



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERAN KECEMASAN, *COPING* RELIGIUS ISLAMI,  
KEPUASAN PERNIKAHAN DAN KONDISI FISIK PADA  
KUALITAS HIDUP TERKAIT KESEHATAN (*HEALTH  
RELATED QUALITY OF LIFE*) PASIEN PASKA INFARK  
MIOKARD**

**DISERTASI**

**DEVI WULANDARI**

**1406526782**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
PROGRAM STUDI DOKTOR  
DEPOK  
2019**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PERAN KECEMASAN, *COPING* RELIGIUS ISLAMI,  
KEPUASAN PERNIKAHAN DAN KONDISI FISIK PADA  
KUALITAS HIDUP TERKAIT KESEHATAN (*HEALTH  
RELATED QUALITY OF LIFE*) PASIEN PASKA INFARK  
MIOKARD**

**DISERTASI**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Doktor**

**DEVI WULANDARI**

**1406526782**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
PROGRAM STUDI DOKTOR  
DEPOK  
DESEMBER 2019**

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

**Disertasi ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

**Nama : Devi Wulandari**  
**NPM : 1406526782**  
**Tanda Tangan : .....**  
**Tanggal : 11 Desember 2019**

## HALAMAN PENGESAHAN

Disertasi ini diajukan oleh

Nama : Devi Wulandari  
NPM : 1406526782  
Program Studi : Doktor Psikologi  
Judul Skripsi : Peran kecemasan, *coping* religius Islami, kepuasan pernikahan dan kondisi fisik pada kualitas hidup terkait kesehatan (*health related quality of life*) pasien paska infark miokard

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Doktor pada Program Studi Doktor Psikologi, Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia.**

## DEWAN PENGUJI

Promotor : Dr. Adriana Soekandar Ginanjar M.Sc ( )  
Kopromotor : Drs. R. Urip Purwono M.Sc., Ph.D., Psi ( )  
Tim Penguji : Prof. Dr. Guritnaningsih, Psikolog (Ketua) ( )  
: Prof. dr. Ganesya Harimurti, SpJP(K) (Anggota) ( )  
: Drs. Dharmayati B. Utoyo, M.A., Ph.D., Psikolog (Anggota) ( )  
: Dr. Elizabeth Kristi Poerwandari, M.Hum (Anggota) ( )  
: Sali Rahadi Asih, M.Psi., MGPPC., Ph.D., Psikolog (Anggota) ( )  
: Dra. Eunike Sri Tyas Suci, Ph.D., Psikolog (Anggota) ( )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 11 Desember 2019

## UCAPAN TERIMA KASIH

Disertasi ini merupakan sebuah perjalanan hidup yang tidak hanya mengayakan namun juga mengubah cara pandang. Meskipun jalannya berliku, namun selalu ada kemudahan dibaliknya. Pertama-tama penulis memanjatkan puji syukur kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan disertasi ini. Dukungan, semangat dan cinta dari orang-orang terkasih terasa menguatkan dan memotivasi saya untuk menyelesaikan disertasi dengan judul “Peran kecemasan, *coping* religious Islami, kepuasan pernikahan dan kondisi fisik pada kualitas hidup terkait kesehatan (*health related quality of life*) pasien paska infark miokard”. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sejak masa perkuliahan sampai pada penyusunan disertasi ini, tentulah sulit bagi saya untuk menyelesaikan disertasi ini. Oleh karena itu saya ingin mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) Dr. Adriana Soekandar Ginanjar, MS sebagai Promotor dan Drs. R. Urip Purwono, Ph.D., selaku Ko-Promotor yang telah memberikan masukan, saran dan dukungan yang tiada henti kepada penulis. Dorongan semangat tanpa henti dan kepercayaan kepada penulis membuat penulis memiliki semangat dan mampu melihat sisi positif dari segala kesulitan yang dihadapi.
- 2) Dekan Fakultas Psikologi Universitas Indonesia yaitu Dr. Tjut Rifameutia Umar Ali, MA untuk dukungannya dan Ketua Program Studi Doktor Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia periode 2014 – 2018 Prof. Dr. Guritnaningsih M.Si dan Ketua Program Studi Doktor Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia Periode 2018 – 2020, Dr. Elizabeth Kristi Poerwandari M. Hum yang selalu memberikan dukungan, informasi dan semangat untuk penyelesaian disertasi ini. Ucapan terima kasih juga diucapkan untuk seluruh dosen-dosen Fakultas Psikologi UI yang pernah berbagi ilmu selama penulis berkuliah di UI yaitu Prof. Dr. Hamdi Muluk, Prof. Dr. Guritnaningsih A. Santosa, Dr. Bagus Takwin M. Hum, dra. Corrina Silalahi Ph.D, Prof. Enoch Markum, Sherly Saragih Turnip, S.Psi., M. Phil., Ph.D, Psikolog, Roby Muhamad Ph.D, Donny Hendrawan Ph.D., Psi, Lia Mawarsari

- Boediman MS.CP.Psy, Winarini Wilman Dahlan M.Ed., St, Ph.D, Dra. Julia Suleeman, MA, MA, Ph.D, Andi K. Supandi S.Psi, M.Si, Dr. Lucia R. M. Royanto, M.Sp.Ed, Psikolog. Dan Dr. Mirra Noor Milla.
- 3) Tim penguji Prof. Dr. Guritnaningsih, Psikolog, Prof. dr. Ganesya Harimurti, SpJP(K), Dra. Dharmayati B. Utoyo, MA, Ph.D, Psikolog, Dr. Elizabeth Kristi Poewardari M.Hum, Sali Rahadi Asih, M.Psi, MGPPC. Ph.D, Psikolog, Dra. Eunike Sri Tyas Suci Ph.D, Psikolog, Prof. Dr. Sawitri Supardi Sadarjoen, Dr. Iلسiana Sulistya Jatiputra atas seluruh saran dan masukan yang diberikan.
  - 4) Divisi Penelitian dan Pengembang PjN Harapan Kita serta jajaran Dokter dan Suster di PjN Harapan Kita yang telah mengizinkan dan banyak membantu penulis untuk mengumpulkan data penelitian, Prof. dr. Budhi Setyanto Purwowiyoto, Ns. Trininglan, Skep, Ns. Whayuningtyas, Skp, Ns. Desyana Skep, NsYuniwar Indrawati, AMK, Ns. Rohati Asmoro, AMK, Ns. Ika Julaika, AMK, Ns. Grace K, BSc. Ns. Tri Neni Agustina, AMK, Ns. Yeni Purnamasari, Skep, Ns. Yuli Harnani Skep, Ns. Witaningsih, AMK, Na. Zumilda, Skep, Ns. Lilis Suhaini.
  - 5) Pimpinan Universitas Paramadina Periode 2007-2014 Anies R. Baswedan Ph.D, Deputy Rector Universitas Paramadina Bima P. Santosa Ak. BAP. MFM, Wijayanto Samirin, MPP, Totok A. Soefijanto Ed.D. Pimpinan Universitas Paramadina Periode 2014 - 2020 Prof. Firmanzah Ph. D, Wakil Rektor Universitas Paramadina, Dr. Fatchiah E. Kertamuda M. Sc, Dr. Dra. Prima Naomi, M.T. Direktur Operasi dan Umum Agustin Widyaningsih dan Manager SDM dan Fasum Amy Suryani. Kaprodi Psikologi Universitas Paramadina Handrix Chris Haryanto M.A., Dekan Fakultas Fasafah dan Peradaban Tia Rahmani M.Psi, Psikolog, staf dosen Prodi Psikologi Universitas Paramadina yaitu Alfikalia M.Psi, Psikolog, Dwita Priyanti M.Psi, Psikolog, Dinar Saputra M.Psi, Psikolog, Dessy Syahniar M.Psi, Psikolog dan staf Prodi Psikologi Yulitin Lestari.
  - 6) Rekan-rekan penulis yang membantu penulis baik saat penyusunan alat ukur maupun pengolahan data hasil penelisan Dr. Ayu Dwi Nindyati, Haris Herdiansyah M.Si, Aretha Krisnamurti M.Si, Shishka Prabawaningtyas Ph.D, Dr. Iin Mayasari, dan Bay dhowi S.Psi, M.Si.

- 7) Sahabat pejuang S3 UI, kepada Fitri, Mba Neneng, Kak Epi, Mba Retno, Eci, Alm. Kak Rah, Mba Santi, Ika, dan Pingkan, Mba Diah Rini, penulis mengucapkan terima kasih yang mendalam atas segala dukungan yang diberikan. Kebersamaan, tawa canda, wisata kuliner hingga pelukan yang menguatkan telah mengiringi jatuh bangunnya penulis selama perjuangan lebih dari empat tahun ini. Kebersamaan yang terasa sangat manis dan tentu tak akan terlupakan.
- 8) tenaga-tenaga lapangan dari alumni Prodi Psikologi Universitas Paramadina yang dengan handal dan sigap membantu dalam pencarian data dan melakukan wawancara. Rasa terima kasih dan penghargaan yang sedalam-dalamnya saya haturkan kepada Dessy, Dinar dan Finda atas kesediaannya dan kesabarannya menemani penulis tidak hanya di rumah sakit namun hingga seluruh studi selesai dilakukan sehingga disertasi ini dapat terwujud.
- 9) Sahabat-sahabat luar biasa yang penulis miliki sejak di S1 fakultas Psikologi Unika Atma Jaya memberikan penghiburan yang luar biasa saat penulis merasa lelah dan penat. Kepada anggota 'Kartini Millenium' Indri, Nova, Bertha, Sheila, Nova, Sisca dan Anna, penulis mengucapkan banyak terima kasih untuk pertemanan yang telah diberikan selama lebih dari 20 tahun ini.
- 10) Dua orangtua yang luar biasa, Bapak Hardjono dan Ibu Suparjati hingga penulis bisa menjadi individu yang mandiri saat ini. Terima kasih yang sebesar-besarnya penulis haturkan kepada dua individu yang telah memercayai dan mendukung penulis di segala bentuk kehidupan hingga saat ini. Tidak ada perbuatan apapun yang dapat membalas jasa Mama dan Bapak kepada penulis. Penulis hanya bisa mempersembahkan disertasi ini sebagai tanda bakti penulis kepada Mama dan Bapak.
- 11) Kedua mertua penulis yang terkasih Alm. Bpk Naryo Sunaryo dan Ibu Mamie Surachmi yang telah mendoakan dan mendukung hingga disertasi ini dapat diselesaikan.
- 12) Kakak dan adik yang telah menemani perjalanan kehidupan penulis, Mas Didit, Mas Bibi, Mas Aa, Alm. Rully, Ikhsan, Mba Linda, Mba Arum, Renny dan Herry penulis mengucapkan banyak terima kasih atas dukungan yang telah diberikan.

- 13) Dua malaikat dalam kehidupan penulis yaitu Ananda Ilyasa Radhiya dan Naraya Ilman Ramadhan. Terima kasih telah menemani perjalanan kehidupan penulis, mewarnai segala sisinya dengan keceriaan dan mengajari penulis artinya bersabar.
- 14) Suami penulis, Devis Ripomo, yang telah mengizinkan penulis untuk menempuh studi S3 ini. Terima kasih atas semua kesabaran, pengertian dan kebesaran hati untuk menerima segala kekurangan dan keanehan penulis, menemani dan menguatkan penulis, terutama saat penulis merasa kehilangan semangat.

Akhir kata penulis juga mengucapkan banyak terima kasih untuk segala doa, dukungan yang telah diberikan oleh semua pihak yang namanya tidak bisa disebutkan satu persatu. Disertasi ini jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala masukan bisa dialamatkan ke [devi.wulandari@paramadina.ac.id](mailto:devi.wulandari@paramadina.ac.id). Wassalamualaikum warahmatullahi wabarokatuh.

Depok, 11 Desember 2019

Devi Wulandari



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

---

---

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

Nama : Devi Wulandari  
NPM : 1406526782  
Program Studi : Doktor Ilmu Psikologi  
Departemen : Psikologi  
Fakultas : Psikologi  
Jenis karya : Disertasi

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 :

“Peran kecemasan, *coping* religious Islami, kepuasan pernikahan dan kondisi fisik pada kualitas hidup terkait kesehatan (*health related quality of life*) pasien paska infark miokard”

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 memublikasikan 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 : 11 Desember 2019

Yang menyatakan

(Devi Wulandari)

## ABSTRAK

Nama : Devi Wulandari  
Program Studi : Doktor Psikologi  
Judul : “Peran kecemasan, *coping* religius Islami, kepuasan pernikahan dan kondisi fisik pada kualitas hidup terkait kesehatan (*health related quality of life*) pasien paska infark miokard”.  
Promotor : Dr. Adriana Soekandar Ginanjar M.Sc  
KoPromotor : Drs. R. Urip Purwono M.Sc., Ph.D., Psi

Meskipun kualitas hidup terkait kesehatan telah diteliti secara luas, namun faktor kontekstual pasien cenderung diabaikan. Tujuan dari disertasi ini adalah untuk menguji model kontekstual kualitas hidup terkait kesehatan (*health related quality of life*-HRQoL) yang diajukan oleh Ashing-Giwa (2005) pada pasien paska infark miokard (IM) dan meneliti peranan prediktor-prediktor yang memengaruhi HRQOL. Variabel yang masuk ke dalam level individual adalah kecemasan, *left ventricular ejection fraction* (LVEF) dan komorbiditas. Kepuasan pernikahan dan *coping* religius Islami termasuk dalam level sistemik. Penelitian ini menggunakan desain metode penelitian *mixed method explanatory*. Pada studi 1, penelitian *cross sectional* dilakukan terhadap 170 pasien paska IM. Pasien mengisi empat kuesioner (*MacNew Health Related Quality of Life, Couple Satisfaction Index, Cardiac anxiety Questionnaire, coping* religius Islami). Data LVEF dan komorbiditas pasien didapatkan dari catatan medis. Model teoritis diuji dengan menggunakan *structural equation modelling* (SEM). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kecemasan memiliki pengaruh langsung yang negatif terhadap HRQOL. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara komorbiditas pasien, *coping* religius Islami dan LVEF terhadap HRQOL. Kepuasan pernikahan adalah moderator yang signifikan terhadap hubungan antara kecemasan dengan HRQOL. Pada studi 2 dilakukan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode *multiple case study* (studi kasus ganda). Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden mengalami kecemasan terhadap kecemasan terhadap kematian, kecemasan terhadap bertambah parahnya penyakit dan efek samping pengobatan. IM dihayati sebagai kesempatan kedua untuk menebus kesalahan masa lalu dan adanya dukungan dari pasangan membuat responden lebih mudah untuk menjalani kehidupan paska IM. Aspek lain yang muncul dalam penelitian kualitatif adalah komunikasi antara pasien - dokter dan adanya peran jender terhadap HRQOL responden

Kata kunci: *health related quality of life, infark miokard, coping* religius, kecemasan, kepuasan pernikahan, komorbiditas, *left ventricular ejection fraction*

## ABSTRACT

Name : Devi Wulandari  
Study Program: Doctorate in Psychology Study  
Title : Role of anxiety, Islamic religious coping, and physical conditions on health-related quality of life in post myocardial infarction patients  
Counsellor : Dr. Adriana Soekandar Ginanjar M.Sc  
Co Counsellor : Drs. R. Urip Purwono M.Sc., Ph.D., Psi

Although health related quality of life (HRQOL) has been studied extensively, the role of patient's contextual factors tended to be neglected. The purpose of this dissertation is to test contextual model of health related quality of life proposed by Ashing-Giwa (2005) in post myocardial infarction (MI) patients and to examine roles of health related quality of life predictors. Variables include in the individual level are anxiety, left ventricular ejection fraction and comorbidity. Marital satisfaction and Islamic religious coping are included in the systemic level. An explanatory mixed method study was conducted for this dissertation. For study 1, a cross sectional study included 170 post myocardial infarction (MI) patients was conducted. The patients filled out four questionnaires (MacNew Health Related Quality of Life, Couple Satisfaction Index, Cardiac Anxiety Questionnaire, Islamic Religious Coping. Data regarding patients left ventricular ejection fraction (LVEF) and comorbidity were gathered from patient's medical status. The theoretical model was tested using structural equation modelling. Structural equation modelling revealed that anxiety had a negative direct relationship to HRQOL. There were no significant relationships among patient's comorbidity, Islamic religious coping, LVEF and HRQOL. Marital satisfaction was a significant moderator of the relationship between anxiety and HRQOL. In study 2, a multiple case study revealed that respondents had anxiety toward death, severity of their disease and medication's side effects. MI was experienced as a second chance given by God to redeem their misdeed in the past. Supports from spouse made respondents feel at ease to live their daily life after MI. Other aspects emerged in the qualitative study were patients-doctor communication and role of gender in respondents HRQOL.

Key words: health related quality of life, myocardial infarction, religious coping, anxiety, marital satisfaction, comorbidity, left ventricular ejection fraction

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
UCAPAN TERIMA KASIH .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	viii
ABSTRAK .....	ix
ABSTRACT .....	x
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Permasalahan Penelitian .....	14
1.3 Tujuan Penelitian .....	16
1.4 Manfaat Penelitian .....	17
1.5 Kebaruan Penelitian .....	17
1.6 Sistematika Penulisan .....	17
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>19</b>
2.1 Infark miokard .....	19
2.1.1 Perawatan Paska Infark miokard .....	20
2.1.2 Dampak Infark Miokard Terhadap Kehidupan Pasien .....	20
2.2 Kualitas Hidup Tekait Kesehatan .....	21
2.2.1 Model-model HRQOL .....	25
2.2.2 Pengertian Model Kontekstual HRQOL Ashing-Giwa (2005) .....	27
2.3 Telaah Studi Empiris Faktor-Faktor yang Terkait dengan HRQOL Pasien Paska IM Berdasarkan Model Kontekstual HRQOL Ashing- Giwa (2005) .....	32
2.3.1 Kecemasan .....	33
2.3.2 <i>Left Ventricular Ejection Fraction</i> .....	35
2.3.3 Komorbiditas .....	36
2.3.4 Kepuasan Pernikahan .....	37
2.3.5 Tawakal Sebagai Landasan <i>Coping</i> Religius Islami .....	39
2.3.6 <i>Coping</i> Religius Islami .....	42
2.3.7 Penelitian-penelitian Perilaku <i>Coping</i> Religius yang Berkaitan dengan Kesehatan .....	47
2.4 Kerangka Teoritis Model Kontekstual HRQOL Pasien Paska IM .....	48
2.5 Hipotesis Penelitian .....	57
<b>3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>58</b>
3.1 Desain Penelitian .....	58
3.2 Penelitian Tahap Pertama: Penelitian Kuantitatif .....	59

3.2.1	Identifikasi dan Definisi Operasional Variabel Penelitian .....	59
3.2.2	Populasi .....	61
3.2.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	61
3.2.4	Jumlah Responden.....	61
3.2.5	Metode Pengumpulan Data .....	62
3.2.6	Pembuatan Alat Ukur <i>Coping</i> Religius Islami .....	62
3.2.7	Adaptasi Alat Ukur <i>MacNew Heart Disease HRQOL Instrument, Cardiac Anxiety Questionnaire</i> dan <i>Couples Satisfaction Inventory</i> .....	62
3.2.8	Teknik Pengujian Validitas dan Reliabilitas .....	66
3.2.9	Teknik Analisa Data.....	66
3.2.10	Prosedur Penelitian.....	67
3.3	Penelitian Tahap Dua: Penelitian Kualitatif.....	68
3.3.1	Desain Penelitian .....	69
3.3.2	Jumlah Partisipan dan Pengambilan Sampel.....	69
3.3.3	Metode Pengumpulan Data .....	70
3.3.4	Prosedur Penelitian.....	70
3.3.5	Analisis Data .....	71
3.3.6	Triangulasi.....	72
<b>4.</b>	<b>HASIL PENELITIAN KUANTITATIF .....</b>	<b>73</b>
4.1	Konstruksi Alat Ukur <i>Coping</i> Religius Islami .....	73
4.2	Adaptasi Alat ukur <i>MacNew Heart Disease HRQOL Instrument, CAQ</i> dan <i>CSI</i> .....	77
4.3	Uji Psikometri Alat Ukur .....	78
4.3.1	Hasil analisis <i>Confirmatory Factor Analysis</i> untuk Alat Ukur <i>Coping</i> Religius Islami .....	78
4.3.2	Hasil Analisis <i>Confirmatory Factor Analysis</i> untuk <i>MacNew Heart Disease HRQOL Instrument</i> .....	82
4.3.3	Hasil Analisis <i>Confirmatory Factor Analysis</i> untuk <i>Cardiac Anxiety Questionnaire</i> .....	84
4.3.4	Hasil Analisis <i>Confirmatory Factor Analysis</i> untuk Alat Ukur <i>Couples Satisfaction Index</i> .....	85
4.4	Karakteristik Responden Penelitian .....	86
4.5	Uji Model Kontekstual HRQOL Pada Pasien IM .....	90
<b>5.</b>	<b>HASIL PENELITIAN KUALITATIF .....</b>	<b>93</b>
5.1	Hasil Wawancara Responden 1 (Donny) .....	93
5.1.1	Latar Belakang .....	93
5.1.2	Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara .....	94
5.1.3	Berjuang Seorang Diri Menghadapi IM .....	95
5.1.4	Cemas IM Akan Menyerang Kembali.....	96
5.1.5	Kehidupan Setelah IM Sebagai Penebus Kesalahan .....	97
5.1.6	Pencarian Terhadap Pengobatan Yang Sesuai .....	99
5.2	Hasil Wawancara Responden 2 (Susi) .....	100
5.2.1	Latar Belakang .....	100

5.2.2	Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara .....	101
5.2.3	Dukungan dan Perhatian dari Suami yang Meringankan Gejala IM .....	102
5.2.4	Cemas IM Akan Membawanya Pada Kematian.....	103
5.2.5	IM Adalah Salah Satu Bentuk Kasih Sayang Tuhan.....	104
5.2.6	Adanya Akses Fasilitas Kesehatan Berperan Pada Kepatuhan Pengobatan .....	106
5.3	Hasil Wawancara Responden 3 (Wicak).....	107
5.3.1	Latar Belakang .....	107
5.3.2	Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara .....	107
5.3.3	Kehangatan dan Perhatian dari Istri yang Membahagiakan ..	108
5.3.4	Adanya Kecemasan Terhadap Kematian dan Efek Samping Pengobatan .....	110
5.3.5	Kemampuan untuk Melihat Sisi Positif IM.....	112
5.3.6	Komunikasi Dokter dan Pasien Menunjang Pemulihan.....	113
5.4	Hasil Wawancara Responden 4 (Ricky).....	114
5.4.1	Latar Belakang .....	114
5.4.2	Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara .....	115
5.4.3	Kurangnya Pengertian Istri Terhadap Kondisi Fisik Ricky ..	116
5.4.4	Kecemasan Terhadap Kematian yang Menimbulkan Gejala Penyakit .....	117
5.4.5	IM Menyadarkan Akan Kekuasaan Tuhan.....	120
5.4.6	Komunikasi Dokter dan Pasien yang Baik Berperan Pada Kepatuhan Pengobatan .....	120
5.5	Hasil Wawancara Responden 5 (Supri) .....	122
5.5.1	Latar Belakang .....	122
5.5.2	Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara .....	123
5.5.3	Kurangnya Kepedulian dan Penghargaan dari Istri Menurunkan Harga Diri Supri.....	124
5.5.4	Kecemasan Terhadap Kondisi Fisik yang Akan Memburuk Memengaruhi Kepatuhan Terhadap Pengobatan .....	126
5.5.5	Marah terhadap Tuhan Menyebabkan Supri Tidak Beribadah .....	127
5.5.6	Komunikasi Pasien dan Dokter yang Baik Memengaruhi Kepatuhan Terhadap Pengobatan.....	128
5.6	Hasil Wawancara Responden 6 (Ridho) .....	130
5.6.1	Latar Belakang .....	130
5.6.2	Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara .....	130
5.6.3	Konflik dan Komunikasi yang Buruk dengan Pasangan Memperparah Kondisi Fisik .....	131
5.6.4	Kecemasan Terhadap Kematian dan Efek Samping Pengobatan .....	133

5.6.5	IM Tidak Menimbulkan Kesadaran Untuk Beribadah .....	135
5.6.6	Adanya Kebosanan dan Kekhawatiran Terhadap Pengobatan .....	135
5.7	Hasil Wawancara Responden 7 (Indra).....	136
5.7.1	Latar Belakang .....	136
5.7.2	Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara .....	137
5.7.3	Adanya Dukungan Istri Terhadap Pengobatan dan Pemulihan Fisik Indra.....	137
5.7.4	Kecemasan Terhadap Kematian Mengganggu Aktivitas Indra .....	140
5.7.5	IM Sebagai Bentuk Ujian dari Tuhan.....	142
5.7.6	Masalah Komunikasi Antara Pasien dan Dokter Memengaruhi Kepatuhan terhadap Pengobatan .....	144
5.8	Hasil Wawancara Responden 8 (Rika).....	145
5.8.1	Latar Belakang .....	145
5.8.2	Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara .....	145
5.8.3	Perilaku Kasar Pasangan Menambah Gejala Fisik IM.....	146
5.8.4	Kecemasan Terhadap Berulangnya IM Membuat Rika Lebih Patuh terhadap Pengobatan .....	148
5.8.5	Adanya Kepasrahan Kepada Tuhan Sekaligus Kesadaran Akan Peran Diri Pada Kesehatannya .....	149
5.8.6	Kemudahan Akses Kesehatan Memengaruhi Kepatuhan Terhadap Pengobatan .....	150
5.9	Rangkuman Hasil Penelitian Kualitatif.....	151
5.9.1	Peranan Kecemasan Terhadap HRQOL.....	151
5.9.2	Peranan Kepuasan Pernikahan Terhadap HRQOL .....	153
5.9.3	Peranan Coping Religius Islami Terhadap HRQOL .....	155
5.9.4	Perbedaan Hasil Wawancara dengan Skor Kuesioner .....	156
5.9.5	Adanya Aspek Lain yang Turut Memengaruhi HRQOL .....	156
<b>6.</b>	<b>DISKUSI, KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>158</b>
6.1	Diskusi Hasil .....	158
6.2	Kesimpulan.....	162
6.2.1	Kesimpulan Studi 1 .....	162
6.2.2	Kesimpulan Studi 2 .....	163
6.3	Keterbatasan Penelitian .....	164
6.4	Implikasi Penelitian.....	165
6.5	Saran.....	166
6.5.1	Saran Metodologis dan Teoritis .....	166
6.5.2	Saran Praktis.....	167
	<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>169</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Dimensi dan Indikator Alat Ukur <i>Coping</i> Religius Islami.....	75
Tabel 4.2. Cetak Biru Alat Ukur <i>Coping</i> Religius Islami .....	77
Tabel 4.3. Cetak Biru Alat Ukur <i>MacNew Heart Disease HRQOL Instrument</i> ....	77
Tabel 4.4. Cetak Biru Alat Ukur <i>Cardiac Anxiety Questionnaire</i> .....	78
Tabel 4.5. Hasil Analisis <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Item Alat Ukur <i>Coping</i> Religius Islami .....	79
Tabel 4.6. Hasil Analisis <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Item Alat Ukur <i>Coping</i> Religius Islami Setelah Item Tidak Valid Dihilangkan .....	80
Tabel 4.7. Hasil <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Dimensi Pada Alat Ukur <i>Coping</i> Religius Islami .....	82
Tabel 4.8. Hasil <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Untuk Alat Ukur <i>MAcNew Heart Disease HRQOL Instrument</i> .....	82
Tabel 4.9. Hasil <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Terhadap Dimensi <i>NacNew Heart Disease HRQOL Instrument</i> .....	83
Tabel 4.10. Hasil Analisis <i>Confirmatory Factor Analysis</i> untuk Alat Ukur <i>Cardiac Anxiety Questionnaire</i> .....	84
Tabel 4.11. Hasil Analisis <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Terhadap Dimensi <i>Cardiac Anxiety Questionnaire</i> .....	85
Table 4.12. Hasil Analisis <i>Confirmatory Factor Analysis</i> Untuk Alat Ukur <i>Couple Satisfaction Index</i> .....	85
Tabel 4.13. Karakteristik Demografis dan Klinis Pasien Saat Pengambilan Data ( $N = 170$ ) .....	87
Tabel 4.14. Matriks Korelasi Antar Variabel .....	89
Tabel 4.15. Statistik Deskriptif Variabel Penelitian.....	90
Tabel 4.16. Nilai Signifikansi Bobot Regresi.....	92
Table 5.1. Data Responden Penelitian Tahap 2 .....	93



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Sejarah Perkembangan Konstruk HRQOL .....	23
Gambar 2.2. Model Kontekstual HRQOL (Ashing-Giwa, 2005) .....	28
Gambar 2.3. Model Teoritis Kontekstual HRQOL Pasien Paska IM .....	52
Gambar 4.1. Model Teoritis Persamaan Struktural HRQOL Pasien Paska IM .....	91

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian - Studi 1.....	193
Lampiran 2. Hasil Output SEM Menggunakan <i>Software</i> MPlus – Studi 1 .....	198
Lampiran 3. Daftar Pertanyaan Untuk wawancara – Studi 2 .....	202
Lampiran 4. Hasil <i>Query</i> dari <i>Software</i> NVivo .....	203

# BAB 1 PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Penyakit jantung (*cardiovascular disease*) merupakan penyebab kematian utama baik di negara maju maupun negara berkembang. Meskipun demikian, angka kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung berkembang lebih pesat pada negara berkembang dibandingkan negara maju. Penyebab meningkatnya angka kematian ini adalah bertambahnya prevalensi faktor resiko serta terbatasnya akses kepada intervensi maupun perawatan penyakit jantung (Gaziano, Bitton, Anand, Abrahams-Gessel, & Murphy, 2011).

Hal yang sama juga ditemui di Indonesia. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan tahun 2013 diketahui bahwa penyakit jantung adalah penyebab kematian nomor dua di Indonesia, setelah penyakit *stroke* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Namun, berdasarkan hasil penelitian terkini yang dilakukan oleh *World Health Organization* pada tahun 2016 mengungkapkan bahwa penyakit jantung menjadi penyebab kematian pertama dengan jumlah prosentase sebesar 35% dari keseluruhan proporsi penyebab kematian (World Health Organization, 2018)

Penyakit jantung yang terjadi secara mendadak dan dapat mengancam nyawa adalah penyakit infark miokard (IM) IM disebut juga sebagai sindrom koroner akut (*acute coronary syndrome*) yang diakibatkan oleh rusaknya otot jantung yang diakibatkan oleh tersumbatnya pembuluh darah koroner (DeSilva, 2013). IM disebut juga penyakit kritis karena pasien berada dalam kondisi yang mengancam kelangsungan hidupnya (DeSilva, 2013; Hutagalung et al., 2014).

Penyakit IM perlu mendapat perhatian karena selain dapat menimbulkan kematian, juga menimbulkan dampak yang signifikan dalam kehidupan mulai dari fisik, psikis dan sosial. Gejala IM pada kondisi fisik pasien adalah dirasakannya rasa sakit di dada, kehabisan nafas, nyeri dan kelelahan (*fatigue*) sehingga merasa kewalahan untuk menjalani kehidupan sehari-hari (Fredriksson-Larsson, Alsen, & Brink, 2013; Roebuck, Furze, & Thompson, 2001). Dampak lain adanya penyakit

ini terhadap kondisi psikologis pasien adalah kekhawatiran terhadap masa depannya. Adanya keterbatasan fisik ini menyebabkan pasien kesulitan untuk beraktivitas dengan keluarga dan teman terdekat sehingga ia pun merasa terasing dengan lingkungan sekitarnya (Fredriksson-Larsson et al., 2013). Kondisi emosional pasien juga terpengaruh oleh adanya IM Pasien melaporkan mudah merasa tersinggung, tidak sabaran dan depresi (Roebuck et al., 2001). Adanya tantangan-tantangan ini ditambah dengan kurangnya perhatian dari tenaga medis terhadap perasaan ataupun kebutuhan pasien menyebabkan pasien merasa sulit untuk mengatasi keadaan yang dihadapinya (Andersson, Borglin, & Willman, 2013; Asadi-Lari, Packham, & Gray, 2003). Keterbatasan-keterbatasan ini dapat memengaruhi bagaimana pasien menilai kehidupannya yang disebut dengan *health related quality of life* (HRQOL) atau kualitas hidup terkait kesehatan. Kualitas hidup terkait kesehatan untuk selanjutnya akan disebut dengan HRQOL.

HRQOL didefinisikan sebagai konstruk multidimensi berupa penilaian subyektif pasien terhadap kemampuan fisik, sosial, persepsi kesehatan dan kondisi psikologisnya yang dipengaruhi oleh penyakit dan perawatannya (Rapley, 2003; Moser et al., 2009). HRQOL memiliki dimensi beragam mulai dari status kesehatan, keberfungsian, dampak ekonomi, hingga kesejahteraan (*well being*) (Abdullah & Jamal, 2011). Adapun kesamaan diantara pandangan ahli-ahli tersebut adalah dimensi HRQOL terdiri dari dimensi yang jamak (multidimensi), meliputi beragam aspek kehidupan manusia yang dipengaruhi oleh kesehatan yaitu dimensi gejala penyakit, dampak pengobatan, keberfungsian, persepsi umum mengenai kesehatan, dan kesejahteraan (Cella & Stone, 2015).

HRQOL merupakan hal yang penting bagi pasien dan juga untuk tenaga kesehatan. Ganz dan Goodwin (2005) mengemukakan empat manfaat dari HRQOL baik untuk tenaga kesehatan maupun pasien. Manfaat pertama adalah nilai HRQOL dapat digunakan oleh tenaga medis atau peneliti untuk menentukan efektifitas perawatan, sehingga dapat dipilih suatu bentuk perawatan yang paling optimal sesuai dengan kondisi pasien. Manfaat kedua adalah nilai HRQOL juga mampu menjadi informasi prognostik (kesejahteraan psikologis, tingkat kecemasan dan depresi) yang berhubungan dengan perkembangan penyakit. Nilai HRQOL bagi pasien adalah dapat digunakan sebagai dasar untuk membuat keputusan mengenai

perawatan apa yang sesuai dengan kondisi diri dan rencana hidupnya. Manfaat keempat adalah nilai HRQOL berguna untuk pembuat keputusan dalam menentukan kebijakan yang paling sesuai dengan kondisi ekonomi suatu negara dan kualitas penyintas yang diharapkan.

Penelitian mengenai HRQOL telah lama dilakukan oleh para ahli (Hyphantis, Paika, Almyroudi, Kampletsas, & Pavlidis, 2011). Faktor-faktor yang disimpulkan memiliki hubungan dengan HRQOL pasien IM dapat dikategorikan menjadi empat bagian yaitu faktor demografi, fisik, psikologi, dan sosial. Jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan merupakan prediktor bagi nilai HRQOL pasien IM. Pasien dengan jenis kelamin perempuan memiliki kecenderungan depresi sehingga dapat memiliki nilai HRQOL yang lebih rendah daripada pasien pria (Bergman, Malm, Karlsson, & Berterö, 2009; Hosseini, Ghaemian, Mehdizadeh, & Ashraf, 2014; Martin et al., 2012; Muhammad et al., 2014; Norris et al., 2008). Pasien yang memiliki umur lebih muda memiliki nilai HRQOL yang lebih rendah daripada pasien yang lebih tua, meskipun memiliki kemampuan untuk pulih yang lebih cepat (Longmore et al., 2011; Muhammad et al., 2014). Tingkat pendidikan pasien memungkinkan pasien untuk memiliki pengetahuan yang lebih lengkap dan luas mengenai penyakit yang dideritanya, oleh karena itu pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki nilai HRQOL yang tinggi pula (Choo, Burke, & Pyo Hong, 2007; Hosseini et al., 2014; Muhammad et al., 2014; Norekvål, Fridlund, Moons, et al., 2010).

