga, teman dan lingkungan terhadap responden selama sakit PJK	Kuesioner dukungan sosial dimodifikasi oleh Hamdiana sebanyak 10 pernyataan dengan skala Likert : 3: lebih dari biasanya 2: biasa 1: kurang 0: tidak ada	Dinyatakan dalam rentang 0-30	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
	<b>Dependen</b>				
6	Kualitas Hidup	Kualitas hidup merupakan harapan pasien PJK terhadap kehidupan dibandingkan dengan kenyataan yang dihadapinya. yang dilihat secara total dengan menilai 8 dimensi : fungsi fisik, peran fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peran emosi dan kesehatan mental.	Kuisisioner tentang kualitas hidup pasien PJK menggunakan <i>Short-Form-36</i> (SF 36) dimodifikasi Nazir berisi 36 pernyataan dengan penilaian menggunakan skala likert	Dinyatakan dalam rentang nilai dari 0-100	Interval

## **BAB 4**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

Setelah merumuskan tujuan, hipotesis penelitian, teori yang terkait dan kerangka konsep penelitian selanjutnya membuat rancangan pelaksanaan penelitian dengan menguraikan metodologi penelitian yang meliputi : desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji validitas dan reliabilitas prosedur pengumpulan data dan analisa data.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini adalah analitik korelatif dengan menggunakan desain *cross-sectional* yang dapat diartikan bahwa peneliti melakukan pengukuran atau penelitian dalam satu waktu. Secara spesifik penelitian *cross sectional* bertujuan untuk mendeskripsikan fenomena atau hubungan berbagai fenomena atau hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dalam satu waktu atau sesaat (Polit & Hugler, 1999; dalam Sastroasmoro & Ismail, 2010).

Kelebihan metode *cross sectional* adalah desain ini relatif mudah, murah dan hasilnya cepat diperoleh sehingga peneliti tidak perlu menunggu waktu yang lama untuk mengetahui hasil penelitian atau membuat kesimpulan; variabel-variabel lain dapat dikendalikan oleh peneliti karena pelaksanaan penelitian hanya singkat; peneliti hanya mempunyai kemungkinan kecil untuk kehilangan subjek penelitian karena penelitian hanya satu kali pengukuran; dapat dipakai untuk meneliti banyak variabel sekaligus (Arikunto, 2009; Sastroasmoro & Ismail, 2010). Sedangkan kelemahan penelitian ini hanya dilakukan satu kali dalam satu waktu sering memberikan hasil yang ambigu atau kurang mencerminkan kondisi yang sebenarnya karena manusia bersifat dinamis dan dapat berubah sewaktu-waktu. Namun, responden dalam penelitian ini adalah pasien PJK yang sudah lama didiagnosa, sehingga kondisi responden yang yang sewaktu-waktu berubah dapat diabaikan.



Peneliti menggunakan pendekatan *cross sectional* karena penelitian ini bermaksud mengidentifikasi ada tidaknya pengaruh berbagai variabel independen terhadap variabel dependen dalam satu kali pengukuran menggunakan alat kuesioner. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta.

#### 4.2 Populasi dan Sampel

Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro dan Ismail, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien penyakit jantung koroner yang menjalani terapi di Poliklinik jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta.

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro dan Ismail, 2002). Tehnik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan tehnik non probability sampling jenis *consecutive sampling* yaitu semua subyek yang datang ke poliklinik jantung yang memenuhi kriteria inklusi penelitian berlangsung. Kriteria inklusi sampel pada penelitian ini adalah pasien yang didiagnosa penyakit jantung koroner, mampu berkomunikasi dengan baik, dan bersedia terlibat dalam penelitian. Sedangkan kriteria eksklusi penelitian adalah pasien mengalami nyeri dada, sesak, sulit diajak kerjasama.

Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelatif (Dahlan, 2006). Dengan demikian rumusan besar sampel yang digunakan adalah :

$$n = \left\{ \frac{Z\alpha + Z\beta}{0.5 \ln[(1+r)/(1-r)]} \right\}^2 + 3$$

Keterangan :

$Z\alpha$  : Deviat baku alpha (0.05=1.96)

$Z\beta$  : Deviat baku beta (0.10=1.64)

r : korelasi

n : besar sampel

Berdasarkan rumus diatas, merujuk pada penelitian yang dilakukan oleh Baas L. (2004) yang meneliti kualitas hidup pasien setelah miokard infark didapatkan korelasi antara *self care* dan aktivitas ( $r=0.42$ ). Dengan kesalahan tipe 1 sebesar 5%, kesalahan tipe II 10% maka sampel penelitian minimal yang diperlukan adalah :

$$n = \left\{ \frac{Z\alpha + Z\beta}{0.5 \ln[(1+r)/(1-r)]} \right\}^2 + 3$$

$$n = \left\{ \frac{Z\alpha + Z\beta}{0.5 \ln[(1+0.42)/(1-0.42)]} \right\}^2 + 3$$

$$n = 67.5$$

$$n = 68 \text{ orang}$$

Berdasarkan hasil perhitungan diatas, minimal sampel yang dibutuhkan 68 responden. Hasil perhitungan tersebut ditambah 10% untuk mengantisipasi *drop out*, sehingga jumlah responden yang dibutuhkan adalah sebanyak 75 responden. Namun, untuk memenuhi syarat jumlah sampel dalam analisis multivariat yang dianggap memadai berkisar antara 10-50 kali jumlah variabel bebas atau faktor resiko yang diteliti (Sastroasmoro & Ismail, 2020), maka sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 100 orang.

### 4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta. Alasan pemilihan tempat tersebut dikarenakan Rumah Sakit Pelni Jakarta merupakan salah satu rumah sakit rujukan di Jakarta Barat. Disamping itu penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner yang menjalani rawat jalan di Poliklinik Rumah Sakit Pelni belum dilakukan.

### 4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian secara keseluruhan membutuhkan waktu selama enam bulan. Rincian kegiatan dimulai dari penyusunan proposal dan pengurusan ijin

penelitian yang memerlukan waktu kurang lebih tiga bulan. Proses penelitiannya dilakukan dari bulan Mei 2011 sampai Juni 2011.

#### **4.5 Etika Penelitian**

Dalam melaksanakan penelitian, peneliti tetap memperhatikan etika penelitian dengan menghindari resiko-resiko yang mungkin terjadi dan merugikan responden, agar responden tidak menolak dan mau berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini. Responden harus terhindar dari rasa ansietas, takut dan malu karena penyakit yang dideritanya diketahui oleh orang lain. Peneliti berupaya meminimalkan hal-hal tersebut diatas dalam melakukan penelitian dengan memperhatikan aspek etika dan melindungi hak-hak responden sebagai pasien serta berpegang teguh pada prinsip-prinsip penelitian.

Penelitian dilakukan setelah mendapat persetujuan dari institusi dan responden dengan menandatangani *informed consent*. Selama penelitian, beberapa prinsip etik yang ditekankan dalam penelitian menurut Silva (1995, dalam Polit & Beck, 2009) sebagai berikut :

- a. Menghormati otonomi responden untuk ikut serta dalam penelitian dengan menentukan derajat dan lamanya berpartisipasi tanpa menimbulkan dampak negatif
- b. Mencegah atau meminimalkan kerugian dan bahaya yang dapat terjadi serta meningkatkan manfaat untuk seluruh responden
- c. Menghormati kepribadian responden, keluarga dan orang terdekat serta menghargai keanekaragaman mereka
- d. Memastikan bahwa manfaat dan beban dari penelitian dirasakan secara adil dalam pemilihan responden penelitian
- e. Menjaga privasi responden semaksimal mungkin
- f. Menjamin integritas etika dari proses penelitian

#### **4.6 Alat Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari 6 kuesioner, yaitu : kuesioner A, B, C, D, E dan F.

a. Kuesioner A

Kuesioner ini merupakan kuesioner mengenai karakteristik responden yang terdiri dari : usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan penghasilan.

b. Kuesioner B

Kuesioner B merupakan kuesioner untuk menilai ansietas dengan menggunakan *Visual Analog Scale (VAS)*. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Kindler, et al. (2000) dengan membandingkan *Visual Analog Scale (VAS)* dengan *State Anxiety Score of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* pada pasien yang menjalani tindakan operasi, menunjukkan ada hubungan VAS dengan STAI ( $r = 0.66, P < 0.01$ ). Kindler, et al. 2000. Saat pengukuran ansietas pasien diminta untuk menentukan posisi ansietas yang dirasakan pasien dari rentang 0 yaitu tidak ada ansietas sampai 100 yaitu keansietasan dan timbul bayangan buruk. Pengukuran skala ansietas dalam penelitian ini menggunakan *Visual Analog Scale 0-100 mm (VAS)*, karena penggunaannya lebih mudah dan tidak membutuhkan waktu yang lebih lama untuk menilai hasilnya.

c. Kuesioner C

Kuesioner untuk menilai depresi menggunakan kuesioner depresi dari Ismail (2003) yang telah dimodifikasi terdiri dari 8 pernyataan. Sesuai hasil uji validitas dan reliabilitas semua pernyataan dinyatakan valid dan reliable. Nilai skor kuesioner depresi 0-8.

d. Kuesioner D

Kuesioner strategi koping terdiri dari 9 item pernyataan yang dikembangkan peneliti Herwina & Dahlan (2009) dengan nilai  $r$  *alpha cronbach* 0.925 berdasarkan Hill (2004). Skor dari item pernyataan dengan rentang 0-27 dengan ketentuan Tidak menggunakan = 0-6, Jarang menggunakan = 7-13, Sering menggunakan = 14-20 dan Selalu menggunakan = 21-27.

e. Kuesioner E

Untuk menilai dukungan sosial pada pasien PJK peneliti memodifikasi kuesioner dukungan sosial oleh Ismail (2003). Kuesioner berisi 10 pernyataan mengenai dukungan pasangan, keluarga, teman dan lingkungan terhadap

responden selama menjalani pengobatan PJK. Penilaian menggunakan skala likert yaitu : 3 : lebih dari biasanya, 2 : biasa, 1 : kurang dan 0 : tidak ada hubungan. Nilai total berkisar 0-30.

f. Kuesioner F

Kuesioner kualitas hidup yang digunakan adalah kuesioner SF-36 dibuat di Amerika Serikat dan telah diteliti oleh Nazir (2006). Kuesioner ini terdiri dari 36 pernyataan yang terbagi dalam 8 dimensi yaitu dimensi fungsi fisik (10 butir pernyataan), peranan fisik (4 butir), rasa nyeri (2 butir), kesehatan umum (5 butir pernyataan), fungsi sosial (4 butir), peranan emosi (3 butir), vitalitas (2 butir) dan kesehatan mental (5 butir). Nilai SF-36 berkisar 0-100 dengan nilai 100 sebagai kualitas hidup terbaik.

Chan, et al. (2005) menyatakan bahwa kuesioner SF-36 merupakan instrumen untuk mengukur kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner yang sudah diuji validitas dan reliabilitas dengan nilai *Cronbach alpha* 0.71-0.93. Kuesioner SF-36 pernah digunakan oleh Nazir (2006) dalam versi bahasa Indonesia dengan nilai *Chrombach alpha* 0.876. Kuesioner ini juga banyak dipakai pada penelitian kualitas hidup pasien angina, infark miokard dan gagal jantung terdiri dari 36 butir pertanyaan yang terbagi dalam 8 dimensi. Nomor pertanyaan masing-masing dimensi dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Nomer Pertanyaan Berdasarkan 8 Dimensi Kuesioner SF-36

Dimensi	Jumlah Pernyataan	No Pernyataan
Fungsi Fisik	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Peranan Fisik	4	13,14,15,16
Peranan Emosi	3	17,18,19
Vitalitas	4	23,27,29,31
Kesehatan Mental	5	24,25,26,28,30
Fungsi Sosial	2	20,32
Nyeri	2	21,22
Kesehatan Umum	5	1,33,34,35,36

Masing-masing item pertanyaan kuesioner SF-36 memiliki kode dan skor masing-masing. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4.2 Skor Item Pertanyaan Kuesioner SF-36

No Pertanyaan	Kode	Skor
1,2,20,22,34,36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1	0
	2	50
	3	100
13,14,15,16,17,18,19	1	0
	2	100
21,23,26,27,30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24,25,28,29,31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32,33,35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

#### 4.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Kualitas data ditentukan oleh tingkat validitas dan reliabilitas alat ukur. Hal ini sangat tergantung pada alat yang digunakan dalam penelitian, maka alat pengambilan datanya harus memenuhi syarat-syarat sebagai alat ukur yang baik yaitu meliputi reliabilitas (keterandalan) dan validitas (kesahihan) (Suryabrata, 2005).