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, diketahui bahwa kondisi fisik memengaruhi HRQOL. Adapun bentuk-bentuk gejala fisik yang disimpulkan memengaruhi HRQOL pasien adalah angina, komplikasi penyakit, *fatigue*, kesehatan umum (*general health*), dan tingkat keparahan penyakit. Adanya penyakit jantung biasanya ditandai dengan adanya angina (rasa sakit atau menekan pada dada) yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari penderita IM, sehingga menurunkan nilai HRQOL pasien (Roebuck et al., 2001). Semakin banyaknya penyakit komplikasi yang diderita oleh pasien akan memengaruhi pemulihan pasien (Hosseini et al., 2014; Martin et al., 2012; Norekvål, Fridlund, Moons, et al., 2010; W. Wang et al., 2014). Tingkat keparahan penyakit jantung, yang ditandai dengan lamanya tinggal di rumah sakit paska serangan jantung disimpulkan memengaruhi

penurunan nilai HRQOL pasien (Sakai et al., 2011). *Fatigue* yang ditandai dengan rasa lelah yang berlebihan menghambat pasien untuk beraktivitas maupun bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. *Fatigue* disimpulkan berhubungan dengan penurunan HRQOL pasien (Brink, 2012; Fredriksson-Larsson et al., 2013). Kesehatan umum pasien yang ditandai dengan keberfungsian pasien dalam melakukan aktivitasnya disimpulkan berhubungan dengan nilai HRQOL pasien (Norekvål, Fridlund, Moons, et al., 2010).

Variabel dari sisi psikologis yang dinyatakan memiliki pengaruh terhadap penilaian HRQOL pasien adalah tingkat depresi dan kecemasan, kepribadian dan perilaku *coping*. Pasien yang menilai negatif dan khawatir akan kehidupannya paska mendapatkan serangan jantung cenderung memiliki nilai HRQOL yang rendah (Hosseini et al., 2014; Hsu, Tsao, Chen, & Chou, 2014; Muhammad et al., 2014; Myers, Gerber, Benyamini, Goldbourt, & Drory, 2012; Sakai et al., 2011; Van Beek et al., 2012; W. Wang et al., 2014). Kepribadian atau bagaimana pasien membentuk persepsi terhadap kondisi yang diterimanya menentukan tingkat HRQOL yang dimilikinya. Adapun variabel kepribadian yang telah disimpulkan memiliki hubungan dengan HRQOL paska serangan jantung adalah *sense of coherence*, *illness perception* dan *type D behavior*. *Sense of coherence* pada beberapa penelitian telah disimpulkan sebagai prediktor yang signifikan terhadap HRQOL (Bergman et al., 2009; Norekvål, Fridlund, Moons, et al., 2010). *Sense of coherence* mengacu pada kapasitas pasien untuk mengatasi kesulitan dalam kehidupannya. Semakin pasien merasa bahwa kehidupannya dipahami, menyeluruh dan dapat diatasi maka semakin baik pula penilaiannya mengenai HRQOL-nya (Wettergren, Bjorkholm, Axdorph, & Langius-Eklo, 2004). Sebuah penelaahan sistematis menyimpulkan *illness perception* merupakan determinan yang penting dalam perkembangan penyakit jantung. Pasien yang tidak memiliki pemahaman yang tepat mengenai penyakit, merasa tidak memiliki kontrol terhadap penyakit dan pengobatan cenderung memiliki HRQOL yang rendah dan tingkat depresi yang lebih tinggi.

*Illness perception* juga memengaruhi keputusan pasien untuk mengubah gaya hidup ataupun patuh terhadap pengobatan (*adherence*) (Foxwell, Morley, & Frizelle, 2013). *Type D Behavior* mengacu pada perilaku individu yang kerap

mengalami afeksi negatif dan mengalami inhibisi sosial, oleh karena itu individu yang memiliki perilaku ini cenderung mengalami rasa marah, sedih dalam jangka waktu yang lama namun cenderung menyembunyikannya karena tidak ingin perasaannya diketahui oleh orang lain (Staniute et al., 2015). Penelitian lain mengungkapkan bahwa aspek afeksi negatif yang terdapat dalam *type D behavior* yang memengaruhi penurunan HRQOL pada pasien paska serangan jantung (Pelle et al., 2011; Pelle, Pedersen, Szabó, & Denollet, 2009; Williams, O'Connor, Grubb, & O'Carroll, 2012).

Bagian sosial meliputi variabel dukungan sosial yang diberikan oleh lingkungan sekitar maupun dari lingkungan terdekat yaitu pasangan. Persepsi mengenai tersedianya dukungan sosial berpengaruh positif terhadap HRQOL pasien (Fredriksson-Larsson et al., 2013; Julkunen, Gustavsson-Lilius, & Hietanen, 2009; Leifheit-Limson et al., 2012; Vilhena et al., 2014). Meskipun demikian, ternyata dinamika hubungan dukungan sosial dengan HRQOL tidak selalu positif. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa hubungan dukungan sosial dengan HRQOL bisa menjadi negatif tergantung dari ekspresi marah pasangan (Julkunen et al., 2009), kualitas perkawinan (Proulx & Snyder-Rivas, 2013; Robles, Slatcher, Trombello, & McGinn, 2014) ataupun tingkat depresi pasien (Hsu et al., 2014). Kualitas perkawinan mendapatkan perhatian yang cukup besar dari beberapa ahli. Nampaknya bentuk hubungan antara suami dan istri berperan pada kesehatan. Kualitas pernikahan yang dimaksud adalah evaluasi global seseorang mengenai pernikahannya yang meliputi kondisi positif dan negatif (Robles et al., 2014).

Penelitian meta analisis yang dilakukan oleh Robles et.al (2014) ditemukan bahwa kualitas pernikahan yang lebih tinggi berpengaruh pada tingkat reaktivitas kardiovaskular. Hasil penelitian yang sama juga dikemukakan oleh Gallo, Troxel, Matthews, dan Kuller (2003) yaitu perempuan yang berada dalam pernikahan yang memuaskan cenderung memiliki faktor resiko kardiovaskular (i.e. tingkat kolesterol, tingkat depresi) yang lebih rendah. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Proulx dan Snyder-Rivas (2013) secara longitudinal menyatakan bahwa individu yang menilai bahwa dirinya memiliki pernikahan yang membahagiakan cenderung menilai dirinya sehat.

Penelitian HRQOL telah menyimpulkan beberapa variabel sebagai prediktor, namun penelitian yang ada cenderung berfokus pada prediktor tertentu saja dan tidak melihat prediktor-prediktor HRQOL secara komprehensif seperti misalnya penelitian yang dilakukan oleh Longmore et.al (2011) dan Martin et.al (2012) hanya meneliti prediktor demografi dan fisik. Penelitian oleh Molloy, Perkins-Porras, Strike dan Steptoe (Molloy, Perkins-Porras, Strike, & Steptoe, 2008)(2008) hanya membahas prediktor sosial. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Eriksson, Asplund, Hochwalder, & Svedlund, (2013), Leifhei-Limson et.al (2012) dan Hosseini et.al (2014) hanya meneliti prediktor psikologis pasien padahal menurut model HRQOL yang dikemukakan oleh Wilson dan Cleary atau Ferrans et.al prediktor dari HRQOL meliputi multi aspek mulai dari aspek biologis, gejala penyakit, faktor personal dan lingkungan (Bakas et al., 2012).

Para ahli telah mengembangkan model konseptual HRQOL untuk menerangkan beragam kondisi penyakit dan usia, oleh karena itu, terdapat definisi dimensi maupun prediktor yang berbeda-beda antara para ahli. Hal ini dapat berdampak pada timbulnya kesulitan untuk membandingkan hasil penelitian yang ada. Bakas et.al. (2012) telah melakukan penelaahan sistematis terhadap model-model HRQOL yang banyak digunakan dalam penelitian sejak 1999 hingga 2010. Adapun beberapa model konseptual yang telah banyak diteliti adalah model yang dikembangkan oleh Wilson dan Cleary (1995), Ferrans, Zerwic, Wilbur, dan Larson (2005) dan WHO (2001). Wilson dan Cleary (1995) mengembangkan model konseptual yang menggabungkan model biomedis dengan ilmu sosial yang meliputi lima dimensi yaitu biologis, gejala, fungsi persepsi kesehatan umum dan HRQOL umum, akan tetapi, dimensi lain seperti karakteristik individu, faktor nonmedis dan lingkungan tidak didefinisikan dengan jelas.

Ferrans et.al. (2005) kemudian mengembangkan model konseptual Wilson dan Cleary (1995) dengan tetap mempertahankan lima dimensi sebelumnya dan menambahkan definisi dimensi karakteristik individual dan lingkungan serta menghapus dimensi non medis. WHO mengembangkan model konseptual yang disebut dengan *The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health* (WHO ICF) yang dapat diterapkan dalam beragam kondisi dan budaya (WHO, 2001). WHO mendefinisikan HRQOL sebagai



persepsi individual mengenai kesehatannya dan kesejahteraannya yang dipengaruhi oleh kesehatan. Model konseptual WHO meliputi dua bagian. Bagian pertama berfokus pada keberfungsian dan disabilitas. Bagian kedua meliputi konteks (individu dan lingkungan). WHO ICF memiliki enam dimensi yaitu fungsi tubuh, struktur tubuh, aktivitas, partisipasi, faktor lingkungan dan faktor personal. Model konseptual ini digunakan untuk menggambarkan kesehatan yang berhubungan dengan keberfungsian dan disabilitas. Model WHO ICF dapat diterapkan pada level individu maupun kelompok, tidak spesifik individual.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat diambil kesimpulan bahwa ketiga model ini tidak hanya menekankan pada aspek biomedis namun juga aspek lingkungan. Meskipun demikian, ketiga model lebih menitikberatkan pada pengaruh aspek individual terhadap HRQOL sehingga tidak menjelaskan lebih lanjut aspek lingkungan yang memengaruhi pembentukan HRQOL. Padahal konteks lingkungan ataupun budaya dimana individu tinggal merupakan hal yang penting dalam pembentukan konsep sehat. Rapley (2003) menyatakan bahwa konsep 'sehat' yang beredar dan diukur oleh instrumen HRQOL lebih banyak dipandang dari sisi pengobatan barat sehingga kurang dapat mengukur pengertian sehat yang dikemukakan oleh budaya yang berbeda. Menurut Ashing-Giwa (2005) dengan memperluas model konseptual HRQOL ke dalam aspek konteks lingkungan pasien (sistem perawatan penyakit, budaya, faktor sosio-ekologis, dll) akan lebih meningkatkan kegunaan dan validitas model HRQOL terutama pada responden dengan kondisi budaya ataupun konteks lingkungan yang berbeda. Adanya kesenjangan yang telah disebutkan sebelumnya, menyebabkan timbulnya kebutuhan untuk dapat melihat secara komprehensif dan mendalam mengenai prediktor HRQOL dengan menggunakan suatu model konseptual yang melibatkan konteks lingkungan pasien.

Ashing-Giwa (2005) menawarkan model HRQOL yang melibatkan konteks sosio-ekologis. Model tersebut mengungkapkan bahwa prediktor HRQOL dapat dikategorikan ke dalam dua level yaitu level individual dan juga level sistemik. Level individual mengacu pada faktor-faktor yang secara langsung memengaruhi HRQOL pasien. Faktor-faktor tersebut adalah kesehatan umum, faktor medis (karakteristik penyakit), *health efficacy* dan kesejahteraan psikologis. Pengaruh

yang ditimbulkannya pun lebih kuat dibandingkan variabel yang berada di level sistemik atau makro. Level sistemik mengacu pada faktor-faktor secara langsung ataupun tidak langsung dapat memengaruhi HRQOL. Faktor-faktor tersebut adalah faktor sosio ekologis, budaya, demografi dan perawatan kesehatan.

Model kontekstual HRQOL ini juga menyatakan bahwa level individual merupakan mediator dari hubungan antara level sistemik dengan HRQOL sedangkan level sistemik merupakan kontek-konteks lingkungan yang berada di sekitar individu, antara lain konteks demografi pasien (misalnya jenis kelamin dan tingkat pendidikan) atau lingkungan penyebab stress yang merupakan konteks distal yang dapat memengaruhi HRQOL pasien. Menurut model kontekstual HRQOL individu yang menderita penyakit kronis dipandang tidak hanya dipengaruhi oleh adanya kondisi medis ataupun psikologis pasien tapi konteks atau karakteristik lingkungan dimana individu tinggal turut memengaruhi pembentukan HRQOL pasien.

Penelitian ini bertujuan untuk menguji model kontekstual HRQOL pasien paska serangan jantung, oleh karena itu perlu dilihat secara cermat variabel-variabel yang spesifik untuk pasien IM agar dapat dibuat suatu model yang dapat menerangkan pembentukan HRQOL. Adapun cara untuk menentukan variabel-variabel tersebut adalah dengan melakukan penelaahan pustaka terhadap variabel yang akan digolongkan kepada variabel sistemik dan individual. Menurut Ashing-Giwa (2005), adapun faktor-faktor yang termasuk pada level individual adalah kesehatan umum, karakteristik penyakit, *health efficacy* dan kesejahteraan psikologis. Kesejahteraan psikologis sangat erat kaitannya dengan tingkat kecemasan (Kimlin Tam Ashing-Giwa, 2005; Bergersen, Frøslie, Stibrant Sunnerhagen, & Schanke, 2010; Shek, 1993). Kecemasan merupakan reaksi psikologis yang kerap ditemui pada pasien paska serangan jantung (Sanderson, 2013). Kecemasan ini erat kaitannya dengan keterbatasan fisik paska serangan jantung. Setiap kali pasien merasakan adanya rasa sakit di dada, maka ia berpikir akan mendapatkan serangan berikutnya yang mungkin saja dapat merenggut nyawanya sehingga ia pun membatasi kegiatannya (Eifert et al., 2000). Keterbatasan fisik kemudian dapat menimbulkan keterasingan dan pemikiran yang

negatif mengenai masa depan (Fredriksson-Larsson et al., 2013; Roebuck et al., 2001).

Kecemasan merupakan prediktor yang signifikan pada HRQOL pasien penyakit jantung. Hasil penelitian literatur menunjukkan adanya hubungan negatif antara kecemasan dan HRQOL (Kang, Gholizadeh, Inglis, & Han, 2017). Meskipun kecemasan memiliki peran yang signifikan, namun hasil penelitian masih menunjukkan adanya hasil yang tidak konsisten. Penelitian yang dilakukan oleh Staniute et al., (2015) dan Wang et al., (2014) menyimpulkan bahwa kecemasan berpengaruh negatif terhadap HRQOL, sedangkan hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Fagring et.al (2008); Hosseini et al (2014) dan Muhammad et al., (2014) menyimpulkan tidak adanya hubungan diantara keduanya. Ketidakteragaman dalam pendefinisian kecemasan dapat menjadi alasan di balik tidak konsistennya hasil tersebut. Beberapa penelitian diketahui menggunakan variabel *generalized anxiety disorder* (Martens et al., 2010; Roest, Zuidersma, & de Jonge, 2012), *hospital anxiety* (Brink, Alsen, Herlitz, Kjellgren, & Cliffordson, 2012; Watkins et al., 2013) atau *trait anxiety* (Hosseini et al., 2014; Lane, Langman, Lip, & Nouwen, 2009). Eifert et al., (2000) mengembangkan pengukuran *cardiac anxiety*. Berdasarkan hasil penelitian *cardiac anxiety* lebih sensitif untuk mengukur kecemasan pada pasien penyakit jantung dibandingkan alat ukur yang mengukur kecemasan umum (Van Beek et al., 2012). Disertasi ini mengajukan variabel kecemasan yang berhubungan dengan jantung (*cardiac anxiety*) sebagai prediktor HRQOL yang selanjutnya akan disebut dengan kecemasan.

Tinggi rendahnya HRQOL seorang pasien tidak lepas dari peranan faktor medis. Faktor medis yang berada pada level individual pada disertasi ini adalah penyakit komplikasi dan tingkat keparahan penyakit. Tingkat keparahan penyakit telah disimpulkan berhubungan dengan beberapa indikator kesehatan antara lain kematian pasien saat dirawat di rumah sakit (Granger et al., 2003), kematian paska dirawat di rumah sakit (Heidenreich et al., 2001; Rao et al., 2003), dan IM non fatal (Ottani et al., 2000). Tingkat keparahan penyakit juga memengaruhi HRQOL (Aquarius, Denollet, de Vries, & Hamming, 2007; Julkunen et al., 2009). Disertasi ini akan menggunakan nilai *left ventricular ejection fraction* (LVEF) sebagai indikator tingkat keparahan penyakit. Nilai LVEF menggambarkan kemampuan

jantung untuk memompa darah ke seluruh tubuh. Nilai LVEF yang rendah mengindikasikan kelemahan jantung untuk memompa darah (Pettersen, Kvan, Rollag, Stavem, & Reikvam, 2008).

Adanya penyakit komplikasi juga memengaruhi HRQOL. Beberapa penelitian menyimpulkan adanya hubungan antara penyakit komplikasi (*comorbidity*) dengan penurunan HRQOL (Fortin et al., 2006; Hosseini et al., 2014; Maddigan, Feeny, & Johnson, 2005; Martin et al., 2012; Sundh, Johansson, & Larsson, 2015; van Eck et al., 2008; Xuan, Kirchdoerfer, Boyer, & Norwood, 1999). Adanya komorbiditas pada pasien berhubungan positif dengan perawatan kembali di rumah sakit, prognosis yang lebih rendah, dan lebih lama dirawat di rumah sakit (Wang et al., 2014). Nampaknya, adanya penyakit lain yang berdampingan dengan penyakit diagnosa utama menyebabkan pasien mengalami kesulitan untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari yang kemudian dapat mengarah pada timbulnya depresi dan *fatigue* (Vissers et al., 2013).

Berdasarkan model kontekstual HRQOL, selain faktor individual, faktor konteks lingkungan pasien merupakan faktor yang penting dalam pembentukan HRQOL, baik secara langsung maupun dimediasi oleh faktor/level individual (Ashing-Giwa, 2005). Adanya pemahaman mengenai dinamika hubungan antara HRQOL dengan level sistemik maupun individual, para praktisi dapat membangun sebuah pendekatan intervensi yang tepat untuk meningkatkan HRQOL pasien paska serangan jantung. Level sistemik yang dikemukakan oleh model kontekstual HRQOL menambahkan dimensi budaya dan sosio ekologi pada model HRQOL (Ashing-Giwa, 2005). Menurut Ashing-Giwa (2005) yang dimaksud budaya adalah cara hidup, cara pandang atau cara berperilaku seseorang di dunia ini. Oleh karena itu budaya memberikan kerangka berpikir bagi seseorang untuk memahami, meyakini dan berperilaku.

Ashing-Giwa (2005) menyatakan beberapa komponen yang dapat digolongkan kepada dimensi budaya antara lain akulturasi, etnisitas, identitas etnis, keterhubungan, cara pandang terhadap dunia dan spiritualitas. Indonesia memiliki beragam etnis dan juga agama. Agama dan budaya merupakan hal yang tidak terpisahkan dari kehidupan masyarakat Indonesia, sebagai contoh beberapa acara keagamaan dilaksanakan dengan melibatkan unsur budaya seperti misalnya pada

budaya Jawa, tahun baru Islam dianggap waktu yang tepat untuk menyucikan diri ataupun benda pusaka. Lebih lanjut, unsur agama bagi penduduk Indonesia sudah merupakan cara hidup ataupun cara pandang yang kemudian akan menjadi penuntun bagi penduduk Indonesia untuk berperilaku (Sallquist, Eisenberg, French, Purwono, & Suryanti, 2010). Agama dan budaya merupakan jalinan yang tidak dapat dipisahkan, padahal agama adalah bagian dari kebudayaan yang cenderung diabaikan dalam penelitian (Tarakeshwar, Stanton, & Pargament, 2003). Hal ini terutama terjadi pada masyarakat kolektif yang sebagian besar masyarakatnya memiliki afiliasi keagamaan yang sama (Sallquist et al., 2010).

Saat seseorang menderita penyakit kronis ataupun peristiwa kehidupan penting lainnya, individu yang religius mengembangkan keyakinan bahwa Tuhan menentukan jalan kehidupan mereka, bahkan, mereka juga berpikir bahwa sakit yang mereka derita memiliki tujuan keilahian (*divine*) tertentu (Dickinson & Bhatt, 1994; Hamilton, Galbraith, & Best, 2015; Iskandarsyah et al., 2014). Keyakinan ini kerap ditemui pada pasien-pasien yang memiliki penyakit kronis (Baron-Epel, Friedman, & Lernau, 2008; Iskandarsyah et al., 2014; Nabolsi & Carson, 2011; Omu, Al-Obaidi, & Reynolds, 2014; Yan et al., 2011). Diperkirakan karena adanya ketakutan, ketidakpastian akan masa depan dan depresi yang kerap ditemui pada pasien dengan penyakit kronis, pasien kemudian mengembangkan keyakinan religius ini sebagai salah satu bentuk *coping* untuk menghadapi penyakit kronis yang dideritanya (Christman, Abernethy, Gorsuch, & Brown, 2012; Iskandarsyah et al., 2014; Myers et al., 2012). Cara *coping* spesifik yang berasal dari praktek, pengalaman, emosi atau hubungan keagamaan disebut dengan *coping* religius. (Abu-Raiya & Pargament, 2015).

Penelitian mengenai *coping* religius telah diteliti namun sebagian besar penelitian menitikberatkan pada konsep agama Kristen maupun Yahudi. Penelitian *coping* religius pada umat agama Islam sudah mulai dilakukan dan menghasilkan beberapa alat ukur seperti *Pakistani Religious Coping Practices Scale* (PRCPS), *Brief Arab Religious Coping Scale* (BARCS) dan *Psychological Measure of Islamic Religiousness* (PMIR) (Abu-Raiya & Pargament, 2015). Meskipun demikian alat ukur tersebut masih mengukur perilaku *coping* secara kognitif, padahal di dalam Islam dikenal konsep tawakal yang dapat digunakan saat seseorang menghadapi

peristiwa negatif seperti IM yang tidak hanya melibatkan faktor kognitif namun juga perilaku (Hasan, 2008)

Adanya keyakinan ini maka individu yang menderita penyakit tertentu akan mewakilkan atau mengandalkan Tuhan dalam segala hal terutama untuk pemulihan diri ataupun kesembuhan yang disebut dengan Tawakal. Tawakal berasal dari pecahan kata *wakalah* yang berarti perwakilan, sehingga tawakal dapat diartikan sebagai penyerahan urusan kepada Tuhan karena meyakini Tuhan memiliki sifat: paling menguasai masalah, paling kuat, paling mampu dan paling memahami (Hawa, 2013). Dikarenakan alat ukur *coping* religius yang ada belum berlandaskan konsep tawakal oleh karena itu penelitian ini juga bertujuan untuk mengembangkan alat ukur tersebut yang kemudian akan disebut dengan *coping* religius Islami (*Islamic religius coping*)

Penelitian mengenai pengaruh religiusitas terhadap kesehatan telah lama dilakukan (Weaver, Pargament, Flannelly, & Oppenheimer, 2006). Terdapat beberapa isu dalam penelitian mengenai bidang ini. Isu pertama adalah penelitian yang ada lebih banyak dilakukan pada responden yang berasal dari Amerika dan beragama Kristen (Hill & Pargament, 2003; Vilchinsky & Kravetz, 2005). Penting untuk melibatkan responden dari keyakinan yang beragam untuk bisa didapatkan pemahaman yang lebih menyeluruh mengenai pengaruh religiusitas terhadap kesehatan. Peneliti lain menambahkan adanya keterkaitan antara budaya dengan religiusitas, dimana religiusitas akan dipengaruhi oleh norma kelompok dari masyarakat dimana agama itu berada, sehingga, meskipun dalam agama yang sama bagaimana agama dieskpresikan atau diyakini dapat berbeda-beda dalam kelompok masyarakat yang berbeda (Hill et al., 2000; M. Mclean, Cresswell, & Ashley, 2016). Adanya fakta ini menimbulkan dugaan adanya kemungkinan bahwa pasien di Indonesia memiliki keunikan mengenai keyakinan religius yang dimilikinya yang perlu diungkap lebih lanjut dalam penelitian ini. Hill dan Pargament (2003) juga menyebutkan adanya kebutuhan untuk menyusun alat ukur religiusitas yang lebih sensitif secara kontekstual.

Isu kedua dalam penelitian mengenai hubungan antara religiusitas dengan kesehatan adalah tidak konsistennya hasil yang diperoleh. Penelitian yang dilakukan oleh Holt, Clark, dan Roth (2014) terhadap lebih dari dua ribu responden

Afrika Amerika memberikan hasil bahwa keyakinan religius berpengaruh terhadap perilaku sehat. Penelitian lainnya yang dilakukan di Malaysia terhadap 1415 lansia di Malaysia memberikan hasil bahwa keyakinan religius yang dimiliki oleh lansia dapat mengurangi pengaruh gejala negatif penyakit kronis terhadap kesejahteraan psikologi pasien (Momtaz, HSusid, Ibrahim, Yahaya, & Abdullah, 2012). Penelaahan kritis yang dilakukan terhadap hubungan antara religiusitas dengan kesehatan mengungkapkan bahwa religiusitas berhubungan positif dengan proses fisik (reaktivitas kardiovaskular, imunitas dan neuroendokrin) (Seeman, Dubin, & Seeman, 2003). Hasil yang bertentangan ditemukan pada beberapa penelitian. Penelitian yang dilakukan oleh (C. L. Park & Dornelas, 2012) mengungkapkan bahwa baik *coping* religius yang positif maupun negatif berhubungan positif dengan gejala depresi pada penderita penyakit jantung. Penelitian kuantitatif yang dilakukan di Kuwait terhadap pasien *Stroke* memberikan hasil bahwa keyakinan religius tidak berhubungan dengan *self efficacy* dan kepuasan hidup (Omu et al., 2014). Fakta ini menimbulkan kesimpulan bahwa diperlukan penelitian yang dapat menjelaskan lebih lanjut hubungan antara religiusitas dan kesehatan.

Sebagaimana disebutkan sebelumnya, menurut model kontekstual HRQOL, level sistemik merupakan faktor yang memengaruhi HRQOL pasien. Salah satu faktor dalam level sistemik yang dapat memengaruhi HRQOL pada pasien menurut Ashing-Giwa (2005) adalah *life burden* atau kondisi lingkungan yang membebani pasien. Fakta yang ada pada Individu dewasa, dukungan dari pasangan (suami atau istri) merupakan sumber dukungan yang lebih memadai dibandingkan dukungan yang diberikan oleh kerabat atau teman (Gallo et al., 2003). Meskipun demikian, pernikahan tidak selalu menjadi sumber dukungan bagi pasien, namun juga dapat menjadi sumber konflik yang kemudian dapat menurunkan tingkat kesehatan seseorang (Robles et al., 2014). Adanya konflik atau ketegangan dalam pernikahan, pasien mengalami kondisi sehari-hari yang *stressful* yang kemudian dapat memengaruhi HRQOL nya. Banyaknya ketegangan atau konflik yang dialami oleh pasangan yang menikah merupakan salah satu indikator kepuasan pernikahan (Eaker, Sullivan, Kelly-Hayes, D'Agostino, & Benjamin, 2007; Robles et al., 2014).

Meskipun kepuasan pernikahan telah dihubungkan dengan kesehatan namun pada penelitian meta analisis yang telah dilakukan oleh Robles et al. (2014) mengungkapkan bahwa lebih banyak penelitian yang menggunakan indikator obyektif (mortalitas dan morbiditas). Indikator subyektif yang digunakan pun lebih bersifat fisik (rasa sakit, keberfungsian fisik). Begitu pula pada penelitian yang dilakukan oleh Proulx dan Snyder-Rivas (2013) yang menggunakan penilaian global terhadap kondisi kesehatan responden, dimana responden diminta untuk menilai secara umum mengenai kondisi kesehatan mereka dengan menggunakan satu butir pertanyaan. Oleh karena itu perlu dilihat lebih lanjut peranan kualitas pernikahan terhadap HRQOL pada pasien paska IM.

Melihat uraian yang telah disampaikan, maka dapat disimpulkan mengenai pentingnya faktor konteks lingkungan dalam memengaruhi HRQOL, oleh karena itu penelitian ini akan mengambil model konseptual yang dikemukakan oleh Ashing-Giwa (2005). Model konseptual HRQOL ini disebut juga dengan model kontekstual karena melibatkan faktor budaya dan sosioekologi yang cenderung tidak dilibatkan dalam model kausal/konseptual HRQOL lainnya. Penyebutan model kontekstual HRQOL selanjutnya akan mengindikasikan bahwa model ini mengandung factor budaya dan sosioekologi. Adanya faktor budaya dan sosioekologi yang ada dalam model kontekstual ini, maka model ini dapat diterapkan pada responden dengan latar belakang suku dan budaya yang berbeda. Model kontekstual ini sebelumnya telah diterapkan pada responden dengan penyakit kanker payudara (Kimlin T. Ashing-Giwa & Lim, 2008). Model ini diharapkan dapat diterapkan juga kepada pasien IM dengan melibatkan variabel-variabel yang spesifik untuk IM.

## **1.2 Permasalahan Penelitian**

Permasalahan penelitian yang akan diangkat adalah ”bagaimanakah peranan variabel-variabel dalam model kontekstual kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien paska IM?”. Adapun variabel-variabel yang termasuk dalam model kontekstual HRQOL meliputi faktor individual (antara lain komorbiditas, LVEF, dan kecemasan) serta faktor sistemik (antara lain kualitas pernikahan dan *coping* religius Islami. Responden penelitian yang akan diikutsertakan dalam penelitian ini



adalah pasien-pasien yang telah terdiagnosa IM. Pembuktian kesesuaian antara model teoritis dengan data maka akan data penelitian akan dianalisis dengan menggunakan teknik statistik *structural equation modelling* (SEM) yang akan diolah dengan menggunakan *software* Mplus 7. Guna menjawab permasalahan penelitian tersebut akan dilakukan dua penelitian yang menggunakan penelitian berbeda yaitu kuantitatif dan kualitatif, sehingga penelitian ini adalah penelitian dengan menggunakan metode *mixed method*. Tahapan dan pertanyaan penelitian untuk masing-masing tahapan penelitian adalah sebagai berikut:

Penelitian tahap pertama akan diawali dengan penyusunan instrumen *coping* religius Islami dan adaptasi instrumen-instrumen lain yang akan digunakan dalam penelitian. Tahap berikutnya adalah melakukan pengujian model persamaan struktural HRQOL pada pasien usia dewasa madya paska serangan jantung berdasarkan model kontekstual HRQOL yang meliputi level sistemik dan level individual. Adapun faktor-faktor yang diikutsertakan dalam penelitian tahap pertama ini adalah berasal dari penelaahan literatur. Faktor-faktor yang telah dipilih kemudian akan dianalisis dengan menggunakan *Structural Equation Modelling* (SEM) untuk membuktikan bahwa model teoritis sesuai dengan data yang diperoleh. Penelitian *cross sectional* dilakukan dengan menyebarkan kuesioner dilakukan terhadap 170 pasien yang pernah didiagnosa IM. Adapun pertanyaan penelitian yang akan dijawab pada penelitian tahap pertama yakni sebagai berikut:

1. Apakah model kontekstual kualitas hidup terkait kesehatan pasien *Infark miokard* sesuai (*fit*) dengan data empiris??. Secara umum model ini diterangkan melalui variabel kecemasan, LVEF, komorbiditas yang merupakan prediktor langsung terhadap HRQOL pada pasien paska IM dan kepuasan pernikahan serta *coping* religius Islami sebagai moderator hubungan kecemasan dengan HRQOL
2. Apakah kecemasan memiliki efek langsung dengan arah negatif terhadap nilai HRQOL?
3. Apakah LVEF memiliki efek langsung dengan arah positif terhadap HRQOL?
4. Apakah komorbiditas memiliki efek langsung dengan arah negatif terhadap nilai HRQOL?

5. Apakah kepuasan pernikahan memiliki efek moderasi terhadap hubungan antara kecemasan dan HRQOL?
6. Apakah *coping* religius Islami memiliki efek moderasi terhadap hubungan antara kecemasan dan HRQOL?

Penelitian tahap kedua akan menggunakan pendekatan kualitatif untuk mendapatkan pemahaman pasien paska serangan jantung mengenai kualitas hidup mereka. Penelitian kualitatif ini akan menggunakan studi kasus ganda (*multiple case study*) karena ingin mendapatkan penjelasan yang mendalam mengenai faktor-faktor yang memengaruhi HRQOL pasien paska IM. Wawancara akan dilakukan terhadap delapan pasien paska serangan jantung di rumah sakit di Jakarta. Delapan pasien tersebut masing-masing terdiri dari empat orang pasien dengan nilai HRQOL tinggi dan nilai HRQOL rendah. Adapun pertanyaan penelitian untuk penelitian tahap kedua yakni sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran aspek kepuasan pernikahan, *coping* religius Islami, kecemasan LVEF, komorbiditas berkontribusi terhadap tinggi dan rendahnya nilai HRQOL pada pasien paska serangan jantung?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Secara garis besar penelitian ini bertujuan untuk menguji model kontekstual dalam menerangkan pembentukan HRQOL pada pasien paska IM dengan menggunakan pendekatan *mixed-method*. Sejalan dengan uraian yang telah disampaikan sebelumnya bahwa penelitian ini akan dilakukan melalui dua tahapan penelitian, maka tujuan penelitian untuk masing-masing tahap dapat dijelaskan sebagai berikut. Tujuan penelitian tahap pertama adalah untuk mengembangkan alat ukur *coping* religius Islami yang valid dan reliabel. Pengembangan alat ukur kemudian akan dilanjutkan dengan pengujian kesesuaian model kontekstual dengan data yang diperoleh dari pasien paska IM dalam menerangkan pembentukan HRQOL.

Tujuan penelitian tahap kedua adalah untuk melakukan penelitian dengan menggunakan metode studi kasus untuk mengetahui faktor-faktor yang berkontribusi terhadap HRQOL dan peranannya.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Penelitian-penelitian yang telah dilakukan cenderung menitikberatkan pada faktor individual tanpa menjelaskan secara mendalam peranan dari faktor lingkungan yang dapat memengaruhi pembetulan HRQOL pada pasien penyakit kronis. Penelitian ini diharapkan akan memberikan pemahaman yang menyeluruh mengenai prediktor-prediktor yang berperan dalam perkembangan nilai HRQOL pasien. Penelitian ini juga akan mengisi *gap* penelitian mengenai HRQOL dan menghasilkan alat ukur *coping* religius Islami yang lebih sesuai terutama untuk pasien di Indonesia. Hasil dari penelitian ini dapat diterapkan dalam membuat suatu program rehabilitasi untuk pasien paska IM agar mereka dapat memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

#### **1.5 Kebaruan Penelitian**

Penelitian HRQOL pada pasien paska IM selama ini telah mengabaikan peranan konteks lingkungan, oleh karena itu, penelitian ini diharapkan memberikan sumbangan terhadap pengetahuan mengenai HRQOL pada pasien paska IM terutama yang berhubungan dengan pasien dari Indonesia. Sejauh pemahaman peneliti, belum ditemukan penelitian yang melibatkan variabel fisik (seperti LVEF dan komorbiditas), psikologis (seperti kecemasan), psikososial (seperti kepuasan pernikahan) dan budaya (seperti *coping* religius Islami) yang dihubungkan dengan HRQOL pasien paska IM. Pelibatan tidak hanya variabel fisik namun juga variabel psikologis, maka penelitian ini diharapkan mampu memberikan pemahaman yang lebih luas mengenai HRQOL pada pasien penyakit kronis, khususnya paska IM.

#### **1.6 Sistematika Penulisan**

Bab 1 disertasi ini akan membahas mengenai latar belakang penelitian terutama membahas mengenai alasan pemilihan topik penelitian, kemudian akan dijelaskan permasalahan penelitian serta bagaimana penelitian akan dilakukan secara singkat berserta dengan pertanyaan penelitian yang menyertainya. Bab 2 akan dipaparkan penjelasan teoritis mengenai IM, HRQOL, model kontekstual HRQOL dan hasil penelitian terdahulu mengenai variabel-variabel penelitian yang

terlibat dalam disertasi ini. Bab 3, akan dipaparkan metode penelitian yang digunakan dalam penelitian. Subbab studi 1 akan dibahas metode penelitian yang digunakan dengan menggunakan pendekatan kuantitatif sedangkan subbab studi 2 akan membahas metode penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif. Bab 4 akan membahas hasil penelitian yang didapatkan dari studi 1 dan dilanjutkan studi 2 yang hasil penelitiannya akan dibahas pada bab 5. Bab 6 akan membahas kesimpulan hasil penelitian, diskusi mengenai hasil penelitian, kelemahan dari penelitian dan implikasi hasil penelitian yang dapat diterapkan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Tinjauan literatur bertujuan untuk menjelaskan mengenai variabel-variabel penelitian yang diikutsertakan dalam penelitian. Adapun urutan pembahasan dalam telaah literatur ini adalah teori mengenai penyakit IM, HRQOL dan model teoritis HRQOL.

#### **2.1 Infark miokard**

Penyakit infark miokard (IM) termasuk dalam penyakit jantung koroner atau penyakit jantung yang disebabkan oleh kerusakan pada pembuluh darah koroner. Pembuluh darah koroner yang membawa oksigen ke dan dari jantung mengalami penyumbatan yang diakibatkan oleh adanya tumpukan lemak. Penyumbatan yang semakin banyak menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen dan zat gizi ke otot jantung. Hal ini disebut juga dengan arterosklerosis. Selain arterosklerosis, pembuluh darah koroner juga dapat kehilangan elastisitasnya sehingga kurang mampu untuk mengalirkan darah ke jantung yang disebut dengan arteriosklerosis. Baik arterosklerosis maupun arteriosklerosis dapat menyebabkan penggumpalan darah pada pembuluh darah koroner (DeSilva, 2013)

Adanya penggumpalan darah ini dapat mengakibatkan timbulnya penyakit yang serius. Pada awalnya, pasien akan mengalami angina (rasa sakit dan menekan pada dada) yang kemudian dapat hilang dengan sendirinya. Namun, apabila pembuluh darah koroner sudah tertutup, maka jantung kekurangan pasokan oksigen yang kemudian akan mematikan sel jantung secara permanen yang kemudian disebut dengan serangan jantung atau infark miokard (Sanderson, 2013). Aspiani (2015) menuliskan bahwa IM termasuk dalam penyakit sindrom koroner akut (SKA) yang menggambarkan kejadian kegawatan pada pembuluh darah koroner. Penyakit IM terdiri dari dua jenis yaitu infark miokard non elevasi ST (*unstable angina non ST elevation* – UA/NSTEMI) dan infark miokard dengan elevasi ST (*stable angina/ST elevation* – STEMI). Baik STEMI dan NSTEMI dapat

dikategorikan ke dalam IM (terdapat kerusakan sel jantung) atau SKA, namun STEMI memiliki tingkat kerusakan yang lebih luas yang ditandai dengan meningkatnya ST segment (enzim jantung) dan timbulnya gelombang Q pada EKG.

### **2.1.1 Perawatan Paska Infark miokard**

Menurut DeSilva (2013) terdapat tiga jenis perawatan untuk pasien dengan penyakit jantung koroner yaitu:

- a) Pengobatan medis merupakan perawatan non operasi dimana pasien diminta untuk mengonsumsi obat, mengubah pola makan, menjalani olahraga dan mengatasi stress untuk mengurangi resiko atau berulangnya IM. Obat-obatan yang digunakan antara lain aspirin untuk mengurangi timbunan lemak pada pembuluh darah, nitrogliserin untuk mengurangi rasa sakit dan *beta blocker* untuk mengurangi tekanan darah ke jantung. Pasien diharapkan untuk mengonsumsi makanan yang rendah lemak, lebih banyak mengonsumsi sayur, buah dan ikan, serta menjaga berat tubuh dan menghentikan konsumsi rokok.
- b) Intervensi koroner perkutan. Intervensi ini dilakukan dengan cara memasukkan kateter yang fleksibel ke dalam pembuluh darah yang tersumbat dan kemudian digunakan untuk membukanya. Intervensi ini juga dapat digunakan untuk menentukan lokasi pembuluh darah yang tersumbat dan seberapa luas kerusakan yang terjadi. Intervensi perkutan sering dianggap intervensi non operasi. Penggunaan kateter ballon, sten metal, laser untuk membuka sumbatan pembuluh darah termasuk dalam kategori intervensi koroner perkutan.
- c) Operasi *bypass grafting* adalah operasi dengan cara mengambil pembuluh darah kaki pasien yang kemudian digunakan sebagai pembuluh darah baru di jantung sehingga darah tidak lagi melalui pembuluh darah yang rusak (*bypass*).

### **2.1.2 Dampak Infark Miokard Terhadap Kehidupan Pasien**

Andersson et al. (2013) dan Roebuck et al. (2001) mengungkapkan dampak penyakit IM pada kehidupan pasien baik pada kondisi fisik, sosial dan psikologis. Dampak penyakit IM terhadap kondisi fisik pasien adalah dirasakannya

rasa sakit di dada, kehabisan nafas dan kelelahan (*fatigue*) secara fisik dan mental sehingga merasa kewalahan untuk menjalani kehidupan sehari-hari. Gejala kehabisan nafas dan sakit dada ini dirasakan yang paling parah dampaknya terhadap kondisi psikologis pasien karena dapat menyebabkan pasien merasa khawatir dan ketakutan bahwa ia akan mendapatkan serangan yang lebih fatal ataupun tanda-tanda akan meninggal. Dampak lain adanya penyakit ini terhadap kondisi psikologis pasien adalah kekhawatiran terhadap masa depan. Pada pasien yang masih berusia dewasa muda, kekhawatiran ini terutama berhubungan dengan masa depan perekonomian keluarganya. Adanya keterbatasan fisik ini menyebabkan pasien kesulitan untuk beraktivitas dengan keluarga dan teman terdekat sehingga ia pun merasa terasing dengan lingkungan sekitarnya.

Kondisi emosional pasien pun juga dipengaruhi oleh adanya penyakit IM ini. Pasien melaporkan mudahnya merasa tersinggung, tidak sabaran dan depresi. Perubahan gaya hidup dan konsumsi obat juga menimbulkan kecemasan pada pasien. Pasien merasa tidak yakin dapat mengikuti anjuran tenaga medis ataupun yakin bahwa perubahan gaya hidup akan membawa perbaikan dalam kesehatan. Pasien juga menunjukkan adanya kekhawatiran terhadap dampak jangka panjang dari obat-obatan yang dikonsumsinya terhadap kondisi kesehatan ataupun keberfungsian dirinya. Adanya tantangan-tantangan ini ditambah dengan kurangnya perhatian dari tenaga medis terhadap perasaan ataupun kebutuhan menyebabkan pasien merasa sulit untuk mengatasi keadaan yang dihadapinya (Andersson et al., 2013; Roebuck et al., 2001)

## **2.2 Kualitas Hidup Terkait Kesehatan**

Kualitas hidup terkait kesehatan atau *health related quality of life* (HRQOL) memiliki definisi yang beragam sehingga sulit untuk mencapai konsensus mengenai definisi HRQOL (Moons, Budts, & De Geest, 2006). Sejalan dengan pendefinisian HRQOL, definisi HRQOL juga memiliki berbagai pengertian dan dimensi-dimensi penting yang perlu diukur. Rapley (2003) menjelaskan adanya definisi yang melibatkan pengukuran obyektif (mortalitas, morbiditas, kesempatan) dan subyektif (persepsi kesehatan, status keberfungsian) hingga pengukuran yang murni subyektif (kepuasan, perbedaan antara harapan dan kenyataan) yang berhubungan

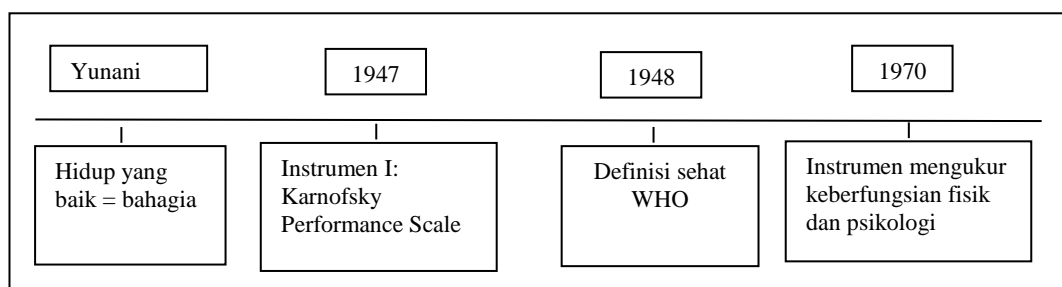
dengan medis dan kondisinya. Abdullah dan Jamal (2011) mengungkapkan bahwa HRQOL kerap didefinisikan sebagai konsep multidimensi yang menggambarkan persepsi seseorang mengenai keberfungsian fisik, psikologi dan sosial serta status kesehatannya. Bowling (2005) memberikan definisi HRQOL sebagai sekumpulan dimensi subyektif dan obyektif yang bersifat dinamis, dipengaruhi oleh nilai-nilai serta evaluasi diri sebagai respons dari kondisi kehidupan dan kesehatannya. Untuk penelitian ini akan digunakan definisi yang dikemukakan oleh Höfer, Lim, Guyatt dan Oldridge (2004) yaitu perspektif individu mengenai apa yang dirasakan dan keberfungsian sehari-hari yang dipengaruhi oleh penyakit dan perawatannya dari aspek fisik, psikologis dan interaksi sosial.

Beberapa ahli yang telah mempelajari HRQOL menyimpulkan bahwa persepsi subyektif pasien berbeda dari kondisi kesehatan obyektif (morbiditas) yang dialami lebih lanjut bahkan pasien lebih mementingkan kesehatan mental, kemampuan menjalankan peran secara fisik dan sosial dibandingkan kondisi obyektif kesehatan mereka (Baumeister, Hutter, Bengel, & Härter, 2011; Longmore et al., 2011; K. W. Smith et al., 1999). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Sakai et al. (2011) menyimpulkan bahwa meskipun pasien memiliki penyakit jantung, namun tidak semua pasien memiliki HRQOL yang rendah. Hal ini mengindikasikan bahwa status kesehatan berbeda dengan persepsi subyektif pasien. Rapley (2003) kemudian menjelaskan adanya definisi kesehatan yang tidak hanya bersifat pribadi tapi juga melibatkan keterhubungan individu dengan struktur sosial. Oleh karena itu penting untuk meneliti HRQOL dari sisi individu yang terkena dampak penyakit. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Bowling (2005) yaitu konsep HRQOL merupakan hal yang kompleks yang bersifat subyektif antara individu.

Ferrans et al. (2005) mengemukakan bahwa setidaknya terdapat tiga perspektif dalam pendefinisian HRQOL. Perspektif pertama adalah HRQOL berdasarkan pandangan dokter dan sistem perawatan kesehatan. Perspektif ini menilai HRQOL dari dampak negatif suatu penyakit seperti keterbatasan fisik, gangguan mental dan gejala penyakit. Perspektif kedua mengacu pada penilaian pasien terhadap dampak penyakit dan perawatan pada aspek yang lebih luas, seperti keuangan dan kebahagiaan pernikahan. Perspektif ketiga berorientasi pada dampak



penyakit dan pengobatannya pada HRQOL namun meliputi sisi negatif dan positif seperti penemuan makna hidup atau kedekatan dengan anggota keluarga.



Gambar 2.1. Sejarah Perkembangan Konstruk HRQOL

HRQOL lahir dari konsep kualitas hidup (*quality of life*). Berdasarkan Gambar 2.1 definisi paling awal mengenai HRQOL muncul pada buku *Nichomachean Ethics* karangan Aristoteles dimana disimpulkan bahwa ‘hidup yang baik’ atau ‘keadaan yang baik’ adalah sama dengan ‘bahagia’ (Fayers & Machin, 2007). Pada masa pencerahan (*enlightment*) di kalangan masyarakat barat formalisasi konstruk pengukuran kualitas hidup berdasarkan kondisi suatu negara mulai menjadi perhatian (Rapley, 2003). Pada awalnya penelitian mengenai kualitas hidup selalu dikaitkan dengan ‘hal-hal material dari hidup’ seperti tingkat pendapatan. Oleh karena itu pada awalnya kualitas hidup yang diukur pada level populasi mengangakat mengenai kemakmuran suatu negara. Dengan demikian kualitas hidup mengacu pada kondisi suatu negara (*state of states*). Tingkat hidup yang berkualitas diukur secara obyektif, yaitu melalui indikator uang, property, pengetahuan, energi fisik dan psikis, hubungan sosial, kemananan dan lain-lain.

Sejak tahun 1960-an, penelitian mengenai kualitas hidup berkembang mulai dari indeks sosial ilmiah dari sebuah populasi hingga menjadi pengalaman subyektif individu (Rapley, 2003). Perkembangan HRQOL dimulai seiring dengan adanya kemajuan dalam bidang kedokteran untuk mengetahui dampak pengobatan dan perawatan terhadap kehidupan pasien, terutama pada pasien yang harus hidup dengan penyakit kronis (Nordenfelt, 1993).

Perkembangan konstruk HRQOL kemudian meluas dengan adanya definisi yang dikemukakan oleh WHO tahun 1948 mengenai tiga dimensi dalam konteks penyakit yaitu fisik, mental dan sosial (Fayers & Machin, 2007). Instrumen pertama pengukuran HRQOL adalah *Karnofsky Performance Scale* yang diisi oleh petugas medis. Kemudian pengukuran HRQOL digunakan tidak hanya mengukur ada atau tidaknya gangguan penyakit namun juga mengukur kemampuan fungsional dan aktivitas sehari-hari (*activities of daily living*) seperti *Barthel Index*. Instrumen awal ini dianggap kurang menggambarkan aspek kehidupan pasien secara menyeluruh karena hanya memerhatikan keberfungsian fisik pasien dan gejala penyakit yang menyertainya. Sejak awal tahun 1970-an kemudian instrumen pengukuran HRQOL mulai mengukur evaluasi umum terhadap kesehatan yang berfokus pada fungsi fisik, gejala psikologi, dampak penyakit, persepsi distress dan kepuasan hidup. Instrumen ini diisi oleh pasien sendiri sehingga instrumen HRQOL dikatakan juga sebagai *patient-based outcome measures* (Cepeda-Valery, Cheong, Lee, & Yan, 2011).

HRQOL sering disamakan dengan beberapa istilah lainnya seperti kepuasan hidup, kualitas hidup, kebahagiaan atau afeksi. Kepuasan hidup (*satisfaction with life*) mengacu pada penilaian individu mengenai seberapa memuaskannya kehidupan mereka. HRQOL dan kualitas hidup memiliki kesamaan yaitu adanya penilaian terhadap perbedaan antara apa yang diinginkan dengan kenyataan, namun HRQOL mengacu pada aspek kehidupan yang terpengaruh oleh penyakit saja, sedangkan kepuasan hidup mengacu pada keseluruhan aspek dalam kehidupan pasien yang bisa saja tidak terpengaruh oleh penyakit. Kepuasan hidup juga tergantung pada kemampuan individu untuk memiliki kehidupan yang dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhannya (Moons et al., 2006).

HRQOL juga sering diasumsikan memiliki kesamaan dengan kualitas hidup (*quality of life*). Abdullah dan Jamal (2011) membahas perbedaan antara HRQOL dengan kualitas hidup. Dikemukakannya bahwa kualitas hidup mengukur aspek kehidupan manusia yang lebih luas dibandingkan HRQOL. Pengukuran HRQOL biasanya lebih berfokus pada penilaian subyektif pasien yang secara langsung atau tidak langsung berhubungan dengan penyakit dan perawatannya (*perceived health*) pada aspek fisik, mental dan sosial sedangkan pengukuran kualitas hidup juga

berfokus pada aspek kehidupan pasien yang tidak terpengaruh oleh kesehatan. HRQOL lebih banyak mengacu pada keberfungsian seseorang di dalam kehidupan (Moons et al., 2006).

Afeksi atau kebahagiaan dapat disimpulkan sebagai keseimbangan antara afek positif dan afek negatif yang direfleksikan sebagai kondisi emosi saat ini. Afeksi/kebahagiaan merupakan konstruk emosi yang biasanya bersifat sangat fluktuatif dan dapat berubah dari waktu ke waktu. Oleh karena itu pengukuran afeksi/kebahagiaan lebih berfokus pada kondisi emosi dibandingkan status kesehatan. Afek cenderung digunakan untuk mengukur HRQOL sedangkan kebahagiaan lebih banyak digunakan untuk mengukur HRQOL (Moons et al., 2006).

Pengukuran HRQOL dapat dilakukan dengan dua jenis instrumen yaitu yang bersifat generik (pengukuran menyeluruh HRQOL) dan spesifik penyakit (proses penyakit, kondisi, gejala). Pengukuran yang spesifik penyakit lebih sensitif dalam menangkap perubahan HRQOL, namun pengukuran generik lebih memungkinkan perbandingan dengan penyakit lainnya. Pengukuran yang menggunakan kedua jenis instrumen lebih disarankan (Cepeda-Valery et al., 2011). Kawecka-Jaszcz, Klocek, Tobiasz-Adamczyk, dan Bulpitt (2013) menyimpulkan dimensi-dimensi yang telah digunakan dalam penelitian HRQOL pada penyakit kardiovaskular yaitu dimensi status fisik (seperti mobilitas, kemandirian pada aktivitas sehari-hari), status emosi (seperti perubahan suasana hati, amarah, rasa bersalah, dan gejala depresi), interaksi sosial (seperti partisipasi pada kegiatan keagamaan, aktivitas sosial, hubungan keluarga, dan aktivitas seksual), status ekonomi (seperti kemampuan untuk hidup layak, dan pekerjaan), status intelektual (seperti ingatan dan kemampuan berkonsentrasi), serta persepsi status kesehatan (seperti penilaian mandiri terhadap keparahan gejala penyakit dan disabilitas).

### **2.2.1 Model-model HRQOL**

Pada bagian ini akan dibahas beberapa model HRQOL yang telah dikembangkan oleh para ahli dan diteliti di berbagai populasi pasien. Adapun model-model yang akan dibahas adalah model HRQOL yang disampaikan oleh

Wilson dan Cleary (1995) , Ferrans et al., (2005) dan WHO ICF. Ketiga model HRQOL ini adalah model yang paling banyak digunakan dalam penelitian mengenai HRQOL (Bakas et al., 2012).

Model HRQOL dikemukakan oleh Wilson dan Cleary (1995) dengan mengombinasikan dua paradigma, yaitu biomedis dan ilmu sosial. Terdapat lima tahap atau level hingga menuju HRQOL. Kontinum ini diawali dengan kondisi biologis, gejala-gejala, fungsi, persepsi kesehatan umum dan HRQOL. Model tersebut menyebutkan adanya karakteristik individu (seperti kepribadian, nilai, dan pengandaan gejala) serta lingkungan (seperti dukungan sosial, dukungan psikologis, dan ekonomi) yang dapat memengaruhi HRQOL seseorang. Akan tetapi, masih terdapat dua kekurangan yang ada pada model ini. Pertama, Smith et al., (2008) menyatakan bahwa HRQOL yang didefinisikan oleh Wilson dan Cleary tidak berbeda dengan status kesehatan. Padahal pasien memandang HRQOL merupakan hal yang berbeda dibandingkan status kesehatan, dimana aspek psikologis lebih berpengaruh dibandingkan keberfungsian fisik saat pasien mengungkapkan mengenai HRQOL. Kedua, model Wilson dan Cleary (1995) tidak menjelaskan lebih lanjut konteks lingkungan yang lebih luas seperti kebudayaan yang dapat memengaruhi bagaimana pasien memersepsikan kualitas hidup yang dimilikinya.

Ferrans dan kawan-kawan (2005) kemudian mengajukan revisi terhadap model HRQOL yang dikemukakan oleh Wilson dan Cleary (1995). Hal yang berbeda adalah adanya penjelasan mengenai karakteristik lingkungan dan individu dan menghilangkan faktor non medis, sehingga terdapat total tujuh domain dalam model ini. Hal-hal yang termasuk karakteristik individu adalah faktor demografis, perkembangan, psikologis dan biologis yang memengaruhi kesehatan, sedangkan yang termasuk karakteristik lingkungan adalah hubungan interpersonal dan warisan kebudayaan yang dapat memengaruhi kualitas hidup. Selain itu, mereka juga menambahkan latar belakang teoritis pada model dan mengajukan contoh instrument yang dapat digunakan. Meskipun model yang dikemukakan oleh Ferrans, Zerwic, Wilbur dan Larson (2005) telah menjelaskan dengan eksplisit domain-domain yang terlibat dalam model Wilson dan Cleary (1995) namun faktor kebudayaan hanya dijelaskan sebagai warisan norma-norma leluhur tanpa

menjelaskan lebih luas lagi pengaruh budaya yang lebih luas seperti pengaruh budaya lain ataupun pengaruh agama dalam kebudayaan.

*The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health* (WHO ICF) adalah model yang didesain untuk menggambarkan kondisi kesehatan yang dapat digunakan pada kebudayaan dan bidang ilmu yang berbeda. WHO ICF berkembang dari konsep ‘konsekuensi penyakit’ hingga ke ‘komponen kesehatan di tahun 2001. Model WHO ICF meliputi dua bagian. Bagian pertama menitikberatkan pada keberfungsian dan disabilitas (fungsi tubuh dan struktur, aktivitas dan partisipasi) sedangkan bagian kedua berfokus pada faktor kontekstual (lingkungan dan personal). Meskipun setiap domain telah didefinisikan, namun model ini tidak spesifik ditujukan pada HRQOL, namun lebih pada keberfungsian fisik dan disabilitas. Selain itu terdapat definisi yang serupa antara domain aktivitas dan partisipasi (Bakas et al., 2012).

### **2.2.2 Pengertian Model Kontekstual HRQOL Ashing-Giwa (2005)**

Model kontekstual HRQOL (Ashing-Giwa, 2005) akan digunakan sebagai landasan berpikir dalam membangun model HRQOL pada pasien paska IM. Model kontekstual ini dikembangkan oleh Ashing-Giwa dengan melibatkan faktor budaya dan sosioekologi yang cenderung tidak dilibatkan dalam model kausal HRQOL. Oleh karena itu, model kontekstual ini dapat diterapkan pada responden dengan latar belakang suku dan budaya yang berbeda. Lebih lanjut Ashing-Giwa (2005) menyatakan bahwa dengan menambahkan dimensi budaya dan sosioekologi ke dalam model HRQOL, peneliti dapat memiliki penilaian yang lebih sesuai dengan konteks pasien dan valid dalam memprediksi HRQOL.

Model kontekstual yang dikembangkan oleh Ashing-Giwa ini telah diterapkan pada responden dengan penyakit kanker payudara (Ashing-Giwa & Lim, 2010). Model ini diperkirakan dapat diterapkan juga pada pasien paska IM dikarenakan adanya peranan faktor budaya dan sosioekologi pada HRQOL pasien paska IM (Nabolsi & Carson, 2011; Hamzah, Dewi & Suprino, 2014). Dasar pemikiran dari model kontekstual HRQOL ini berasal dari kombinasi antara model

biopsikososial untuk level individual dan model sosioekologi untuk menerangkan level sistemik ( Ashing-Giwa, 2005).

Model kontekstual HRQOL ini melibatkan peran budaya dan sosioekologi dari pasien. Budaya dalam model kontekstual ini didefinisikan sebagai cara hidup, cara memandang dan berperilaku terhadap dunia (Ashing-Giwa, 2005). Ashing-Giwa (2005) menyimpulkan bahwa prediktor HRQOL dapat dikategorikan ke dalam dua level yaitu level individual dan juga level sistemik sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 2.2 sebagai berikut.



**Gambar 2.2.** Model Kontekstual HRQOL (Ashing-Giwa, 2005)

Adapun penjelasan setiap level sebagai berikut:

- a) Level Individual. Level individual mengacu pada faktor-faktor yang memiliki hubungan langsung dengan HRQOL. Variabel-variabel yang termasuk dalam level individual ini dapat disebut dengan variabel mikrokontekstual atau proksimal dari HRQOL. Pengaruh yang ditimbulkannya pun lebih kuat dibandingkan variabel yang berada di level sistemik atau makro. Beberapa variabel yang termasuk dalam level individual antara lain: kondisi medis pasien, status kesehatan, *psychological well being* dan *health efficacy*. Kondisi medis meliputi kondisi kesehatan pasien yang memengaruhi penilaian HRQOL. Ashing-Giwa (2005) menyimpulkan adanya peranan karakteristik penyakit dan tipe perawatan

dapat memengaruhi HRQOL pasien. Status kesehatan pasien mengacu pada penilaian umum pasien mengenai kondisi fisiknya dan penyakit lain ataupun karakteristik fisik pasien yang dapat memperparah kondisi medis. Selain adanya faktor medis, faktor psikologis pasien yaitu *psychological well being* dan *health efficacy* juga turut berperan. *Psychological well being* yang dimaksud oleh Ashing-Giwa (2005) adalah tingkat keberfungsian secara psikologis yang meliputi *self esteem*, kebermaknaan, depresi dan kecemasan yang memengaruhi penilaian HRQOL pasien. Aspek *psychological well being* ini telah banyak diteliti dan disimpulkan memiliki pengaruh terhadap nilai HRQOL pasien. *Health efficacy* mengacu pada keyakinan seseorang bahwa ia mampu untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang akan menjaga kesehatannya, menghindari penyakit dan bernegosiasi mengenai tindakan apa yang sesuai untuk dirinya.

- b) Level sistemik. Level sistemik mengacu pada faktor-faktor yang secara tidak langsung memengaruhi HRQOL. Variabel yang berada level sistemik disebut dengan variabel makrokontekstual atau distal. Variabel yang berada pada level sistemik dikatakan memiliki pengaruh yang lebih lemah dibandingkan variabel yang berada di level individual, meskipun demikian variabel yang berada di level makro ini mampu memengaruhi HRQOL melalui mediasi faktor pada level individual. Meskipun demikian faktor-faktor pada level makro ini bisa juga memiliki pengaruh langsung kepada HRQOL (Ashing-Giwa & Lim, 2008). Level makro dibagi ke dalam konteks-konteks lingkungan yaitu konteks demografi, konteks sosioekologi, konteks kultural, dan sistem perawatan kesehatan.

Konteks demografi meliputi umur dan jenis kelamin yang dapat memengaruhi secara langsung HRQOL pasien. Selain konteks demografi, kondisi lingkungan yang dimiliki pasien juga memengaruhi HRQOL. Kondisi lingkungan atau konteks sosioekologi adalah variabel-variabel kontekstual pada kehidupan pasien yang memengaruhi HRQOL pasien. Sosioekologi meliputi variabel status sosial ekonomi, dukungan sosial dan *life burden*. Menurut Ashing-Giwa (2005), variabel sosioekologi memiliki pengaruh yang lebih besar dibandingkan status etnis saja. Variabel

sosioekologi dapat memengaruhi HRQOL pasien baik secara positif maupun negatif. Variabel yang memengaruhi secara negatif adalah konteks kehidupan pasien yang dirasakan menekan, sumber daya yang terbatas ataupun akses kepada kesehatan yang sulit. Namun, dengan adanya dukungan dari lingkungan sekitar, HRQOL yang dirasakan oleh pasien dapat menjadi lebih baik.

Ashing-Giwa (2005) memberikan definisi kebudayaan sebagai cara pandang, cara hidup dan berperilaku terhadap dunia. Ashing-Giwa (2005) tidak hanya mengikutsertakan variabel-variabel yang berhubungan dengan kesukuan individu maupun interaksinya, namun konsep religiusitas dan spiritualitas juga termasuk dalam faktor kebudayaan. Hal ini diakibatkan pada beberapa kelompok etnik, religiusitas tidak terlepas dari budaya yang dimilikinya. Religiusitas ikut membentuk cara pandang dan bersikap terhadap dunia. Konteks kebudayaan meliputi variabel-variabel yang berhubungan dengan budaya yang memengaruhi bagaimana pasien menghadapi penyakitnya. Konteks kebudayaan dapat terdiri dari suku, identitas etnis, akulturasi, keterhubungan, sikap dan keyakinan serta spiritualitas. Aspek kebudayaan ini memengaruhi pasien dalam memandang dan mengatasi serta keseluruhan kesejahteraan mereka. Suku-suku minoritas biasanya kerap mendapatkan kesulitan terutama dalam akses terhadap perawatan ataupun kualitas perawatannya. Identitas etnik memengaruhi cara pandang dan perilaku pasien terhadap lingkungan termasuk penyakit yang dideritanya. Akulturasi memengaruhi bagaimana suku-suku pendatang atau minoritas menyesuaikan diri dengan tempat baru yang memiliki bahasa dan perilaku yang berbeda. Penyesuaian diri ini tidak hanya penting untuk individu yang sehat, namun juga pada individu yang sakit. Keterhubungan dengan anggota masyarakat memungkinkan adanya dukungan terhadap pasien yang dapat memitigasi dampak penyakit yang dirasakan. Sikap dan keyakinan dan pengaruh spiritualitas akan memengaruhi bagaimana individu memandang penyebab penyakit dan pengobatan yang tepat untuk mereka (Ashing-Giwa, 2005).



Sistem perawatan kesehatan mengacu pada akses kesehatan, kualitas hubungan pasien-dokter dan kualitas perawatan yang diterima oleh pasien. Akses kesehatan yang mudah biasanya diperoleh oleh individu yang tinggal di kota besar, memiliki pendapatan dan jaminan kesehatan serta adanya hambatan dalam berbahasa akan memengaruhi terbentuknya HRQOL pasien. Komunikasi antara pasien dengan tenaga medis tidak hanya berpusat pada penggunaan bahasa yang sama. Adanya diskusi antara tenaga medis-pasien mengenai pengobatan yang tepat dapat membantu pasien untuk lebih memahami kondisi kesehatan dan perawatan yang dijalannya (Ashing-Giwa, 2005).

Dikarenakan banyaknya variabel yang diperkirakan terlibat dalam pembentukan HRQOL pasien oleh karena itu, penelitian ini akan memilih variabel pada level sistemik dan individual yang memiliki pengaruh terhadap pembentukan HRQOL pasien paska IM. Adapun dasar dari pemilihan variabel ini adalah adanya konsep *parsimony* dalam karakteristik HRQOL yang baik. Konsep *parsimony* suatu teori mengacu pada apakah suatu teori dapat menjelaskan fenomena dengan menggunakan konsep-konsep yang sederhana (Bakas et al., 2012).

Ashing-Giwa (2005) mengemukakan bahwa variabel-variabel yang ada dalam level individual maupun sistemik memengaruhi HRQOL. Meskipun demikian, variabel yang berada pada level individual memiliki pengaruh yang langsung dan lebih besar dibandingkan variabel di level sistemik. Variabel yang berada pada level sistemik disimpulkan memiliki pengaruh yang lebih lemah pada keseluruhan nilai HRQOL namun memiliki pengaruh yang kuat pada domain HRQOL yang terkait dengan konteks lingkungan. Faktor-faktor yang ada pada model kontekstual HRQOL diasumsikan saling berhubungan satu sama lain dan juga dapat menjadi prediktor independen terhadap HRQOL.

Penelitian-penelitian lain telah dilakukan untuk melihat kemampuan prediktif model kontekstual dalam menerangkan mengenai HRQOL pada pasien penyakit kanker payudara. Hasil yang ditemukan adalah bahwa variabel yang berada pada level individual dan sistemik memiliki hubungan yang langsung terhadap peningkatan nilai HRQOL. Lebih lanjut, disimpulkan adanya peranan mediator yang dipegang oleh variabel pada level individual pada hubungan antara

variabel level sistemik dengan HRQOL. Hasil penelitian pun menegaskan adanya peranan penting lingkungan kehidupan individu. Penelitian yang dilakukan pada penyintas kanker panyudara mengungkapkan bahwa etnis pasien memengaruhi pola hubungan antara variabel level sistemik dan individual. Suku bangsa yang dimiliki oleh pasien memiliki dampak pada berbagai aspek kehidupan seperti akses pada kesehatan dan juga interaksi antara pasien dengan tenaga medis. Adanya perbedaan konteks kehidupan pasien menyebabkan perbedaan pola hubungan antara variabel. Seperti misalnya hubungan tidak langsung antara variabel hubungan dokter dan pasien dengan HRQOL, yang dimoderatori oleh tingkat kecemasan pasien, hanya ditemui pada pasien dari suku bangsa Eropa Amerika (Ashing-Giwa & Lim, 2010; Ashing-Giwa, 2005).

### **2.3 Telaah Studi Empiris Faktor-Faktor yang Terkait dengan HRQOL Pasien Paska IM Berdasarkan Model Kontekstual HRQOL Ashing-Giwa (2005)**

Pada bagian ini akan diuraikan variable-variabel yang digunakan dalam penelitian berdasarkan model kontekstual HRQOL yang dikemukakan oleh Ashing-Giwa (2005). Adapun variabel-variabel tersebut meliputi level Individual dan sistemik yang berhubungan dengan penyakit IM.

Pada model kontekstual HRQOL, variabel-variabel yang berada pada level individual adalah variabel yang bersifat proksimal dan memengaruhi HRQOL pasien secara langsung. Sub bab ini akan membahas hasil-hasil penelitian yang sudah ada mengenai variable level individual pada pasien paska IM. Adapun variable level individu yang dipilih untuk diteliti adalah kecemasan, *left ventricular ejection fraction* dan komorbiditas.

Level sistemik merupakan variabel yang secara distal memengaruhi HRQOL pasien. Meskipun variabel-variabel yang ada memiliki pengaruh yang lebih lemah dibandingkan variabel yang ada dalam level individual, namun variabel ini ikut terlibat dalam hubungan antara variabel di level individual (Ashing-Giwa, 2005). Oleh karena itu, dengan mengikutsertakan variabel dalam level sistemik ini, diharapkan bisa didapatkan gambaran yang lebih menyeluruh mengenai dinamika hal-hal yang memengaruhi pembentukan HRQOL pada pasien IM. Adapun

variabel-variabel yang termasuk dalam level sistemik adalah kepuasan pernikahan, *coping* religius Islami, jenis kelamin dan tingkat pendidikan.

### 2.3.1 Kecemasan

Tingkat kecemasan yang dirasakan oleh pasien termasuk dalam kondisi emosi yang kerap dialami oleh pasien paska IM. Penyakit IM bersifat akut dan datang secara tiba-tiba. Dikarenakan sifatnya yang mengancam keselamatan, pasien kerap merasa takut bahwa dirinya sewaktu-waktu akan mendapatkan serangan. Paska serangan, pasien kerap merasakan adanya kondisi *fatigue* yang menyebabkan dirinya mengalami tantangan dalam melakukan kegiatan sehari-hari, bahkan untuk melakukan aktivitas sosial. Pasien kemudian kerap merasa depresi dikarenakan ketidakpastian akan masa depan (Andersson et al., 2013; Roebuck et al., 2001). Depresi merupakan variabel yang secara konsisten memengaruhi HRQOL pasien (Barth, Schumacher, & Herrmann-Lingen, 2004; Delisle et al., 2012; Fagring et al., 2008; Hosseini et al., 2014; Hsu et al., 2014; Lichtman et al., 2008; Muhammad et al., 2014; Myers et al., 2012; Sakai et al., 2011; Van Beek et al., 2012).

Meskipun kecemasan juga merupakan reaksi yang kerap dirasakan oleh pasien paska IM, namun terdapat ketidakkonsistenan hasil penelitian yang meneliti hubungan antara kecemasan dan HRQOL. Hosseini et al. (2014) menemukan bahwa tidak terdapat hubungan antara kecemasan dan HRQOL pada pasien IM namun penelitian yang dilakukan oleh Smith dan Ruiz (2002), Van Beek et al. (2012), Muhammad et al. (2014), Hsu et al. (2014) memberikan hasil yang sebaliknya. Nampaknya operasionalisasi kecemasan yang berbeda memengaruhi perbedaan hasil tersebut. Penggunaan alat ukur yang lebih spesifik mengukur kecemasan akibat timbulnya gejala penyakit jantung terbukti lebih sensitif dibandingkan alat ukur yang mengukur kecemasan secara umum (Van Beek et al., 2012).

Penelitian ini menggunakan variable kecemasan berhubungan dengan jantung (*cardiac related anxiety*) sebagai salah satu prediktor terhadap HRQOL pada pasien paska IM. Faktor individual yang memengaruhi kecemasan berhubungan dengan jantung adalah adanya kecemasan berpusat pada jantung

(*heart focused anxiety*). Kecemasan berpusat pada jantung didefinisikan sebagai ketakutan terhadap adanya stimuli atau sensasi pada jantung dikarenakan adanya anggapan mengenai konsekuensi negatif yang akan diterima (i.e. penyakit jantung mematikan). Oleh karena itu individu dapat merasa bahwa rasa tidak nyaman yang dirasakan di dada adalah tanda-tanda ia akan mendapatkan serangan. Adanya keyakinan demikian dapat menyebabkan seseorang cenderung memerhatikan sensasi yang dirasakan serta berusaha menghindari timbulnya sensasi (Eifert et al., 2000).

Individu yang meningkat kecemasan berpusat pada jantungnya cenderung merasa khawatir apabila merasakan adanya sensasi pada dada sehingga ia dengan cemas akan memeriksa denyut jantungnya, menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan denyut jantung dan mencari penguatan terus menerus dari tenaga kesehatan. (Eifert et al., 2000). Berdasarkan hasil penelitian terhadap 194 pasien IM disimpulkan bahwa pasien yang memiliki kecemasan yang menetap selama penelitian (12 bulan) cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, tidak bekerja, memiliki diabetes mellitus dan sejarah sindrom coroner akut (Van Beek et al., 2012).