Validitas adalah ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data, sedangkan realibilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Uji validitas yang digunakan adalah korelasi '*Pearson Product Moment*'. Instrument ini dikatakan valid apabila  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel dan dikatakan tidak valid apabila  $r$

hitung lebih kecil dari  $r$  tabel. Sedangkan uji reliabilitas yang digunakan adalah 'Cronbach Alpha'. Instrumen ini dikatakan reliabel apabila nilai *Cronbach Alpha* lebih dari atau sama dengan 0.6 (Hastono, 2007).

Sebelum kuesioner digunakan, untuk meningkatkan keandalan pengukuran maka dilakukan uji coba kuesioner terhadap 20 responden di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta di waktu yang berbeda dengan penelitian dan memiliki kriteria inklusi yang sama dengan responden yang diteliti. Uji validitas dan reliabilitas yang telah peneliti lakukan pada 20 responden didapatkan kuesioner depresi dengan *Alfa Cronbach* sebesar 0.799 dan  $r$  hitung tiap pertanyaan antara 0.223–0.770, kuesioner koping dengan *Alfa Cronbach* sebesar 0.838 dan  $r$  hitung diantara 0.256–0.765, kuesioner dukungan sosial dengan *Alfa Cronbach* sebesar 0.800 dan  $r$  hitung antara 0.206–0.709, sedangkan kuesioner SF-36 diuji berdasarkan dimensi hasilnya valid dan reliabel dengan *Alfa Cronbach* sebesar 0.841. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas tersebut maka kuesioner ini dianggap layak untuk digunakan dalam penelitian ini.

#### **4.8 Prosedur Pengumpulan Data**

Prosedur pengumpulan data meliputi prosedur administratif dan teknis. Prosedur tersebut sebagai berikut :

##### **4.8.1 Prosedur Administrasi**

Beberapa tahapan prosedur administrasi yang dilakukan peneliti antara lain :

- a. Mendapatkan surat izin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Pelni Jakarta dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- b. Mendapatkan surat keterangan lolos kaji etik dari FIK UI.
- c. Mendapatkan surat izin dan rekomendasi dari Direktur Rumah Sakit Pelni Jakarta.

##### **4.8.2 Prosedur Pelaksanaan**

Selama melakukan penelitian, peneliti melakukan pengambilan data secara mandiri tanpa dibantu asisten peneliti. Adapun langkah-langkah pelaksanaan penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Peneliti menemui kepala instalasi rawat jalan dan menjelaskan maksud tujuan peneliti.

- b. Peneliti melihat daftar pasien yang terdaftar di Poliklinik Jantung untuk mengetahui jumlah pasien yang melakukan terapi.
- c. Peneliti melihat diagnosa medis pasien di buku pendaftaran lalu menentukan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi.
- d. Menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada pasien untuk meminta kesediaan pasien untuk menjadi responden.
- e. Bila pasien bersedia, meminta dengan sukarela kepada responden untuk menandatangani *informed consent*.
- f. Setelah calon responden menyetujui untuk ikut penelitian, peneliti memberikan kuesioner kepada responden dan meminta responden untuk mengisinya secara lengkap sebelum diperiksa dokter atau sesudahnya.
- g. Memberi kesempatan responden bertanya bila dalam melakukan pengisian kuesioner mengalami kesulitan terkait hal teknis.
- h. Setelah kuesioner selesai diisi, peneliti langsung mengecek kembali kelengkapan pengisian kuesioner dan klarifikasi bila ditemukan jawaban yang kurang jelas.
- i. Mengumpulkan hasil pengambilan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisa.

#### **4.9 Pengolahan dan Analisis Data**

Data yang terkumpul, dilakukan pengolahan dan analisis data melalui tahapan sebagai berikut :

##### **4.9.1 Pengolahan Data**

Prosedur pengolahan data yang dilakukan adalah :

- a. Pengecekan Data (*Editing*)  
Data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan pengecekan untuk memastikan kelengkapan, kesesuaian, kejelasan dan kekonsistenan jawaban.
- b. Pemberian Kode (*Coding*)  
*Coding* atau pemberian kode dari data yang diperoleh dilakukan untuk mempercepat *entry* data dan mempermudah pada saat analisis. Saat *entry* data, *coding* dilakukan pada data numerik dan katagorik seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, penghasilan, ansietas,



depresi, koping dan dukungan sosial. Sedangkan untuk mempermudah analisis multivariat data numerik ditransformasi menjadi data katagorik dikotom dengan menggunakan *coding* 0 dan 1.

c. *Processing*

*Processing* dilakukan dengan cara memasukan data dari kuesioner ke program komputer dengan menggunakan salah satu program.

d. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Proses pembersihan data dilakukan dengan mengecek kembali data yang sudah di-*entry*. Pengecekan dilakukan apakah ada data yang hilang (*missing*) dengan melakukan list, mengecek kembali apakah data yang sudah di-*entry* benar atau salah dengan variasi data atau kode yang digunakan serta kekonsistenan data dengan membandingkan dua tabel.

#### 4.9.2 Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat. Berikut ini akan diuraikan langkah analisis yang akan digunakan.

a. Analisis Univariat

Tujuan analisis ini untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Variabel independen yaitu : usia, sosial ekonomi, ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial dan variabel dependen yaitu kualitas hidup yang merupakan data numerik dideskripsikan dengan menggunakan nilai mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal dengan interval kepercayaan 95%. Variabel yang berbentuk katagorik yaitu jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, status perkawinan, disajikan dalam bentuk proporsi.

b. Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk menguji hipotesis pada  $\alpha : 0.05$  yaitu menguji hubungan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik untuk analisa bivariat penelitian ini disajikan dalam tabel 4.3.

Tabel 4.3 Uji Statistik Analisis Bivariat

N0	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
1.	Karakteristik Responden		
a.	Usia (data interval)	Kualitas Hidup (interval)	Uji Korelasi Pearson
b.	Jenis kelamin (data nominal)	Kualitas Hidup (interval)	Uji T Independen
c.	Pendidikan (data ordinal)	Kualitas Hidup (interval)	Uji T Independen
d.	Pekerjaan (data nominal)	Kualitas Hidup (interval)	Uji Anova
e.	Status perkawinan (data nominal)	Kualitas Hidup (interval)	Uji Anova
f.	Penghasilan (data rasio)	Kualitas Hidup (interval)	Uji Korelasi Pearson
2.	Ansietas (data interval)	Kualitas Hidup (interval)	Uji Korelasi Pearson
3.	Depresi (data interval)	Kualitas Hidup (interval)	Uji Korelasi Pearson
4.	Koping (data interval)	Kualitas Hidup (interval)	Uji Korelasi Pearson
5.	Dukungan sosial (data interval)	Kualitas Hidup (interval)	Uji Korelasi Pearson

### c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mempelajari hubungan beberapa variabel atau sub variabel (independen) dengan variabel dependen (Hastono, 2007). Analisis multivariat yang akan digunakan pada penelitian ini adalah analisis regresi linear ganda dengan alasan variabel dependen (kualitas hidup) adalah numerik. Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner. Analisis multivariat dilakukan melalui model prediksi yaitu untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel prediktor (independen) yang terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen (*outcome*) (Hastono, 2007).

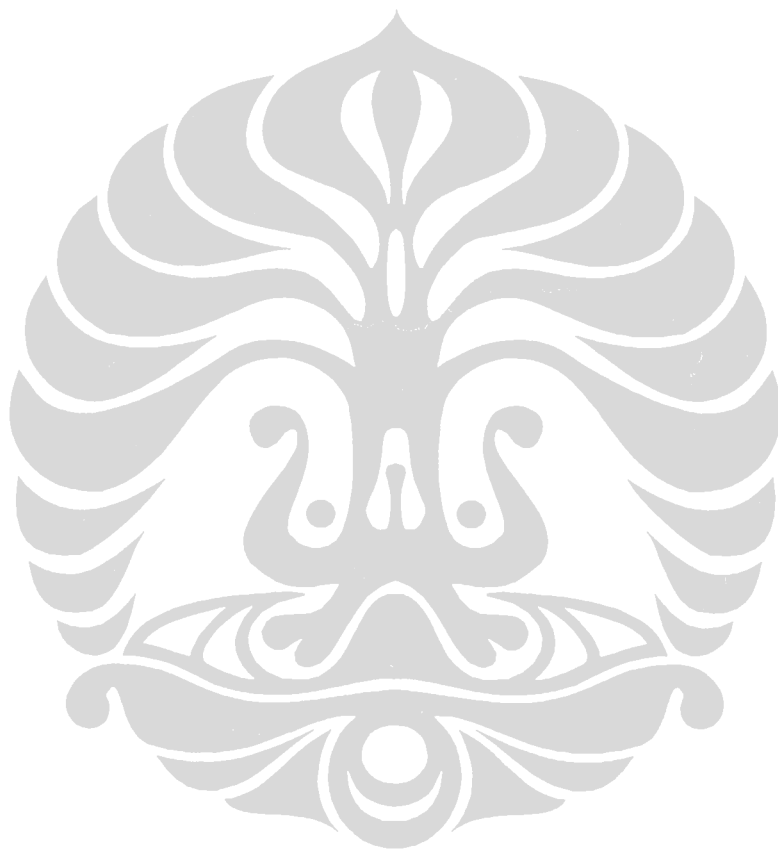
Prosedur pemodelannya adalah sebagai berikut (Hastono, 2007) :

a) Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji variat mempunyai nilai  $p \text{ value} < 0.25$  maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat. Namun, jika  $p \text{ value} > 0.25$  dan variabel tersebut secara substansi penting maka dapat dimasukkan juga pada model multivariat.

### b) Pemodelan Multivariat

Seluruh variabel yang menjadi kandidat multivariat akan dilanjutkan analisis multivariat secara bersama-sama. Variabel yang valid adalah variabel yang mempunyai  $p \text{ value} < 0.05$  dan variabel yang mempunyai  $p \text{ value} > 0.05$  akan dikeluarkan dari model multivariat dimulai dari  $p \text{ value}$

yang paling besar. Hal ini akan dilakukan dengan menggunakan metode *enter*. Saat variabel dikeluarkan dari model terjadi perubahan koefesien  $B > 10\%$  maka variabel tersebut dipertahankan didalam model.



## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menguraikan hasil penelitian tentang analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta. Berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 23 Mei sampai 4 Juni 2011 didapatkan 100 responden yang berumur antara 34-84 tahun. Responden yang dipilih adalah pasien yang datang ke poliklinik jantung dengan diagnosa penyakit jantung koroner yang sesuai dengan kriteria inklusi. Adapun alat ukur yang digunakan adalah kuesioner ansietas, depresi, koping, dukungan sosial dan kualitas hidup SF-36. Pengumpulan data terhadap seluruh responden dilakukan sendiri oleh peneliti. Setelah data terkumpul peneliti melakukan pengelompokan dan analisa data. Hasil penelitian dapat diuraikan sebagai berikut :

### 5.1 Analisis Univariat

Hasil analisis univariat menggambarkan karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi; ansietas, depresi, koping, dukungan sosial dan kualitas hidup.

Tabel 5.1 Distribusi Responden Menurut Usia, Penghasilan, Ansietas, Depresi, Koping, Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Mak	95% CI
Usia	58.74	58.50	11.737	34-84	56.41-61.07
Penghasilan	172.29	150.00	111.37	40-400	150.19-194.31
Ansietas	34.83	30.00	18.775	0-80	31.10-38.56
Depresi	3.04	3.00	2.035	0-8	2.64-3.44
Koping	18.63	19.00	4.341	8-27	17.77-19.49
Dukungan Sosial	17.67	17.00	6.310	0-30	16.42-18.92
Kualitas Hidup	58.60	58.54	18.73	17.92-93-19	54.87-62.32

Tabel 5.1 rerata usia pasien PJK di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta adalah 58.74 tahun dengan standar deviasi 11.737 tahun. Usia termuda 34 tahun dan tertua 84 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata usia responden diantara 56.41-61.07 tahun.

Rata-rata penghasilan responden Rp 172.29 dengan standar deviasi Rp 111.37. Penghasilan terendah adalah Rp 40 dan tertinggi Rp 400. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata penghasilan responden diantara Rp 150.19-194.39.