Beberapa penelitian telah menyimpulkan adanya hubungan yang konsisten antara jenis kelamin perempuan dengan kecemasan, dimana responden dengan jenis kelamin perempuan cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi (Martens et al., 2010; McLean & Anderson, 2009; C. P. Mclean, Asnaani, Litz, & G, 2011; Watkins et al., 2013). Lebih lanjut dijelaskan dalam penelitian yang melibatkan sekitar 20.000 responden di Amerika bahwa perempuan yang memiliki gangguan cemas lebih banyak masuk ke unit gawat darurat, perawatan mendesak (*urgent care*) dan memeriksakan diri ke dokter (C. P. Mclean et al., 2011). McLean dan Anderson (2009) menjelaskan adanya interaksi antar faktor genetik dan lingkungan. Perempuan menuruni bakat afeksi negatif dan trait kecemasan.

Adanya kecenderungan ini juga melibatkan adanya faktor lingkungan yaitu sosialisasi gender. Nurrachman (2011) juga menegaskan adanya peranan biopsikososial terhadap perbedaan perilaku antara laki-laki dan perempuan, yaitu perilaku perempuan merupakan interaksi antara lingkungan dan karakteristik organisme dalam rangka penyesuaian diri terhadap lingkungan.

### 2.3.2 *Left Ventricular Ejection Fraction*

*Left Ventricular Ejection Fraction*. Ashing-Giwa (2005) mendefinisikan faktor medis sebagai karakteristik penyakit dan jenis perawatannya yang dapat memengaruhi HRQOL pasien maupun prognosisnya. Penyakit yang lebih parah maupun penanganan penyakit yang lebih invasif akan membawa dampak yang negatif terhadap HRQOL pasien. Beberapa penelitian mengkategorikan ke dalam jenis NSTEMI dan STEMI (Kim et al., 2013; Ren et al., 2014), lama tinggal di rumah sakit (Sakai et al., 2011), revaskularisasi dalam 45 hari setelah serangan dan kelas Killip  $\geq 2$  (BenySusini, Gerber, Molshatzki, Goldbourt, & Drory, 2014), *left ventricular function* (Hsu et al., 2014; Norekvål, Fridlund, Moons, et al., 2010), tingkat kreatin kinase dan cardiac troponin (Goodman, Steg, Eagle, & Fox, 2006; Heidenreich et al., 2001; Ottani et al., 2000; Rao et al., 2003) dan perawatan (i.e. invasive dan non invasive) (King III, Marshall, & Tummala, 2010; Martin et al., 2012).

Pada penelitian ini indikator tingkat keparahan penyakit jantung akan menggunakan nilai *left ventricular ejection fraction* (LVEF). LVEF adalah indikator non invasive yang paling banyak digunakan untuk membuat prognosa keselamatan pada pasien IM, penyakit coroner arteri stabil dan gagal jantung (Pettersen et al., 2008). Adanya LVEF abnormal menetap pada pasien merupakan prediktor independen yang kuat terhadap mortalitas (Kitzman & Little, 2012). Beberapa penelitian juga menguatkan adanya hubungan yang signifikan antara LVEF dengan tingkat mortalitas pasien penyakit jantung. Pada penelitian yang dilakukan terhadap 5.687 pasien gagal jantung ditemui bahwa terdapat hubungan antara tingkat LVEF dengan resiko mortalitas setelah 180 hari paska dirawat di rumah sakit (Toma et al., 2014). Meskipun LVEF merupakan prediktor terhadap mortalitas pasien, namun hasil yang tidak konsisten ditemui jika menghubungkan antara LVEF dengan HRQOL. Beberapa penelitian menyimpulkan rendahnya hubungan antara LVEF dengan HRQOL (Acree, Porter, & Godard, 2012; Juenger et al., 2002; Parajón et al., 2004) namun penelitian yang dilakukan di Kansas, Amerika Serikat terhadap 256 pasien menyimpulkan hasil yang berbeda (Pettersen et al., 2008).

Skor LVEF yang didapatkan berupa persentase, dan didapatkan dari hasil pengukuran dengan *echocardiography*. Skor LVEF yang normal adalah berkisar antar 55-70%, sedangkan nilai dibawah 35% adalah tanda gagal jantung (CHF) (DeSilva, 2013).

### 2.3.3 Komorbiditas

Salah satu indikator dalam model kontekstual HRQOL adalah kesehatan umum (*general health*) yaitu kesehatan pasien secara umum yang terpengaruh oleh penyakit-penyakit lain yang menyertai (komorbiditas) ataupun karakteristik kesehatan pasien yang dapat memengaruhi HRQOL. Menurut Ashing-Giwa (2005), faktor komorbiditas ini tidak dapat diabaikan begitu saja. Peneliti perlu mengontrolnya secara statistik maupun mengikutsertakannya dalam analisis. Pada pasien IM, adanya penyakit lain seperti tekanan darah tinggi, diabetes dll yang menyertai dapat memengaruhi HRQOL pasien (Choo et al., 2007; Hosseini et al., 2014; Muhammad et al., 2014; Norekvål, Fridlund, Moons, et al., 2010). Adanya penyakit lain yang menyertai ini dapat mengakibatkan pasien memiliki tantangan yang lebih pada kondisi fisik yang dimilikinya. Dengan demikian, adanya penyakit lain yang menyertai diagnosa utama merupakan prediktor yang menentukan kualitas hidup seseorang.

Cara mengukur komorbiditas seseorang dilakukan dengan cara menjumlahkan penyakit kronis lainnya yang dimiliki selain diagnosa utama (Kimlin T Ashing-Giwa & Lim, 2011; Failde, Medina, Ramírez, & Arana, 2009; Heo, Lennie, Okoli, & Moser, 2009; Martin et al., 2012; Norris et al., 2008). Namun, jumlah dan jenis penyakit kronis yang diperhitungkan dapat berbeda-beda dari setiap penelitian. Penelitian terhadap 501 pasien pengguna pacu jantung memperhitungkan adanya gagal jantung, diabetes, sejarah patologi jantung dan keseluruhan sejarah kardiovaskular (van Eck et al., 2008). Penelitian lainnya terhadap 59 pasien lanjut usia dengan gagal jantung menghitung jumlah total dari 7 penyakit kronis yang diderita (IM, atrial fibrillation, *stroke*, penyakit saluran udara kronis, diabetes, peripheral vascular disease, dan osteoarthritis) (Witham, Crighton, & McMurdo, 2007). Penelitian lainnya yang juga melibatkan pasien gagal jantung

memperhitungkan adanya tekanan darah tinggi, arterial fibrillation, diabetes dan penyakit ginjal sebagai komorbiditas.

Penelitian terhadap 2.394 pasien jantung coroner mempertimbangkan adanya kurang berfungsi ginjal, darah tinggi, hyperlipidemia, diabetes melitus dan kanker sebagai tingkat komorbiditas. Meskipun cara penghitungan komorbiditas tersebut sudah mengindikasikan bahwa semakin tinggi nilai komorbiditas berarti semakin banyak penyakit yang diderita, namun cara penghitungan ini belum memberikan pembobotan pada penyakit-penyakit yang membutuhkan perawatan yang lebih menuntut seperti misalnya penyakit kanker. Oleh karena itu pada penelitian ini akan menggunakan suatu parameter komorbiditas yaitu *Charlson Comorbidity Index (CCI)*. CCI pada dasarnya juga menjumlah total penyakit kronis lainnya di luar diagnosa utama. Namun, pada beberapa penyakit tertentu diberikan pembobotan lebih terutama jika dihubungkan dengan mortalitas maupun morbiditasnya. Sejak awal digunakannya, CCI telah banyak digunakan dalam penelitian-penelitian untuk menghitung komorbiditas (Charlson, Pompei, Ales, & MacKenzie, 1987; H.-Y. Wang, Chew, Kung, Chung, & Lee, 2007).

Pasien dengan komorbiditas dapat dikategorikan menjadi tiga bagian yaitu kelompok tanpa komorbiditas (skor CCI = 0), kelompok komorbiditas moderat (Skor CCI = 1-2) dan kelompok komorbiditas tinggi (skor CCI = diatas 3) (Benyamini et al., 2014).

#### **2.3.4 Kepuasan Pernikahan**

Kepuasan pernikahan. Kepuasan pernikahan didefinisikan sebagai penilaian global subyektif individual terhadap pernikahan yang dimilikinya. Posisi kepuasan pernikahan dalam model kontekstual HRQOL pasien IM termasuk dalam variabel sosioekologi. Variabel Sosioekologi adalah variabel-variabel lingkungan ataupun kontekstual pada kehidupan pasien yang memengaruhi HRQOL pasien. Konteks lingkungan pasien memengaruhi bagaimana pasien mendapatkan dukungan saat dirinya mengalami kesulitan saat terkena penyakit kronis. Dukungan sosial memiliki pengaruh yang positif dalam kehidupan pasien, terutama saat pasien mengalami kesulitan karena memiliki penyakit kronis (Fredriksson-Larsson et al.,

2013; Leifheit-Limson et al., 2012; Vilhena et al., 2014). Penelitian lain yang dilakukan oleh para ahli menyimpulkan adanya kriteria tertentu pada dukungan sosial yang memengaruhi HRQOL pasien IM. Dukungan sosial menurut Molloy, Perkins-Porras, Strike, dan Steptoe (2008) dipengaruhi oleh banyaknya orang yang ada dalam jaringan sosial pasien. Semakin banyak individu yang ada, semakin tinggi HRQOL pasien. Adanya dukungan sosial ini dapat timbul dari adanya kegiatan-kegiatan sosial yang dilakukan oleh pasien. Menurut Heo et al. (2009) pasien yang memiliki kegiatan sosial memiliki HRQOL yang lebih baik.

Selain jumlah individu dalam jaringan maupun kegiatan yang diikuti, pasien memiliki individu terdekat yang secara langsung menjadi sumber dukungan sosial. Pada pasien yang menikah, sumber dukungan sosial paling utama didapatkan dari pasangan. August, Rook, Franks dan Parris Stephens (2013) menyatakan bahwa pasangan memiliki keterlibatan dalam kehidupan sehari-hari pasien penyakit kronis. Pasangan tidak hanya menjadi sumber dukungan sosial bagi pasien, namun juga sumber motivasi bagi pasien untuk taat pada pengobatan dan mengubah gaya hidup. Dua perilaku yang penting untuk rehabilitas pasien penyakit kronis, termasuk IM. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gallo et al. (2003) menunjukkan bahwa pasien yang berstatus menikah memiliki tingkat kesehatan yang lebih baik daripada pasien yang tidak menikah. Namun, manfaat ini hanya dapat dirasakan jika pasien memiliki kepuasan pernikahan yang baik. Robles et al. (2014) melakukan meta analisis terhadap dampak kepuasan pernikahan terhadap kondisi kesehatan pasien penyakit jantung. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan kepuasan perkawinan dengan kesehatan fisik, reaktivitas kardiovaskular, kesejahteraan psikologi, pengukuran kesehatan subyektif, serta kepatuhan.

Hal yang sama ditemui pada penelitian yang dilakukan oleh Proulx dan Snyder-Rivas (2013). Definisi dari kepuasan pernikahan adalah penilaian menyeluruh terhadap pernikahan yang meliputi aspek positif dan negatif (Robles et al., 2014). Ahli lainnya yang menyimpulkan definisi yang hampir serupa mengungkapkan adanya evaluasi negatif dan positif terhadap hubungan/pernikahan yang dimilikinya (Bradbury, Fincham, & Beach, 2000). Definisi lainnya menyebutkan kepuasan pernikahan adalah penilaian subjektif mengenai hubungan atau pernikahan yang dimilikinya (Graham, Diebels, & Barnow, 2011). Pada



penelitian ini definisi kepuasan pernikahan adalah penilaian global subyektif individu terhadap pernikahan yang dimilikinya. Peran pernikahan sebagai sumber dukungan sosial dapat diterangkan melalui dua teori yaitu model efek utama dan model peredam stress. Pada model efek utama, adanya integrasi sosial yang tinggi dapat meningkatkan kesehatan meskipun salah satu pasangan dalam kondisi stress. Pada model peredam stress, pengaruh sumber stress akan menurun dengan adanya dukungan sosial misalnya melalui pemaknaan dan bantuan dari pihak lain (Robles et al., 2014).

Selain teori yang menyajikan pernikahan sebagai sumber dukungan sosial, pernikahan juga dipandang dalam bentuk interaksi antara suami dan istri yang membawa dampak pada reaksi fisiologis. Pada pernikahan yang tidak memuaskan, dalam interaksinya, pasangan lebih banyak melibatkan afeksi negatif, hostilitas dan kecemasan. Adanya konflik yang meningkat dalam pernikahan yang tidak memuaskan dapat memunculkan adanya perilaku yang melibatkan hostilitas sehingga dapat meningkatkan tekanan darah dan resiko morbiditas dan mortalitas kardiovaskular (Gallo et al., 2003; Robles et al., 2014).

Pada pasien dengan penyakit kronis, terdapat kemungkinan bahwa adanya perubahan kesehatan di masa tua dapat menurunkan kepuasan pernikahan. Namun, berdasarkan hasil penelitian longitudinal terhadap 707 pasangan selama 20 tahun menunjukkan bahwa hanya terdapat hubungan satu arah antara kepuasan pernikahan dengan kesehatan. Hal ini berarti, kepuasan pernikahan memengaruhi kesehatan, bukan sebaliknya. Lebih lanjut dijelaskan hasil tersebut kemungkinan diterangkan oleh variabel lain yang tidak diteliti sebelumnya seperti misalnya perilaku *coping* dan penyesuaian diri.

### **2.3.5 Tawakal Sebagai Landasan *Coping* Religius Islami**

Konsep berserah diri pada Tuhan juga ditemui pada umat Islam. Konsep ini dikenal dengan istilah tawakal. McGregor (2006) mendefinisikan tawakal sebagai menaruh kepercayaan kepada Tuhan sebagai penentu tunggal dan yang paling dapat diandalkan. Hawa (2013) mengungkapkan tawakal adalah menyerahkan kesulitan/persoalan yang dihadapinya hanya kepada Tuhan sebagai wakil yang

paling dapat dipercaya. Oleh karena itu tawakal dapat didefinisikan sebagai suatu bentuk *coping* religius dimana seseorang memercayai kekuasaan Tuhan sehingga ia dengan aktif akan menyerahkan kesulitan atau persoalan yang dihadapinya kepada Tuhan.

Dalam buku *The Al Qur'an: an encyclopedia* diungkap bahwa arti verbal dari tawakal adalah percaya kepada Tuhan (*to trust in God*). Terdapat empat makna yang terkandung dalam kata tawakal yaitu: 1). Perintah untuk percaya dan jaminan kepercayaan yang sama dari Ilahi. 2). Fungsi dari percaya kepada Tuhan untuk melawan hal-hal yang buruk. 3). Perintah yang jelas. 4). Jaminan teologis bahwa Tuhan adalah satu-satunya yang mengendalikan semua kejadian. Umat manusia diwajibkan untuk percaya kepada Tuhan karena Tuhan adalah satu-satunya yang dapat dipercaya yang dapat mejadi pelindung dari pengaruh iblis. Hal ini tercantum dalam Al Qur'an:

*Dan bertakwalah kepada Allah. Dan cukuplah Allah sebagai Pemelihara. (QS 33.3)*

*Dan mereka (orang-orang munafik) mengatakan: "(Kewajiban kami hanyalah) taat". Tetapi apabila mereka telah pergi dari sisimu, sebahagian dari mereka mengatur siasat di malam hari (mengambil keputusan) lain dari yang telah mereka katakan tadi. Allah menulis siasat yang mereka atur di malam hari itu, maka berpalinglah kamu dari mereka dan tawakallah kepada Allah. Cukuplah Allah menjadi Pelindung.(QS 4. 81)*

*Sesungguhnya lain tidak bisik rahasia itu adalah dari syaithan, untuk mendukakan hati orang yang beriman. Tetapi tidaklah mereka itu akan memberi bahaya kepada mereka [yang beriman] sesuatu jua pun kecuali dengan izin Allah. Dan kepada Allah-lah hendaknya bertawakkal orang-orang yang beriman. (QS 58.10)*

Tawakal selalu berdampingan dengan keimanan seorang muslim, dimana ia yakin bahwa hanya Allah SWT satu-satunya yang ia sembah, sehingga ia hanya akan meminta pertolongan dari Allah SWT saat mengalami kesulitan (McGregor, 2006).

Konsep tawakal tidaklah sama dengan fatalisme. Fatalisme didefinisikan sebagai suatu pola pikir yang secara pasif mengingkari kontrol diri. Konsep fatalism ini mengandung tiga dimensi yaitu adanya pihak lain yang menentukan nasib (*predeterminism*), keberuntungan (*luck*) dan sikap pesimis. Berhubungan dengan masalah kesehatan, Individu yang memiliki pola pikir fatalisme berpikir bahwa kesehatan yang dimilikinya sudah ditentukan oleh nasib, meskipun telah melakukan berbagai usaha. Individu itu juga berpikir bahwa keberuntungan yang menentukan kesehatannya serta adanya keyakinan bahwa kehidupannya akan selalu menemui kesulitan (Shen, Condit, & Wright, 2009).

Meskipun tawakal memiliki konsep predeterminasi dimana adanya keyakinan bahwa kehidupan sudah ditentukan oleh Allah SWT, namun individu yang tawakal juga memiliki keyakinan terhadap kesempurnaan perhatian dan kasih sayang Tuhan yang dapat menyelematkan seseorang dari kesulitan (Hasan, 2008). Hal ini berbeda dari konsep fatalisme yang mengandung keberuntungan dan sikap pesimis.

Tawakal juga memiliki pengertian yang berbeda dibandingkan konsep *surrender to God* yang dikemukakan oleh Wong-McDonal dan Gorsuch di tahun 2000. *Surrender to God* memiliki pengertian sebagai pilihan aktif individu untuk menyerahkan kehendaknya kepada kehendak Tuhan. Individu yang berserah diri akan memiliki untuk mengikuti jalan Tuhan, sehingga ia akan mencari apa yang dikehendaki oleh Tuhan dan mengikutinya apapun konsekuensinya. Individu yang berserah diri akan memercayai kasih sayang Tuhan dan kekuasaanNya dan menyerahkan kontrol diri (*locus of control*) daripada kontrol dirinya dengan mengikuti perintah Tuhan yang ada dalam injil. Penyerahan diri kepada Tuhan membutuhkan adanya pengorbanan diri dan kepatuhan, dimana individu menyerahkan keinginan diri untuk mengikuti kehendak Tuhan (Clements & Ermakova, 2012).

Tawakal memiliki pengertian yang berbeda dibandingkan *surrender to God*. Meskipun tawakal juga memiliki pengertian dengan menaruh kepercayaan kepada Tuhan sebagai penentu tunggal dan paling dapat diandalkan, namun individu yang tawakal juga meyakini adanya kontrol diri (*internal locus of control*) untuk

berjuang melawan kondisi tertentu. Individu tersebut yakin akan mendapatkan pertolongan dari Allah SWT.

### 2.3.6 *Coping* Religius Islami

*Coping* religius Islami merupakan variabel yang mewakili faktor budaya dalam model kontekstual HRQOL.  *coping* religius Islami disimpulkan sebagai faktor budaya karena sesuai dengan definisi budaya yang dikemukakan oleh Ashing-Giwa (2005) yaitu cara pandang dan berperilaku terhadap dunia. Tarakeshwar, Stanton, dan Pargament (2003) menjelaskan adanya keterkaitan antara budaya dan agama. Dijelaskan bahwa manifestasi keberagamaan dapat berbeda bergantung pada kebudayaan dimana masyarakat itu tinggal. Simbol, ritual dan mitos yang berhubungan dengan agama merupakan cara pandang yang digunakan untuk dapat memahami dunia sedangkan kelompok, institusi dan kebudayaan dapat merepresentasikan hal-hal yang ideal melalui agama. Oleh karena itu, kebudayaan dan agama merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan apalagi mengingat masyarakat Indonesia yang dikenal sebagai masyarakat yang religius. Tidak terpisahnya agama dan budaya terutama terjadi pada masyarakat kolektif, yaitu identitas etnis berinteraksi dengan identitas religius dan norma kultural sering diasosiasikan dengan norma agama (French et al., 2013). Ashing-Giwa (2005) menambahkan bahwa komponen-komponen yang termasuk dalam konteks budaya tidak hanya berupa tuntunan yang diajarkan oleh lingkungan namun juga sikap, keyakinan dan perilaku yang timbul berdasarkan tuntunan tersebut (*faith based belief and practices*). Dengan demikian,  *coping* religius Islami dapat digolongkan ke dalam konteks budaya menurut model kontekstual HRQOL yang dikemukakan oleh Ashing-Giwa (2005).

Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, penyakit serangan jantung membawa perubahan yang signifikan dalam kehidupan seseorang. Penyakit serangan jantung dianggap sebagai penyakit yang mengancam kelangsungan kehidupan. Saat seseorang mengalami suatu ancaman maka ia akan melakukan suatu perilaku  *coping* untuk mengatasi ancaman tersebut. Salah satu bentuk perilaku  *coping* yang dapat dilakukan oleh pasien adalah  *coping* religius.  *Coping*

religius adalah beragam usaha bersifat keagamaan yang dilakukan untuk mengatasi masalah (C. L. Park & Dornelas, 2012). Usaha ini dapat berbentuk kognisi, afeksi maupun perilaku.

Pargament et al., (1988) menyimpulkan adanya tiga bentuk perilaku *coping* religius yang dilakukan oleh seseorang pada saat menghadapi masalah yaitu *self directing*, *deffering*, dan *collaborative*. Individu yang menggunakan *coping self directing* berpendapat bahwa Tuhan memberikan kebebasan dan kekuatan untuk mengatasi masalah sehingga mereka akan cenderung menggunakan pemecahan masalah yang aktif. Individu yang menggunakan *coping deffering*, mereka berpendapat bahwa Tuhan adalah sumber dari pemecahan masalah sehingga mereka menunggu peran serta Tuhan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya, sedangkan *coping collaborative* mengindikasikan bahwa individu tersebut berpendapat bahwa dirinya dan Tuhan bekerjasama untuk menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi individu.

Wong-McDonald dan Gorsuch, (2000) menambahkan satu jenis perilaku *coping* yang berbeda yaitu *surrender to God* (berserah diri pada Tuhan). Berserah diri pada Tuhan didefinisikan sebagai perilaku aktif untuk menyerahkan keinginan pribadinya kepada kehendak Tuhan. Bentuk perilaku *coping* ini berbeda karena berkorelasi negatif dengan *self directing* namun berkorelasi positif dengan *collaborative* dan *deffering* (Wong-McDonald & Gorsuch, 2000, 2004). Konsep berserah diri pada Tuhan yang dikembangkan oleh Wong-McDonal dan Gorsuch (2000) ini dikembangkan dari konsep yang ditemui pada ajaran agama Kristen, sehingga penggunaannya menjadi terbatas untuk responden yang meyakini agama Kristen.

Konsep mengenai keberserahan diri diawali oleh seorang tokoh *Alcoholic Anonymous* (AA) yaitu Harry M. Tiebout pada tahun 1944. Ia mengatakan bahwa saat seorang pecandu alkohol sudah tidak dapat mengontrol kecanduannya maka Ia sebaiknya berserah diri pada kekuasaan yang lebih tinggi untuk mendapatkan kembali kontrol dirinya (dalam Reinert, 1997). Konsep penyerahan diri yang dikemukakan oleh Tiebout lebih mengacu pada spiritualitas bukan kepada religiusitas. Reinert pada tahun 1997 mengembangkan alat ukur berserah diri dengan menggunakan konsep yang dikemukakan oleh Tiebout. Alat ukur yang

dikembangkan terdiri dari penerimaan diri, melepaskan kendali, sikap positif dan penyerahan diri secara spiritual. Penelitian memberikan hasil bahwa berserah diri berkorelasi negatif dengan psikopatologi pada peserta AA.

Setelah penelitian mengenai berserah diri yang dilakukan oleh Wong-McDonald dan Gorsuch pada tahun 2000, Clements dan Ermakova (2012) menemukan bahwa berserah diri pada Tuhan berkorelasi negatif dengan kecemasan dan stress, sehingga dapat diteliti lebih lanjut mengenai hubungan religiusitas dengan kesehatan. Penelitian lainnya mengungkapkan adanya hubungan yang positif antara berserah diri pada Tuhan dengan motivasi intrinsik, kecemasan dan stress pada mahasiswa di Amerika (Clements, Fletcher, Cyphers, Ermakova, & Bailey, 2013). Penelitian yang dilakukan di Malaysia terhadap 1.415 lansia mengungkapkan bahwa pasien yang menggunakan *coping* religius (seperti misalnya yakin dan bersandar pada kekuasaan Tuhan) memiliki efek penyakit kronis yang lebih rendah (Momtaz et al., 2012).

Penelitian-penelitian lainnya yang menggunakan pendekatan kualitatif juga memberikan hasil adanya korelasi yang positif antara berserah diri pada Tuhan dengan kesehatan. Pada penelitian yang dilakukan terhadap pasien penyakit kanker payudara di Malaysia ditemukan adanya sikap yang positif dan pemaknaan yang timbul dengan adanya *coping* religius yang dilakukan oleh pasien (Ahmad, Muhammad, & Abdullah, 2011). Hasil yang serupa juga ditemui pada pasien *stroke* di Kuwait, dimana pasien yang memiliki keyakinan bahwa Tuhan yang mengendalikan kesehatannya, cenderung memiliki optimisme dan mau berusaha untuk berobat (Omu et al., 2014). Meskipun demikian penelitian yang dilakukan pada penderita kanker payudara di Indonesia mengungkapkan bahwa berserah diri dan menggantungkan diri pada Tuhan menyebabkan pasien tidak berusaha untuk mencari pengobatan (Iskandarsyah et al., 2014).

Nampaknya konsep berserah diri memiliki kemiripan arti dengan konsep fatalisme. Fatalisme disimpulkan memiliki kemiripan dengan konsep dengan *external health locus of control* (Baron-Epel et al., 2008). Oleh karena itu, apabila dihubungkan dengan kesehatan maka keyakinan fatalisme yang dimiliki oleh pasien berpengaruh negatif terhadap perilaku sehat ataupun kepatuhan kepada pengobatan (Baron-Epel et al., 2008; Franklin et al., 2007; Iskandarsyah et al., 2014; Myers et

al., 2012; Nabolsi & Carson, 2011; C. L. Park & Dornelas, 2012). Meskipun berserah diri mengandung unsur fatalisme, namun pada individu yang religius, berserah diri dapat menjadi cara untuk mengatasi kesulitan dan tekanan yang dihadapinya. Menurut Baron-Epel et al (2008) fatalisme yang dimiliki oleh individu yang religius merupakan keyakinan bahwa kesehatan ditentukan oleh Tuhan, bukan oleh keberuntungan. Tuhan dan keberuntungan menurut individu yang religius merupakan dua hal yang berbeda. Konsep fatalisme pada individu yang religius adalah meskipun Tuhan menentukan perjalanan kehidupan seseorang, namun ia masih tetap harus berusaha untuk mencari pengobatan yang efektif (Baron-Epel et al., 2008; Nabolsi & Carson, 2011; Omu et al., 2014)

Alat ukur berserah diri pada Tuhan yang dikembangkan oleh Wong-McDonal dan Gorsuch (2000) terdiri dari enam dimensi berdasarkan konsep *religious coping style* yang dikemukakan oleh Pargament et al. (1988). Keenam dimensi tersebut antara lain: (1) definisi masalah, (2) membangun alternative solusi, (3) memilih solusi, (4) menerapkan solusi, (5) redefinisi masalah dan (6) makna bagi individu. Dilakukan wawancara terhadap enam orang akademisi yang mendalami kajian Ilmu Agama Islam dan Falsafah dengan tingkat pendidikan S3 dan S2 untuk mendapatkan penjelasan mengenai dimensi yang sesuai dengan ajaran agama Islam. Adapun berdasarkan hasil wawancara didapatkan empat dimensi dari tawakal, yakni sebagai berikut:

- a) Dimensi keyakinan (*belief*). Individu yang tawakal memiliki keyakinan bahwa Tuhanlah yang berkuasa di alam semesta. Dikarenakan Tuhan adalah yang menentukan segalanya dan akan memberikan keputusan yang terbaik, maka individu yang tawakal akan mengandalkan Tuhan untuk mendapatkan hasil yang terbaik. Pada individu yang menderita suatu penyakit maka keyakinan ini akan dikaitkan dengan keyakinan bahwa Tuhan yang akan menentukan kesehatan, pemulihan bahkan kematiannya. Dimensi ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wong-McDonal dan Gorsuch (2000) yaitu individu yang berserah diri pada Tuhan memiliki nilai yang tinggi pada variabel *locus of control on God* yaitu keyakinan bahwa Tuhan yang menentukan kejadian yang ada dalam kehidupannya. Keyakinan ini timbul dari pemahaman

bahwa Tuhan adalah sosok yang berkuasa (*powerful*) dan penyayang (*benevolent*).

- b) Dimensi pemaknaan (*cognitive reappraisal*). Individu yang tawakal mengalami proses introspeksi diri dimana ia melihat, menyadari, dan mengakui kesalahan-kesalahan yang telah dilakukannya dan mengambil makna positif dari peristiwa negatif yang dimilikinya. Adanya proses pemaknaan kembali ini menyebabkan ia dapat melihat secara positif hal-hal negatif, termasuk penyakit serangan jantung yang dimilikinya. Hasil penelitian lainnya juga menyatakan bahwa individu yang berserah diri pada Tuhan dapat memiliki tujuan dalam kehidupannya (Clements & Ermakova, 2012; Wong-McDonald & Gorsuch, 2000).
- c) Dimensi penyelesaian masalah (*problem solving*). Individu yang tawakal tidak hanya menyandarkan dirinya pada keputusan Tuhan, namun ia tetap berusaha untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Hal-hal yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan merencanakan langkah-langkah yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah dan dengan tekun dan gigih berusaha untuk memecahkan masalah yang dihadapinya. Dimensi ini merupakan penambahan dari dimensi yang dikemukakan oleh Wong-McDonald dan Gorsuch pada instrument berserah diri pada Tuhan yang dikembangkan di tahun 2000.
- d) Dimensi Ibadah (*Religious Practice*). Individu yang tawakal tidak hanya meyakini namun ia juga melakukan apa yang diperintah oleh Tuhan sebagai wujud kepatuhannya. Individu yang tawakal juga memperoleh adanya manfaat dari ibadah yang dilakukannya dengan adanya peningkatan emosi positif dan membantu meringkankan gejala penyakit. Dimensi ibadah merupakan dimensi tambahan yang berbeda dari dimensi yang telah disampaikan oleh Wong – McDonald dan Gorsuch (2000).

Berdasarkan uraian tersebut maka *coping* religius Islami tidak hanya bersifat kognitif tapi juga melibatkan adanya perilaku. Dimensi yang dikemukakan ini sesuai dengan penjelasan mengenai dimensi *coping* religius Islami. Perilaku *coping* religius sering diartikan sebagai cara *coping* yang berfokus emosi (bagaimana mengatasi emosi negatif). Namun, beberapa penelitian terakhir



diketahui bahwa perilaku *coping* mengandung komponen kognitif (berasumsi bahwa penyakit adalah bagian dari rencana Tuhan) dan perilaku (berdoa). Secara umum perilaku *coping* religius bersifat adaptatif (membantu proses adaptasi situasi baru atau sakit), aktif (mencari ketenangan melalui perilaku religius) dan menyelesaikan masalah (melalui perilaku religius, seseorang mencari cara untuk mengatasi masalah atau menguatkan diri melalui prosedur medis yang menyakitkan) (Karekla & Constantinou, 2010).

### **2.3.7 Penelitian-penelitian Perilaku *Coping* Religius yang Berkaitan dengan Kesehatan**

Pada tahun 1996 dilakukan penelitian longitudinal selama 2 tahun terhadap 268 pasien berusia lanjut. Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa perilaku *coping* yang positif merupakan prediktor terhadap *spiritual outcome* (seperti misalnya merasa lebih dekat dengan Tuhan dan adanya peningkatan dalam ibadah), perubahan suasana hati yang depresif, perbaikan fungsi kognitif dan kualitas hidup, serta pertumbuhan pribadi yang berhubungan dengan stress (peningkatan empati dan kebijakan). Sedangkan responden yang lebih banyak menggunakan perilaku *coping* religius negatif (merasa dihukum oleh Tuhan) lebih sering mengalami depresi, memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, fungsi kognitif yang lebih lemah dan penurunan fungsi fisik. Perilaku *coping* religius memungkinkan individu untuk melakukan perilaku *coping* baik yang berfokus pada masalah, emosi maupun spiritual (Pargament, Koenig, Tarakeshwar, & Hahn, 2004).

Hasil yang kurang lebih sama juga ditemui pada penelitian yang melibatkan pasien kanker sebagai respondennya. Nampaknya, jenis perilaku *coping* religius memengaruhi kualitas hidup pada 170 pasien. Perilaku *coping* religius yang positif (seperti berdoa, mempersepsikan keadaan negatif sebagai bentuk kasih sayang Tuhan, dan keterhubungan dengan komunitas keagamaan) berkorelasi positif dengan keseluruhan nilai kualitas hidup pasien, sedangkan perilaku *coping* religius negatif berkorelasi negatif dengan kualitas hidup pasien. Namun, temuan lainnya mengungkapkan bahwa semakin sering pasien menggunakan perilaku *coping*

religius positif semakin sering pasien mengalami gejala fisik (Tarakeshwar et al., 2006).

Meskipun perilaku *coping* religius disimpulkan berkorelasi positif dengan kualitas hidup yang lebih baik, namun hasil yang berbeda ditemui pada penelitian yang dilakukan oleh Park dan Dornelas (2012) terhadap 56 pasien IM. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa baik perilaku *coping* religius positif dan negatif berkorelasi positif dengan tingkat depresi pasien. Peneliti selanjutnya mengemukakan bahwa agar pasien dapat segera pulih dari IM, pasien membutuhkan tindakan yang aktif seperti mematuhi saran dokter dan patuh terhadap pengobatan. Penggunaan perilaku *coping* yang mengandalkan Tuhan lebih menyerupai fatalisme dan dapat menghambat tindakan aktif yang dibutuhkan dari pasien.

Hasil yang kurang lebih sama juga dikemukakan oleh penelitian ulasan sistematis yang mengungkapkan bahwa perilaku *coping* tidak selalu berkorelasi positif dengan penyesuaian diri pada penyakit (*illness adjustment*) pada pasien penyakit kanker. Penelitian ini mengungkapkan bahwa tidak hanya perilaku *coping* religius tidak berhubungan dengan tingkat distress pada pasien, namun perilaku *coping* religius pada beberapa hasil penelitian bahkan berkorelasi positif dengan distress psikologi. Definisi dan operasionalisasi perilaku *coping* religius yang berbeda pada penelitian-penelitian tersebut dapat memberikan sumbangan terhadap inkonsistensi penelitian (Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar, & Newman, 2006). Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa peranan perilaku *coping* religius masih dapat dipertanyakan, sehingga dibutuhkan penelitian lebih lanjut untuk menghasilkan kesimpulan yang lebih kuat.

#### **2.4 Kerangka Teoritis Model Kontekstual HRQOL Pasien Paska IM**

Berdasarkan tinjauan literatur yang telah dilakukan, maka diajukan model teoritis HRQOL pasien paska IM yang mendaptasi model kontekstual HRQOL sebagai berikut.

Kecemasan merupakan reaksi emosional yang kerap muncul paska IM (Andersson et al., 2013; Denollet, Strik, Lousberg, & Honig, 2006; Fredriksson-Larsson et al., 2013; Hsu et al., 2014; Roebuck et al., 2001; Van Beek et al., 2012).

Pasien kerap merasa cemas bahwa sewaktu-waktu ia akan mendapatkan serangan jantung, cemas terhadap ketidakpastian masa depan, baik dirinya maupun keluarga. Menurut beberapa ahli, kecemasan menjadi faktor resiko terhadap timbulnya dan berlanjutnya penyakit jantung koroner (Hosseini et al., 2014; Roy-Byrne et al., 2008; Van Beek et al., 2012). Penelitian yang dilakukan pada pasien penyakit kronis selama enam bulan juga menunjukkan adanya korelasi positif antara kecemasan dan HRQOL (Kepka et al., 2013). Hasil yang sama juga ditemui pada penelitian yang melibatkan pasien IM (Brink et al., 2012).

Taylor (2015) dan Sanderson (2013) menuliskan bahwa individu yang mengalami kecemasan cenderung merasa takut untuk melakukan perilaku-perilaku sehat dan lebih banyak terlibat dalam perilaku yang tidak sehat seperti merokok dan minum alkohol. Padahal menjalani pola perilaku sehat dan menghindari perilaku tidak sehat merupakan suatu bentuk rehabilitasi untuk pasien paska IM agar dapat beradaptasi dengan kehidupannya dan memiliki HRQOL yang lebih baik. Selain itu, pasien yang memiliki kecemasan cenderung lebih sensitif terhadap perubahan-perubahan ataupun gejala-gejala yang dialaminya seperti lebih merasakan adanya rasa sakit di dada yang kemudian diasumsikan bahwa ia akan mendapatkan serangan lagi. Adanya keengganan untuk mengubah gaya hidup, dan munculnya sensitivitas terhadap gejala ini dapat menurunkan HRQOL paska IM. Dengan demikian, kecemasan memiliki pengaruh langsung secara negatif terhadap HRQOL pasien paska IM.

*Left ventricular ejection fraction* adalah variabel yang mewakili faktor medis. Faktor medis adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat keparahan penyakit maupun perawatan yang dapat memengaruhi HRQOL (Ashing-Giwa, 2005). *Left ventricular ejection fraction* adalah tingkat fungsi sistolik jantung atau tingkat kemampuan jantung memompa darah yang kaya akan oksigen ke seluruh tubuh (Pettersen et al., 2008). Oleh karena itu, apabila jantung mengalami kesulitan untuk memompa darah ke seluruh tubuh, maka tubuh akan kekurangan oksigen. Adanya kekurangan oksigen ditandai dengan dyspnea (nafas pendek), *fatigue*, edema (pembengkakan tubuh), kesulitan tidur, depresi dan nyeri dada.

*Left ventricular ejection fraction* merupakan indikator utama untuk mengukur fungsi jantung secara non invasive dan merupakan faktor prognostik

pada IM, penyakit jantung coroner dan gagal jantung (Pettersen et al., 2008). Beberapa penelitian mengungkapkan adanya korelasi negatif antara tingkat LVEF pasien dengan mortalitas. Pasien gagal jantung dengan LVEF rendah ( $\leq 35\%$ ) memiliki tingkat mortalitas yang semakin meningkat (Toma et al., 2014). Pasien IM yang memiliki LVEF rendah cenderung mengalami 'kejadian jantung' setelah tiga bulan paska wawancara (Roest et al., 2012). Hal yang sama juga ditemui pada pasien dengan menjalani revaskularisasi dimana mortalitas cenderung ditemui pada pasien yang memiliki LVEF  $\leq 35\%$  (Zishiri et al., 2013).

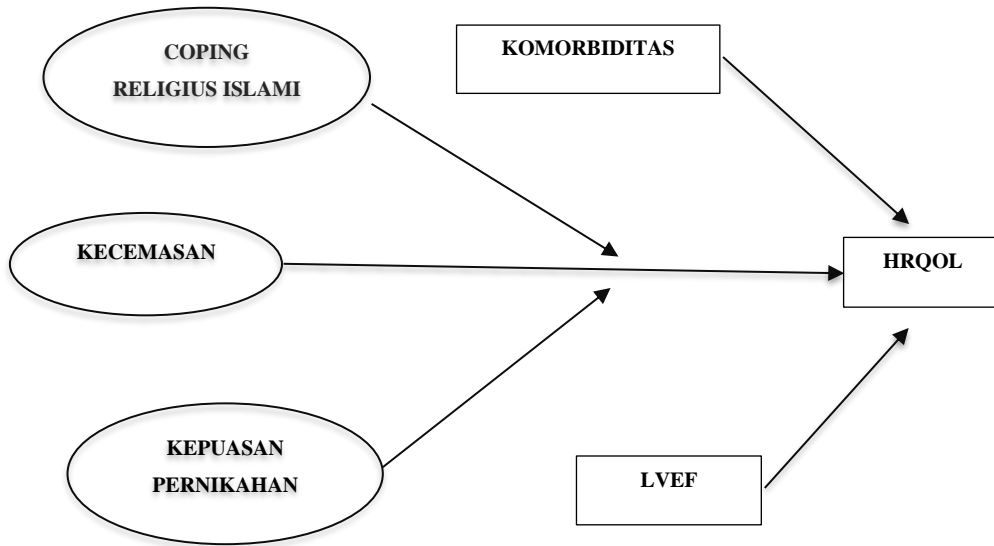
Hubungan LVEF dengan HRQOL telah diteliti pada 167 pasien IM dan ditemukan adanya hubungan positif antara meningkatnya LVEF dengan tingkat HRQOL pada pasien (Pettersen et al., 2008). Penelitian terhadap 502 pasien dengan gangguan jantung menyimpulkan adanya hubungan antara HRQOL dimensi fisik dengan tingkat LVEF (Spindler, Denollet, Kruse, & Pedersen, 2009). Hasil yang kurang lebih sama dikemukakan pada penelitian terhadap 276 pasien gagal jantung kongestif (*congestive heart failure*) yaitu rendahnya LVEF berkorelasi dengan persepsi pasien mengenai kemampuan diri dan semakin seringnya mengalami gejala gangguan jantung (Pelle et al., 2009). Berdasarkan pemaparan tersebut maka disimpulkan bahwa nilai LVEF merupakan prediktor independent terhadap HRQOL pada pasien paska IM.

Kesehatan umum merupakan hadirnya penyakit-penyakit lain yang memiliki dampak negatif terhadap kondisi tubuh pasien (Ashing-Giwa, 2005). Oleh karena itu untuk mewakili faktor kesehatan umum dipilih variabel tingkat komorbiditas pasien. Komorbiditas adalah adanya dua atau lebih penyakit pada seorang pasien (Xuan et al., 1999). Pada pasien IM, hadirnya penyakit-penyakit lain seperti diabetes, tekanan darah tinggi ataupun gangguan ginjal tidak hanya mengganggu kondisi tubuh pasien, namun juga menambah keterbatasan fisik dan banyaknya gejala penyakit yang dirasakan (Choo et al., 2007; Hosseini et al., 2014; Muhammad et al., 2014; Norekvål, Fridlund, Moons, et al., 2010). Teori biomedis mengemukakan bahwa masalah kesehatan bersumber dari penyebab fisik seperti adanya virus, kerusakan pada organ dan ketidakseimbangan biokimia tubuh. Seperti misalnya, penyakit jantung diakibatkan kerusakan pada otot jantung. Oleh karena itu, untuk memperbaiki kondisi penyakit individu, pendekatan medis dengan

mengatasi penyebab penyakit diharapkan dapat meringankan penyakit ataupun penderitaan yang dialami oleh pasien (Sanderson, 2013).

Berdasarkan hasil uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa adanya penyakit komplikasi mengindikasikan adanya permasalahan pada organ jantung dan organ tubuh lainnya. Oleh karena itu semakin banyaknya tingkat kerusakan organ tubuh yang dialami dapat menyebabkan individu lebih sering mengalami gejala-gejala penyakit yang kemudian menyebabkan hambatan dalam beraktivitas atau adanya limitasi fisik pada pasien (Rothrock et al., 2010). Adanya hambatan pada aktivitas ataupun meningkatnya gejala-gejala penyakit yang dirasakan oleh pasien mengindikasikan rendahnya HRQOL pada pasien IM. Adanya penyakit komplikasi dan malfungsi jantung dapat memengaruhi penurunan HRQOL pada pasien IM (Hosseini et al., 2014; Martin et al., 2012; Norekvål, Fridlund, Rokne, et al., 2010; H.-Y. Wang et al., 2007).

Beberapa penelitian telah menyimpulkan adanya hubungan antara komorbiditas dengan mortalitas, morbiditas maupun HRQOL. Pada 168 pasien dewasa yang masuk di Unit Gawat Darurat (UGD) ditemukan bahwa pasien yang memiliki tingkat komorbiditas yang tinggi cenderung akan kembali mengunjungi UGD dalam waktu 72 jam (H.-Y. Wang et al., 2007). Pada penelitian longitudinal RCT (*randomized controlled trial*) ditemukan bahwa adanya komorbiditas memengaruhi nilai kualitas hidup yang menggunakan pengukuran generic (Xuan et al., 1999). Penelitian lainnya yang melibatkan 3.792 penyintas kanker menunjukkan bahwa komorbiditas memiliki sumbangan yang lebih besar terhadap fungsi fisik dan emosional dibandingkan faktor sosiodemografis, karakteristik dan tipe kanker (Vissers et al., 2013). Hasil yang kurang lebih serupa ditemui pada penelitian yang melibatkan 21.133 responden di Amerika yang mengungkapkan bahwa individu yang memiliki satu atau lebih penyakit kronis melaporkan HRQOL yang lebih rendah dibandingkan responden yang tidak memiliki penyakit kronis (Rothrock et al., 2010). Dengan demikian, komorbiditas pasien diasumsikan berpengaruh langsung secara negatif terhadap HRQOL.



**Gambar 2.3.** Model Teoritis Kontekstual HRQOL Pasien Paska IM

Pada saat seseorang menderita penyakit kronis, ia mengalami perubahan dan ketidaknyamanan yang ditimbulkan dari penyakitnya. Pada individu yang religius, ia dapat memaknai bahwa penyakit yang dideritanya merupakan teguran dari Tuhan atau merupakan surat takdir dari yang Maha Kuasa (Omu et al., 2014; Dickinson & Bhatt, 1994; Iskandarsyah et al., 2014; Hamzah, Dewi & Suprino, 2014). Dengan kata lain individu menggunakan perilaku *coping* berdasarkan agama atau keyakinannya yang disebut dengan perilaku *coping* religius. Perilaku *coping* religius didefinisikan sebagai suatu bentuk *coping* yang spesifik yang didapatkan dari keyakinan, praktek, pengalaman, hubungan dan emosi religius (Abu-Raiya & Pargament, 2015). Misalnya seseorang pasien penyakit kronis yang menggunakan perilaku *coping* religius dapat menilai kembali pengalaman sakitnya sebagai cara untuk menemukan makna yang lebih besar dibalik penyakit yang dimilikinya.

*Coping* religius Islami pada penelitian ini dibuat berlandaskan pada konsep tawakal dari agama Islam. Tawakal didefinisikan sebagai suatu bentuk *coping* religius dimana seseorang memercayai kekuasaan Tuhan, sehingga ia akan

menyerahkan kesulitan atau persoalan yang dihadapinya kepada Tuhan. Individu yang menggunakan *coping* religius Islami ini memiliki keyakinan bahwa Tuhan adalah penentu tunggal dan wakil yang paling dapat dipercaya sehingga ia tidak ragu untuk menaruh kepercayaan kepada Tuhan (Hawa, 2013). Dengan adanya keyakinan tersebut, maka individu dapat merasa lebih tenang karena yakin bahwa Tuhan akan memberikan hasil yang terbaik untuk dirinya. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa berserah diri kepada Tuhan dapat menurunkan emosi negatif (Ahmad et al., 2011; Clements & Ermakova, 2012; Unantenne, Warren, Canaway, & Manderson, 2013). Hasil yang sama juga didapatkan pada penelitian meta analisis terhadap 147 penelitian yang mengungkapkan adanya hubungan antara religiusitas dengan menurunnya tingkat depresi (Smith, McCullough, & Poll, 2003).

Individu yang menggunakan *coping* religius Islami ini tidak hanya mengandalkan keyakinan kepada Tuhan saja, ia juga akan berusaha untuk melakukan usaha yang terbaik untuk mengatasi masalah yang dihadapinya (Hasan, 2008). Dimensi yang ada pada alat ukur *coping* religius Islami pun meliputi adanya usaha-usaha yang dilakukan oleh pasien untuk mengikuti saran yang diberikan oleh dokter. Variabel *surrender to God* yang telah diteliti sebelumnya juga menyatakan adanya aspek komitmen, sehingga individu yang berserah diri pada Tuhan akan mengambil langkah-langkah aktif yang bersifat religius seperti misalnya berdoa (Clements & Ermakova, 2012). Penelitian lainnya yang dilakukan di Kuwait pada pasien *stroke* juga menyatakan bahwa pada individu yang religius, keyakinan yang dianggap mirip dengan fatalisme ini, juga mengandung makna adanya usaha yang dilakukan oleh pasien untuk patuh terhadap pengobatan sehingga kondisi fisik dapat membaik (Omu et al., 2014).

*Coping* religius Islami diasumsikan menjadi moderator dari hubungan antara kecemasan dan HRQOL. Individu yang menggunakan *coping* religius Islami akan memberikan makna positif terhadap penyakit yang dimilikinya. Pemaknaan positif terhadap penyakit ini dikarenakan adanya pandangan yang positif terhadap Tuhan sebagai yang Maha Pengasih dan Maha penyayang. Oleh karena itu, adanya pemaknaan yang positif terhadap penyakit dan memandang Tuhan sebagai sosok yang maha pengasih, maka individu dengan *coping* religius Islami yang tinggi dapat

lebih menerima perubahan kehidupan yang terjadi karena IM. Mereka juga memiliki harapan bahwa apapun yang akan terjadi nantinya, Tuhan akan memberikan kehidupan yang lebih baik pada dirinya. Dengan kata lain pasien akan mencari dukungan dari Tuhan dengan harapan bahwa Tuhan akan memberikan yang terbaik pada dirinya. Adanya harapan yang positif ini dapat menurunkan kecemasan yang dirasakan oleh pasien paska IM. Sebuah penelitian mengungkapkan bahwa responden yang merasa memiliki dukungan dari Tuhan dan harapan religius ini dapat membantu pasien untuk dapat menjalani perubahan kehidupannya dengan lebih baik (Abu-Raiya, Pargament, & Krause, 2016)

Penelitian lainnya menyebutkan bahwa kelompok religius memiliki makna hidup dan jumlah dukungan sosial yang lebih tinggi dibandingkan kelompok non religius (atheis dan agnostik). Dijelaskan bahwa individu yang religius menggunakan sistem kepercayaan mereka untuk mencari makna hidup, selain itu adanya komunitas pada kelompok religius memungkinkan individu untuk mengembangkan jejaring dan bersosialisasi sehingga lebih mudah untuk mengatasi stress (Horning, Davis, Stirrat, & Cornwell, 2011). Penelitian lain yang dilakukan di Malaysia terhadap responden lansia diketahui bahwa religiusitas merupakan moderator antara kondisi penyakit kronis dengan kesejahteraan psikologis (Abolfathi Momtaz et al., 2012).

Berdasarkan pemaparan tersebut, *coping* religius Islami merupakan kondisi yang diperkirakan turut memengaruhi hubungan antara kecemasan dengan HRQOL pada pasien paska IM. Dengan kata lain kecemasan akan berpengaruh negatif terhadap HRQOL apabila pasien dalam kondisi memiliki *coping* religius Islami yang rendah atau semakin tinggi coping religius Islami pasien maka akan semakin kecil kemungkinan kecemasan akan menurunkan HRQOL. Hubungan ini menunjukkan bahwa *coping* religius Islami merupakan variabel moderator yang memengaruhi hubungan antara kecemasan dan HRQOL. Adanya variabel yang dapat menurunkan atau meningkatkan kekuatan hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat disebut dengan variabel moderator (Baron & Kenny, 1986; Holmbeck, 1997)

Kepuasan pernikahan diperkirakan berpengaruh terhadap HRQOL pasien paska IM. Pernikahan yang memiliki kualitas yang rendah (ditandai dengan konflik,



hostilitas, emosi dan sikap negatif) merupakan sumber stress tersendiri bagi individu-individu yang berada di dalamnya (Robles et al., 2014). Sanderson (2013) menuliskan bahwa saat seseorang mengalami stress maka tubuh menunjukkan gejala-gejala tertentu seperti meningkatnya tekanan darah, meningkatnya kadar lemak dan gula darah, denyut jantung meningkat dan meningkatnya hormon-hormon stress dalam darah seperti hormon kortikosteroid. Reaksi alami stress ini tidak berbahaya jika berlangsung dalam waktu yang sementara, namun jika berlangsung dalam waktu yang lama maka dapat berbahaya bagi kesehatan karena dapat menimbulkan penyakit kronis seperti penyakit jantung, diabetes dan tekanan darah tinggi. Adanya penyakit kronis dapat memengaruhi rendahnya HRQOL seseorang.

Saat pasien menderita penyakit kronis, maka ia akan mengalami banyak perubahan dan tantangan dalam kehidupannya. Oleh karena itu, pasangannya akan berusaha untuk membantu dan mendampingi pasien agar dapat menyesuaikan diri menghadapi penyakit dan perawatan yang dijalani individu tersebut. Dengan demikian, pasangan dapat berfungsi sebagai sumber dukungan sosial bagi pasien (Gallo et al., 2003; Julkunen et al., 2009). Meskipun pasien yang menikah mempunyai keuntungan yang lebih dibandingkan pasien yang tidak menikah, namun keuntungan ini hanya dimiliki oleh pasangan yang memiliki kualitas pernikahan yang baik (Gallo et al., 2003; Holt-Lunstad, Birmingham, & Jones, 2008). Kualitas pernikahan adalah penilaian menyeluruh mengenai pernikahan yang meliputi aspek positif dan negatif (Robles et al., 2014). Gallo et al. (2003) mengungkapkan bahwa pernikahan yang memuaskan ditandai dengan adanya interaksi yang menyenangkan antara individu di dalamnya dan resolusi konflik yang memuaskan. Pada pernikahan yang berkualitas rendah, individu yang terlibat di dalamnya kerap terlibat dalam konflik yang penuh hostilitas sehingga menimbulkan emosi-emosi negatif seperti kecemasan, depresi dan amarah (*anger*). Slatcher (2010) juga mengemukakan teori *main effects model* yang mengemukakan bahwa tekanan pada pernikahan (*marital strains*) dapat memengaruhi fungsi fisik tubuh seseorang.

Kepuasan pernikahan diasumsikan sebagai moderator hubungan antara kecemasan dan HRQOL. Menurut *stress buffering model*, dukungan sosial dapat

menjadi peredam dari efek negatif stress yang ada di luar pernikahan (misalnya dalam pekerjaan). Dukungan sosial dapat menjadi *buffer* jika seseorang berada dalam kondisi yang menimbulkan stress (Cohen & Wills, 1985; Norris et al., 2008). Dengan mengetahui bahwa pernikahan dapat menjadi sumber utama dukungan sosial, maka diasumsikan bahwa kepuasan pernikahan juga dapat menjadi peredam efek negatif kecemasan pada HRQOL. Slatcher (2010) mengungkapkan bahwa dalam stress buffering model, kepuasan pernikahan berfungsi sebagai penyedia sumber daya psikologis dan material yang dibutuhkan untuk mengatasi tekanan dalam kehidupan. Lebih lanjut dijelaskan bahwa dukungan ini terutama berarti pada individu yang mengalami peristiwa *stressful*. Oleh karena hal ini dapat dibuktikan melalui interaksi antara kepuasan pernikahan dan stress (efek moderasi).

Pada pasien penyakit kronis, interaksi yang menyenangkan, adanya sikap positif dan kepuasan terhadap pernikahan dapat menimbulkan motivasi untuk menjalani gaya hidup sehat (Robles et al., 2014). Dengan kata lain interaksi antara kepuasan pernikahan dan stress dimediasi melalui gaya hidup atau pun kepatuhan. Gaya hidup yang sehat dapat meningkatkan kondisi fisik pasien sehingga dapat meningkatkan HRQOL-nya. Sebaliknya, pada pernikahan yang penuh dengan konflik dan menimbulkan stress pada individu dapat menyebabkan seseorang lebih rentan untuk mengadopsi gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok dan minum alkohol sebagai cara untuk *coping* terhadap stress yang dirasakannya. Adanya gaya hidup yang tidak sehat, terutama pada pasien IM dapat meningkatkan tekanan darah, penebalan arterosklerosis, glukosa dan kolesterol yang pada akhirnya dapat memperluas kerusakan jantung dan timbulnya penyakit komplikasi lain (Sanderson, 2013). Berdasarkan penelitian meta analisis yang dilakukan terhadap 122 penelitian, terungkap bahwa individu yang mendapatkan dukungan sosial melalui adanya pernikahan memiliki kepatuhan yang lebih baik dibandingkan individu yang tidak menikah (DiMatteo, 2004). Tidak hanya melalui kepatuhan atau gaya hidup sehat, efek moderator ini juga dapat dimediasi oleh mekanisme fisiologis tubuh. Pasangan yang dilatih untuk dapat mengelola konfliknya dengan

lebih baik menunjukkan tingkat kortisol yang lebih rendah dibandingkan pasangan yang tidak dilatih (Ditzen, Hahlweg, Fehm-Wolfsdorf, & Baucom, 2011)

## 2.5 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan uraian yang telah disebutkan dalam tinjauan literatur, maka hipotesis penelitian yang diajukan adalah sebagai berikut:

- 1) Model teoritik persamaan struktural yang menggambarkan dampak variabel kecemasan, *coping* religius Islami, LVEF, komorbiditas, kepuasan pernikahan terhadap HRQOL sesuai dengan data empiris.
- 2) Kecemasan memiliki efek langsung dengan arah negatif terhadap nilai HRQOL.
- 3) LVEF memiliki efek langsung dengan arah positif terhadap HRQOL.
- 4) Komorbiditas memiliki efek dengan arah negatif terhadap nilai HRQOL.
- 5) Kepuasan pernikahan adalah moderator hubungan antara kecemasan dan HRQOL.
- 6) *Coping* religius Islami adalah moderator pada hubungan antara kecemasan dan nilai HRQOL.

## BAB 3 METODE PENELITIAN

### 3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini akan menggunakan pendekatan *mixed method*. Menurut Cresswell dan Plano Clark (2011) metode penelitian *mixed method* adalah suatu desain penelitian dengan asumsi filosofis dan metode pengambilan data. Asumsi filosofis akan menjadi pemandu dalam pengambilan data, analisis serta memadukan antara pendekatan kuantitatif dan kualitatif dalam suatu penelitian tunggal ataupun jamak. Tujuan yang ingin dicapai dengan menggabungkan dua pendekatan ini adalah untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik mengenai permasalahan penelitian dibandingkan menggunakan hanya satu pendekatan saja.

*Mixed method* akan digunakan dalam penelitian ini karena penelitian ini bertujuan untuk menguji model teoritis HRQOL pada pasien paska IM. Dikarenakan konsep *coping* religius Islami yang erat terkait dengan ajaran pada agama Islam, maka di awal penelitian akan dilaksanakan eksplorasi dan penyusunan alat ukur *coping* religius Islami yang sesuai dengan keyakinan agama Islam. Sesudah seluruh alat ukur memenuhi kriteria validitas dan reliabilitas, maka akan dilakukan pengambilan data secara kuantitatif untuk menguji model teoritis yang diajukan dalam penelitian ini. Setelah model teoritis didapatkan, kemudian akan dilakukan penelitian kualitatif terhadap beberapa responden yang ada untuk mendapatkan penjelasan yang mendalam mengenai pengalaman yang mereka miliki serta kemungkinan adanya variabel lain yang menjelaskan dinamika hubungan antara variabel penelitian. Penelitian ini akan mencoba mengungkap faktor-faktor individual (LVEF, komorbiditas, kecemasan) dan sistemik (*coping* religius Islami dan kepuasan pernikahan) dalam memprediksi HRQOL. Adapun desain *mixed method* yang dipilih untuk menjawab pertanyaan penelitian ini adalah *explanatory sequential design*. Menurut Cresswell & Plano Clark (2011) *explanatory sequential design* adalah desain penelitian *mixed method* dimana peneliti mulai dengan melakukan fase kuantitatif dan selanjutnya dilakukan fase penelitian kualitatif untuk untuk menerangkan hasil penelitian kuantitatif.

### 3.2 Penelitian Tahap Pertama: Penelitian Kuantitatif

Pada tahapan penelitian ini akan dilakukan jenis penelitian *cross sectional*. Menurut Plano Clark dan Creswell (2015) penelitian *cross sectional* adalah melibatkan penyelidikan mengenai perilaku saat ini, sikap maupun peristiwa yang diteliti pada satu waktu. Tahapan penelitian ini melibatkan dua tahapan yaitu menyusun alat ukur *coping* religius Islami dan menguji model persamaan struktural model kontekstual HRQOL.

#### 3.2.1 Identifikasi dan Definisi Operasional Variabel Penelitian

Berdasarkan pemaparan pada sub bab kerangka teoritis yang telah disampaikan, penelitian ini menggunakan lima variabel dengan keterangan sebagai berikut:

- a) Definisi HRQOL yang digunakan dalam penelitian ini adalah sejalan dengan konsep yang dikemukakan oleh Höfer, Lim, Guyatt dan Oldridge (2004) yaitu perspektif individu mengenai apa yang dirasakan dan keberfungsian sehari-hari yang dipengaruhi oleh penyakit dan perawatannya dari sisi fisik, psikologis dan interaksi sosial. HRQOL diukur melalui persepsi pasien mengenai kondisi emosional, fisik dan relasi sosial yang dialaminya. Pengukuran HRQOL akan menggunakan instrumen yang spesifik untuk penyakit jantung (*disease specific*), oleh karena itu pembatasan konsep HRQOL yakni penilaian pasien mengenai keberfungsian sehari-hari dari sisi fisik, psikologi dan relasi sosial yang berhubungan dengan gejala-gejala yang dimiliki oleh pasien penyakit jantung.
- b) Konsep kecemasan yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kecemasan spesifik yang berfokus pada kondisi jantung (*heart focused anxiety*). Konstruk ini didefinisikan sebagai ketakutan terhadap stimuli yang berhubungan dengan jantung dan sensasi-sensasi karena dianggap memiliki konsekuensi yang negatif (Eifert et al., 2000). Kecemasan berfokus jantung merupakan tipe kecemasan yang spesifik yang berhubungan dengan sejumlah sindrom klinis yang ditandai

dengan rasa sakit dada dan distress psikologis yang biasa ada pada individu dengan sakit dada karena jantung atau non jantung ataupun gangguan panik. Gejala fisik yang dirasakan kerap disertai dengan ketakutan dan kecemasan bahwa individu akan meninggal ataupun mengalami serangan jantung.

- c) Definisi komorbiditas yang digunakan dalam penelitian ini adalah sesuai dengan definisi yang dikemukakan oleh Xuan et al. (1999) yaitu adanya dua atau lebih penyakit pada seorang pasien. Untuk mengetahui dampak komorbiditas pada HRQOL, dilakukan penjumlahan diagnosa penyakit kronis selain diagnosa penyakit utama. Pembobotan penyakit diberikan kepada penyakit-penyakit kronis sesuai dengan tingkat keseriusan yang dimilikinya. Tingkat keseriusan penyakit berhubungan dengan tingkat kematian yang dipengaruhinya. Semakin tinggi nilai komorbiditas berarti semakin banyak dan serius kondisi komorbiditas yang dimiliki seseorang (Charlson et al., 1987).
- d) *Coping* religius Islami yang akan diterapkan dalam penelitian ini adalah perilaku untuk mengatasi masalah secara religius dimana seseorang memercayai kekuasaan Tuhan sehingga ia dengan aktif akan menyerahkan kesulitan atau persoalan yang dihadapinya kepada Tuhan. Upaya untuk mengatasi masalah pada penelitian ini adalah yang secara spesifik berhubungan dengan penyakit jantung yang diderita individu. Dimensi yang ada dalam *coping* religius Islami adalah bentuk keyakinan religius terhadap kekuasaan Tuhan, penyelesaian masalah yang berhubungan dengan penyakit jantung, ibadah yang dilakukan oleh pasien dan memaknai penyakit yang dimiliki.
- e) Kepuasan pernikahan didefinisikan sebagai penilaian global subyektif individu terhadap pernikahan yang dimilikinya. Kepuasan pernikahan diukur melalui instrument lapor diri (*self report*) yang menggambarkan kepuasan seseorang terhadap pernikahan yang dimilikinya. Skor instrument kepuasan pernikahan yang tinggi menampilkan sikap yang positif terhadap pernikahannya (Robles et al., 2014).
- f) LVEF atau *left ventricular ejection fraction* adalah pengukuran fungsi jantung (DeSilva, 2013). Skor LVEF diperoleh dari hasil pemeriksaan echo cardiograph yang berupa persentase. Skore LVEF normal untuk pasien dewasa adalah 55-

70% dan apabila memperoleh skor kurang dari 35% merupakan indikator untuk penyakit gagal jantung (*congestive heart failure*) (Staniute et al., 2015)

### **3.2.2 Populasi**

Populasi dalam tahapan penelitian ini adalah pasien-pasien yang pernah didiagnosa IM, menikah dan beragama Islam

### **3.2.3 Teknik Pengambilan Sampel**

Sampel penelitian pada penelitian tahap pertama dipilih berdasarkan *nonprobability sampling*. *Nonprobability sampling* adalah cara pengambilan sampel dimana peneliti memilih responden penelitian berdasarkan ketersediaan dan telah memenuhi kriteria yang ditetapkan sebelumnya (Plano Clark & Creswell, 2015). Tipe *nonprobability sampling* yang digunakan adalah *purposive sampling*. Plano Clark dan Creswell (2015) menjelaskan bahwa sampel yang dipilih berdasarkan tipe *purposive sampling* adalah karena responden penelitian dianggap paling sesuai untuk penelitian dan telah memenuhi kriteria penelitian.

Kriteria untuk menjadi responden penelitian adalah pasien yang mengalami peningkatan troponin atau kreatine kinase dalam waktu 24 jam rawat inap, berusia minimal 40 tahun, dan adanya gejala iskemi lebih dari 20 menit atau perubahan gelombang T pada *electrocardiograph*. Kriteria inklusi lainnya, setuju untuk ikut serta dalam penelitian, berstatus menikah dan beragama Islam dan terdaftar menjadi pasien di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. Kriteria eksklusi adalah tidak pernah didiagnosa IM, pasien menderita komplikasi jantung yang parah, aritmia tidak terkontrol, pernah didiagnosa atau pernah mengalami gangguan mental sebagaimana dinyatakan dalam DSM-IV-TR.

### **3.2.4 Jumlah Responden**

Pengambilan data dilakukan sebanyak satu kali. Jumlah kuesioner yang disebar adalah sebanyak 250 kuesioner. Kuesioner yang dapat diikutsertakan dalam

penelitian adalah sebanyak 214 kuesioner. Dikarenakan tidak adanya data mengenai komorbiditas dan LVEF, data yang dapat digunakan adalah sebanyak 170 kasus.

### **3.2.5 Metode Pengumpulan Data**

Tahap pertama penelitian ini akan menggunakan instrumen *MacNew Heart Disease HRQOL instrument*, *couples' satisfaction index*, *cardiac anxiety questionnaire* dan *coping* religius Islami yang akan disebarluaskan kepada pasien yang terdiagnosa IM. Sebelum dilakukan pengambilan data, maka seluruh alat ukur yang digunakan akan diadaptasi dan diuji properti psikometrinya. Sedangkan, kondisi medis pasien (komorbiditas dan LVEF) didapatkan dari catatan medis dokter.

### **3.2.6 Pembuatan Alat Ukur *Coping* Religius Islami**

Alat ukur *coping* religius Islami disusun berdasarkan konsep tawakal dari agama Islam. Oleh karena itu, saat menyusun item-item untuk alat ukur ini dilakukan wawancara terhadap enam orang ahli yang mempelajari Ilmu Kajian Agama Islam dan Falsafah. Item-item yang disusun kemudian dilakukan penilaian oleh tiga orang ahli penyusunan alat ukur Psikologi. Terdapat 39 item yang ada dalam alat ukur *coping* religius Islami.

### **3.2.7 Alat Ukur Penelitian**

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a) *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument*. Instrumen *MacNew* merupakan pengembangan dari instrumen *Quality of Life after Myocardial Infarction* yang dikembangkan sekitar 20 tahun yang lalu. *MacNew* telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Belanda, Persia, Jerman dan Spanyol. Instrumen *MacNew* dalam Bahasa Inggris memiliki konsistensi internal berkisar antara 0.93-0.95 sedangkan versi Bahasa Belanda berkisar antara 0.75-0.97. Nilai korelasi untuk



test-retest berkisar antara 0.61- 0.87. Alat ukur ini telah diteliti berkorelasi dengan mortalitas dan morbiditas pada 375 pasien (Höfer et al., 2004).

Pasien dapat mengisi sendiri alat ukur ini maupun melalui bantuan wawancara. *MacNew* terdiri dari 27 item dengan tipe skala likert yang memiliki 7 pilihan jawaban. Alat ukur ini memiliki tiga domain yaitu keterbatasan fisik (13 items), fungsi emosional (14 item) dan fungsi sosial (13 item). Terdapat 5 item yang menggali mengenai sakit dada, nafas pendek, kelelahan, pusing dan nyeri pada kaki. Nilai total maupun nilai setiap domain didapatkan dari rata-rata jawaban responden. Item yang tidak diisi tidak menyumbang terhadap nilai dan apabila responden tidak mengisi setengah dari suatu domain maka nilai untuk domain tersebut tidak dapat dihitung. Nilai berkisar antara 1-7 untuk setiap domain dan semakin tinggi nilai mengindikasikan semakin tinggi HRQOL (Dixon, Lim, & Oldridge, 2002).

- b) *Cardiac Anxiety Questionnaire* (CAQ). CAQ disusun berdasarkan teori HFA (*Hear Focused Anxiety*). Pada awalnya alat ukur ini disusun berdasarkan uji awal alat ukur, wawancara dengan pasien dan sutdi literature. Alat ukur ini digunakan untuk mengukur ketakutan dan kecemasan terhadap penyakit jantung, sakit dada, dan sensasi lainnya yang berhubungan dengan jantung, perhatian terhadap jantung dan mencari keamanan dan bantuan dan menghindari kegiatan yang dapat memicu gejala pada jantung. CAQ dari 18 item dengan tipe skala Likert dengan lima pilihan jawaban mulai dari 0 (tidak pernah) hingga 4 (selalu) (Eifert et al., 2000).

Pengujian psikometris menunjukkan bahwa CAQ memiliki nilai *Cronbach Alpha* yang tinggi yaitu sebesar 0.83. Subskala *fear* memiliki nilai  $\alpha = 0,83$ , subskala *avoidance* memiliki  $\alpha = 0.82$  dan subskala *attention* memiliki  $\alpha = 0,69$ . CAQ berkorelasi secara moderat dengan BSQ (*Body Sensation Questionnaire*) dan ASI (*Anxiety Sensitivity Index*). Hal ini mengindikasikan bahwa CAQ secara spesifik mengukur HFA (Eifert et al., 2000). Skor responden diperoleh dengan mengambil nilai rata-rata jawaban untuk nilai total maupun nilai tiap dimensi. Skor tinggi menggambarkan tingkat kecemasan yang semakin tinggi. Hasil analisis faktor menunjukkan adanya tiga subskala yaitu ketakutan yang berhubungan dengan penyakit jantung, penghindaran dan

pemusatan perhatian. CAQ merupakan alat ukur yang valid dan reliable serta menunjukkan perbedaannya dengan alat ukur yang mengukur kecemasan secara umum (Van Beek et al., 2012).

- c) *Couples Satisfaction Index* (CSI). Tujuan awal penyusunan CSI adalah untuk mendapatkan alat ukur yang mengukur tingkat kepuasan seseorang terhadap hubungan yang dimilikinya. Hal ini dikarenakan adanya beberapa alat ukur yang ditujukan untuk mengukur tingkat kepuasan terhadap hubungan namun ternyata juga mengukur komunikasi pasangan. Instrumen ini disusun dari gabungan beberapa alat ukur yang sudah digunakan secara luas dalam penelitian yang mengukur tingkat kepuasan hubungan yaitu dari instrument DAS (*Dyadic Adjustment Scale*) dan MAT (*Marital adjustment Test*) KMS (*Kansas Marital Satisfaction Scale*), QMI (*Quality of Marriage Index*), RAS (*Relationship Assessment Scale*), SMD (*Semantic Differential*), MSI (*Marital Status Inventory*). Item dipilih dari kumpulan item dari delapan instrumen tersebut dan dipilih item terbaik berdasarkan *Item Response Theory* (IRT) dan disimpulkan bahwa CSI bersifat unidimensional. Berdasarkan IRT disimpulkan bahwa CSI memiliki kesalahan pengukuran (*measurement error*) yang lebih rendah dibandingkan alat ukur lainnya. CSI menunjukkan validitas konvergen dengan alat ukur kepuasan hubungan yang telah ada (DAS dan MAT) meskipun hanya sedikit item yang saling tumpang tindih. CSI juga dapat membedakan hubungan yang *distress* dan tidak (Funk & Rogge, 2007b).