Keansietasan pasien PJK diukur dengan kuesioner Visual Analog Scale dengan rata-rata keansietasan berada pada skor 34.83 dengan standar deviasi 18.775. Keansietasan terendah berada pada skor 0 dan tertinggi skor 80. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata keansietasan responden diantara 31.10-38.56.

Responden yang mengalami depresi rata-rata berada pada nilai 3.04 dengan standar deviasi 2.035. Depresi terendah adalah 0 dan tertinggi 8. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata depresi responden berada diantara 2.64-3.44.

Rata-rata koping responden adalah 18.63 dengan standar deviasi 4.341. Koping terendah adalah 8 dan tertinggi adalah 27. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata koping pasien PJK berada diantara 17.77-19.49.

Rata-rata dukungan sosial responden adalah 17.67 dengan standar deviasi 6.310. Dukungan sosial terendah adalah 0 dan yang tertinggi adalah 30. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata dukungan sosial pasien PJK diantara 16.42-18.92.

Variabel dependen berupa kualitas hidup dengan menggunakan kuesioner SF-36 diperoleh rata-rata nilai kualitas hidup pasien PJK adalah 58.60 dengan standar deviasi 18.73. Nilai SF-36 terendah adalah 17.92 dan tertinggi 93.19. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata kualitas hidup pasien PJK diantara 54.87-62.32

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Perkawinan di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	56	56.0
	Perempuan	44	44.0
Pendidikan	Tidak Sekolah	1	1.0
	Tamat SD	10	10.0
	Tamat SMP	16	16.0
	Tamat SMA	39	39.0
	Tamat PT	34	34.0
Pekerjaan	Tidak Bekerja/Pensiunan	41	41.0
	Petani/Pedagang/Buruh	6	6.0
	PNS/TNI/POLRI	9	9.0
	Lain-lain/ BUMN/Swasta	44	44.0
Status perkawinan	Menikah	82	82.0
	Tidak menikah	1	1.0
	Duda/Janda	17	17.0

Tabel 5.2 menggambarkan pasien PJK yang datang ke poliklinik jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta, proporsi jenis kelamin laki-laki dan perempuan hampir merata yaitu laki-laki (56%) dan perempuan (44%) dengan tingkat pendidikan SMA (39%), dilihat dari status pekerjaan sebagian besar masih aktif bekerja dan sekitar (82%) berstatus menikah.

## 5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara karakteristik responden, ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial dengan kualitas hidup dianalisis menggunakan korelasi *Pearson*. Sebelum uji korelasi dilakukan uji normalitas terhadap variabel kualitas hidup, usia, penghasilan, ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial dengan menggunakan *Kolmogorov-Smirnov*. Hasil uji normalitas kualitas hidup menunjukkan distribusi data normal ( $p=0.748$ ) sedangkan ansietas dan depresi berdistribusi tidak normal ( $p=0.011$  dan  $p=0.045$ ). meskipun distribusi ansietas dan depresi berdistribusi tidak normal namun variabel kualitas hidup, usia, penghasilan, koping dan dukungan sosial berdistribusi normal sehingga uji korelasi yang digunakan adalah korelasi *Pearson* (Dahlan M.S., 2006).

### 5.2.1 Hubungan antara usia responden, penghasilan, ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial dengan kualitas hidup

Hasil analisis bivariat untuk melihat apakah terdapat hubungan antara usia responden, penghasilan, ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pasien PJK yang datang ke Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta dapat dilihat pada tabel 5.3 sebagai berikut :

Tabel 5.3 Distribusi Nilai Kualitas Hidup Menurut Usia Responden, Penghasilan, Ansietas, Depresi, Koping dan Dukungan Sosial di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Variabel	r	P value
Usia	-0.323	0.001
Penghasilan	0.231	0.021
Ansietas	-0.305	0.002
Depresi	-0.602	0.005
Koping	0.205	0.041
Dukungan sosial	0.139	0.169

Tabel 5.3 diatas menunjukkan bahwa hubungan usia dengan kualitas hidup diperoleh p value =0.001 artinya ada hubungan yang signifikan antara usia pasien PJK dengan kualitas hidup. Nilai korelasi *Pearson* sebesar -0.323 memiliki kekuatan hubungan yang sedang dengan korelasi negatif, artinya bertambah usia atau semakin tua usia maka semakin kurang kualitas hidup.

Pada tabel penghasilan didapatkan nilai p=0.021 yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara penghasilan pasien PJK dengan kualitas hidup. Nilai korelasi *Pearson* sebesar 0.231 menunjukkan hubungan penghasilan dan kualitas hidup memiliki hubungan yang lemah dengan korelasi positif artinya semakin besar penghasilan semakin baik kualitas hidup.

Hasil analisis hubungan ansietas dengan kualitas hidup diperoleh nilai p=0.002 yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara ansietas pasien PJK dengan kualitas. Nilai korelasi *Pearson* sebesar -0.305 menunjukkan hubungan ansietas dengan kualitas hidup memiliki kekuatan hubungan yang sedang dengan korelasi negatif artinya semakin tinggi ansietas maka semakin berkurang kualitas hidup.

Hasil analisis depresi dengan kualitas hidup didapatkan nilai p=0.005 yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara depresi pasien PJK dengan kualitas hidup. Nilai korelasi *Pearson* sebesar -0.602 menunjukkan hubungan

depresi pasien PJK dengan kualitas hidup memiliki hubungan yang kuat dengan korelasi negatif artinya semakin tinggi depresi semakin rendah kualitas hidup.

Hasil analisis koping dengan kualitas hidup diperoleh nilai  $p=0.041$  yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara koping pasien PJK dengan kualitas hidup. Nilai korelasi *Pearson* sebesar 0.205 menunjukkan bahwa hubungan koping dengan kualitas hidup memiliki hubungan yang lemah dengan korelasi positif artinya semakin tinggi koping semakin baik kualitas hidup.

Hubungan analisis dukungan sosial dengan kualitas hidup didapatkan nilai  $p=0.169$  yang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial pasien PJK dengan kualitas. Nilai korelasi *Pearson* sebesar 0.139 menunjukkan hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup memiliki kekuatan hubungan yang lemah dengan korelasi positif artinya semakin tinggi dukungan sosial semakin baik kualitas hidup.

### 5.2.2 Hubungan antara jenis kelamin responden dengan kualitas hidup

Hasil analisis bivariat untuk melihat apakah terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pada pasien PJK yang datang ke Poliklinik Jantung dapat dilihat pada tabel 5.4 sebagai berikut :

Tabel 5.4 Distribusi Nilai Kualitas Hidup Menurut Jenis Kelamin Responden Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Jenis Kelamin	Jumlah	Mean	SD	SE	P value
Laki-laki	56	54.12	18.15	2.43	0.006
Perempuan	44	64.31	18.08	2.73	

Pada tabel 5.4 terlihat bahwa rata-rata kualitas hidup perempuan sebesar 64.31 dengan standar deviasi 18.08, hal ini menunjukkan kualitas hidup perempuan lebih baik dibandingkan dengan laki-laki. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0.006 pada alfa 5%, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien PJK yang datang ke Poliklinik Jantung.



### 5.2.3 Hubungan antara pendidikan responden dengan kualitas hidup

Hasil analisis bivariat untuk melihat apakah terdapat hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup pada pasien PJK yang datang ke Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta pada tabel 5.5. sebagai berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Nilai Kualitas Hidup dengan Pendidikan Responden Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Pendidikan	Jumlah	Mean	SD	SE	P value
Rendah	27	54.22	16.37	3.15	0.156
Tinggi	73	60.23	19.39	2.27	

Tabel 5.5 menggambarkan rata-rata responden yang berpendidikan tinggi memiliki nilai kualitas hidup sebesar 60.23 dengan standar deviasi 19.39, hal ini menunjukkan kualitas hidup pasien PJK yang berpendidikan tinggi lebih baik dibandingkan dengan pasien PJK yang berpendidikan rendah. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0.156 pada alfa 5% maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kualitas hidup pasien PJK.

### 5.2.4 Hubungan antara pekerjaan responden dengan kualitas hidup

Hasil analisis bivariat untuk melihat apakah terdapat hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup pada pasien PJK yang datang ke Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta pada tabel 5.6 sebagai berikut :

Tabel 5.6 Distribusi Nilai Kualitas Hidup dengan Pekerjaan Responden Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Pekerjaan	Jumlah	Mean	SD	SE	P value
Tidak bekerja	41	54.16	19.69	3.08	0.047
Bekerja	59	61.69	17.55	2.28	

Tabel 5.6 diperoleh rata-rata responden yang bekerja memiliki kualitas hidup sebesar 61.69 dengan standar deviasi 17.55, hal ini menunjukkan kualitas hidup pasien PJK yang bekerja lebih baik dibandingkan dengan pasien PJK yang tidak bekerja. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0.047 pada alfa 5% maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan kualitas hidup pasien PJK.

5.2.5 Hubungan antara status perkawinan responden dengan kualitas hidup  
 Hasil analisis bivariat untuk melihat apakah terdapat hubungan antara status perkawinan dengan kualitas hidup pada pasien PJK yang datang ke Poliklinik Jantung Rumah Sakit PelnI Jakarta pada tabel 5.5. sebagai berikut :

Tabel 5.8 Distribusi Nilai Kualitas Hidup dengan Status Perkawinan Responden Di Poliklinik Jantung Rumah Sakit PelnI Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Status Perkawinan	Jumlah	Mean	SD	SE	P value
Tidak ada pasangan	18	58.53	20.60	4.86	0.986
Ada pasangan	82	58.62	18.44	204	

Tabel 5.5 menggambarkan rata-rata kualitas hidup responden yang ada pasangan dan yang tidak ada pasangan hampir merata yaitu ada pasangan 58.62 dengan standar deviasi 18.44 dan yang tidak ada pasangan 58.53 dengan standar deviasi 20.60. Hasil uji statistik didapatkan nilai *p value* 0.986 pada alpa 5% maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status perkawinan dengan kualitas hidup pasien PJK.

### 5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah regresi linier ganda. Tujuan penggunaan analisis ini untuk mengestimasi secara valid hubungan satu variabel independen dengan variabel dependen, yaitu variabel independen pada penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan, ansietas, depresi, koping, dan dukungan sosial sedangkan variabel dependennya adalah kualitas hidup. Analisis multivariat tersebut sebagai berikut :

#### 5.3.1 Pemilihan Kandidat Multivariat

Pemilihan kandidat diawali dengan melakukan analisis bivariat dengan uji korelasi, T Independen dan ANOVA. Berdasarkan hasil uji normalitas yang berdistribusi normal yaitu kualitas hidup (*p value* =0.748), usia (*p value* =0.164), penghasilan (*p value* =0.091), koping (*p value* =0.149) dan dukungan sosial (*p value* =0.601) sedangkan yang berdistribusi tidak normal adalah ansietas (*p value* =0.011) dan depresi (*p value* =0.045) meskipun ada yang berdistribusi tidak normal tetapi uji korelasi yang digunakan tetap uji korelasi *Pearson* karena

menurut Dahlan M.S. (2006) bila salah satu variabel yang diuji sudah berdistribusi normal dapat dilakukan uji korelasi *Pearson*. Sedangkan jenis kelamin dan pendidikan dianalisis dengan uji T independen. Pekerjaan dan status perkawinan yang rencananya akan dianalisis dengan uji ANOVA dianalisis dengan uji T independen karena pekerjaan dan status perkawinan dikategorikan lagi menjadi dua kategori. Hasil pemilihan variabel kandidat multivariat dapat dilihat pada tabel 5.9 dibawah ini :

Tabel 5.9 Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Variabel	P value
Usia	0.001*
Jenis Kelamin	0.006*
Pendidikan	0.156*
Pekerjaan	0.047*
Penghasilan	0.021*
Status Perkawinan	0.986*
Ansietas	0.002*
Depresi	0.0005*
Koping	0.041*
Dukungan Sosial	0.169*

\* Kandidat yang masuk ke tahap selanjutnya

Masing-masing variabel independen dilakukan analisis bivariat dengan variabel dependen dengan menggunakan uji regresi liner ganda, bila menghasilkan p value < 0.25 maka variabel tersebut dapat masuk dalam tahap multivariat, tetapi jika dihasilkan p value > 0.25 namun secara substansi penting dan tidak ditemukan adanya kolinearitas jika nilai  $r > 0.80$  maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Berdasarkan tabel 5.9 diatas semua variabel memenuhi syarat untuk analisis multivariat, meskipun status perkawinan diperoleh p value =0.986 sehingga tidak memenuhi syarat untuk pemodelan multivariat, namun karena secara substansi status perkawinan merupakan faktor yang sangat penting maka variabel ini tetap dimasukkan dalam pemodelan multivariat. Tahap selanjutnya membuat *dummy* variabel untuk jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan kemudian melakukan uji korelasi untuk menentukan apakah ada kolinearitas antar variabel bila nilai  $r > 0.80$ . Hasil uji korelasi diperoleh nilai  $r$  antara 0.051 dan 0.444 sehingga tidak ada kolinearitas antara variabel.