Funk dan Rogge (2007) kemudian membuat tiga set CSI yang terdiri dari 32 item, 16 item dan 4 item. Ketiga set CSI ini juga menunjukkan tingkat '*noise*' yang lebih rendah dibandingkan DAS dan MAT. Pada penelitian ini digunakan CSI yang terdiri dari 16 item yang mengukur tingkat kepuasan seseorang terhadap pernikahan ataupun hubungan yang dimiliki. Skala ini terdiri dari 7 item dengan bentuk skala *semantic differential* dengan penilaian 0-5, dan 9 item dengan bentuk skala likert dengan 6 pilihan jawaban (sangat tidak setuju-sangat setuju). Nilai CSI yang tinggi menggariskan kepuasan pernikahan yang semakin tinggi. Meskipun CSI adalah alat ukur yang baru disusun, namun CSI telah menunjukkan nilai rata-rata *Alpha Cronbach* yang sangat tinggi yaitu 0,940 (Graham et al., 2011). Hasil meta analisis terhadap peranan kualitas pernikahan

terhadap kesehatan juga menyarankan untuk menggunakan CSI dikarenakan penggunaan teori psikometri yang lebih mutakhir (Robles et al., 2014).

- d) *Left ventricular ejection fraction* (LVEF) adalah pengukuran keseluruhan terhadap fungsi jantung (DeSilva, 2013). Skor LVEF didapatkan dari laporan echo cardiografi pasien yang berbentuk prosentase. Ukuran LVEF yang normal untuk pasien dewasa adalah antara 55-70% dan skor LVEF kurang dari 35% mengindikasikan adanya penyakit (CHF) (Staniute et al., 2015).
- e) Komorbiditas diukur dengan menggunakan *Charlson Comorbidity Index* (CCI) yaitu dengan menjumlahkan penyakit lain yang menyertai diagnosa utama yaitu IM. CCI mengukur komorbiditas pasien dengan menggunakan pembobotan tingkat keparahan penyakit. CCI merupakan indicator komorbiditas yang umum digunakan (Charlson et al., 1987; H.-Y. Wang et al., 2007). Semakin banyak komorbiditas yang dimiliki pasien semakin tinggi skor CCI.

### **3.2.8 Adaptasi Alat Ukur *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument, Cardiac Anxiety Questionnaire dan Couples Satisfaction Inventory***

Skala MacNew Heart Disease HRQOL, CAQ dan CSI akan diadaptasi sesuai dengan proses adaptasi yang dikemukakan oleh Beaton, Bombardier, Guillemin, dan Ferraz (2000). Tahap pertama adalah menerjemahkan alat ukur ke dalam bahasa Indonesia (*forward translation*) dengan menggunakan dua penerjemah dengan latar belakang Pendidikan Psikologi (S2) yang juga menguasai Bahasa Inggris dengan baik. Dengan demikian didapatkan dua buah *forward translations*. Dari kedua terjemahan ini dipilih item-item yang paling tepat penerjemahannya. Pada tahap kedua setelah didapatkan satu buah set instrumen dalam Bahasa Indonesia, maka peneliti meminta bantuan dua orang penerjemah dengan latar belakang non Psikologi dan juga menguasai Bahasa Inggris dengan baik. Kedua penerjemah ini tidak mengetahui tujuan ataupun alat ukur tersebut.

Kedua penerjemah menerjemahkan kembali instrumen ke dalam Bahasa Inggris (*back translation*) sehingga akan didapatkan dua buah set instrument dalam Bahasa Inggris. Peneliti membentuk komite yang akan memutuskan kesesuaian dari alat ukur awal dengan alat ukur yang sudah diadaptasi termasuk instruksi,

perkenalan dan pilihan jawaban yang digunakan. Komite ini terdiri dari peneliti, promotor dan juga pembuat instrumen. Komite akan memilih terjemahan Bahasa Inggris yang paling baik untuk menggambarkan konten instrumen. Apabila terjadi ketidakcocokan, maka item diperbaiki terjemahannya. Proses ini terus diulang hingga didapatkan terjemahan item yang paling tepat. Pada tahap ketiga, dilakukan pengetestan awal dengan memberikan alat ukur kepada 30 pasien penyakit jantung untuk memeriksa apakah item yang telah diterjemah dapat dimengerti dengan baik. Item yang kurang dapat dimengerti kemudian diperbaiki.

### **3.2.9 Teknik Pengujian Validitas dan Reliabilitas**

Reliabilitas mengacu pada kestabilan dan konsistensi skor suatu instrumen (Plano Clark & Creswell, 2015). Pada penelitian ini akan digunakan reliabilitas *internal consistency* yaitu nilai dari berbagai jawaban konsisten satu sama lain. *Internal consistency* akan menggunakan formula *Cronbach Alpha*. Analisis *internal consistency* alat ukur akan menggunakan IBM SPSS 20.

Validitas mengacu pada pengertian bahwa alat ukur yang digunakan merupakan indikator yang tepat untuk mengukur variabel yang dituju, sehingga dapat diambil kesimpulan yang tepat mengenai diri seseorang. Untuk mengukur validitas akan digunakan *confirmatory factor analysis* (CFA). CFA adalah bagian dari analisis faktor yang digunakan untuk menguji hipotesis mengenai struktur atau hubungan antara variabel laten (Field, 2009). CFA akan dianalisis dengan menggunakan MPlus 7.

### **3.2.10 Teknik Analisa Data**

Tahapan awal analisa data bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai responden penelitian dilihat dari faktor demografisnya yaitu: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan penghasilan. Guna menganalisis data ini akan digunakan teknik statistik *Pearson Product Moment* dan Anova. Penelitian ini juga bertujuan untuk melihat apakah model teoritis yang diajukan sesuai (*fit*) dengan data yang diperoleh, oleh karena itu data akan dianalisis dengan menggunakan teknik analisis *structural equation modelling* (SEM) yang akan diolah dengan menggunakan

*software* MPlus 7. Untuk mengetahui kesesuaian antara model hipotesis dengan data maka akan digunakan tes *goodness of fit*. Indikator kesesuaian antara model dan data akan digunakan beberapa indikator yaitu nilai RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), CFI (*Comparative Fit Index*) dan TLI (*Tucker-Lewis Index*). Adapun *cutoff score* (titik potong) untuk mengetahui kesesuaian model adalah nilai  $RMSEA \leq 0.07$  (Steiger, 2007), CFI dan  $TLI \geq 0.95$  (Hu & Bentler, 1999). Adapun variabel-variabel dalam penelitian ini antara lain sebagai berikut:

1. HRQOL sebagai variabel terikat.
2. Kecemasan sebagai variabel bebas.
3. Kepuasan pernikahan sebagai moderator.
4. *Coping* religius Islami sebagai moderator.
5. LVEF sebagai variabel bebas.
6. Komorbiditi sebagai variabel bebas.

### **3.2.11 Prosedur Penelitian**

Sebelum dilakukan pengambilan data dengan metode survei, dilakukan penyusunan alat ukur *coping* religius Islami. Penyusunan alat ukur *coping* religius Islami dimulai dengan melakukan wawancara terhadap enam orang ahli yang memahami mengenai konsep tawakal. Sesudah dilakukan wawancara kemudian dibuat item instrument *coping* religius Islami yang disesuaikan dengan kondisi pasien penyakit jantung. Instrumen *coping* religius Islami kemudian dinilai oleh tim ahli untuk melihat kesesuaian antara konstruk dengan item yang telah disusunnya. Kemudian dilakukan adaptasi alat ukur CAQ, *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument*, dan CSI sesuai dengan pedoman. Kemudian CAQ, *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument*, CSI dan *coping* religius Islami diujicobakan kepada 20 pasien penyakit jantung dengan diagnosa yang bervariasi untuk uji keterbacaannya. Item kemudian diperbaiki sesuai dengan masukan.

Sesudah proposal penelitian disetujui oleh tim penguji etik penelitian dari Universitas Indonesia kemudian proposal dan surat pengantar dikirimkan kepada Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita untuk meminta ijin dilangsungkannya penelitian. Pihak rumah sakit juga melakukan uji etik terhadap

proposal penelitian dan kemudian memberikan izin untuk melakukan penelitian. Sebelum pengumpulan data dimulai, peneliti akan melatih beberapa asisten peneliti yang akan membantu peneliti untuk pengambilan data. Syarat yang dikenakan untuk asisten peneliti adalah mahasiswa S2 profesi Psikologi Klinis dewasa ataupun lulusan S2 profesi Psikologi Klinis dewasa. Asisten peneliti tersebut kemudian akan dilatih untuk memahami kuesioner yang akan diisi. Tim ini pula yang kemudian juga akan membantu dalam pengambilan data secara kualitatif

Sebelum penelitian, peneliti memastikan bahwa semua alat ukur telah memenuhi persyaratan adaptasi. Berdasarkan data yang diminta dari pihak rumah sakit, peneliti kemudian memilih pasien yang memenuhi syarat sebagai responden penelitian. Peneliti akan menemui pasien saat pasien melakukan kontrol rutin di rumah sakit jantung tersebut. Tim peneliti kemudian dibantu oleh perawat, akan memanggil pasien dan meminta kesediaan pasien untuk menjadi responden penelitian. Setelah pasien mengisi *informed consent*, kemudian responden akan diberikan kuesioner penelitian. Dikarenakan kendala tertentu, sebagian besar pasien meminta untuk diwawancara oleh tim peneliti. Pengambilan data dilakukan di ruangan kosong yang ada di RS sehingga pasien dapat merasa lebih nyaman. Sebagian besar pasien ditemani oleh anak ataupun pasangannya. Sebuah tanda terima kasih akan diberikan kepada responden sesudah pengisian kuesioner. Data yang terkumpul kemudian akan dianalisis dengan menggunakan teknis analisis statistik.

### **3.3 Penelitian Tahap Dua: Penelitian Kualitatif**

Sesudah didapatkan model persamaan struktural yang sesuai dengan data penelitian kemudian dilakukan penelitian kualitatif untuk dapat memahami bagaimana variabel-variabel yang signifikan secara statistik pada studi 1 dapat berperan pada HRQOL pasien paska IM. Selain itu hasil penelitian pada studi 2 ini juga memungkinkan untuk mengetahui adanya variabel-variabel lain yang dapat menerangkan HRQOL pasien namun belum diteliti dalam penelitian ini.

### 3.3.1 Desain Penelitian

Penelitian tahap dua ini akan digunakan tipe penelitian studi kasus ganda (*multiple case study*). Cresswell, Hanson, Clark Plano dan Morales (2007) mengungkapkan bahwa fokus studi kasus adalah untuk menggambarkan secara mendalam dan menganalisis suatu atau beberapa kasus sehingga didapatkan pemahaman yang mendalam. Lebih lanjut dijelaskan bahwa kasus ganda adalah salah satu tipe dalam metode studi kasus dimana peneliti mulai dari suatu permasalahan dan kemudian memilih beberapa kasus untuk menerangkan mengenai permasalahan tersebut. Pada disertasi ini, permasalahan yang akan diangkat adalah kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien paska IM. Unit analisis pada penelitian ini adalah pasien paska IM. Setiap studi kasus dibatasi oleh pengalaman pasien paska didiagnosa IM.

### 3.3.2 Jumlah Partisipan dan Pengambilan Sampel

Wertz (2005) mengemukakan bahwa partisipan penelitian dipilih berdasarkan penilaian peneliti siapa yang paling mengalami fenomena penelitian atau yang paling dapat memberikan akses. Oleh karena itu peneliti memilih pasien paska IM. Sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan *purposeful sampling strategy*. Pada strategi sampling ini peneliti dengan sengaja memilih responden dan lokasi penelitian agar dapat memahami fenomena penelitian. Dasar pemilihan responden adalah yang paling kaya akan informasi mengenai fenomena utama (*central phenomenon*) penelitian. Lebih lanjut dijelaskan bahwa metode sampling ini adalah yang tepat untuk penelitian kualitatif. Pada penelitian ini akan digunakan tipe *intensity sampling* yaitu peneliti akan melakukan pengambilan data berdasarkan perbedaan nilai HRQOL (tinggi dan rendah) untuk memahami pengalaman yang beragam dari pasien paska IM. Intensity sampling adalah pengambilan sample terhadap kasus-kasus yang dapat menggambarkan fenomena dengan kaya meskipun bukan kasus esktrim, sehingga dapat diambil kasus yang memiliki nilai dibawah atau atas rata-rata (Patton, 2002). Penelitian ini akan melibatkan 8 orang pasien paska IM, dengan masing-masing 4 orang yang memiliki nilai HRQOL tinggi dan 4 orang dengan nilai HRQOL rendah. Menurut Cresswell (2007), penelitian studi kasus melibatkan maksimal 4 hingga 5

responden. Dengan demikian dipilih 4 orang responden untuk kelompok HRQOL tinggi dan rendah. Pemilihan responden penelitian untuk penelitian tahap ini adalah berdasarkan kriteria yaitu pernah menjadi responden penelitian untuk tahapan penelitian kuantitatif dan memiliki nilai HRQOL yang tinggi ( $> 1SD$ ) dan rendah ( $< 1SD$ ).

### 3.3.3 Metode Pengumpulan Data

Guna mendapatkan data kualitatif yang diinginkan, maka digunakan metode pengumpulan yaitu wawancara yang menggunakan teknik wawancara semi terstruktur yang sudah dilengkapi dengan pedoman wawancara. Penelitian disertasi ini menggunakan tipe wawancara *focused interview* yaitu wawancara yang berfokus pada suatu topik atau subyek tertentu yang telah disepakati sebelumnya. Sebagai bagian dari wawancara semi terstruktur, *focused interview* lebih bebas dan terbuka terhadap reaksi asosiatif dari topik wawancara sehingga berbeda dari wawancara terstruktur (Brinkmann, 2013)

Isi protokol wawancara adalah berdasarkan hasil penelitian dari studi 1. Tujuan dari studi 2 ini adalah untuk melakukan eksplorasi sehingga didapatkan penjelasan peranan variabel-variabel yang secara statistik signifikan pada studi 1 pada HRQOL pasien paska IM, oleh karena itu terdapat pertanyaan-pertanyaan yang mengeksplorasi peranan dari variabel-variabel yang terbukti memengaruhi HRQOL pada studi 1.

### 3.3.4 Prosedur Penelitian

Pada penelitian tahap kedua akan dilakukan penelitian kualitatif terhadap delapan orang pasien. Sebanyak empat orang pasien yang memiliki nilai HRQOL tinggi dan HRQOL rendah sengaja dipilih agar dapat dilihat perbedaan yang mendasarinya. Wawancara akan dilakukan pada tempat-tempat yang dikehendaki oleh pasien. Wawancara dilakukan oleh tim peneliti yang terdiri dari 4 orang yaitu peneliti dan 3 orang asisten peneliti. Asisten peneliti adalah lulusan S2 Psikologi profesi yang telah menjalani pelatihan untuk pengambilan data secara kualitatif.



Masing-masing peneliti menghubungi pasien-pasien yang masuk dalam daftar pasien yang dapat menjadi subyek penelitian. Peneliti memastikan kesediaan serta eligibilitas subyek penelitian melalui sambungan telepon. Berdasarkan waktu dan tempat yang diinginkan oleh subyek, peneliti kemudian melakukan wawancara. Sebelum dilakukan wawancara, responden penelitian kembali mengisi *informed consent*. Usai dilakukannya wawancara, subyek diberikan souvenir tanda terima kasih. Setelah data wawancara terkumpul akan dilakukan koding untuk mengetahui tema-tema yang muncul dalam hasil wawancara tersebut.

### 3.3.5 Analisis Data

Setiap hasil wawancara direkam dan dibuat verbatim. Analisis dilakukan untuk setiap kasus (*within case analysis*) dan antara kelompok HRQOL tinggi dan rendah (*cross case analysis*). Software NVivo 11 digunakan untuk menyimpan data, melakukan coding dan membangun tema.

Adapun tahapan analisis data yang dijelaskan dalam Creswell (2007) pada penelitian kualitatif yaitu dalam bentuk analisis data spiral. Disebut analisis data spiral karena proses analisis data ini dapat terjadi berulang tergantung pada kebutuhan penelitian. Proses yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pengelolaan data (*data management*) yaitu peneliti melakukan organisasi data dalam bentuk folder atau berkas komputer.
2. Peneliti mengawali analisis dengan mendapatkan gambaran akan keseluruhan data yang dimiliki dengan membaca data beberapa kali untuk mendapatkan gambaran mengenai detil, menulis memo mengenai ide-ide atau konsep kunci yang muncul.
3. Memo yang telah dibuat kemudian dideskripsikan, diklasifikasikan dan diberikan makna berdasarkan konteks penelitian. Peneliti pada tahapan ini membuat coding atau kategori sehingga dapat dibuat tema yang menggambarkan inti dari hasil wawancara
4. Peneliti memaparkan hasil penelitian yang didapatkan dan divisualisasikan baik dalam bentuk gambar, matriks, bagan ataupun tabel sehingga didapatkan hasil penelitian yang mudah dimengerti oleh

pembaca. Pada penelitian dengan metode studi kasus, hasil penelitian harus berupa gambaran yang mendalam baik dalam bentuk narasi atau tabel dan matriks

### **3.3.6 Triangulasi**

Triangulasi dilakukan sebagai validasi dari data penelitian. Validasi dilakukan dengan cara menggunakan beberapa metode pengumpulan data dan kemudian dibandingkan satu dengan yang lain. Meskipun pada awalnya triangulasi digunakan untuk validasi data penelitian, namun belakangan ini triangulasi digunakan sebagai strategi untuk justifikasi dan memperoleh pengetahuan dengan cara memperoleh pengetahuan tambahan (Flick, 2004). Oleh karena itu triangulasi bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang lebih luas, dalam dan menyeluruh mengenai obyek yang dipelajari termasuk kesenjangan dan kontradiksi hasil. (Flick, 2004).

Penelitian ini menggunakan triangulasi data penelitian. Flick (2004) mengungkapkan bahwa selain adanya data yang berasal dari hasil wawancara, peneliti dapat menambahkan data lain seperti misalnya data visual ataupun data elektronik. Dengan demikian, penelitian ini akan menggunakan tiga buah data yaitu data hasil wawancara, data pengisian kuesioner dan data observasi.

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN KUANTITATIF**

Bab 4 akan membahas persiapan alat ukur baik yang diadaptasi ataupun disusun berdasarkan hasil wawancara. Persiapan alat ukur meliputi hasil *confirmatory factor analysis*, uji reliabilitas. Selain itu juga pada bab ini akan dibahas hasil analisis model persamaan struktural.

Pengambilan data kuantitatif ini bertujuan untuk menguji kondisi psikometri alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini serta menguji model persamaan struktural HRQOL. Pengambilan data dilakukan sejak bulan November 2016 hingga Juni 2017 di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita, Jakarta.

#### **4.1 Konstruksi Alat Ukur *Coping* Religius Islami**

Alat ukur *coping* religius Islami berangkat dari konsep *surrender to God* yang digagas oleh Wong-McDonald dan Gorsuch (2000) yang kemudian dikembangkan berdasarkan konsep agama Islam yaitu tawakal. *Surrender to God* ini didefinisikan sebagai usaha aktif seseorang untuk menyerahkan keinginannya terhadap kehendak Tuhan.

Pengembangan alat ukur ini diawali dengan diadakannya wawancara terhadap enam orang ahli yang bergerak di bidang kajian agama Islam untuk mengetahui ciri-ciri individu yang bertawakal. Berdasarkan hasil wawancara diketahui terdapat empat ciri-ciri dari individu yang tawakal yaitu:

- a) Memiliki keyakinan bahwa Tuhan adalah penentu kehidupannya dan dapat diandalkan untuk memberikan hasil akhir yang terbaik. Individu yang bertawakal meyakini bahwa manusia adalah makhluk yang lemah dan tidak memiliki daya upaya. Ia pun meyakini bahwa Tuhan adalah yang memegang kekuasaan yang menentukan kehidupan seseorang. Tuhan akan memberikan daya dan kekuatan kepada manusia untuk dapat menjalankan kehidupannya, oleh karena itu Individu yang tawakal tidak akan ragu untuk mengandalkan Tuhan untuk memberikan hasil yang terbaik

- b) Individu yang bertawakal menyadari kesalahan-kesalahan yang dilakukannya di masa lalu. Ia tidak ragu ataupun malu mengakui bahwa ada kesalahan-kesalahan yang telah dilakukannya. Meskipun demikian ia tidak terpaku pada kesalahannya, Ia dapat mengambil hikmah dari kesalahan ataupun kondisi negatif yang dialaminya. Ia pun mampu mengambil pelajaran dari kesalahan yang telah dilakukannya tersebut
- c) Salah satu ciri utama dari individu yang bertawakal adalah ia melakukan usaha-usaha untuk mencegah timbulnya masalah ataupun berusaha untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapinya. Ia akan melakukan usaha yang sungguh-sungguh, focus dan tekun. Ia pun tidak akan mundur apabila mengalami kegagalan. Untuk menjalankan usahanya ini ia dapat menyusun langkah-langkah yang perlu dilakukan (perencanaan) sehingga usahanya dapat membuahkan hasil
- d) Individu yang bertawakal tidak lepas dari ibadah-ibadah yang dilakukan sesuai dengan agama yang dianutnya sebagai bentuk dari kepatuhan terhadap perintah Tuhan dan merasakan manfaatnya dalam kehidupannya.

Menurut Pargament et al (1988) *coping* atau *problem solving* adalah aktivitas atau perilaku yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang terdiri dari definisi masalah, membangun alternatif solusi, memilih solusi, menerapkan solusi, redefinisi masalah dan makna bagi individu. Park dan Dornelas (2012) mendefinisikan religius *coping* sebagai usaha-usaha yang berhubungan dengan agama yang digunakan untuk mengatasi masalah. Pada penelitian ini *coping* religius Islami didefinisikan sebagai usaha aktif seseorang untuk mengatasi kesulitan yang didasari oleh keyakinan akan kekuasaan Tuhan. Tabel 4.1. akan diuraikan dimensi, definisi dimensi dan indikator *coping* religius Islami.

Berdasarkan keterangan yang terdapat pada Tabel 4.1 diketahui bahwa *coping* religius Islami memiliki empat dimensi. Dimensi keyakinan dijelaskan melalui dua indikator, dimensi pemaknaan diterangkan melalui satu indikator, dimensi penyelesaian masalah diterangkan melalui 3 indikator sedangkan dimensi terakhir, yaitu dimensi ibadah dijelaskan melalui 5 indikator. Berdasarkan dimensi dan indikator perilaku tersebut maka dikembangkan item-item *coping* religius Islami.

Tabel 4.1. Dimensi dan Indikator Alat Ukur *Coping* Religius Islami

No	Dimensi	Definisi	Indikator	Contoh <i>Item</i>
1	Keyakinan	Individu meyakini bahwa Tuhan adalah penentu kehidupannya dan dapat diandalkan untuk memberikan hasil akhir yang terbaik	<p>a. Menggantungkan kepercayaan kepada Allah untuk kesembuhan diri</p> <p>b. Meyakini bahwa Allah adalah penentu kesehatannya</p>	<p>Saya percaya Allah SWT akan membantu memulihkan kondisi fisik saya</p> <p>Jika Allah SWT menentukan saya sembuh maka saya akan sembuh</p>
2	Pemaknaan	Individu memberikan makna yang positif terhadap kondisi negatif yang dialaminya (serangan jantung)	a. Memberi makna positif terhadap penyakit yang diderita	Penyakit ini merupakan kesempatan yang diberikan Allah SWT untuk memperbaiki kehidupan saya
3	Penyelesaian masalah	Individu secara aktif mengatasi masalah yang dihadapi	<p>a. Merencanakan penyelesaian masalah</p> <p>b. Mengubah gaya hidup</p> <p>c. Tidak menyerah untuk mengubah gaya hidup</p>	<p>Saya mencari tahu makanan apa saja yang tepat untuk membantu saya pulih</p> <p>Saya tetap mengonsumsi makanan yang berlemak</p> <p>Saya tetap berolahraga meskipun melelahkan</p>

Tabel 4.1. (Sambungan)

4	Ibadah	Individu mendapatkan manfaat dari ibadah yang dilakukan	a. Ibadah membantu mengatasi emosi negatif	Sholat mampu membantu saya meredam kecemasan tentang penyakit jantung yang saya miliki
			b. Ibadah mampu meredakan gejala penyakit	Berdoa mampu meredakan rasa sakit yang ada di dada saya

Sesudah dibuat, kemudian item tersebut dikonsultasikan kepada tim ahli yang terdiri dari ko-promotor, satu akademisi di bidang Psikologi yang juga memahami agama Islam dan dua orang lulusan S3 dan S2 Psikologi yang memahami teknik penyusunan alat ukur. Adapun rincian dari item tiap dimensinya digambarkan pada table 4.2 berikut ini. Tabel 4.2. memperlihatkan bahwa alat ukur  *coping*  religius Islami memiliki 39 item dengan susunan 24 item untuk item *favourable* dan 15 item untuk item *unfavourable*. Tahapan berikutnya adalah melakukan uji keterbacaan. Kuesioner perilaku  *coping*  religius disebarakan kepada 20 orang responden. Berdasarkan masukan dari responden, beberapa item pertanyaan kemudian diperbaiki.

Alat ukur  *coping*  religius Islami memiliki beberapa pilihan jawaban sesuai dengan dimensi yang diukurnya. Dimensi keyakinan dan pemaknaan memiliki pilihan jawaban dari 1 (sangat tidak benar) – 6 (sangat benar). Dimensi penyelesaian masalah dan ibadah memiliki pilihan jawaban 1 (tidak pernah) – 6 (selalu). Skor total didapatkan dari pejumlahan jawaban yang diberikan oleh responden. Nilai skor  *coping*  religius Islami mengindikasikan semakin seringnya responden melakukan  *coping*  religius Islami.

Tabel 4.2. Cetak Biru Alat Ukur *Coping* Religius Islami

No	Dimensi	Item <i>Favourable</i> (F)	Item <i>Unfavourable</i> (UF)	Jumlah F	Jumlah UF	Total
1	Keyakinan ( <i>Belief</i> )	1, 2, 6, 11, 12, 13	4, 5	6	2	8
2	Pemaknaan ( <i>Meaning</i> )	3, 7, 8,	14, 37, 38, 39	3	4	7
3	Penyelesaian masalah ( <i>Problem Focused Coping</i> )	9, 10, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29,	15, 16, 25, 30, 31, 32	10	6	16
4	Ibadah ( <i>Rituals</i> )	18, 24, 33, 35, 36	17, 19, 34	5	3	8
Jumlah total				24	15	39

Catatan. F = *Favorable*, UF = *Unfavorable*

#### 4.2 Adaptasi Alat ukur *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument*, CAQ dan CSI

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian selain *coping* religius Islami adalah *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument*, *Cardiac Anxiety Questionnaire* dan *Couples Satisfaction Index*. Alat ukur *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument* terdiri dari 27 item yang tersusun dari tiga dimensi yaitu limitasi fisik, fungsi emosional dan fungsi sosial.

Tabel 4.3. Cetak Biru Alat ukur *MacNew Heart Disease HRQOL*

No	Dimensi	Item <i>Favourable</i> (F)	Item <i>Unfavourable</i> (UF)	Jumlah F	Jumlah UF	Total
1	Limitasi Fisik	-	9, 14, 16, 19, 20, 27	0	6	6
2	Fungsi Emosional	3,5, 7	1, 2, 4, 6, 8, 10, 15, 18	3	8	11

Tabel 4.3. (sambungan)

3	Fungsi Sosial	-	11, 12, 13, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26	0	10	10
Jumlah total				3	24	27

Catatan. F = *Favorable*, UF = *Unfavorable*

Alat ukur *Cardiac Anxiety Questionnaire* terdiri dari 18 item yang tersusun dari empat dimensi yaitu *heart related fear*, *avoidance*, *attention* dan *safety seeking*. Alat ukur CSI (*Couples Satisfaction Inventory*) terdiri dari 16 item yang tersusun dari satu dimensi (*unidimensional*).

Tabel 4.4. Cetak Biru Alat Ukur *Cardiac Anxiety Questionnaire*

No	Dimensi	Item Favourable (F)	Item Unfavourable (UF)	Jumlah F	Jumlah UF	Total
1	<i>Heart Related Fear</i>	10, 13, 14, 15, 16	-	5	0	5
2	<i>Avoidance</i>	2, 7, 9, 12	5	4	1	5
3	<i>Attention</i>	1, 6, 8, 3, 4	-	5	0	5
4	<i>Safety Seeking</i>	11, 17, 18	-	3	0	3
Jumlah total				17	1	18

Catatan. F = *Favorable*, UF = *Unfavorable*

### 4.3 Uji Psikometri Alat Ukur

#### 4.3.1 Hasil analisis *Confirmatory Factor Analysis* untuk Alat Ukur *Coping Religius Islami*

*Confirmatory factor analysis* (CFA) dilakukan untuk mengetahui validitas konstruk dari alat ukur *coping* religius Islami. Validitas konstruk bertujuan untuk



mencari kesamaan antara teori dengan alat ukur (Cepeda-Valery et al., 2011). Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa model *coping* religius Islami dengan empat faktor adalah signifikan. Hal ini diketahui dari nilai RMSEA = 0,052, CFI sebesar 0,90 dan TLI sebesar 0,892. Selanjutnya untuk melihat apakah suatu item akan digunakan atau tidak dalam suatu faktor maka akan dilihat nilai SLF (*Standardized Loading Factor*) dan nilai t value.

Berdasarkan hasil analisis CFA diketahui terdapat beberapa item yang memiliki nilai SLF yang negatif dan t-value dibawah  $\pm 1,96$ . Item-item tersebut adalah C38, C37, C32, dan C33. Item-item yang tidak diikutsertakan dalam penelitian adalah item-item yang memiliki nilai negatif saja. Oleh karena itu item C38, C32 dan C33 tidak dimasukkan dalam analisis SEM.

Tabel 4.5. Hasil Analisis *Confirmatory Factor Analysis* Item Alat Ukur *Coping* Religius Islami

Item	Dimensi	<i>Standardized Loading Factor</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t-Value</i>	<i>P</i>
C1	<i>Belief</i>	0,837	0,048	17,538	0,000
C2	<i>Belief</i>	0,717	0,058	12,393	0,000
C4	<i>Belief</i>	0,308	0,075	4,108	0,000
C5	<i>Belief</i>	0,352	0,073	4,825	0,000
C6	<i>Belief</i>	0,636	0,063	10,021	0,000
C11	<i>Belief</i>	0,651	0,063	10,325	0,000
C12	<i>Belief</i>	0,545	0,074	7,370	0,000
C13	<i>Belief</i>	0,681	0,050	13,578	0,000
C3	<i>Meaning</i>	0,378	0,062	6,056	0,000
C8	<i>Meaning</i>	0,621	0,058	10,718	0,000
C7	<i>Meaning</i>	0,761	0,045	16,765	0,000
C14	<i>Meaning</i>	0,466	0,059	7,963	0,000
C37	<i>Meaning</i>	0,105	0,068	1,541	0,123
C38	<i>Meaning</i>	-0,023	0,073	-0,310	0,757
C39	<i>Meaning</i>	0,509	0,066	7,728	0,000
C9	<i>PFC</i>	0,444	0,070	6,362	0,000
C10	<i>PFC</i>	0,597	0,066	9,021	0,000
C15	<i>PFC</i>	0,583	0,068	8,566	0,000
C16	<i>PFC</i>	0,259	0,080	3,225	0,001
C20	<i>PFC</i>	0,545	0,072	7,595	0,000

Tabel 4.5. (sambungan)

C21	<i>PFC</i>	0,483	0,071	6,804	0,000
C22	<i>PFC</i>	0,251	0,075	3,364	0,001
C23	<i>PFC</i>	0,432	0,089	4,872	0,000
C25	<i>PFC</i>	0,491	0,067	7,358	0,000
C26	<i>PFC</i>	0,482	0,063	7,638	0,000
C27	<i>PFC</i>	0,432	0,077	5,643	0,000
C28	<i>PFC</i>	0,501	0,070	7,156	0,000
C29	<i>PFC</i>	0,412	0,069	6,007	0,000
C30	<i>PFC</i>	0,418	0,080	5,208	0,000
C31	<i>PFC</i>	0,284	0,080	3,550	0,000
C32	<i>PFC</i>	-0,009	0,094	-0,096	0,924
C17	<i>Rituals</i>	0,619	0,054	11,488	0,000
C18	<i>Rituals</i>	0,333	0,080	4,142	0,000
C19	<i>Rituals</i>	0,407	0,074	5,496	0,000
C24	<i>Rituals</i>	0,703	0,049	14,428	0,000
C33	<i>Rituals</i>	-0,451	0,061	-7,413	0,000
C34	<i>Rituals</i>	0,664	0,044	15,019	0,000
C35	<i>Rituals</i>	0,629	0,050	12,474	0,000
C36	<i>Rituals</i>	0,666	0,043	15,518	0,000

Setelah item tersebut dihilangkan, kemudian dilakukan kembali analisis CFA untuk melihat validitas konstruk dari alat ukur *coping* religius Islami ini. Berdasarkan analisis CFA dengan tidak melibatkan item C32, C33, dan C38 diketahui bahwa model pengukuran coping religius Islami adalah model yang sesuai dengan data. Hal ini diketahui dari nilai RMSEA sebesar 0,053, CFI sebesar 0,911 dan TLI sebesar 0,902 sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6. Hasil Analisis CFA Alat Ukur *Coping* Religius Islami Setelah Item Tidak Valid Dihilangkan

Item	Dimensi	<i>Standardized Loading Factor</i>	<i>Standar Error</i>	<i>t-Value</i>	<i>P</i>
C1	<i>Belief</i>	0,858	0,047	18,330	0,000
C2	<i>Belief</i>	0,736	0,055	13,402	0,000
C4	<i>Belief</i>	0,307	0,073	4,222	0,000
C5	<i>Belief</i>	0,358	0,070	5,072	0,000
C6	<i>Belief</i>	0,593	0,065	9,104	0,000

Tabel 4.6. (sambung)

C11	<i>Belief</i>	0,631	0,653	10,080	0,000
C12	<i>Belief</i>	0,515	0,076	6,802	0,000
C13	<i>Belief</i>	0,645	0,052	12,476	0,000
C3	<i>Meaning</i>	0,358	0,062	5,733	0,000
C8	<i>Meaning</i>	0,625	0,056	11,240	0,000
C7	<i>Meaning</i>	0,727	0,042	17,182	0,000
C14	<i>Meaning</i>	0,445	0,055	8,051	0,000
C37	<i>Meaning</i>	0,622	0,049	12,714	0,000
C39	<i>Meaning</i>	0,639	0,042	15,140	0,000
C9	<i>PFC</i>	0,444	0,068	6,492	0,000
C10	<i>PFC</i>	0,600	0,065	9,172	0,000
C15	<i>PFC</i>	0,560	0,067	8,324	0,000
C16	<i>PFC</i>	0,282	0,079	3,581	0,000
C20	<i>PFC</i>	0,526	0,071	7,395	0,000
C21	<i>PFC</i>	0,497	0,070	7,105	0,000
C22	<i>PFC</i>	0,233	0,074	3,151	0,002
C23	<i>PFC</i>	0,413	0,087	4,722	0,000
C25	<i>PFC</i>	0,508	0,066	7,694	0,000
C26	<i>PFC</i>	0,463	0,063	7,369	0,000
C27	<i>PFC</i>	0,448	0,076	5,904	0,000
C28	<i>PFC</i>	0,480	0,070	6,901	0,000
C29	<i>PFC</i>	0,372	0,068	5,511	0,000
C30	<i>PFC</i>	0,397	0,078	5,090	0,000
C31	<i>PFC</i>	0,265	0,078	3,388	0,000
C17	<i>Rituals</i>	0,6057	0,052	11,664	0,000
C18	<i>Rituals</i>	0,346	0,079	4,391	0,000
C19	<i>Rituals</i>	0,393	0,075	5,228	0,000
C24	<i>Rituals</i>	0,730	0,046	15,860	0,000
C34	<i>Rituals</i>	0,044	0,081	0,547	0,584
C35	<i>Rituals</i>	0,465	0,059	7,820	0,000
C36	<i>Rituals</i>	0,669	0,044	15,345	0,000

Berdasarkan pemaparan data pada Tabel 4.7 yang menunjukkan hasil analisis CFA untuk alat ukur *coping* religius Islami diketahui bahwa keempat dimensi pada alat ukur ini memiliki nilai SLF dan *t-value* yang signifikan. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa alat ukur *coping* religius Islami disusun dari empat jenis dimensi yaitu keyakinan, pemaknaan, pemecahan masalah dan ibadah.