### 5.3.2 Pemodelan Multivariat

Dalam pemodelan ini semua variabel kandidat diujicobakan secara bersama-sama dengan menggunakan uji regresi linier ganda. Variabel yang dianggap valid adalah variabel yang memiliki  $p \text{ value} < 0.005$  dan  $p \text{ value} > 0.005$  dikeluarkan dari model. Hasil analisis multivariat faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dijelaskan sebagai berikut :

Pemodelan Multivariat Pengaruh Variabel Independen terhadap kualitas hidup pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta.

Pemodelan awal multivariat pengaruh faktor-faktor independen terhadap kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10 *Model Summary* Analisis Multivariat Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Perkawinan, Ansietas, Depresi, Koping dan Dukungan sosial terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of the Estimation
1	0.708	0.502	0.446	13.949

Berdasarkan tabel 5.10 diperoleh *R Square* 0.502 artinya dari kesepuluh variabel independen mempunyai persamaan garis yang cukup baik untuk menjelaskan variabel kualitas hidup sebesar 50.2% sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Hasil uji ANOVA mempunyai  $p \text{ value} > 0.005$  yang berarti bahwa persamaan yang diperoleh layak untuk dibaca. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11 Hasil Uji Anova Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Perkawinan, Ansietas, Depresi, Koping dan Dukungan sosial terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Model	Sum of Square	df	Mean Square	F	P value
1 Regression	17427.699	10	1742.770	8.957	0.0005
Residual	17317.416	89	194.578		
Total	34745.115	99			

Hasil uji statistik diperoleh  $p \text{ value} 0.0005$  yang berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan sudah signifikan. Hasil pemodelan awal analisis multivariat usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status perkawinan, ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta dapat dilihat pada tabel 5.12

Tabel 5.12 Pemodelan Awal Multivariat Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Perkawinan, Ansietas, Depresi, Koping dan Dukungan sosial terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Model 1	Unstandardized		Standardized	t	P value
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std Error	Beta		
Konstanta	78.416	16.801		4.667	0.0005
Usia	-0.228	0.164	-0.143	-1.392	0.167
Jenis kelamin	5.197	3.347	0.138	1.553	0.124
Pendidikan	2.316	3.241	0.055	0.715	0.477
Pekerjaan	-0.210	3.666	-0.006	-0.057	0.954
Penghasilan	3.03E	0.0005	0.198	1.946	0.055
Status perkawinan	2.171	4.448	0.045	0.488	0.627
Ansietas	-0.100	0.087	-0.100	-1.143	0.256
Depresi	-4.772	0.770	-0.518	-6.194	0.0005
Koping	-0.100	0.377	-0.023	-0.264	0.793
Dukungan sosial	0.162	0.279	0.055	0.580	0.564

Berdasarkan tabel 5.12 diatas variabel yang memiliki p value > 0.05 dikeluarkan dari model. Hasil analisis terlihat variabel pekerjaan mempunyai nilai yang paling besar dengan p value 0.954 sehingga variabel pekerjaan dikeluarkan dari pemodelan. Selanjutnya masuk ke dalam pemodelan dengan cara mengeluarkan variabel pekerjaan.

Setelah variabel pekerjaan dikeluarkan dari pemodelan. Dari hasil analisis multivariate diperoleh variabel koping mempunyai nilai yang paling besar p value=0.954 artinya variabel koping dikeluarkan dari pemodelan. Dari hasil analisis model yang ketiga variabel status perkawinan mempunyai nilai yang paling besar p value=0.612 jadi variabel ini juga dikeluarkan dari pemodelan.

Hasil analisis multivariat pemodelan keempat didapatkan variabel pendidikan sebesar p value =0.487 artinya variabel pendidikan juga dikeluarkan dari pemodelan. Pada pemodelan kelima didapatkan variabel dukungan sosial mempunyai nilai yang paling besar p value=0.445 jadi seperti pemodelan sebelumnya karena p value > 0.005 maka variabel dukungan sosial dikeluarkan.

Dari hasil analisis model yang keenam variabel ansietas mempunyai nilai yang paling besar p value=0.313 jadi variabel ini juga dikeluarkan dari pemodelan.

Hasil analisis multivariat pemodelan ketujuh didapatkan variabel pendidikan sebesar p value =0.171 artinya variabel pendidikan juga dikeluarkan dari pemodelan. Dan hasil analisis multivariat kedelapan diperoleh nilai variabel umur

p value = 0.010, penghasilan p value = 0.015 dan depresi p value = 0.0005 jadi tidak ada nilai p value > 0.005 yang ada semua variabel menunjukkan nilai yang signifikan sehingga pemodelan dihentikan. Jadi faktor yang paling dominan mempengaruhi kualitas hidup pasien PJK berdasarkan hasil analisis multivariat adalah variabel usia, penghasilan dan depresi, artinya usia, penghasilan dan depresi mempunyai hubungan yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13 Model Summary Analisis Multivariat Usia, Penghasilan dan Depresi, terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std Error of the Estimation
1	0.691	0.478	0.462	13.743

Berdasarkan tabel diatas diperoleh nilai R Square 0.478 artinya ketiga variabel independen menjelaskan variabel kualitas hidup sebesar 47.8% sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain yang tidak diteliti. Hasil uji ANOVA mempunyai p value < 0.05 yang berarti persamaan diperoleh layak untuk dibaca. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14 Hasil Uji Anova Usia, Penghasilan dan Depresi terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Model	Sum of Square	df	Mean Square	F	P value
1 Regression	16613.075	3	5537.692	29.319	0.0005
Residual	18132.040	96	188.875		
Total	34745.115	99			

Hasil uji ANOVA diperoleh p value 0.0005 yang berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan sudah signifikan. Dari hasil analisis multivariat terlihat bahwa variabel yang paling besar pengaruhnya terhadap kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner adalah usia, penghasilan dan depresi dapat dilihat pada tabel 5.15.

Tabel 5.15 Pemodelan Akhir Multivariat Usia, Penghasilan dan Depresi terhadap Kualitas Hidup Pasien PJK di RS Pelni Jakarta Mei-Juni 2011 (n=100)

Model 1	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	t	P value
	<i>B</i>	<i>Std Error</i>	<i>Beta</i>		
	Konstanta	89.379	8.817		
Usia	-0.336	0.128	-0.210	-2.625	0.010
Penghasilan	3.05E-006	0.0005	0.199	2.485	0.015
Depresi	-5.265	0.682	-0.572	-7.722	0.0005

Berdasarkan hasil analisis multivariate dapat disimpulkan bahwa usia, penghasilan dan depresi merupakan faktor yang paling mempengaruhi terhadap kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner. Dari ketiga faktor yang paling mempengaruhi kualitas hidup adalah depresi.



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini menguraikan tentang makna hasil penelitian yang dikaitkan dengan tujuan penelitian. Pembahasan mencakup penjelasan hasil analisis dari variabel-variabel yang diteliti pada penelitian ini. Selain itu pada pembahasan ini juga dijelaskan juga tentang keterbatasan penelitian yang telah dilaksanakan serta implikasi hasil penelitian untuk keperawatan.

#### **6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

Interpretasi dan diskusi hasil penelitian meliputi gambaran karakteristik responden, ansietas, depresi, koping, dukungan sosial dan kualitas hidup; hubungan ansietas dengan kualitas hidup; hubungan depresi dengan kualitas hidup; hubungan koping dengan kualitas hidup; hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup.

Kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner pada penelitian ini memiliki rata-rata nilai 58.60 yang menunjukkan bahwa pasien memiliki kualitas hidup yang baik. Kualitas hidup ini dikategorikan berdasarkan *cut of point* yang dinilai menggunakan SF-36. Pada penelitian ini dari 8 dimensi kualitas hidup, dimensi yang memiliki hubungan yang kuat dengan kualitas hidup adalah dimensi fisik ( $r=0.860$ ;  $p=0.0005$ ), peranan fisik ( $r=0.784$ ;  $p=0.0005$ ), nyeri ( $r=0.717$ ;  $p=0.0005$ ) dan emosi ( $r=0.686$ ;  $p=0.0005$ ). Fungsi sosial memiliki hubungan sedang, sedangkan kesehatan mental, kesehatan umum dan vitalitas tidak memiliki hubungan/hubungan lemah dengan kualitas hidup.

Kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti fisik, sosial, spiritual (Bagheri, Memarian, & Alhani, 2005), Budaya (Chau, Chau & Chang, 2005), lingkungan (Panthee & Kritpracha, 2011) dan kesehatan mental (Steigelman et al, 2005). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada penelitian ini adalah karakteristik responden, ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial. Interpretasi dan diskusi hasil penelitian yang meliputi hubungan karakteristik



responden, ansietas, depresi, coping dan dukungan sosial dengan kualitas hidup sebagai berikut :

### **6.1.1 Hubungan karakteristik responden dengan kualitas hidup pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta**

Karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan status perkawinan yang diinterpretasikan sebagai berikut :

#### **a. Usia**

Rerata usia pasien PJK di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni adalah 58.74 tahun dengan standar deviasi 11.737 tahun. Usia termuda 34 tahun dan tertua 84 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa usia pasien penyakit jantung koroner berada pada rentang usia dewasa muda dan dewasa akhir. Rentang usia tersebut merupakan rentang usia berisiko mengalami berbagai penyakit termasuk penyakit jantung koroner.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Chan, Chau dan Chang (2005) bahwa rerata pasien penyakit jantung koroner adalah 62.72 tahun dengan usia termuda 33 tahun dan tertua 87 tahun. Penelitian lain yang dilakukan oleh Baas (2004) terhadap 84 pasien penyakit jantung koroner yang berusia 36-81 tahun melaporkan bahwa rerata pasien penyakit jantung koroner sekitar 61.11 tahun. Penelitian lain yang dilakukan oleh Steigelman (2006) menyebutkan bahwa pasien penyakit jantung koroner berada pada rentang usia 36 - 64 tahun.

Merujuk pada hasil penelitian di atas penyakit jantung koroner banyak ditemukan pada pasien usia yang lebih tua, namun penyakit jantung koroner cenderung terjadi pada usia muda yang masih produktif seperti yang dialami responden termuda dalam penelitian ini yang berusia 34 tahun. Hal ini disebabkan riwayat hipertensi dan merokok kurang lebih 15 tahun dan pasien mengalami hipertensi sejak usia 16 tahun. Hipertensi dan merokok merupakan faktor risiko utama penyakit jantung koroner. Hipertensi merupakan faktor risiko yang membahayakan karena biasanya

tidak menunjukkan gejala sampai hipertensi telah mencapai tahap lanjut. Hipertensi yang terus menerus menyebabkan penurunan aliran darah yang menuju ke jantung, kondisi ini dapat memperberat kerja jantung (Smeltzer & Bare, 2002).

Hasil analisis lebih lanjut hubungan usia dengan kualitas hidup diperoleh *p value* =0.001 artinya ada hubungan yang signifikan antara usia pasien PJK dengan kualitas hidup. Dari hasil tersebut terlihat bahwa semakin tua seseorang maka kualitas hidup semakin menurun, hal ini disebabkan adanya perubahan aliran darah sebagai akibat penyempitan lumen arteri dan penyumbatan aliran darah ke jantung. Sumbatan aliran darah berlangsung progresif dan suplai darah yang tidak adekuat (iskemia) yang timbulkan akan membuat sel-sel otot kekurangan komponen darah yang dibutuhkan untuk hidup (Smeltzer & Bare, 2002).

Hasil analisis lebih lanjut didapatkan nilai korelasi *Pearson* sebesar -0.323 memiliki kekuatan hubungan yang sedang dengan korelasi negatif, artinya semakin bertambah usia maka kualitas hidup semakin menurun. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kristofferzon (2005) yang melaporkan bahwa ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup, semakin bertambah usia maka kualitas hidup semakin menurun. Menurut peneliti, hal ini terjadi akibat penurunan fungsi fisiologis yang terjadi seiring dengan bertambahnya usia. Penurunan fungsi fisiologis ini menyebabkan seseorang mengalami hambatan dalam setiap upaya untuk meningkatkan gaya hidup dan meningkatkan kualitas kesehatan yang berhubungan dengan kehidupan pasien.