Tabel 4.7 Hasil Analisis *Confirmatory Factor Analysis* Dimensi pada Alat Ukur *Coping Religius Islami*

Dimensi	Variabel	Standardized Loading Factor	Standard Error	t-Value	P
<i>Belief</i>	PCR	0,812	0,050	16,306	0,000
<i>Meaning</i>	PCR	1,011	0,045	22,491	0,000
<i>PFC</i>	PCR	0,587	0,066	8,836	0,000
<i>Ritual</i>	PCR	0,813	0,042	19,483	0,000

#### 4.3.2 Hasil Analisis *Confirmatory Factor Analysis* untuk *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument*

Berdasarkan hasil analisis CFA diketahui bahwa model *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument* dengan tiga faktor adalah model yang signifikan. Hal ini diketahui berdasarkan nilai dari fit index yaitu nilai RMSEA sebesar 0,048, CFI sebesar 0,964 dan TLI sebesar 0,960. Setelah mengetahui bahwa model pengukuran untuk *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument* adalah model yang fit, maka selanjutnya dilakukan peninjauan terhadap nilai *loading factor* pada tiap item dengan hasil yang ditunjukkan pada Tabel 4.8 berikut ini.

Tabel 4.8. Hasil Analisis CFA Untuk Alat Ukur *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument*

Item	Dimensi	Standardized Loading Factor	Standard Error	t-Value	P
Q9	<i>Physical limitation</i>	0,559	0,058	9,667	0,000
Q14	<i>Physical limitation</i>	0,489	0,054	8,868	0,000
Q16	<i>Physical limitation</i>	0,532	0,054	9,145	0,000
Q19	<i>Physical limitation</i>	0,702	0,062	8,604	0,000
Q27	<i>Physical limitation</i>	0,525	0,047	14,853	0,000
Q1	<i>Emotional Function</i>	0,309	0,066	4,710	0,000
Q2	<i>Emotional Function</i>	0,649	0,051	12,764	0,000
Q3	<i>Emotional Function</i>	0,351	0,056	6,313	0,000

Tabel 4.8. (sambung)

Q4	<i>Emotional Function</i>	0,655	0,044	14,934	0,000
Q5	<i>Emotional Function</i>	0,484	0,057	8,525	0,000
Q6	<i>Emotional Function</i>	0,544	0,052	10,361	0,000
Q7	<i>Emotional Function</i>	0,484	0,055	8,855	0,000
Q8	<i>Emotional Function</i>	0,670	0,045	15,043	0,000
Q10	<i>Emotional Function</i>	0,656	0,049	13,268	0,000
Q15	<i>Emotional Function</i>	0,713	0,056	12,740	0,000
Q18	<i>Emotional Function</i>	0,647	0,047	13,792	0,000
Q11	<i>Social Function</i>	0,594	0,051	11,712	0,000
Q12	<i>Social Function</i>	0,660	0,044	14,969	0,000
Q13	<i>Social Function</i>	0,528	0,050	10,629	0,000
Q17	<i>Social Function</i>	0,634	0,048	13,241	0,000
Q21	<i>Social Function</i>	0,646	0,039	16,608	0,000
Q22	<i>Social Function</i>	0,321	0,062	5,187	0,000
Q23	<i>Social Function</i>	0,631	0,044	14,183	0,000
Q24	<i>Social Function</i>	0,467	0,054	8,610	0,000
Q25	<i>Social Function</i>	0,659	0,045	14,650	0,000
Q26	<i>Social Function</i>	0,717	0,040	17,801	0,000

Hasil analisis validitas konstruk menunjukkan bahwa seluruh item adalah item yang signifikan. Hal ini diketahui bahwa seluruh item memiliki nilai positif dan *t-value* yang lebih besar  $\pm 1,96$ . Oleh karena itu tidak dilakukan lagi analisis CFA terhadap alat ukur *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument*. Berdasarkan hasil analisis CFA terhadap setiap dimensi MacNew diketahui bahwa alat ukur MacNew secara signifikan terdiri dari tiga dimensi sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 4.9

Tabel 4.9. Hasil Analisis CFA Terhadap Dimensi *MacNew Heart Disease HRQOL Instrument*.

Dimensi	Variabel	<i>Standardized Loading Factor</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t-Value</i>	<i>P</i>
<i>Physical Limitation</i>	MacNew	0,984	0,036	27,145	0,000
<i>Emotional Function</i>	MacNew	0,844	0,033	25,765	0,000
<i>Social Function</i>	MacNew	0,975	0,028	34,813	0,000

### 4.3.3 Hasil Analisis *Confirmatory Factor Analysis* untuk *Cardiac Anxiety Questionnaire*

Berdasarkan hasil analisis *confirmatory factor analysis* terhadap alat ukur CAQ didapatkan hasil bahwa model pengukuran *cardiac anxiety questionnaire* adalah model yang fit. Hal ini diketahui dari nilai  $RMSEA = 0,071$ ,  $CFI = 0,975$  dan  $TLI = 0,970$ . Selain diketahui bahwa model pengukuran ini dapat diterima, dilihat juga nilai SLF (*Standardized Loading Factor*) dan *t value* untuk melihat item yang akan digunakan dalam analisis SEM.

Sebagaimana terlihat pada Tabel 4.10 diketahui seluruh item memiliki nilai *t* yang positif, dengan demikian seluruh item diikutsertakan dalam penghitungan model HRQOL.

Tabel 4.10. Hasil Analisis CFA Untuk Alat Ukur *Cardiac Anxiety Questionnaire*

Item	Dimensi	<i>Standardized Loading Factor</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t-Value</i>	<i>P</i>
A10	<i>Heart Related Fear</i>	0,603	0,052	11,629	0,000
A13	<i>Heart Related Fear</i>	0,415	0,081	5,126	0,000
A14	<i>Heart Related Fear</i>	0,839	0,031	26,750	0,000
A15	<i>Heart Related Fear</i>	0,738	0,039	18,786	0,000
A16	<i>Heart Related Fear</i>	0,856	0,033	25,697	0,000
A2	<i>Avoidance</i>	0,726	0,040	18,082	0,000
A5	<i>Avoidance</i>	0,154	0,084	1,826	0,068
A7	<i>Avoidance</i>	0,758	0,037	20,755	0,000
A9	<i>Avoidance</i>	0,773	0,033	23,517	0,000
A12	<i>Avoidance</i>	0,866	0,032	27,036	0,000
A1	<i>Attention</i>	0,461	0,079	5,263	0,000
A6	<i>Attention</i>	0,136	0,085	1,587	0,113
A8	<i>Attention</i>	0,409	0,077	5,334	0,000
A3	<i>Attention</i>	0,973	0,030	32,237	0,000
A4	<i>Attention</i>	0,967	0,030	32,211	0,000
A11	<i>Safety Seeking</i>	0,333	0,069	4,837	0,000
A17	<i>Safety Seeking</i>	0,733	0,051	14,376	0,000
A18	<i>Safety Seeking</i>	0,686	0,052	13,195	0,000

Tabel 4.11 Hasil Analisis CFA Terhadap Dimensi *Cardiac Anxiety Questionnaire*

Dimensi	Variabel	<i>Standardized Loading Factor</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t-Value</i>	<i>P</i>
<i>Heart Related Fear</i>	CAQ	0,832	0,067	12,393	0,000
<i>Avoidance</i>	CAQ	0,309	0,091	3,409	0,001
<i>Attention</i>	CAQ	0,553	0,078	7,077	0,000
<i>Safety Seeking</i>	CAQ	0,984	0,081	12,151	0,000

Berdasarkan data yang ditunjukkan pada Tabel 4.11 diketahui bahwa keempat dimensi yang ada pada CAQ berkorelasi secara signifikan. Hal ini berarti bahwa CAQ secara signifikan terdiri dari empat dimensi yaitu *heart related fear*, *avoidance*, *attention* dan *safety seeking*.

#### 4.3.4 Hasil Analisis *Confirmatory Factor Analysis* untuk Alat Ukur *Couples Satisfaction Index*

*Couples Satisfaction Index* (CSI) adalah alat ukur yang unidimensional (Funk & Rogge, 2007). Setelah dilakukan adaptasi kemudian hasil adaptasi tersebut dilakukan uji validitas konstruk dengan menggunakan *confirmatory factor analysis* (CFA). Berdasarkan hasil analisis tersebut disimpulkan bahwa model pengukuran CSI dengan unidimensi adalah model yang fit. Hal ini dilihat dari nilai RMSEA = 0,076, CFI = 0,983 dan TLI = 0,979. Berdasarkan nilai SLF dan *t-value* yang ditunjukkan oleh Tabel 4.12 seluruh item pada CSI adalah item yang valid dan dapat digunakan untuk analisis selanjutnya.

Tabel 4. 12 Hasil Analisis CFA Untuk Alat Ukur *Couples Satisfaction Index*

Item	Dimensi	<i>Standardized Loading Factor</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t-Value</i>	<i>P</i>
M1	CSI	0,637	0,049	12,941	0,000
M2	CSI	0,584	0,045	12,928	0,000
M3	CSI	0,710	0,035	20,440	0,000
M4	CSI	0,864	0,023	37,335	0,000
M5	CSI	0,830	0,027	30,396	0,000

Tabel 4.12. (sambungan)

M6	CSI	0,821	0,024	33,643	0,000
M7	CSI	0,697	0,034	20,316	0,000
M8	CSI	0,712	0,037	19,419	0,000
M9	CSI	0,694	0,034	20,394	0,000
M10	CSI	0,690	0,038	18,388	0,000
M11	CSI	0,863	0,021	40,753	0,000
M12	CSI	0,881	0,019	46,113	0,000
M13	CSI	0,859	0,023	38,125	0,000
M14	CSI	0,744	0,032	22,935	0,000
M15	CSI	0,806	0,029	27,926	0,000
M16	CSI	0,770	0,032	24,161	0,000

#### 4.4 Karakteristik Responden Penelitian

Data demografi dan klinis responden penelitian dapat dilihat pada Tabel 4.13. Dari 170 orang responden diketahui bahwa terdapat sebanyak 19 orang responden yang berjenis kelamin perempuan dan 151 laki-laki. Usia responden berkisar antara 45-70 tahun, dengan responden paling banyak berusia antara 51-55 tahun. 43,5% responden memiliki pendidikan di atas pendidikan menengah dan sekitar 28,8% responden memiliki pendapatan dibawah 2 juta rupiah per bulan.

Berdasarkan data klinis, diketahui bahwa sekitar 40,6% responden memiliki penyakit *diabetes mellitus* selain diagnosa utama IM dan 58,2% responden termasuk dalam komorbiditas tinggi berdasarkan *Charlson Comorbidity Index*. Terdapat 37,6% pasien yang memiliki tingkat LVEF berada pada golongan di bawah normal (*reduced*), 27,1% pasien berada pada golongan ambang batas (*borderline*) dan 35,3% pasien berada pada golongan *ejection fraction* normal. Sekitar 74,9% responden ditangani dengan *percutaneous coronary intervention* untuk mengatasi sumbatan pembuluh darahnya.



Table 4.13 Karakteristik Demografi dan Klinis Pasien saat pengambilan data  
(N=170)

Variabel	<i>n</i>	%
Umur (tahun)		
41-45	17	10
46-50	18	10,6
51-55	51	30
56-60	34	20
61-65	42	24,7
66-70	7	4,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	151	88,8
Perempuan	19	1,2
Tingkat Pendidikan		
Dasar (SD-SMP)	35	20,6
Menengah	61	35,9
Tinggi	74	43,5
Pendapatan per bulan (Rupiah)		
< 2,000,000	49	28,8
2,000,000 – 4,000,000	48	28,4
5,000,000 – 7,000,000	39	23,1
>7,000,000	33	19,5
Komorbidity		
<i>Chronic Kidney Disease</i>	3	1,8
<i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>	1	0,6
<i>Cerebrovascular Disease</i>	3	1,8
<i>Chronic Liver Disease</i>	3	1,8
<i>Diabetes Mellitus</i>	69	40,6
<i>Congestive Heart Failure</i>	28	6,5
<i>Left Ventricular Ejection Fraction</i>		
<i>Normal (&gt;50%)</i>	60	35,3
<i>Borderline (40%-50%)</i>	46	27,1
<i>Reduced (&lt;40%)</i>	64	37,6
<i>Charlson Comorbidity Index</i>		
Komorbidity Sedang	71	41,8
Komorbidity Tinggi	99	58,2

Tabel 4.13 (sambungan)

Pengobatan		
Hanya Obat minum	15	7,4
Kateter	27	13,3
<i>Percutaneous Coronary Intervention</i>	152	74,9
<i>Coronary Artery Bypass Grafting</i>	9	4,4

Tabel 4.14 menunjukkan korelasi antar variabel penelitian. Berdasarkan hasil analisis korelasi *Pearson Product Moment*, terdapat beberapa variabel yang berhubungan dengan HRQOL yaitu *coping* religius Islami, *cardiac anxiety* dan kepuasan pernikahan. HRQOL berkorelasi positif dengan *coping* religius Islami dan kepuasan pernikahan, sedangkan korelasi negatif ditemukan pada hubungan antara HRQOL dengan *cardiac anxiety*. HRQOL tidak berkorelasi secara signifikan dengan komorbiditas dan LVEF. Komorbiditas secara negatif berkorelasi dengan LVEF. *Coping* religius Islami berkorelasi positif dengan HRQOL dan kepuasan pernikahan.

Analisa statistik ANAVA satu jalur dilakukan untuk melihat apakah HRQOL dibedakan menurut tingkat pendidikan, umur dan penghasilan per bulan. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa HRQOL tidak berbeda jika melihat dari umur responden  $F(6, 193) = 0,686, P = \text{n.s.}$ , tingkat pendidikan  $F(5, 197) = 0,778, P = \text{n.s.}$ , dan penghasilan per bulan  $F(3, 196) = 0,600, P = \text{n.s.}$  Berdasarkan hasil analisis t test diketahui bahwa terdapat perbedaan nilai HRQOL antara responden laki-laki dan perempuan  $t(201) = -2,186, P = < 0.05.$

Table 4.14. Matriks Korelasi Antar Variabel

Variabel	1	2	3	4	5	6
<i>Left Ventricular Ejection Fraction</i>	-	-0,220**	-0,043	0,095	-0,022	0,022
<i>Charlson Comorbidity Index</i>	0,220**	-	0,103	0,067	-0,047	0,081
<i>Coping Religius Islami</i>	-0,043	0,103	-	0,326**	0,004	0,410**
<i>HRQOL</i>	0,095	0,067	0,326**	-	0,594**	0,303**
<i>Cardiac Anxiety</i>	-0,022	0,047	0,004	-0,594**	-	0,043
<i>Couples Satisfaction Index</i>	0,022	0,081	0,410**	0,303**	-0,043	-

Catatan. \*  $P < 0.05$ . \*\*  $P < 0.01$

Sebagai pembanding nilai-nilai statistik deskriptif yang ada pada Tabel 4.15, maka akan digunakan rentang nilai yang ada pada kuesioner penelitian. Berdasarkan hasil analisa statistik deskriptif yang ditunjukkan pada Table 4.15, pasien IM cenderung memiliki fungsi sosial yang rendah dibandingkan aspek fisik dan emosinya. Mereka kerap merasa terasing dari teman-teman dan keluarganya dan mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas sosial. Melihat aspek kecemasan, meskipun pasien IM jarang mengalami kecemasan yang berhubungan dengan penyakitnya, namun pasien cenderung merasa cemas dengan keselamatannya. Mereka merasa aman jika berada di rumah sakit atau pusat kesehatan. Selain itu pasien juga cenderung menghindari kegiatan-kegiatan yang dapat menimbulkan rasa lelah atau yang meningkatkan denyut jantung. Nilai pada aspek kepuasan pernikahan menunjukkan bahwa pasien merasa bahwa pernikahan yang dimilikinya cukup memuaskan. Dilihat dari sisi *coping* religius Islaminya, saat menghadapi stress, mereka cenderung lebih sering menggunakan keyakinannya bahwa Tuhan yang akan membantu mereka untuk sembuh. Nilai LVEF pasien

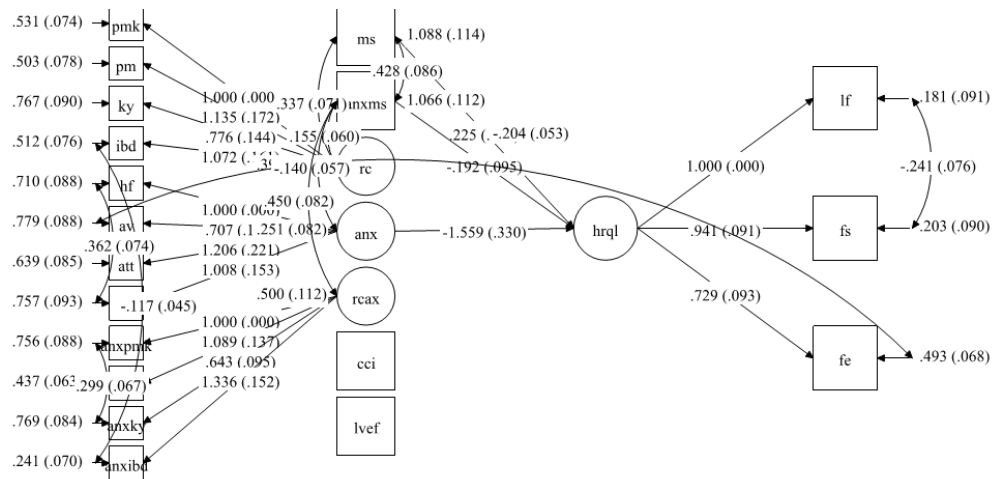
berada pada rata-rata 46,42% yang mengindikasikan fungsi jantung yang berada pada level *borderline* (Pettersen et al., 2008)

Table 4.15. Statistik Deskriptif Variabel Penelitian

Variables	Mean	SD	Min	Max
<i>Total HRQOL</i>	4,945	0,814	2,33	6,89
<i>Physical limitation</i>	4,810	1,061	2,00	7,00
<i>Emotional Function</i>	5,246	0,846	3,09	6,91
<i>Social Function</i>	4,694	0,964	1,60	6,90
<i>Cardiac Anxiety</i>	1,93	0,618	0,31	3,31
<i>Fear</i>	1,543	0,892	0,00	3,40
<i>Avoidance</i>	2,683	0,805	0,00	4,00
<i>Attention</i>	1,136	0,969	0,00	3,40
<i>Safety Seeking</i>	2,627	0,895	0,33	4,00
<i>Marital satisfaction</i>	3,554	0,620	1,38	5,00
<i>Coping Religius Islami</i>	4,843	0,427	3,37	5,80
<i>Meaning</i>	4,963	0,603	3,40	6,00
<i>Problem focusedCoping</i>	4,608	0,628	2,87	5,93
<i>Rituals</i>	4,616	0,690	2,00	6,00
<i>Belief</i>	5,409	0,391	3,63	6,00
<i>Left Ventricular Ejection Fraction</i>	46,418%	14,763	18%	81%

#### 4.5 Uji Model Kontekstual HRQOL Pada Pasien IM

Penelitian ini bertujuan untuk menguji model kontekstual HRQOL pasien IM. Oleh karena itu penelitian ini memiliki hipotesis bahwa “Model teoritik persamaan struktural yang menggambarkan dampak variabel kecemasan, coping religius islami, LVEF, komorbiditas, kepuasan pernikahan terhadap HRQOL dengan moderator kepuasan pernikahan dan coping religius Islami memiliki kesesuaian dengan data di lapangan”. Untuk menjawab hipotesis tersebut dilihat dari nilai indeks kesesuaian (*fit indices*) yaitu nilai Chi Square, RMSEA, CFI dan TLI. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa nilai  $\chi^2 (133) = 233,352$   $P = 0,000$ , RMSEA = 0,064, CFI = 0,906 dan TLI = 0,884. Dengan demikian hipotesis dapat diterima. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada Gambar 4.1. berikut ini.



Gambar 4.1. Model Teoritis Persamaan Struktural HRQL Pasien Paska IM

Setelah mengetahui bahwa model teoritik sesuai dengan data, selanjutnya dilihat signifikansi bobot regresi antar variabel sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 4.16. Berdasarkan data yang ditampilkan pada Tabel 4.16 diketahui bahwa terdapat tiga prediktor yang memiliki dampak terhadap HRQOL pasien IM yaitu kecemasan, kepuasan pernikahan dan efek moderasi kepuasan pernikahan. Kecemasan memiliki hubungan negatif yang signifikan dengan HRQOL. Hal ini dapat terlihat dari nilai  $t = -9,941$ . Semakin tinggi kecemasan pasien maka semakin rendah kualitas hidup yang dimilikinya. Kepuasan pernikahan memiliki hubungan positif yang signifikan dengan HRQOL dengan nilai  $t = 2,606$ . Selain sebagai predictor langsung terhadap HRQOL, kepuasan pernikahan juga menjadi moderator pada hubungan antara kecemasan dengan HRQOL dengan nilai  $t = -2,007$ . Hasil analisis menunjukkan besaran koefisien determinasi sebesar 29%. Hal ini berarti bahwa varians pada HRQOL pasien IM sebesar 29% diterangkan oleh kecemasan, kepuasan pernikahan dan *coping* religius Islami.

Tabel 4.16 Nilai Signifikansi Bobot Regresi

Gamma/Beta			SLF	SE	<i>t-value</i>	<i>P-Value</i>	<i>Sig.</i>
Anxiety	→	HRQOL	-0,836	0,084	-9,941	0,000	<i>Sig</i>
LVEF	→	HRQOL	0,062	0,059	1,049	0,294	<i>ns</i>
Komorbidity	→	HRQOL	0,032	0,056	0,568	0,570	<i>ns</i>
Coping religious Islamic	→	HRQOL	0,162	0,100	1,623	0,105	<i>ns</i>
Satisfaction Marriage	→	HRQOL	0,251	0,096	2,606	0,009	<i>Sig</i>
Moderation Satisfaction Marriage	→	HRQOL	-0,212	0,105	-2,007	0,045	<i>Sig</i>
Moderation Coping Religious Islamic	→	HRQOL	0,084	0,097	0,858	0,391	<i>ns</i>

*Catatan.* SLF = *standardized loading factor*. SE = *Standard Error*. *Sig* = *signifikansi*. *Ns* = *non signifikan*

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN KUALITATIF

Berikut ini akan dibahas mengenai hasil penelitian kualitatif yang dilakukan terhadap delapan orang pasien IM yang telah dipilih berdasarkan kriteria yang telah ditentukan sebelumnya. Penelitian tahap ini melibatkan empat orang dengan nilai HRQOL rendah dan empat orang dengan HRQOL tinggi. Adapun data responden penelitian dapat dilihat pada table 5.1 sebagai berikut.

Tabel 5.1. Data Responden Penelitian Tahap Dua

HRQOL	Nama (Disamarkan)	JK	Usia	Pekerjaan	Lama Pernikahan (Tahun)	Tahun Didiagnosa IM	Perkiraan SES
Tinggi	Donny	L	56	Karyawan	28	2016	Menengah atas
	Susi	P	64	Guru	41	2012	Bawah
	Wicak	L	69	Pensiun	5	2013	Bawah
	Ricky	L	45	Swasta	20	2016	Bawah
Rendah	Supri	L	65	Wiraswasta	40	2007	Menengah
	Ridho	L	55	Pensiun	20	2017	Bawah
	Indra	L	55	PNS	32	2015	Menengah
	Rika	P	59	Ibu Rumah Tangga	41	2013	Menengah atas

*Catatan.* JK= jenis kelamin. L = Laki-laki. P = Perempuan. SES = status sosial ekonomi

## 5.1 Hasil Wawancara Responden 1 (Donny)

### 5.1.1 Latar Belakang

Pria berusia 56 tahun ini masih aktif bekerja di suatu perusahaan BUMN. Ia telah menikah selama 28 tahun dan telah memiliki tiga orang anak laki-laki. Donny berkulit sawo matang, berpostur agak kurus, tinggi, dan menggunakan kacamata. Ia didiagnosa memiliki penyakit IM pada tahun 2016. Donny mengatakan bahwa ia tidak pernah mengalami serangan jantung, ia hanya merasakan adanya rasa sakit di dada yang hilang dan timbul. Saat dilakukan pemeriksaan ditemukan bahwa ia

mengalami sumbatan sekitar 80%, hingga akhirnya dilakukan tindakan pemasangan ring.

Pria yang berasal dari daerah Sumatera Barat ini aktif sebagai pengurus masjid dan aktif mengikuti permainan bulu tangkis di lingkungan rumahnya. Saat ini Donny masih aktif bekerja di salah satu BUMN di Jakarta dan akan memasuki masa pensiun tahun depan. Ia sudah mempersiapkan diri dengan membangun rumah yang dapat disewakan.

### **5.1.2 Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara**

Donny memiliki Skor LVEF sebesar 81% yang mengindikasikan fungsi jantung yang normal. Skor CCI yang dimiliki oleh Donny yaitu 3 yang berarti bahwa Ia memiliki komorbiditas yang tinggi. Berdasarkan hasil pengisian kuesioner, Donny memperoleh skor 6,19 untuk nilai keseluruhan HRQOL. Apabila dibandingkan dengan rentang nilai 1-7 yang ada pada kuesioner *MacNew Heart Disease HRQOL Questionnaire*, maka dapat disimpulkan bahwa Donny sangat jarang mengalami peningkatan gejala penyakit.

Donny menceritakan bahwa ia masih aktif bekerja bahkan menggunakan kendaraan umum ke kantor. Meskipun terkadang ada rasa sakit pada kaki saat harus berdiri dalam waktu yang lama, namun ia tidak merasa terganggu. Donny juga aktif pada kegiatan-kegiatan di luar rumah selain bekerja, seperti misalnya olahraga di lingkungan rumah dan menjadi pengurus masjid. Wawancara dilakukan di kantor Donny di pagi hari selama kurang lebih satu jam setengah. Saat wawancara berlangsung suasana kantor cukup ramai. Donny nampak cukup sehat. Ia dapat duduk dengan tegap, berjalan tanpa bantuan dan selama wawancara tidak nampak kelelahan. Saat menjawab pertanyaan, ia dapat menjawab dengan suara yang cukup jelas dan mampu memahami maksud pertanyaan.

Skor LVEF yang tinggi sejalan dengan hasil wawancara. Donny tidak menampilkan gejala sesak nafas saat melakukan aktivitas ataupun berolahraga. Hal inipun tergambar dari hasil skor HRQOL yang tinggi. Meskipun demikian, Terdapat perbedaan antara skor CCI yang tergolong tinggi dengan hasil wawancara dan HRQOL. Meskipun Donny memiliki skor CCI yang tinggi, namun Ia tidak Ia



masih dapat menjalani pekerjaannya sehari-hari tanpa adanya gangguan fisik yang berarti.

### 5.1.3 Berjuang Seorang Diri Menghadapi IM

Donny telah menikah selama 28 tahun dengan seorang perempuan bersuku Jawa dan telah dikaruniai tiga orang anak laki-laki. Meskipun telah menikah lebih dari dua dekade, Donny mengaku tidak mengetahui banyak mengenai keinginan istrinya. Ia pun mengungkapkan bahwa ia juga tidak bertanya tentang apa yang diinginkan oleh istrinya.

*“Nggak tau kalo istri sih nggak saya tanya sih keinginannya seperti apa hehehe” (Donny, W1, 869).*

Pada saat Donny didiagnosa IM, ia mengharapkan istrinya lebih memerhatikan dirinya, terutama dalam hal pengaturan pola makan. Donny dianjurkan untuk mengurangi karbohidrat dan makanan yang digoreng. Meskipun demikian, Donny setiap hari disuguhi gorengan dan ia harus menghabiskan banyak makanan tersebut. Donny tidak mengetahui alasan dari perilaku istrinya bahkan ia menyangsikan apakah istrinya mengetahui mengenai larangan dari dokter ini.

*“Ya biasa aja sih gak ada perubahan apa-apa, maksudnya misalnya saya makanan gak boleh yang goreng-goreng, ya tetep aja ada yang goreng-gorengan.gak tau apa gak atau apa” (Donny, W2, 472).*

Saat kaki Donny merasa sakit akibat berjalan jauh, istrinya menyarankan Donny untuk beristirahat dan kemudian meninggalkan Donny sendirian untuk kembali berjalan-jalan bersama anak-anaknya. Donny kemudian berusaha untuk mengatasi rasa sakitnya seorang diri. Hal ini diungkapkan sebagai berikut:

*(Istri saya bilang) “Kalau kesemutan, ya duduk aja. Pergi lagi, jalan aja sama anak, saya berdoa aja sendiri” (Donny, W2, 442).*

#### **5.1.4 Cemas IM Akan Menyerang Kembali**

Paska kateterisasi, Donny masih sering merasakan ketidaknyamanan, terutama di bagian kaki. Pada saat itu terkadang ia berpikir bahwa gejala penyakit ini merupakan tanda bahwa umurnya tidak akan panjang. Bagi Donny, ia pasrah jika memang harus meninggal saat itu juga selama saat menjalani sakaratul maut dirinya dalam keadaan mengingat Allah.

*“Gak ada yang terlintas, kalau misalnya serangan kalau matinya disini gitu ya apa boleh buat yang penting saya dalam keadaan ingat Allah gitu. yang terlintas kayak gitu. meninggal gak ada masalah buat saya yang penting pas saya meninggal saya sedang zikir” (Donny, W2, 584).*

Donny juga memiliki kekhawatiran bahwa penyakitnya akan bertambah parah jika ia tidak meminum obat, padahal dokter telah memastikan bahwa ia dalam kondisi sehat dan tidak memerlukan pengobatan. Adanya kecemasan ini menyebabkan Donny kemudian mencoba memeriksakan diri ke dokter yang berbeda yang memiliki pendapat yang sama dengannya.

*“Tapi saya kok merasanya... hahaha, kalo berhenti obatnya kok ngerasa nggak yakin gitu, ya. Kadang-kadang sakit, apa karna termasuk jadi pikiran juga nggak tau pokoknya, lah. Akhirnya saya minta obat lagi ke dokter lain lagi, katanya tetep harus minum obat pengencer” (Donny, W1, 466).*

Saat ia merasakan gejala penyakit, ia kemudian beristirahat sejenak, dan mengucapkan istighfar. Perilaku ini dirasakan dapat menurunkan rasa sakit yang dirasakannya. Selain melakukan tindakan yang dapat mengurangi rasa cemas dan ketidaknyamannya, Donny juga berusaha untuk mengubah pola pikirnya mengenai rasa tidak nyaman yang dirasakannya. Ia berpikir bahwa penyakit adalah peringatan yang diberikan oleh Tuhan, oleh karena itu ia berusaha untuk menfokuskan dirinya

untuk meningkatkan kualitas diri, terutama dalam hal ibadah. Ia mengusahakan agar dapat memanfaatkan sisa-sisa waktunya ini dengan hal-hal yang positif.

*“Kalo kedepannya buat saya sih ini ya... e... nggak jadi ini nggak terlalu jadi pikiran sebenarnya buat saya jadi ini apa bagaimana saat sekarang kita dapat meningkatkan kualitas diri gitu aja sih kalo saya, terutama ibadah sih kita itu, bagaimana kita bisa meningkatkan ibadahnya. Dengan adanya penyakit ini tuh memberi peringatan buat kita, itu aja sih buat saya. Nah itu masalah kapannya saya serahkan pada Allah, tapi kalo bagi saya sih bagaimana sisa-sisa waktu itu kita manfaatkan semaksimal mungkin” (Donny, W1, 200).*

Apabila ia dalam keadaan terburu-buru saat berangkat ke kantor dan merasa cemas terlambat maka adanya pun terasa sakit. Ia pun terkadang khawatir mengenai target-target yang sudah ditentukan di kantor. Donny sempat merasa cemas mengenai kondisi finansialnya saat ia memasuki masa pensiun, namun hal tersebut bukan lagi menjadi hal yang penting lagi bagi dirinya.

*“Ya kadang-kadang kalau lari, kadang-kadang kalau terburu-buru ya kita nyantai aja. kalau kita terlambat kita mau ngejar ke kantor, kalau sekarang udah mau nyampainya kapan aja, yang penting kita tenang gitu, kalau dulu kan kita sering cemas gitu terlambat ini” (Donny, W2, 203).*

#### **5.1.5 Kehidupan Setelah IM Sebagai Penebus Kesalahan**

Donny memaknai bahwa penyakit jantung menyebabkan umurnya tidak akan panjang. Ia merasa bahwa inilah kesempatan yang diberikan oleh Allah SWT untuk mempersiapkan diri menjelang kematian sehingga dapat memperbanyak amal sholeh dan mempersiapkan anak-anak. Ia pun berpendapat bahwa sakit yang dideritanya merupakan pengingat akan kesalahan-kesalahan atau teguran dari Tuhan kepada dirinya bahwa selama ini ia telah melakukan banyak kesalahan dan gaya hidup yang tidak baik.

*“Ya memaknai sakit itu bagaimana diberikan peringatan buat kita, merupakan sebuah teguran, ada hal-hal yang jelek dari diri kita. mungkin banyak yang salah dari diri saya, terus kalau dari segi kesehatan juga makanan-makanan yang gak bener tau gak bagus gitu kan” (Donny, W2, 839).*

Donny memaknai bahwa Tuhan lah yang memegang kendali atas kehidupannya. Bukan hanya sebagai pemegang kendali, namun Tuhan juga dipandang sebagai sosok welas asih yang menyadarkan dirinya akan kesalahan yang diperbuat sehingga memberinya penyakit ini sebagai penghapus dosa. Ia merasa Tuhan masih memberinya kesempatan untuk memperbaiki diri. Bahkan ia menganggapnya sebagai sebuah keberuntungan bahwa ia masih diberikan kesempatan untuk hidup dengan membandingkan orang lain yang langsung meninggal saat serangan jantung.

*“Kalau saya lihat sih, semua sakit itu peringat kita. Teguran aja. Teguran kita ya menyadarkan diri kita lah, bahwa kita benar-benar di luar kendali. menyadarkan diri untuk berbuat baik. kalau gak ada sakit malah kita lupa melakukan sesuatu” (Donny, W2, 592).*

Adanya keyakinan ini menyebabkan Donny membaca istighfar setiap kali timbul gejala penyakit. Menurutny hal ini dapat meredakan gejala penyakit yang muncul. Setelah IM, ia merasakan adanya peningkatan kualitas ibadah dengan lebih khusyuk saat beribadah dan timbulnya keinginan untuk menambah pengetahuan mengenai agama dan hafalan surat-surat Al Qur'an. Donny berpendapat ketidaknyamanan pada tubuhnya merupakan tanda bahwa ia harus selalu sadar dan sedang diingatkan oleh Allah SWT bahwa amal ibadahnya kurang maksimal.

*“Ya memaknai sakit itu bagaimana diberikan peringatan buat kita, merupakan sebuah teguran, ada hal-hal yang jelek dari diri kita. Mungkin banyak yang salah dari diri saya, terus kalau dari segi kesehatan juga makanan-makanan yang gak bener tau gak bagus gitu kan” (Donny, W2, 847).*

Meskipun Donny meyakini bahwa penyakit IM yang dideritanya adalah takdir dari Allah SWT, namun ia juga berpikir bahwa dirinya memiliki andil seperti gaya hidup yang kurang sehat dan lain-lain.

### **5.1.6 Pencarian Terhadap Pengobatan Yang Sesuai**

Sebagai karyawan BUMN, Donny mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan secara gratis. Ia pun secara rutin melakukan pemeriksaan kesehatan menyeluruh (*general check up*). Perusahaan tersebut juga menyediakan banyak dokter yang dapat dipilih sendiri oleh pasien. Donny dapat mengetahui sumbatan yang ada di jantungnya dari pemeriksaan kesehatan ini. Adanya pemeriksaan rutin ini menyebabkan Donny dapat memantau perkembangan penyakitnya serta mendapatkan obat-obatan secara teratur.