#### b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin terbanyak dalam penelitian ini adalah laki-laki dengan jumlah 56%. Hal ini terjadi karena secara umum proporsi laki-laki yang mengalami penyakit jantung koroner lebih banyak dibandingkan perempuan dan laki-laki memiliki resiko lebih tinggi mengalami penyakit jantung koroner. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Chung et al (2009) dilaporkan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah 43 orang (74%). Sedangkan penelitian

yang dilakukan terhadap 171 pasien penyakit jantung koroner, 97 orang berjenis kelamin laki-laki dan 74 orang berjenis kelamin perempuan (Kristofferzon, et al, 2005).

Data tersebut menunjukkan bahwa laki-laki memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan perempuan, kecuali perempuan yang berusia 45-54 tahun memiliki 4 kali lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Perempuan premenopause yang mengkonsumsi kontrasepsi oral juga meningkat risiko mengalami penyakit jantung koroner.

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup sebesar p value 0.0006. namun kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan ada perbedaan dimana rata-rata kualitas hidup laki-laki sebesar 54.12 dan kualitas hidup perempuan 64.31. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Panthee & Kritpracha (2011) bahwa perempuan dengan penyakit jantung koroner memiliki kualitas hidup secara signifikan lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki meskipun usia hampir sama. Hasil analisis multivariat menunjukkan ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup juga.

#### c. Pendidikan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan responden lebih banyak pada tingkat pendidikan SMA sebanyak 39% disusul pendidikan Perguruan Tinggi sebanyak 34% dan sisanya berpendidikan rendah. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Chan, Chau dan Chang (2005) dari 325 pasien penyakit jantung koroner, 53% hanya pendidikan dasar, 43% pendidikan menengah dan 4% Perguruan tinggi.

Meskipun tingkat pendidikan bukan merupakan faktor resiko penyakit jantung koroner namun tingkat pendidikan dan pengetahuan mempengaruhi perilaku terhadap kesehatan. Semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan akan mempengaruhi seseorang dalam menjalankan pola hidup yang sehat.

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup. Meskipun secara statistik tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup namun rerata kualitas hidup responden yang berpendidikan tinggi lebih tinggi (60.23) dibandingkan dengan pendidikan rendah (54.22). Menurut pendapat Azwar S., (1995) yang menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka ia akan cenderung untuk berperilaku positif karena pendidikan yang diperoleh dapat meletakkan dasar-dasar dalam diri seseorang.

#### d. Pekerjaan

Status pekerjaan dalam penelitian ini meliputi tidak bekerja/pensiunan, petani/pedagang/buruh, PNS/TNI/POLRI dan lain-lain/BUMN/swasta. Berdasarkan hasil univariat menggambarkan proporsi pasien PJK pada masing-masing status pekerjaan lebih banyak bekerja di BUMN/swasta sebesar 44% dan tidak bekerja/pensiunan sebesar 41%. Hal ini disebabkan tempat penelitian merupakan rumah sakit rujukan untuk karyawan BUMN dan swasta.

Berdasarkan proporsi pekerjaan, sebagian besar responden (61.69) bekerja dan selebihnya tidak bekerja. Proporsi responden lebih banyak yang bekerja sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kyungh, 2002 melaporkan dari 421 pasien terdapat 45.4% pekerja, 31.2% tidak bekerja. Rerata usia responden yang tidak bekerja berada pada rentang usia yang berisiko mengalami penyakit jantung koroner.

Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak ada hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup, begitupun hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pekerjaan merupakan variabel yang tidak berkontribusi terhadap kualitas hidup. Tidak adanya perbedaan kualitas hidup antara pasien yang bekerja dengan tidak bekerja disebabkan oleh dampak dari penyakit yang ditimbulkan dalam mempengaruhi aktivitas dimana penyakit jantung koroner fungsi fisiologis jantung sudah mengalami penurunan.

e. Penghasilan

Dilihat dari pekerjaan yang dilakukan sebanyak 59% responden yang bekerja maupun yang pensiunan rerata penghasilan sebesar Rp 1.722.920. Rerata penghasilan ini jauh lebih tinggi dari Upah Minimum Provinsi (UMP) DKI Jakarta tahun 2011 yaitu Rp 1.290.000 (Mitra Kerja, 2011). Hal ini juga mempengaruhi rerata kualitas hidup yang baik .

Hasil analisis lebih lanjut pada penghasilan didapatkan nilai  $p=0.021$  yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara penghasilan pasien PJK dengan kualitas hidup. Nilai korelasi *Pearson* sebesar 0.231 menunjukkan hubungan penghasilan dan kualitas hidup memiliki hubungan yang lemah dengan korelasi positif artinya semakin besar penghasilan maka kualitas hidup semakin baik. Hal ini sejalan dengan pendapat Panthee & Kritpracha (2011) bahwa pasien dengan sosio ekonomi yang rendah lebih ansietas dibandingkan ekonomi yang lebih tinggi hal tersebut akan berdampak pada kualitas hidupnya.

f. Status Perkawinan

Dilihat dari status perkawinan sebagian besar pasien masih memiliki pasangan hidup sebesar 82% dan yang tidak berpasangan sebesar 18%, karena pasangan merupakan support system yang baik dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Hal serupakan dilaporkan oleh Chan, Chau & Chang (2005) melaporkan sebanyak 115 responden 80% peserta menikah sedangkan 13% janda. Peneliti lain Panthee & Kritpracha (2011) para pasien yang tidak mempunyai pasangan ditemukan lebih ansietas dibandingkan dengan pasien yang mempunyai pasangan.

Meskipun status perkawinan bukan merupakan faktor resiko terjadinya terjadinya penyakit jantung koroner namun status perkawinan merupakan salah satu dukungan sosial terhadap pasien sehingga dengan adanya pasangan hidup dapat memberikan dukungan kepada pasangan untuk menjalankan perilaku yang sehat dan positif.

### **6.1.2 Hubungan ansietas dengan kualitas hidup pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta**

Hasil analisis univariat tergambar bahwa rata-rata ansietas pasien PJK sebesar 34.83 dengan standar deviasi 18.775. Ansietas merupakan salah satu faktor resiko penyebab penyakit jantung koroner (Smeltzer & Bare, 2002). Hal ini sesuai dengan pendapat Bagheri, Memarian & Alhani (2005) yang menyatakan mengurangi kegiatan mengarah ke *deconditioning* fisik sering menghasilkan kelelahan dan lebih banyak waktu untuk memikirkan gejala atau sensasi tubuh, karena hal tersebut menimbulkan ansietas lebih lanjut. Peneliti lain menyatakan Pasien yang berada pada ansietas tinggi akan mungkin mengalami komplikasi 1.8 kali lebih mungkin dibandingkan dengan mereka yang berada pada keansietasan rendah (kyungeh, 2002).

Ansietas yang dialami akan mengaktifasi system saraf simpatik sehingga menyebabkan perubahan fisiologis yang dapat mengakibatkan iskiemik lebih luas sehingga memperberat kondisi pasien (Moser & Dracup, 2007). Beberapa penelitian mengatakan bahwa ansietas menunjukkan hubungan yang negatif dengan kualitas hidup dan gejala ansietas dapat memprediksi perkembangan keterbatasan fungsional dimasa depan serta dapat mengakibatkan hubungan sebab akibat antara gejala keansietasan dengan cacat fungsional. Ansietas yang dialami dapat mempengaruhi fungsi fisik dan emosional sehingga pasien yang mengalami ansietas dapat mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas perawatan diri, tidak dapat memahami informasi tentang perubahan gaya hidup serta mengalami kesulitan mengikuti program pengobatan, aktivitas dan diet (Panthee & Kritpracha, 2011).

Aktivitas yang dilakukan untuk menurunkan ansietas pasien adalah kaji dan dokumentasikan tingkat ansietas pasien, kaji teknik yang telah dimiliki dan belum dimiliki untuk mengurangi ansietas, anjurkan pasien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaan, bantu pasien untuk mengidentifikasi situasi yang mencetuskan ansietas (Wilkinson, 2007). Tindakan lain yang dapat dilakukan untuk mengurangi ansietas adalah dengan memberikan dukungan sosial, relaksasi dan terapi musik (Moser & Dracup, 2007). Peneliti lain Panthee & Kritpracha (2011) menyatakan penting

integrasi masalah-masalah emosional dalam pengelolaan pasien dengan penyakit jantung koroner dengan melakukan pengkajian ansietas sebagai bagian dari perawatan rutin pasien PJK.

### **6.1.3 Hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta**

Responden yang mengalami depresi rata-rata berada pada nilai 3.04 dengan standar deviasi 2.035. Hal ini sesuai dengan pendapat Chung et al (2009) menyatakan gejala depresi pada pasien penyakit jantung koroner lebih banyak dibandingkan dengan penyakit kronis lainnya. Peneliti lain menyatakan gejala depresi sangat terkait dengan fungsi peran, fungsi sosial dan kesehatan mental (Verhey, Levy & Schmiddt, 2004).

Hasil analisis lebih lanjut hubungan depresi dengan kualitas hidup didapatkan nilai  $p=0.005$  yang menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara depresi pasien PJK dengan kualitas hidup dengan kekuatan hubungan yang kuat dengan arah hubungan negatif. Hal ini sejalan dengan penelitian Chung et al (2005) bahwa depresi mempengaruhi kehidupan dan depresi yang lebih tinggi akan menunjukkan kualitas hidup yang lebih buruk. Penelitian lain mengatakan depresi menghambatan aktivitas perawatan dan pasien dengan depresi lanjut sering tidak mengikuti terapi dan aktivitas sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup (Panthee & Kritpracha, 2011).

Pada penelitian ini, gejala depresi yang dirasakan atau dialami pasien adalah perasaan sedih, rasa lelah yang berlebihan setelah aktivitas rutin yang biasa, hilang minat dan semangat, malas keluar rumah, tidak nafsu makan, malas melakukan aktivitas sehari-hari. Adanya gejala tersebut menyebabkan perubahan kebiasaan hidup yang biasa dilakukan, bila hal ini terus berlangsung akan mengakibatkan penurunan kualitas hidup.

Pasien yang mengalami depresi memiliki resiko tiga kali lebih besar untuk dirawat kembali dan beresiko dua kali lebih besar mengalami kematian dibandingkan dengan pasien tanpa gejala depresi (Chung et al, 2009). Berdasarkan hal ini maka perlu dilakukan intervensi keperawatan untuk mengatasi gejala tersebut diantaranya

libatkan pasangan dan keluarga dan ikut dalam grup terapi konseling untuk yang mengalami penyakit jantung koroner. Dilaporkan bahwa program konseling pada pasien penyakit jantung koroner dapat meningkatkan kualitas hidup pada seluruh dimensi baik fisik, emosi dan sosial. Selain itu peningkatan kualitas hidup pada pasien PJK akan meningkatkan kualitas hidup keluarga mereka dan meningkatkan aktivitas fisik, emosi dan sosial keluarga (Bagheri, Memarian & Alhani, 2005).

Hasil analisis multivariat menunjukkan dari ketiga variabel yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu usia, penghasilan dan depresi ternyata depresilah faktor yang paling mempengaruhi kualitas hidup.

#### **6.1.4 Hubungan koping dengan kualitas hidup pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta**

Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata nilai koping pasien PJK adalah 18.63 yang berarti bahwa pasien PJK mempunyai mekanisme koping yang baik. Meskipun rata-rata mekanisme koping baik masih ditemukan responden yang memiliki mekanisme yang kurang dari konstanta dengan nilai koping 8. Hal ini disebabkan oleh perbedaan cara yang dilakukan oleh individu dalam menyelesaikan masalah dan menyesuaikan diri terhadap perubahan.

Faktor yang menentukan strategi koping yang biasa digunakan oleh individu adalah *problem solving focused coping* dimana individu secara aktif mencari penyelesaian masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stress dan *emotion focus coping* dimana individu melibatkan usaha-usaha untuk mengatur emosi dan menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi yang penuh tekanan. Strategi koping yang dipilih tergantung kepada kepribadian seseorang dan seberapa besar tingkat stress yang dialami (Ahyarwahyudi, 2010).

Penelitian ini menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara koping pasien PJK dengan kualitas hidup, dengan korelasi positif yang berarti semakin baik mekanisme koping maka kualitas hidup semakin baik. Hal ini sejalan dengan Brink dan Karlson (2005) bahwa koping berkorelasi positif terhadap kualitas hidup terlihat



dari waktu ke waktu pasien mengalami perbaikan hidup dengan koping yang konstruktif. Mekanisme koping konstruktif yang berhasil maka seseorang dapat beradaptasi dengan masalah dan perubahan yang dialami.

Untuk meningkatkan mekanisme koping dibutuhkan dukungan keluarga dalam memberikan dukungan emosi dan saran-saran mengenai strategi alternative yang didasarkan pada pengalaman sebelumnya dan mengajak orang lain berfokus pada aspek-aspek yang lebih positif (Niven, 2002). Selain dukungan keluarga ada upaya lain yang dilakukan untuk mengembangkan koping dengan aktivitas seperti memberikan informasi terkait diagnosis, pengobatan, dan perawatan; identifikasi pandangan pasien terhadap kondisinya; evaluasi kemampuan pasien dalam mengambil keputusan; eksplorasi metode yang digunakan pasien dalam mengatasi masalahnya; bantu pasien mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia; dukung pasien untuk menggunakan mekanisme koping yang tepat; anjurkan pasien untuk mengungkapkan perasaan, persepsi, dan ketakutan (Wilkinson, 2007).

#### **6.1.5 Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta**

Rerata dukungan sosial responden sebesar 17.67, yang menunjukkan bahwa dukungan sosial responden baik. Adanya dukungan sosial memberikan kenyamanan fisik dan psikologis, perasaan dicintai diperhatikan dan dihargai oleh orang lain. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Moser & Dracup (2007) yang mengatakan para pasien yang tinggal sendiri menunjukkan tingkat ansietas yang lebih tinggi daripada orang yang tinggal dengan keluarga meraka.

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup ( $p=0.169$ ) dengan kekuatan hubungan yang lemah. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Bowman et al (2005) yang melaporkan dukungan sosial memiliki hubungan yang lemah dengan kualitas hidup. Penelitian lain yang dilakukan oleh Moser & Dracup (2007) yang menyatakan bahwa kurangnya dukungan sosial lebih mempercepat terjadi resiko kegagalan jantung.

Tidak adanya hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup menunjukkan bahwa kualitas hidup disebabkan oleh faktor lain. Faktor yang berperan menentukan kualitas hidup adalah mobilitas, nyeri, depresi dan ansietas (Chung et al, 2009). Pada penelitian ini faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah usia, penghasilan dan depresi.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup. Meskipun dukungan sosial tidak mempunyai hubungan dengan kualitas hidup namun dukungan sosial merupakan support sistem yang dapat membantu pasien untuk mengurangi ansietas dan depresi. Kristofferzon et al (2005) menyatakan bahwa dalam merencanakan perawatan harus mencakup anggota keluarga dan dukungan sosial yang lain sehingga mereka dapat mendukung dan member dorongan kepada pasien untuk mengatasi masalah dalam kehidupan sehari-hari. Peneliti lain mengatakan bahwa agama, keluarga dan teman-teman merupakan kekuatan dan obat bagi pasien PJK, maka dukungan sosial merupakan intervensi yang penting untuk perencanaan pemulihan (Stieglman, 2006).

Berdasarkan pengamatan peneliti meskipun dukungan sosial tidak mempunyai hubungan yang bermakna namun karena dukungan merupakan support sistem yang membantu pasien untuk mengurangi ansietas dan depresi maka dukungan sosial menjadi suatu hal yang harus diperhitungkan.

## **6.2 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan yang dirasakan oleh peneliti selama penelitian ini berlangsung adalah :

- a. Instrument pengumpulan data yang digunakan adalah VAS, Depresi, Koping, Dukungan sosial dan SF-36 dengan versi Indonesia. Saat responden mengisi kuesioner hampir sebagian besar merasa kesulitan mengisi kuesioner ansietas dengan visual analog scale karena kurang memahami angka 0-100 itu apa maksudnya dan saya ini berada direntang mana. Begitupun pada saat mengisi kuesioer SF-36 banyak jawaban pilihan yang hampir sama seperti lebih baik sekarang, agak lebih baik sekarang, kurang lebih sama, agak menurun atau

menurun jadi banyak responden yang menanyakan jawaban tersebut sehingga dikhawatirkan jawaban yang diberikan responden tidak sesuai dengan kenyataan yang ada pada pasien. Sedangkan untuk kuesioner yang lain hampir sebagian besar responden memahami jawaban atau pilihan jawabannya.

- b. Usia responden yang sudah lanjut juga memperlambat pengambilan data karena sebagian besar sudah mengalami gangguan penglihatan sehingga harus dibantu saat mengisi kuesioner.
- c. Pengisian kuesioner dilakukan dengan alokasi waktu yang terbatas pada saat pasien melakukan kunjungan ke poliklinik jantung sehingga kecenderungan dapat menghasilkan data yang kurang valid

### **6.3 Implikasi Hasil penelitian**

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner adalah karakteristik responden, ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial. Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam pengembangan ilmu keperawatan.

Memberikan asuhan keperawatan perawat tidak hanya berfokus kepada aspek fisik saja tapi tetap juga memperhatikan aspek psikologis, sosial dan spiritual. Untuk itu dibutuhkan peran perawat dalam melakukan pengkajian dan mendeteksi lebih dini masalah psikologis yang dialami. Masalah psikologis seperti gejala depresi harus secara rutin dinilai pada pasien maupun pasangan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

Kualitas hidup pada pasien berusia lanjut dapat dipertahankan dengan tetap memberikan dukungan sosial, melakukan aktivitas sesuai toleransi dan mengembangkan koping religi. Selain itu perawat sebaiknya sering memberikan motivasi, konseling, dan support untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup yang baik.

## **BAB 7**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Kesimpulan dan saran disusun berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya. Bab ini akan memaparkan kesimpulan penelitian yang berjudul analisis faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pelni Jakarta serta beberapa saran yang dapat diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan maupun untuk penelitian selanjutnya.

#### **7.1 Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat dibuat kesimpulan sebagai berikut :

- a. Penelitian yang dilakukan memberikan gambaran bahwa pasien PJK di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta rata-rata berusia 58.74 tahun dengan jenis kelamin terbanyak laki-laki dan sebagian besar memiliki pasangan, sebagian besar berpendidikan tinggi (SMA dan PT) dan bekerja di BUMN/Swasta dengan penghasilan rata-rata cukup.
- b. Ada hubungan ansietas dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta dengan arah korelasi negatif yang berarti semakin mengalami ansietas maka kualitas hidup semakin berkurang.
- c. Ada hubungan depresi dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta dengan arah korelasi negatif yang berarti semakin mengalami depresi maka kualitas hidup semakin berkurang
- d. Ada hubungan coping dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta dengan arah korelasi positif yang berarti semakin baik coping maka kualitas hidup semakin baik.
- e. Ada hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelni Jakarta dengan arah korelasi positif yang berarti semakin tinggi dukungan sosial maka kualitas hidup semakin baik.

- f. Faktor yang paling mempengaruhi kualitas hidup adalah usia, penghasilan dan depresi

## 5.2 Saran

- a. Untuk mempertahankan kualitas hidup pasien PJK maka perlu dideteksi sedini mungkin faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien seperti deteksi gejala depresi.
- b. Perawat professional dalam memberikan asuhan keperawatan sebaiknya juga memperhatikan ansietas, depresi, koping dan dukungan sosial yang digunakan oleh pasien PJK untuk mencapai tujuan dan meningkatkan outcome keperawatan.
- c. Masih diperlukan instrumen untuk menilai kualitas hidup dari aspek asuhan keperawatan yang tidak hanya bersifat subyektif tetapi didukung oleh data obyektif
- d. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien PJK dengan memperhatikan aspek yang lain seperti aspek fisik, aktivitas, spiritual dan budaya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahyarwahyudi .(2010). *Mekanisme Koping*. Februari 11, 2010. <http://Ahyarwahyudi .wordpress.com/2010/02/11/konsep-diri-dan-mekanisme-koping-dalam-proses-keperawatan>.
- American Heart Association. (2008). *Heart Disease - 2008 Update*. Dallas, Texas : American Heart Association
- Anonim. (2010). *Heart Attack and Angina Statistic, 2010*. (Januari 29, 2011). <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifer=4592>.
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Baas, L. S. (2004). Self-care Resources and Activity as Predictors of Quality of Life in Persons After Myocardial Infarction. *Dimensions of Critical Nursing, vol 23/N0.3*.
- Bagheri, H., Memarian, R., & Alhani, F. (2005). Evaluation of The Effect of Group Counselling on Post Myocardial Infarction Patient : Determined by an Analysis of Quality of Life. *Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 16,402-406*.
- Black. J. M., & Hawks. J. H. (2009), *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management For Positive Outcomes*, (7<sup>th</sup> edition), St Louis, Elsevier Saunders.
- Bowman, G.,Watson, R., & Beasty, A. T. (2006). Primary emotions in patients after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing 53(6), 636–645*.
- Brink, E., Persson, LO., & Karlson, W. B., (2005). Coping with myocardial infarction: evaluation of a coping questionnaire. *Scand J Caring Sci; 2009; 23; 792–800*.
- Chan, D. S. K., Chau, J. P. C., & Chang. A. M. (2005). Quality of life of Hong Kong Chinese Diagnosed with Acute Coronary Syndromes. *Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 14, 1262–1263*.
- .(2005). Acute coronary syndromes : cardiac rehabilitation programmes and quality of life. *Blackwell Publishing Ltd : Journal of Advanced Nursing, 49(6),591-599*.

- Chung, M. L., Mose, D. K., Lennie, T. M., & Rayens, M. K. (2009). *The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: Testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2732117/> Diperoleh Selasa 8-2-2011 jam 22.50
- Dahlan, M. S. (2006). *Besar Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : PT Arkans.
- .....(2008). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : CV Sagung Seto.
- .....(2008). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan : Deskriptif, Bivariat dan Multivariat, Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS*. Jakarta : Salemba Medika.
- Darma, S. (2007). Jantung Pulih, Kualitas Hidup Meningkat. <http://www.seputar-indonesia.co./ediscetak/kesehatan/jantung-pulih-kualitas-hidup-meningkat-3-html>. diunduh tanggal 23 Maret 2011
- Diamatteo, M. R., & Martin, L. R. (2002). *Health Psychology*. Boston: Allyn & Bacon
- Dinkes Nunukan. (2009). *Hipertensi Faktor Resiko Utama Penyakit Jantung Kardiovaskuler*. Januari 29, 2011. [www.dinkeskaltim.com](http://www.dinkeskaltim.com).
- Doenges, M.E, et al (2000). *Nursing Care Plans. Guidelines For planning and Documenting Patient care*. (Kariasa, Sumarwati, Penerjemah). Philadelphia : F.A.Davis Company.
- Gray, H. N., Dawkins, K. D., Morgan, J. M. & Simpson, I. A. (2003). *Lecture Notes : Kariologi edisi 4*. Jakarta : Penerbit Erlangga.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hanun, S. (2002). *Penyakit Jantung koroner : Miokard Infark Akut*. Jakarta : FKUI.
- Herwina, M., & Dahlan. (2009). *Sumber Stres, Strategi Coping dan Tingkat Stres pada Remaja Awal dan Madya*. Thesis Pascasarjana Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Hill, S. A. (2004). *Stress and Coping Among Elderly African Americans*. *Disertation Doctor of Nursing Science*. [www.proquest.com/pqdauto](http://www.proquest.com/pqdauto). diakses tanggal 9 Februari 2009.

- Holli A. DeVon, Catherine J. Ryan, Amy L. Ochs, & Moshe Shapiro. (2008). Symptoms Across The Continuum Of Acute Coronary Syndromes: Differences Between Women And Men. *American Journal Of Critical Care, Volume 17, No. 1.*
- Hudak, C. M & Gallo, B. M. (1997). *Critical Care Nursing A. Holistik Approach.* Penerjemah Monica, E. D., Made, K., Made, S., & S. Efi, A. Philadelphia : JB Lippincott Company.
- International Council of Nursing. (2010). *Delivering Quality, Serving Communities : Nurses Leading Chronic Care.* Switzerland : ICN-International Council of Nurses.
- Ignatavicius, D. & Workman, M. L. (2006). *Medical Surgical Nursing Critical thinking for Collaborative Care,* 5<sup>th</sup> edition. St Louis Missouri.
- Ismail R. I. (2003). Analisis Item, Rehabilitas dan Validitas Kuesioner Dukungan Sosial (KDS). (Disertasi).
- Kindler, C.H., Harms, C., Amsler, F., Scholl, T.I., & Scheidegger, D., (2000). *The visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and detection of patients' anesthetic concerns,* <http://www.iars.org/default/default.asp>, diunduh 28 April 2011.
- Kristofferzon, M. L., Lofmark, R. & Carlsson, M. (2005). Coping, Social Support and Quality of Life Over Time after Myocardial Infarction. *Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 52(2), 113–124*
- Kyungeh. (2002). Anxiety after Acute Myocardial Infarction and In-Hospital Complications. [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8U025cr63X8J:www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata/200207/999.pdf+Anxiety+LEVEL+DIFFERENCES+IN+MALE+PATIENTS+AND+WOMEN+WITH+INFARCTION+MIOCARD%27RN&hl=id&gl=id&pid=bl&srcid=ADGEEsJ6R8kZSutuKPQUdjCU9uxLkm5tWfUQ0Mcg05B9jkqdkHXP8sBp4erouiQYMaxmo4QGqA4Y\\_71A35PHhzR\\_yen1lq6kZFzi0narAyQFJSqUjG5XIC62dEEkcqZ4lTJfvDhZglU&sig=AHIEtbQzsFbWPQQFvwDVzFYbi4AsmdTnZA](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:8U025cr63X8J:www.kan.or.kr/new/kor/sub3/filedata/200207/999.pdf+Anxiety+LEVEL+DIFFERENCES+IN+MALE+PATIENTS+AND+WOMEN+WITH+INFARCTION+MIOCARD%27RN&hl=id&gl=id&pid=bl&srcid=ADGEEsJ6R8kZSutuKPQUdjCU9uxLkm5tWfUQ0Mcg05B9jkqdkHXP8sBp4erouiQYMaxmo4QGqA4Y_71A35PHhzR_yen1lq6kZFzi0narAyQFJSqUjG5XIC62dEEkcqZ4lTJfvDhZglU&sig=AHIEtbQzsFbWPQQFvwDVzFYbi4AsmdTnZA)
- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R., O'Brien, P. G., Bucher, L. (2007). *Medical Surgical Nursing.* Philadelphia : Mosby Elsevier Inc.
- Loretz, L. (2005). Primary Care Tools for Clinicians A Compendium of Forms, Questionnaires, and Rating Scale for Everyday Practice. St Louis, Missouri : Mosby, Inc.



- Luknis Sabri & Sutanto, P. H. (2009). *Statistik Kesehatan*. Jakarta : PT RajaGrafindo Persada.
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Third Edition*. Oxford : Oxford University Press Inc.
- Medical Record Rumah Sakit Pelni Jakarta. (2011).*
- Moser, D. K. & Dracup, K. (2007). Impact of Anxiety and Perceived Control on In-Hospital Complications After Acute Myocardial Infarction. *By the American Psychosomatic Society : 0033-3174/07/6906-0010*
- Myers, E. (2006). *RNotes Nurse's Clinical Pocked Guide*. Philadelphia : F. A. Davis Company
- Nazir, K. A. (2006). Penilaian Kualitas Hidup Pasien Pasca Bedah Pintas Koroner Yang Menjalani Rehabilitasi Fase III Dengan Menggunakan SF-36. Thesis Pasca Sarjana Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Niven, N. (2002). *Psikologi Kesehatan : Pengantar Untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain*, Edisi kedua. Jakarta : EGC
- North American nursing Diagnosis Association.(2009). *Nursing Diagnoses : Definitions and classification*. USA : John Wiley & Sonc Inc.
- Panthee, B. & Kritpracha, C. (2011). Review : Anxiety and Quality of life Patients with Myocardial Infarction. *Nurse Media Journal of Nursing,1(1),105-115*.
- Polit D. F. & Hungler B. P. (1999). *Nursing Research : Principles and Methods*. Philadelphia : Lippincot.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik*. Volume 1, Edisi 4. Alih Bahasa : Komalasari, R., Evriyani, D., Noviestari, E. dkk. Jakarta : EGC.
- Price, S. A. & Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6*. (Terj. dari Pathophysiology : Clinical Concepts of Disease Processes, Brahm U. Pandit et al) Jakarta : EGC.
- Pusat Kesehatan Jantung dan Pembuluh Darah Nasional Harapan Kita. (2001). *Buku Ajar Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta : Bidang Diklat Course on Cardiology.
- Saryono. (2010). *Kumpulan Instrumen Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha medika Bantul.

- Sastroasmoro S. dan Ismael S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi 3*. Jakarta : Sagung Seto.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta : EGC.
- Smeltzer, Suzanne C,. (2006). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : Lippincott.
- Soekidjo Notoatmodjo.(2002).*Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*.Jakarta : Sagung Seto.
- Steigelman, K. L., Kimble, P. L., Dunbar, S., Sowell, L. R., & Bairan, A. (2006). Religion, Relationships And Mental Health In Midlifewomen Following Acute Myocardial Infarction. *Issues in Mental Health Nursing*, 27:141–159.
- Sudoyo, at al (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. jilid III. Departemen IPD FK UI. Jakarta.
- Sullivan, M. D., LaCroix A., Z.,Russo J. & Katon W. J.(1998).Self-Efficacy and Self Reported Functional Status in Coronary Heart Disease : A. Six-Month Prospective Study. *Psychosomatic Medicine* 60:473-478.
- Suryabrata,S.(2005). *Metodologi Penelitian* . Jakarta : PT Raja Grafindo Persada
- Ulfah,A.R.(2000). *Gejala Awal dan Deteksi Dini Penyakit Jantung Koroner*. Januari 29, 2010. <http://www.pdpersi.co.id?show=detailnews&kode=10&tbl=artikel>
- Universitas Indonesia (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*.
- Verhey,P. M., Levy,J., Schmidt, R. (2004). *Depression & Quality of Life*. Glendale, California : Cinahl Information Systems.
- Wilkinson, J. M. (2007). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*, Ed. 7 (Terj. Dari Nursing Diagnosis Handbook With Intervention and NOC Outcomes, 7 edition, Widyawati....[et al.]. Jakarta : EGC.



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

---

**PENJELASAN PENELITIAN**

Judul Penelitian : Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup  
Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rumah Sakit Pelni Jakarta  
Peneliti : Rochmayanti  
NPM : 0906621496

---

Peneliti adalah mahasiswa Program Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner. Bapak/Ibu/Saudara yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan mengisi lembar kuesioner tentang karakteristik responden, ansietas, depresi, koping, dukungan sosial dan kualitas hidup.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pelayanan keperawatan khususnya pada pasien penyakit jantung koroner. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif dan bila mengalami ketidaknyamanan maka Bapak/Ibu/Saudara mempunyai hak untuk berhenti. Kami akan menjunjung tinggi hak responden dengan menjaga kerahasiaan yang diperoleh selama proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data.

Dengan penjelasan ini peneliti mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara. Atas kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, peneliti ucapkan terima kasih. Semoga bantuan Bapak/Ibu/Saudara mendapat imbalan dari Tuhan Yang Maha Kuasa serta dapat memberi manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Jakarta,.....2011

Peneliti



**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA**

**LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN**

Judul Penelitian : Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup  
Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rumah Sakit Pelni Jakarta

Peneliti : Rochmayanti

NPM : 0906621496

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian yang akan dilaksanakan sesuai judul diatas, saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, terutama pasien penyakit jantung koroner. Saya memahami bahwa penelitian ini tidak menimbulkan resiko dan saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tanpa mengurangi hak saya dalam mendapatkan pelayanan di poliklinik jantung.

Saya juga mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan berkas yang mencantumkan identitas hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi akan dimusnahkan dan kerahasiaan data tersebut hanya diketahui peneliti.

Selanjutnya saya secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta,.....2011

Responden

Peneliti

(.....)

( Rochmayanti )

## KUESIONER PENELITIAN

**Judul : Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Dengan Penyakit Jantung Koroner Di Rumah Sakit Peln Jakarta.**

**Petunjuk :**

1. Kuesioner/Angket ini terdiri dari enam bagian, yaitu karakteristik responden, Ansietas, Depresi, Koping, Dukungan Sosial dan Kualitas Hidup.
2. Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
3. Semua jawaban Bapak/Ibu/Saudara adalah benar.

**A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Nama : ..... (boleh dikosongin)

Usia : .....tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

Alamat : .....

Untuk pertanyaan berikut ini lingkarilah jawaban yang sesuai dengan keadaan

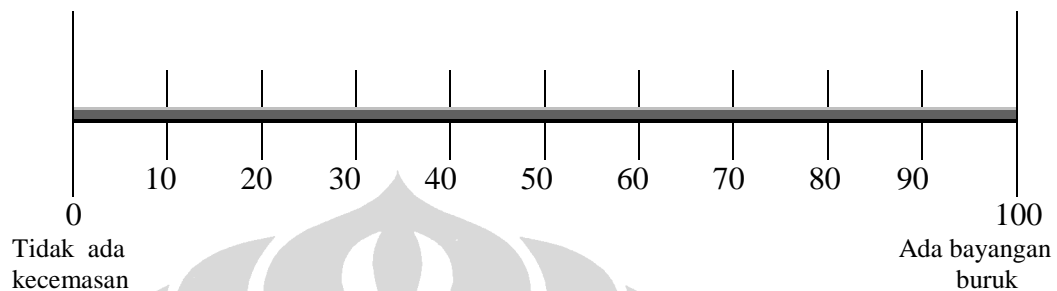
Bapak/Ibu/Saudara :

1. Pendidikan
  1. Tidak sekolah
  2. Tamat SD
  3. Tamat SMP/SLTP
  4. Tamat SMA/SLTA
  5. Tamat PT/Akademik
2. Pekerjaan :
  1. Tidak Bekerja
  2. Petani/Pedagang/Buruh
  3. PNS/TNI/POLRI
  4. Lain-Lain (Sebutkan:.....)
3. Penghasilan tiap bulan : Rp .....
4. Status Perkawinan :
  1. Menikah
  2. Tidak menikah
  3. Duda/Janda

## B. KUESIONER ANSIETAS

### SKALA PENGUKURAN ANSIETAS DENGAN VISUAL ANALOG SCALE (VAS)

Petunjuk pengukuran ansietas : Mohon Bapak/Ibu/Saudara menunjuk angka dibawah ini sesuai dengan rasa cemas yang dirasakan sekarang.



Sumber : Kindler & Scheidegger (2000).

## C. KUESIONER DEPRESI

Petunjuk : berilah tanda (√) pada kolom  
Ya : jika anda mengalami atau merasakannya  
Tidak : jika anda tidak mengalami seperti pernyataan yang ada  
Semua jawaban adalah **BENAR**

NO	KELUHAN/MASALAH (dalam 1 minggu terakhir)	Ya (1)	Tidak (0)
1	Apakah 1 minggu terakhir ini anda mudah lelah ?		
2	Apakah 1 minggu terakhir ini anda cenderung mudah sedih ?		
3	Apakah 1 minggu terakhir ini anda merasa masa depan tampak suram ?		
4	Apakah 1 minggu terakhir ini anda merasa kurang percaya diri ?		
5	Apakah 1 minggu terakhir ini anda merasa lebih suka menarik diri dari lingkungan ?		
6	Apakah 1 minggu terakhir ini anda merasa kurang/tidak nafsu makan ?		
7	Apakah 1 minggu terakhir ini anda sulit tidur atau tidur sering terbangun ?		
8	Apakah anda mempunyai problem /masalah keluarga ?		
Jumlah Skor			

Sumber : telah dimodifikasi dari Ismail (2003)

#### D. KUESIONER KOPING

Apakah Bapak/Ibu/Saudara melakukan atau merasakan hal-hal seperti dibawah ini selama 3 bulan terakhir ketika menghadapi masalah :

**Pilihlah Jawaban Yang Paling Tepat :**

TIDAK PERNAH Saya lakukan/rasakan : 0

JARANG Saya lakukan/rasakan : 1

SERING Saya lakukan/rasakan : 2

SELALU Saya lakukan/rasakan : 3

<b>N0</b>	<b>Pernyataan</b>	<b>Selalu (3)</b>	<b>Sering (2)</b>	<b>Jarang (1)</b>	<b>Tidak pernah (0)</b>
1	Saya meminta maaf pada orang yang bermasalah dengan saya				
2	Saya menganggap masalah ini menjadi pelajaran bagi saya				
3	Saya belajar dari pengalaman sebelumnya				
4	Saya terus berusaha mencari jalan keluar yang terbaik dari teman				
5	Saya berusaha berubah menjadi lebih bijaksana				
6	Saya menanyakan pada orang yang lebih berpengalaman mencari jalan keluar yang terbaik				
7	Saya tidak marah pada orang yang membuat masalah dengan dengan saya				
8	Saya akan melakukan sesuatu yang terbaik untuk kedua belah pihak				
9	Saya akan lakukan apa yang paling dianggap benar dan tidak berisiko				
<b>Jumlah Skor</b>					

Sumber : telah dimodifikasi dari Herwina & Dahlan (2009).

## E. KUESIONER DUKUNGAN SOSIAL

Petunjuk Pengisian :

Berikut ini ada 10 pernyataan mengenai dukungan dari pasangan, keluarga, teman dan lingkungan. **Berilah tanda centang (√)** pada keadaan yang paling sesuai untuk anda dan dirasakan sedikitnya dalam 1 minggu terakhir.

NO	Pernyataan	Tidak Ada (0)	Kurang (1)	Biasa (2)	Lebih Dari Biasanya (3)
1	Dukungan pasangan hidup anda pada saat anda mengalami pengobatan penyakit jantung koroner				
2	Rasa sayang pasangan hidup anda pada saat anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
3	Peran pasangan hidup anda pada saat menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
4	Dukungan moral (psikologis) dari orang tua kandung saat menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
5	Bantuan (dana) dari orang tua kandung saat menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
6	Bantuan (dana) dari anak kandung saat menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
7	Perhatian dari orang tua kandung saat menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
8	Perhatian dari anak kandung saat menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
9	Dukungan dari keluarga pasangan hidup pada saat menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
10	Perhatian dan dukungan teman pada saat menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
Jumlah Skor =					

Sumber : telah dimodifikasi dari Ismail (2003)



## F. KUESIONER KUALITAS HIDUP

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kesehatan anda.

**Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan memberi tanda  $\surd$  (centang).**

1. Secara umum, bagaimana kesehatan anda saat ini ?

Amat sangat baik (1)	Sangat baik (2)	Baik (3)	Biasa saja/ cukup (4)	Buruk (5)

2. Dibandingkan dengan satu tahun yang lalu, bagaimana kondisi kesehatan anda saat ini ?

Lebih baik sekarang dibandingkan setahun yang lalu (1)	Agak lebih baik sekarang dibandingkan setahun yang lalu (2)	Kurang lebih sama dengan setahun yang lalu (3)	Agak menurun dibandingkan setahun yang lalu (4)	Menurun dibandingkan setahun yang lalu (5)

Pernyataan dibawah ini tentang aktivitas yang anda lakukan sehari-hari. Apakah kondisi kesehatan anda membatasi anda dalam melakukan aktivitas ? Jika Ya seberapa banyak ?

N0	Apakah aktivitas berikut menjadi terbatas karena kondisi kesehatan anda ?	Ya Sangat terbatas (1)	Ya Agak terbatas (2)	Tidak Terbatas sama sekali (3)
3	Aktivitas berat seperti berlari, mengangkat benda berat, olah raga yang membutuhkan banyak tenaga			
4	Aktivitas sedang seperti memindahkan barang, memasak, menyeterika, mencuci pakaian dan berjalan cepat			
5	Mengangkat atau membawa barang sekitar 3-5 kg			
6	Menaiki tangga beberapa lantai			
7	Menaiki tangga ke lantai 2			
8	Menekuk tubuh, berlutut, membungkuk			
9	Berjalan lebih dari 1.5 km			
10	Berjalan sekitar 50 rumah (500 meter)			

11	Berjalan sekitar 10 rumah (100 meter)			
12	Mandi atau berpakaian sendiri			

Dalam 4 minggu terakhir, apakah anda mempunyai masalah dengan pekerjaan atau aktivitas rutin sehari-hari akibat kesehatan fisik anda ?

		Ya (1)	Tidak (2)
13	Mengurangi jumlah waktu yang anda gunakan untuk bekerja atau aktivitas lain		
14	Hanya dapat mengerjakan pekerjaan lebih sedikit dari yang anda inginkan		
15	Mengalami keterbatasan pada pekerjaan atau jenis aktivitas tertentu		
16	Mengalami kesulitan dalam pekerjaan atau aktivitas lainnya (misalnya memerlukan usaha yang sangat besar dalam melakukannya)		

Dalam 4 minggu terakhir, apakah anda pernah mempunyai masalah dengan pekerjaan atau aktivitas rutin sehari-hari akibat dari masalah emosi anda (seperti merasa tertekan atau takut) ?

		Ya (1)	Tidak (2)
17	Mengurangi jumlah waktu yang anda gunakan untuk bekerja atau aktivitas		
18	Hanya dapat mengerjakan pekerjaan lebih sedikit dari yang anda inginkan		
19	Tidak bekerja atau melakukan aktivitas sebaik/seteliti biasanya		

20. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa berat kesehatan fisik dan masalah emosi/perasaan anda mempengaruhi aktivitas sosial anda dengan keluarga, teman, tetangga atau kelompok (misalnya pergi rekreasi, arisan, pengajian dll) ?

Tidak berpengaruh sama sekali (1)	Sedikit berpengaruh (2)	Pengaruhnya sedang (3)	Berpengaruh (4)	Sangat berpengaruh (5)

21. Seberapa berat nyeri yang anda alami selama 4 minggu terakhir ?

Tidak pernah (1)	Sangat ringan (2)	Ringan (3)	Sedang (4)	Berat (5)	Sangat berat (6)

22. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa berat nyeri yang anda alami mempengaruhi pekerjaan sehari-hari anda (didalam dan diluar rumah) ?

Tidak berpengaruh sama sekali (1)	Sedikit berpengaruh (2)	Agak berpengaruh (3)	Banyak Berpengaruh (4)	Sangat pengaruh (5)

Pernyataan ini tentang bagaimana perasaan dan kondisi anda dalam 4 minggu terakhir. Untuk setiap pernyataan tolong berikan satu jawaban yang paling sesuai dengan perasaan anda. Seberapa sering hal tersebut terjadi **dalam 4 minggu terakhir ini.**

		Setiap waktu (1)	Sangat sering (2)	Sering (3)	Kadang (4)	Jarang (5)	Tidak pernah (6)
23	Apakah anda merasa penuh semangat ?						
24	Apakah anda merasa gugup ?						
25	Apakah anda merasa sangat sedih hingga tak ada yang dapat menghibur anda ?						
26	Apakah anda merasa tenang dan damai ?						
27	Apakah anda merasa penuh energy ?						
28	Apakah anda merasa bimbang dan kecewa ?						
29	Apakah anda merasa jenuh/bosan ?						
30	Apakah anda merasa bahagia ?						
31	Apakah anda merasa lelah ?						

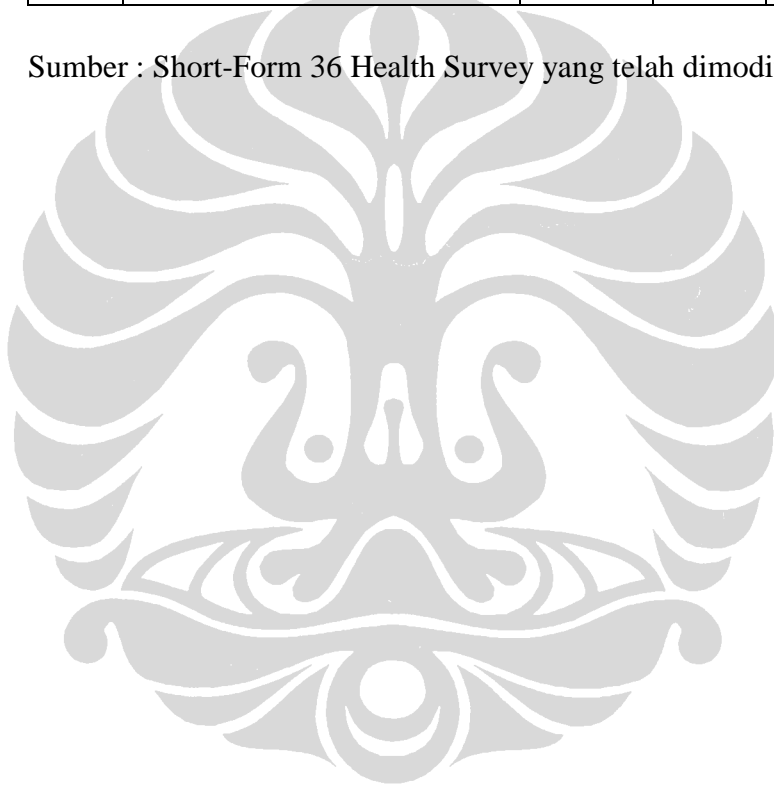
32. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa banyak waktu/seberapa sering masalah kesehatan fisik dan masalah perasaan/emosi anda mempengaruhi aktivitas sosial anda (seperti mengunjungi teman, keluarga, tetangga dll) ?

Sepanjang waktu (1)	Sebagian besar waktu (2)	Banyak waktu/ sering (3)	Sedikit/ jarang (4)	Tidak pernah (5)

BETUL atau SALAH pernyataan-pernyataan berikut ini untuk anda ?

		Sangat betul (1)	Betul (2)	Tidak tahu (3)	Salah (4)	Sangat salah (5)
33	Saya tampaknya lebih mudah sakit dibanding orang lain					
34	Saya sama sehatnya dengan orang lain yang saya kenal					
35	Saya berharap kesehatan saya makin memburuk					
36	Kesehatan saya baik sekali					

Sumber : Short-Form 36 Health Survey yang telah dimodifikasi Nazir (2006)





**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikul.ac.id

Nomor : 469/H2.F12.D/PDP.04.02/2011  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian

28 April 2011

Yth. Direktur  
RS. Pelni  
Jakarta


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

**Sdr. Rochmayanti**  
**0906621496**

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di RS. Pelni Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Pelni Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,  
  
Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Instalasi Rawat Jalan RS. Pelni
3. Kepala Bagian Diklat RS. Pelni
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peninggal



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK**

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di RS. Pelni Jakarta.**

Nama peneliti utama : **Rochmayanti**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dari telah menyetujui proposal tersebut.



**Dewi Hartawaty, MA, PhD**

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 19 Mei 2011

Ketua,

**Yeni Rustina, PhD**

NIP. 19550207 198003 2 001



Nomor : 704 /DN/2011

Jakarta, 31 Mei 2011

Perihal : Ijin Penelitian

K e p a d a  
Yth. Dekan  
Universitas Indonesia  
di  
DEPOK

1. Dasar :

Menunjuk surat Saudara No.1469/H2.F12.D/PDP.04.02//2011, tanggal 28 April 2011 tentang permohonan ijin Penelitian Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia di Rumah Sakit PELNI.a.n

Rochmayanti

NIM 0906621496

2. Dengan ini kami sampaikan bahwa Rumah Sakit PELNI dapat menerima atau menyetujui permohonan tersebut dengan pembimbing lapangan dr.Nur Ardianty selanjutnya mahasiswa dapat menghubungi Bagian SDM untuk menyelesaikan administrasi.
3. Demikian atas kepercayaannya diucapkan terima kasih.

DIREKTUR UTAMA



Dr. SRI RACHMANI. MKes. MH.Kes

RUMAH SAKIT PELNI



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **Biodata**

Nama : Ns. Rochmayanti, S.Kep.  
TTL : Jakarta, 22 Juli 1968  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Staf Pengajar Akper Rumah Sakit Pelni  
Alamat Rumah : Jl. Kp Sawah Rt 02/04 No 118 Kel Jati Melati Kec.Pondok  
Melati Bekasi Jawa Barat.  
Alamat Institusi : Jl. KS Tubun Kav 92-94 Petamburan Jakarta Barat

### **Riwayat Pendidikan**

1976 – 1982 : SDN PGRI Ciputat  
1982 – 1985 : SMPN 117 Jakarta Timur  
1985 – 1988 : SMAN 5 Bogor  
1988 – 1991 : Diploma III Keperawatan Jenderal Ahmad Yani Cimahi Jawa  
Barat  
2003 – 2006 : Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
2009 – sekarang : Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

### **Riwayat Pekerjaan**

Nopember 1991 – Mei 1992 : Perawat pelaksana di Dewi Sri Karawang  
1992 – 1998 : Perawat pelaksana di RS Pelni Petamburan Jakarta  
Barat  
1998 – sekarang : Staf Pengajar Akper Rumah Sakit Pelni Jakarta