*“Nah, rutin MCU (Medical Check Up). Dua ribu lima belas ya, biasanya rutin MCU terus kemudian ditemui. Kalo saya dulu kan nggak tau ya kalo saya ada sakit-sakit sedikit nggak saya anggap gitu ya biasa aja nggak ngerti gitukan mungkin ditemukan di MCU. Di Telkom itu rutin tiap tahun MCU nya” (Donny, W1, 347).*

Meskipun Donny mendapatkan pelayanan kesehatan yang lengkap, namun ia masih bingung dengan saran yang dikemukakan oleh dokternya. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium dan *treadmill* empat bulan sesudah pemasangan ring, diketahui bahwa Donny dalam kondisi yang sehat dan dokter menghentikan pengobatannya. Namun sejak saat itu Donny merasakan adanya peningkatan gejala penyakit. Oleh karena itu Donny berkonsultasi dengan dokter lain yang memberikan saran yang berbeda. Donny disarankan untuk tetap meminum obat seumur hidup. Donny akhirnya menuruti saran dari dokter terakhirnya itu yang dirasanya lebih memahami kondisi dirinya.

*“Kalo saya sih kemaren kadang-kadang dia kasih enam bulan sekali treadmill lagi. Kemarin itu bulan apa ya saya udah treadmill juga gitu,*

*Bulan April apa. udah treadmill lagi disana dicek lagi. Katanya baik, Cuma terus dia hentikan sempat dihentikan obat-obatan selama sebulan. Saya gak makan obat-obatan selama sebulan. Nah, hasil kolesterol baik, hasilnya semua ini baik, gitu. Saya merasa sakit gitu, ngerasain sakit kalo nggak makan pengencer itu. Akhirnya saya balik lagi ke dokter, tapi dokternya ganti, kalo kata dokter yang lain itu harus makan pengencer walaupun ini udah pasang ring gitu. Kalo dokter yang satu itu nggak usah, hasilnya baik kok bagus haha” (Donny, W1, 443).*

Sebelum Donny melakukan pemasangan ring, ia mencoba untuk mengatasi sumbatan pembuluh darah ini melalui pengobatan alternatif. Donny pernah mengonsumsi obat-obatan herbal. Namun konsumsinya dihentikan karena malas untuk meramu obat-obatan herbal tersebut dan efeknya baru bisa dirasakan jika dikonsumsi secara rutin. Akhirnya Donny kembali mengonsumsi obat-obatan paten yang diresepkan oleh dokternya. Ia pun pernah mencoba pengobatan alternatif yang melalui infus dengan harga yang cukup mahal, namun dihentikan karena tidak merasakan adanya perubahan. Donny juga mengkhawatirkan dampaknya pada ginjal. Oleh sebab itu kemudian Donny memutuskan untuk memasang *ring* pada pembuluh darahnya yang tersumbat.

*“Selang seling dia, sekali tiga hari. Saya coba itu, empat kali coba ternyata nggak ini juga. Saya tanya setelah ngobrol dengan tetangga yang sebelah, bapak sudah berapa kali? “sudah tiga puluh tiga kali”, katanya sampe tiga puluh kali ni sampe tiga puluh tiga kali kok nggak ini, gitukan. Ya belum pak ini masih lanjut lagi katanya, oh berarti sudah gitu haha nggak mau. Solusinya pasang ring udah nggak ada lagi, gitu” (Donny, W1, 616).*

## **5.2 Hasil Wawancara Responden 2 (Susi)**

### **5.2.1 Latar Belakang**

LVEF: 37%, CCI: 4. Susi adalah seorang perempuan berusia 64 tahun. Meskipun saat ini ia telah memasuki masa pensiun sebagai seorang guru, namun Susi masih aktif bekerja sebagai guru di sebuah SD swasta di daerah Jakarta Barat dan menjabat sebagai ketua RT di lingkungan rumahnya. Susi saat ini telah

memiliki lima orang anak dan tiga orang cucu yang sebagian besar masih tinggal bersama di bawah satu atap.

Susi didiagnosa IM pada tahun 2012. Awalnya ia tidak menyangka memiliki penyakit jantung karena merasa tidak menyukai daging. Setelah diperiksa di rumah sakit Harapan Kita, ia didiagnosa mengalami sumbatan sebesar 90% dan segera dilakukan tindakan pemasangan *ring* pada pembuluh darahnya.

### 5.2.2 Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara

Susi memiliki skor LVEF yang rendah yaitu sebesar 37%. Ia pun memiliki skor CCI yang tergolong tinggi yaitu 4 sedangkan skor yang diperoleh oleh Susi pada kuesioner *MacNew Heart Disease HRQOL questionnaire* adalah 5,81. Hal ini berarti Susi sangat jarang mengalami kesulitan saat melakukan kegiatan sehari-hari yang diakibatkan oleh penyakit IM dan penanganannya. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa Susi tidak mengalami kesulitan saat menjalani kehidupannya sehari-hari. Susi menceritakan bahwa ia jarang merasakan adanya gejala penyakit saat beraktivitas di lingkungannya. Melihat sisi sosial, penyakit IM tidak menghalanginya untuk tetap aktif bersosialisasi dengan keluarga ataupun lingkungan. Ia tetap mampu aktif mengajar di suatu sekolah swasta di daerah Jakarta Barat. Ia pun menjadi ketua RT di lingkungannya. Susi juga mengungkapkan bahwa dirinya jarang merasa sedih atau pun marah.

Wawancara dilakukan di kediaman Susi sekitar pukul 2 siang, dengan durasi kurang lebih dua jam. Saat dilakukan wawancara, anggota keluarga Susi kerap lalu lalang. Hasil pengamatan selama dilakukannya wawancara menunjukkan Susi dapat berjalan dengan lancar dan fisiknya nampak bugar. Ia pun tidak menunjukkan kelelahan saat wawancara meskipun wawancara dilakukan paska Susi bekerja. Susi memahami dengan baik pertanyaan yang diajukan dan dijawab dengan suara yang cukup keras dan mudah dipahami. Ia pun nampak cukup santai saat berbicara.

Terdapat perbedaan antara skor LVEF, HRQOL dan hasil wawancara. Meskipun skor LVEF tergolong rendah namun Susi memiliki skor HRQOL yang tinggi. Ia pun masih dapat beraktivitas dengan lancar dalam kesehariannya. Begitu pula dengan skor CCI yang tinggi nampaknya tidak berhubungan dengan skor

HRQOL dan hasil wawancara. Meskipun Ia termasuk dalam golongan pasien dengan komorbiditas tinggi, Ia Nampak tidak terganggu dengan kondisi fisiknya bahkan Ia dapat tetap aktif bekerja.

### 5.2.3 Dukungan dan Perhatian dari Suami yang Meringankan Gejala IM

Susi telah menjalani pernikahan selama 41 tahun dengan suaminya. Dikarenakan Susi dan suami berasal dari suku yang berbeda, maka di awal pernikahan Susi yang berasal dari suku Jawa banyak merasa kaget dan tersinggung dengan ucapan-ucapan suaminya yang berasal suku Betawi. Susi juga merasa bahwa dirinya lebih banyak berperan mengelola rumah tangga. Suaminya hanya memberikan gaji saja. Dikarenakan kerasnya sifat suami, Susi lebih banyak mengalah saat menyelesaikan konflik rumah tangganya. Susi sempat berpikir untuk bercerai saat suaminya cemburu berlebihan padanya. Namun Susi mencoba bersabar dan tidak ingin menjadi contoh yang buruk bagi anak-anaknya. Seiring berjalannya waktu, Susi mulai dapat menyesuaikan diri dengan perilaku suaminya tersebut, bahkan akhir-akhir ini interaksi lebih banyak diwarnai dengan humor dan bersifat santai. Susi pun sangat menghormati suaminya yang dianggap sebagai guru dalam hal agama karena sebelum menikah Susi bukan seorang muslim.

*“Kalo bapak kan keras satu, terus dia e nggak mau tedeng aling ya apa adanya, nggak suka langsung bilang gitu. Walaupun nyakitin atau nggak, pas awal aduh kok gini amat. Contohnya e karna PNS kan suka ada surat-surat apa kan kita dibukukan ya, “eh tolongin ya nanti suruh ngumpulin surat ini” aduh pak dimana ya naruhnya aku lupa, “Aduh kamu tu kebiasaan ya kalo duit aja ye” katanya ya. Agak kaget juga ya pertamanya kok gini amat ya. Tapi lama-lama oh emang sifatnya begitu, gitu” (Susi, W2, 299).*

Suami Susi saat ini juga didiagnosa memiliki penyakit jantung. Oleh karena itu, Susi juga harus mengurus seperti menyiapkan obat, menemani ke rumah sakit hingga menunggu di rumah sakit saat dirawat inap. Suami Susi tidak mau diurus oleh orang lain selain Susi. Walaupun demikian, Susi merasa tidak terbebani dengan adanya tanggung jawab tersebut.



Saat Susi didiagnosa IM, reaksi suami adalah menangis tidak mau kehilangan. Setiap pagi suaminya membawakan makanan sesudah ia pulang ibadah sholat subuh di Mesjid sehingga Susi tidak perlu repot memasak sarapan sebelum berangkat kerja. Suami pun kerap membantu Susi saat ia merasa sakit dada dengan mengoleskan minyak angin. Susi merasa senang dan nyaman dan merasa menjadi lebih baik. Kondisi suami Susi yang juga menderita penyakit kronis menyebabkan suaminya tidak bisa terlibat terlalu jauh dalam perawatan penyakit Susi.

*“Eee ya kalo pagi kan dari masjid kan setengah lima udah jalan. Terus beli sarapan tuh... pasti saya, hehehe... saya... dibeliin, hehe... buat sarapan pagi bapak yang beli kan eee tukang dagangnya kan eee dari masjid kelewatan dah tu ada tukang dagang kan ada lontong sayur, terus eee nasi uduk segala macem” (Susi, W2, 782).*

#### **5.2.4 Cemas IM Akan Membawanya Pada Kematian**

Susi berpikir bahwa penyakit jantung adalah penyakit yang berat dimana orang yang menderitanya akan cepat meninggal sehingga ia kerap berpikir bahwa ia pun akan memiliki umur yang pendek. Adanya kekhawatiran ini menyebabkan setiap kali Susi merasakan sakit dada, ia kemudian berpikir akan serangan lagi. Ia pun membawa obat jantung kemanapun ia pergi.

*“Jantung itu kan termasuk yang berat ya. Terus kita ya mikir ya Allah saya... eee kok ya pikiran ke umur pendek ya orang ya. Tapi alhamdulillah pas dipasangin kemarin ya sehat lagi, dulu juga pikiran ya Allah saya sakit jantung biasanya sakit jantung serangan jantung terus pada meninggal gitu ya. Ya punya lah namanya manusia kan punya rasa takut termasuk saya kayanya belum siap belum apa-apa gitu ya” (Susi, W2, 1063).*

Kecemasan ini kemudian juga menyebabkan Susi menghindari melakukan kegiatan fisik yang dianggap melelahkan. Pekerjaan rumah tangga juga sekarang diambil alih oleh kedua menantunya yang tinggal bersamanya.

*“Kalo untuk naik iya. Terus sekali-kali makanya pas di kelurahan “Dimane?”, “Tu di lantai tiga”, “Ah nggak mau dateng saya” saya bilang gitu hahahaha. Kecuali yang penting sekali gitu. Kalo masih sepuluh tangga nggak kayaknya, itu kan sampe muternya di kelurahan sampe lantai tiga kan lumayan itu. Kalo delapan undakan aja udah dua empat” (Susi, W1, 127).*

Susi telah didiagnosa memiliki penyakit serangan jantung sejak tahun 2012. Sejak lima tahun tersebut Susi selalu mengonsumsi obat-obatan yang jumlahnya tidak sedikit. Hal ini menimbulkan kekhawatiran bahwa obat-obatan tersebut menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan dirinya secara keseluruhan. Namun, berkat saran dari anak Susi yang berprofesi sebagai dokter untuk tetap meneruskan pengobatan, Susi kemudian menaati pengobatannya.

#### **5.2.5 IM Adalah Salah Satu Bentuk Kasih Sayang Tuhan**

Susi memandang bahwa penyakit IM yang dimilikinya itu merupakan hal yang positif dan memiliki hikmah karena dengan adanya sakit, ia akan berpikir mengenai kematian dan akan menjadi lebih rajin dalam beribadah. Susi berkeinginan untuk meninggal dalam keadaan yang lebih baik. Sejak didiagnosa IM, ia merasa bahwa kualitas ibadahnya meningkat dengan cara tidak meninggalkan sholat wajib dan melakukan sholat sunnat seperti tahajud.

*“Walaupun ketiduran sampe jam, ya Allah saya belum isya gitu eee ada bagusnya buat saya ya eee dapet sakit gitu. Mungkin saya jadi karena sakit kalo orang sakit kan pasti inget mati ya nah jadi supaya saya nanti suatu saat saya dipanggil, saya sudah menjalankan dengan baik walaupun enggak sempurna tapi udah mendekati baik lah hehehe” (Susi, W2, 1328).*

Tuhan dalam pandangan Susi adalah sebagai Yang Maha Kuasa untuk menentukan segala sesuatu. Sebagai manusia, Susi merasa kecil dan tidak dapat berbuat apa-apa tanpa bantuan dari Tuhan. Meskipun ia merasa bahwa dirinya memiliki andil dalam timbulnya penyakit ini, ia pun memandang bahwa Tuhan yang berperan menentukan dirinya untuk mengidap penyakit ini. Oleh karena itu,

Susi menerima dengan lapang dada penyakit IM ini. Tidak hanya sebagai sosok Yang Maha Kuasa, namun Tuhan juga dipandang sebagai sosok yang mengasihi dirinya dengan mempertemukan dirinya dengan pengobatan yang tepat sehingga ia masih hidup hingga saat ini. Tuhan telah memberinya kesempatan untuk hidup dan memperbaiki diri.

*“Ya satu lagi kan karena saya enggak disiplin makannya ya eee terus penyakit selain dateng dari saya mungkin emang garis saya dari sana Allah saya harus mendapat penyakit ini gitu. Ya saya terima apa yang sudah digariskan Allah ke saya. Tapi kan Allah masih sayang sama saya, dengan menemukan penyembuhan, obat. Sama saya pake ring gitu kan salah satunya gitu. Jadi ya mungkin ya memang umur saya masih panjang ya. Ketemu obanya kan, kalau sudah enggak ketemu obatnya kan berarti udah e udah panggilannya. Berarti kan saya masih di beri Allah masih di beri kesempatan untuk hidup” (Susi, W2, 1284).*

Saat Susi merasakan gejala penyakit seperti sakit dada, ia kemudian mengucapkan istighfar atau doa-doa lainnya dan merasakan gejala penyakit tersebut berkurang. Mengucapkan istighfar dan doa ini juga dirasakan meringankan tekanan emosi yang dirasakan. Saat Susi mengalami serangan jantung di tahun 2012, salah satu cara yang membantu dirinya untuk melalui rasa sakit adalah dengan mengucapkan istighfar dan doa-doa pendek yang diajarkan oleh suaminya.

*“Kalo saya untuk saya sendiri ngerasain terus berkurang gitu. He'eh gitu terus berkurang gitu seperti saya kalo mau marah gitu ya lagi enggak seneng mau marah kan saya banyak istigfar tau-tau adem sendiri gitu saya ilang semua inian gitu” (Susi, W2, 1547).*

Susi berpendapat bahwa dirinya juga berperan sehingga ia mendapatkan penyakit jantung ini yang dikarenakan dari pola makannya yang tidak sehat. Oleh karena itu, ia selalu berusaha untuk selalu mengikuti anjuran dokter, seperti meminum secara rutin obat-obatan yang diresepkan dan memeriksakan diri secara teratur ke dokter meskipun ia memiliki kekhawatiran mengenai efek samping dari

konsumsi obat dalam jangka panjang. Namun saat ini ia belum melakukan olahraga secara teratur.

*“Iya, jadi masih terus berobat e tiga bulan sekali. Kalo untuk minum obatnya rutin setiap hari gitu” (Susi, W1, 95).*

### **5.2.6 Adanya Akses Fasilitas Kesehatan Berperan Pada Kepatuhan Pengobatan**

Susi memiliki anak yang berprofesi sebagai dokter yang banyak membantu dalam perawatan kesehatan seperti memilih dokter yang sesuai, bagaimana mengonsumsi obat dan makanan apa yang harus dihindari. Oleh karena itu, saat Susi merasa bingung dengan pengobatannya, anaknya dapat memberikan penguatan dan penerangan yang menunjang kepatuhan untuk mengonsumsi obat-obatannya.

*“...saya ada obat kalo pengencer darah ya memang oke untuk penyakit jantung ya, terus bisoprolol juga Simvastatin juga, kan ada satu obat tuh saya nanya anak saya “Ini obat apa sih nak?”, “Oh itu obat darah tinggi ma”. Loh kan saya normal terus gitu seratus dua puluh seratus tiga puluh kok, nggak pernah darah tinggi, kecuali bapak kan darah tinggi. Tapi saya selalu minum, “itu untuk menjaga buk kalo udah kena jantung ada darah tinggi atau apa”, jadi saya harus minum terus dok? “Iya”. Terus nggak apa-apa? Saya tanya anak, “Nggak kok ma nggak masalah” (Susi, W1, 326)*

Susi saat ini adalah pengguna jasa asuransi kesehatan BPJS. Dikarenakan dokter yang menangani Susi menyarankan Susi untuk tetap memeriksakan diri di rumah sakit pusat, Susi merasakan keuntungan yang cukup besar. Ia tidak harus mengantri lama seperti yang terjadi di rumah sakit-rumah sakit lainnya. Dokter-dokter di rumah sakit tersebut selalu tepat waktu saat praktek sehingga pasien tidak terlalu lelah menunggu. Proses pengambilan obat yang cepat di rumah sakit pusat tersebut juga dirasakan memudahkan Susi.

*“Kalo saya perjanjian kemarin kan di karna tahun berganti tahun dua ribu delapan belas nggak boleh waktu saya berobat november harus di januari. Kalo saya udah perjanjian dapat nomor lima, nanti datangnya antara jam lapan dan sembilan. Itu udah jam lapan jam sembilan saya ada disana itu langsung masuk. Nunggu dokter, dokternya siap, udah ada di situ” (Susi, W1, 513).*

### **5.3 Hasil Wawancara Responden 3 (Wicak)**

#### **5.3.1 Latar Belakang**

Wicak adalah seorang pria yang saat ini berusia 69 tahun dan tinggal di daerah selatan Jakarta. Ia berperawakan agak gemuk, berkulit cerah dan memiliki kumis. Wicak saat ini tinggal di rumah bersama istri dan anak perempuannya. Ia saat ini sudah pensiun sebagai PNS, sehingga saat ini sebagian besar waktunya dihabiskan di rumah. Namun demikian, ia masih tetap aktif mengikuti perkumpulan radio panggil. Ia juga merupakan pendonor darah rutin yang pada tahun lalu dianugerahi bintang tanda jasa oleh Presiden RI. Ia juga cukup aktif berpartisipasi di lingkungan RT dan tidak ragu untuk mengendarai motor jika mengunjungi rekannya.

Wicak pertama kali didiagnosa IM di tahun 2013. Saat malam hari ia mendapatkan serangan yang mengakibatkan dadanya terasa sakit dan keringat mengucur deras. Saat sampai di rumah sakit, ia langsung ditangani dengan dipasang satu buah *ring* pada pembuluh darahnya yang bermasalah. Ia pernah masuk unit gawat darurat karena berlebihan meminum air putih sehingga dadanya terasa sesak. Saat ini, terkadang ia masih merasakan adanya rasa menekan di dada saat berjalan agak jauh.

#### **5.3.2 Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara**

Wicak memperoleh skor LVEF yang tergolong cukup rendah yaitu sebesar 43%. Ia pun memperoleh skor CCI yang tergolong tinggi yaitu 4. Wicak memperoleh skor 6,26 untuk nilai total HRQOL pada kuesioner *MacNew Heart Disease HRQOL Questionnaire*. Angka tersebut mengindikasikan bahwa Wicak menilai bahwa aktivitasnya sehari-hari tidak mengalami gangguan akibat gejala penyakit ataupun penanganannya. Saat dilakukan wawancara yang pertama, Wicak nampak

kesulitan untuk berjalan. Kakinya nampak bengkak dan kemerahan dan ia pun merasa sakit saat berjalan. Namun pada wawancara yang kedua, Wicak nampak sudah lebih sehat. Bengkak di kaki sudah sembuh dan dapat berjalan dengan lancar tanpa merasa kesakitan. Wawancara mengambil lokasi di rumah Wicak yang dilakukan di pagi hari selama kurang lebih dua jam setiap wawancara. Suasana rumah cukup sepi tanpa ada anggota keluarga yang nampak. Wicak dapat bercerita dengan panjang lebar dengan suara yang cukup jelas didengar dan pengucapan yang jelas. Ia pun tidak nampak gugup dan terlihat santai.

Hasil yang diperoleh saat dilakukan wawancara menunjukkan bahwa meskipun Wicak merasa kesakitan saat kakinya bengkak, ia tetap berusaha untuk aktif dengan mengantar istrinya ke stasiun untuk bekerja ataupun aktivitas lainnya di luar rumah. Sehari-hari Wicak sebenarnya terkadang mengalami rasa tidak nyaman di dada saat ia harus beraktivitas seperti misalnya berjalan kaki ke masjid. Meskipun demikian, Wicak tetap berusaha untuk menunaikan ibadahnya di masjid dan tetap aktif bersosialisasi. Ia pun aktif mengikuti kegiatan di lingkungan rumahnya dan menjadi pengurus perkumpulan radio panggil. Wicak juga kerap melakukan donor darah secara rutin.

Skor LVEF yang tergolong rendah mengindikasikan adanya gangguan pada pompa jantung, di lain pihak Wicak memiliki skor HRQOL yang tinggi. Meskipun Wicak terkadang mengalami kesulitan fisik berupa kaki bengkak ataupun sesak namun Ia tetap berusaha untuk aktif dengan lingkungannya. Adanya perbedaan hasil juga ditemui pada skor CCI yaitu tingginya skor CCI tidak diikuti dengan rendahnya skor HRQOL.

### **5.3.3 Kehangatan dan Perhatian dari Istri yang Membahagiakan**

Setelah istri pertama meninggal, Wicak kemudian menikah lagi di tahun 2012. Interaksi Wicak di awal pernikahan tersebut diwarnai dengan kecemburuan Istri. Istri merasa curiga apabila Wicak tidak segera mengangkat telepon atau jika mendapatkan telepon dari seorang perempuan. Seiring dengan waktu, Istri Wicak mulai dapat mengurangi rasa cemburunya bahkan ikut dalam kegiatan organisasi radio panggil sehingga mengenal teman-teman Wicak.

*“Dia udah mulai tau siapa saya ini, gitukan. Nah jadi waktu pertama-tama kecemburuan yang begitu menggebu-gebu yang bikin kesel gitu kan, kita ibaratnya nggak apa-apa kok jadi ribut. Jadi seolah-olah kita tu mempertengkarkan sesuatu yang kosong” (Wicak, W2, 1589).*

Wicak mengaku bahwa istrinya saat ini adalah yang terbaik untuk dirinya. Meskipun terkadang terdapat perselisihan karena kecemburuan istrinya, namun ia merasa bahwa lebih banyak hal positif yang terjadi dalam pernikahannya. Ia dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya kepada istrinya dan ada rasa saling menghormati antara keduanya. Wicak menghormati keputusan istrinya dan begitu pula sebaliknya. Keduanya juga saling memerhatikan kebutuhan masing-masing dan berusaha memenuhinya. Tidak jarang Wicak melontarkan lelucon-lelucon untuk menyegarkan suasana. Oleh karena itu Wicak merasa bersyukur dengan perkawinan yang dimilikinya ini.

*“Ya kalo saya karena karena didalam perjalanan rumah tangga saya dengan dia kan boleh dikatakan kalo persentasenya banyak positifnya lah ya, banyak membuat saya senang gitu kan, sikap saya juga begitu kan, walaupun saya tegas tapi ketegasan nggak diumbar segitu rupa gitu kan ya, jadi kalo memang dia salah saya juga suka e... menyampaikannya walaupun agak keras gitu kan ya, tapi dia juga menyadari jadi ya itu dia begitu baik banget gitukan sama saya” (Wicak, W1, 835).*

Wicak merasa bahwa ia memiliki istri yang penuh perhatian terutama dalam perawatan penyakitnya. Saat Wicak sedang sedih istrinya akan menenangkannya. Ia pun menyiapkan minuman herbal atau ramuan herbal untuk membantu mengatasi rasa sakit Wicak. Setiap hari istrinya memasak makanan sebelum berangkat kerja dan menyiapkan makanan sepulang kerja.

*“Sebelum dia berangkat disiapkan disini. Jadi betul-betul peduli sama saya itu. Di dalam keadaan apa saja, saya diem aja langsung disamperin. “Kenapa pah?” enggak. Alhamdulillah gitu kan. Dia ini banget perhatian banget gitu kan” (Wicak, W2, 1907).*

### 5.3.4 Adanya Kecemasan Terhadap Kematian dan Efek Samping Pengobatan

Saat Wicak merasakan gejala penyakit, ia berpikir bahwa umurnya tidak akan panjang lagi. Hal yang sama juga dirasakan saat mendengar pengumuman duka cita dari masjid. Hal yang menimbulkan kecemasan adalah umurnya yang semakin menua, adanya penyakit jantung dan seringnya mengalami gejala-gejala penyakit. Selain adanya rasa takut akan meninggal, setiap kali Wicak merasakan gejala penyakit ia juga merasa sedih. Ia berpikir jika saat itu juga ia akan meninggal dan memikirkan kehidupan anak perempuannya yang masih belum menikah. Pikiran mengenai kondisi kehidupan putrinya ini merupakan hal yang mengganggu serta dapat menimbulkan gejala penyakit.

*“Jadi yang jelas kadang-kadang kalo ada yang dirasa suka ada rasa sedih gitu. Apalagi yang dirasa agak berat gitu kan ya, agak berat gitu waduh kenapa ini gitu kan. Apalagi terus badan dingin. Badan dingin, dipegang dingin gitu kan. Wah mau mati kali saya nih, begitukan. Apalagi melihat umur saya juga udah udah tidak mula lagi gitu, kan ya. Apalagi kalo kita... makanya kalo saya mendengar ada informasi dari mesjid ada yang meninggal, yang saya denger apa coba... umurnya hahahahaha” (Wicak, W2, 673).*

Ia pun mengalami kecemasan mendapatkan serangan jantung lagi. Adanya gejala penyakit yang dirasakan menyebabkan Wicak berpikir bahwa ia kembali memiliki sumbatan pembuluh darah di jantung. Kecemasan ini biasanya muncul saat Wicak akan melakukan aktivitas yang cukup menguras tenaga ataupun bepergian. Oleh karena itu ia selalu membawa obat jantung kemanapun ia pergi, dan menghindari olahraga. Meskipun demikian, hal tersebut tidak membatasi dirinya untuk beraktivitas. Ia masih sanggup untuk bepergian dengan menggunakan motor seorang diri meskipun jaraknya jauh ataupun menggunakan kendaraan umum.

Wicak juga memiliki kecemasan bahwa obat-obatan yang harus diminumnya secara rutin akan menyebabkan timbulnya efek samping pada tubuh.



Meskipun demikian, ia tetap berusaha untuk meminum obatnya secara teratur kecuali obat yang hanya diminum saat insidental saja atau yang membantu mengeluarkan banyak air seni.

*Ya memang saya juga ada rasa takut gitu malah saya ke dokter Riri juga suka bertanya, 'dok... ni maaf maaf aja ini... kan walau bagaimanapun kimia saya takut, memang sih jantung saya sembuh tapi kan kalo gitukan..' nah makanya setiap saya mau kontrol selalu harus ke lab dulu (Wicak, W1, 1184).*

Wicak saat ini adalah seorang pensiunan. Gaji yang diterimanya saat ini hanya 70% dari gaji yang biasanya didapatkan setiap bulan sebelum pensiun. Adanya kondisi yang terbatas ini cukup menyulitkan dirinya. Namun ia selalu berusaha untuk bersyukur dan berdoa agar mendapatkan berkah dari gajinya ini. Kondisi keuangan yang terbatas serta tidak lagi bekerja tidak menyurutkan harga diri Wicak. Ia tetap merasa berguna bagi orang lain dengan cara menyumbangkan darahnya secara rutin. Ia bahkan mendapatkan penghargaan dari Presiden Republik Indonesia atas jasanya ini. Wicak juga merasa terhibur dengan adanya hobby motor, kegiatan perkumpulan radio panggil yang sudah lama ia geluti hingga kegiatan-kegiatan di lingkungan RT-nya. Terutama dengan mengikuti komunitas radio panggil dan sepeda motor, Wicak merasa mendapatkan keluarga di luar keluarga kandungnya yang memerhatikan dirinya. Ia juga merasa terhubung dan berguna dengan melakukan silaturahmi dengan rekan-rekannya, terutama yang sedang sakit.

*“Walaupun pendapatan saya terbatas selaku pensiunan lah ya gitu kan ya. Apalagi pensiunan paling berapa gitu kan ya. Tapi ya alhamdulillah, saya pertama kali dapat amplop bulan pertama nih ya Allah saya tau ini kecil, saya tau ini kecil ni, kenapa? Tunjangan-tunjangan udah rontok semua tinggal gaji pokok, gaji pokok juga tidak utuh dipenggal dua puluh lima persen, tinggal tujuh puluh lima persen udah kayak apa. Tapi saya ngomongnya apa? Ya Allah saya tidak minta banyak, saya minta berkah saja” (Wicak, W2, 839).*

### 5.3.5 Kemampuan untuk Melihat Sisi Positif IM

Wicak berpikir positif mengenai penyakit jantung yang dimilikinya. Ia bahkan merasa bersyukur diberikan penyakit karena penyakit tersebut menjadikannya lebih mawas diri dan membuatnya menjadi lebih dekat dengan Tuhan, dengan adanya peningkatan kualitas ibadah yang dilakukannya. Wicak berpendapat, Tuhan menentukan kehidupan dan matinya. Ia berserah diri dengan kondisi yang dimilikinya saat ini. Ia justru berpendapat bahwa sakit yang diterimanya adalah bentuk kasih sayang Tuhan kepada dirinya dan berkat kasih sayang-Nya ia masih diberikan kesempatan untuk hidup hingga saat ini.

*“Adalah kalo kita menyadari sekecil apapun ada hikmahnya, ada. Sekecil apapun ya umpamanya waktu saya dikasih ring MasyaAllah dalam hati hanya dikasi segitu aja sampe mati, gitu ya. Saya hampir mati. Tapi dengan pertolongan Allah saya masih hidup sampe sekarang, gitu” (Wicak, W1, 1089).*

Saat Wicak hendak menunaikan ibadah Umrah ke tanah suci, ia cemas apakah dirinya mampu untuk menjalankan ibadah dengan sempurna. Padahal sehari-hari ia sulit untuk berjalan ke masjid yang hanya berjarak beberapa meter. Ia kemudian berdoa di dalam hati memohon kepada Tuhan untuk diberikan kekuatan selama menjalankan ibadah. Wicak merasa doanya ini terjawab. Ia mampu menyelesaikan seluruh rangkaian ibadah dengan lancar tanpa adanya keluhan fisik apapun. Dzikir juga kerap digunakan untuk meredakan gejala penyakit dan luapan emosi yang dirasakannya.

*“Yang saya takutkan tu, seperti saat saya umroh tuh. Aduh dalam hati saya ‘ke mesjid aja kadang-kadang sakit’, gitukan. Apa lagi umroh, tawaf muterin Ka’bah kan tujuh kali ya, belum sa’i gitukan pasti lari kan saya kan harus lari. Waduh gawat juga dalam hati nih. Ya tapi mungkin di qabul sama Allah gitukan ya, mungkin pernah cerita ya. Sebelum saya masuk ke Masjidil Harom, baru pertama kali lah saya liat bentuk aslinya Ka’bah itu kan ya. Yaudah saya ngomong sendiri aja, ‘Ya Allah saya jauh-jauh datang berkunjung ke rumah-Mu’ gitukan ya, dalam kondisi saya kurang sehat gitu kan ya. ‘Saya mohon diberikan kekuatan’, gitukan ya. Ya Alhamdulillah*

*selama saya tawaf tujuh kali tu nggak ada rasa gimana gitukan” (Wicak, W2, 124)*

Wicak meyakini bahwa segala macam bencana maupun penyakit adalah merupakan tanggung jawab manusia. Demikian pula ia meyakini penyakit yang dimilikinya ini diakibatkan oleh pola makannya yang tidak sehat. Oleh karena itu Ia melakukan perubahan gaya hidup seperti memakan makanan yang lebih sehat, mengurangi minum dan meminum obat secara teratur walaupun terkadang masih juga melanggar perintah dokter seperti minum terlalu banyak atau mengkonsumsi banyak karbohidrat. Adanya perubahan gaya hidup ini ternyata juga membawa dampak terutama dari sisi keuangan. Wicak mengatakan bahwa makanan sehat yang ia konsumsi ternyata harganya cukup mahal sehingga menambah beban keuangan di keluarganya.

### **5.3.6 Komunikasi Dokter dan Pasien Menunjang Pemulihan**

Wicak berpendapat bahwa hubungan antara dokter dengan pasien adalah hal yang sangat penting untuk menunjang kesembuhan. Sebelum Wicak mendapatkan dokter yang dirasakannya tepat, ia sempat berpindah-pindah karena komunikasi yang terjalin kurang memuaskan. Dokter yang baik menurut Wicak adalah yang mengayomi serta mampu berkomunikasi dengan pasien. Humor juga dirasakan membantu proses komunikasi tersebut.

*“Sebelumnya nggak, lupa ada dokter tiga kali lah ya, tiga kali gitukan terus saya nggak nggak nggak sreg gitu ya, mungkin pernah cerita sama mbak Devi disitulah pentingnya keramahan pada dokter, itu bisa berakibat apa ya istilahnya tuh sembuh lah gitu lah ya, walaupun dokter ini sama-sama obatnya decolgen decolgen, kenapa dokter ini kasi decolgen sembuh gitukan ya, sugesti iya kan. Saya pertama dokter laki gitukan ya, laki gitukan kalo nanyanya tuh ketus gitukan hahahaaa” (Wicak, W1, 172).*

Wicak adalah pasien yang menggunakan asuransi BPJS untuk berobat. Ia mengeluhkan adanya perubahan dalam sistem pengambilan obat. Saat ini ia harus rutin memeriksakan diri setiap tiga bulan sekali, namun obat yang diberikan oleh rumah sakit hanya cukup untuk sebulan saja. Ia sendiri masih bingung untuk mengatasi hal ini.

*Ho'oh, jadi nanti ni tanggal dua puluh dua nih bulan ini saya... saya mau nanya gitukan ya, itu bagaimana masih berlaku nggak kita ngambil obat diluar gitukan ya. Karna kan kita yang dikasi kan cuma sebulan. (Wicak, W2, 397)*

## **5.4 Hasil Wawancara Responden 4 (Ricky)**

### **5.4.1 Latar Belakang**

LVEF: 40%, CCI: 2. Ricky adalah seorang pria berusia 45 tahun yang bersuku Jawa. Ia sejak lahir tinggal di Jakarta. Kedua orangtuanya berasal dari Solo, Jawa Tengah. Dalam keseharian, ia bekerja sebagai pengurus yayasan sosial di daerah Kalibata milik orangtuanya. Ia menikah di tahun 1997 dan telah memiliki dua orang anak. Saat ini ia tinggal bersama isteri dan kedua anaknya di daerah Cibinong, Bogor. Ricky memiliki tinggi badan sekitar 165 cm. Badannya cukup berisi (tidak kurus dan tidak gemuk). Ia terlihat cukup segar saat ditemui oleh interviewer di kantornya.

Ricky awalnya mendapatkan diagnosa IM tahun 2016. Pertama kali mendapatkan serangan, ia mendapat pemasangan dua *ring*, di sebelah kanan jantungnya di RS Harapan Kita. Ricky mengalami kendala saat mendapatkan penanganan kateter di rumah sakit. Ia harus melalui serangkaian tindakan kateter yang gagal dilakukan dan tindakan kateter yang terakhir mengakibatkan dirinya seperti lumpuh karena efek dari obat bius. Efek obat bius tersebut satu bulan kemudian mereda dan Ricky dapat beraktivitas seperti sedia kala. Ricky menjelaskan bahwa di jantungnya masih terdapat dua sumbatan yang tidak dapat dilakukan tindakan karena adanya bentuk pembuluh darah yang berbeda. Oleh

karena itu penanganan yang diambil oleh dokter adalah dengan memberikan obat-obatan yang diminum setiap hari.

#### **5.4.2 Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara**

Skor LVEF Ricky tergolong rendah yaitu sebesar 40% sedangkan skor CCInya tergolong dalam kelompok dengan komorbiditas moderat yaitu sebesar 2. Ricky mendapatkan skor 5,85 pada skala *MacNew Heart Disease HRQOL Questionnaire*. Skor ini mengindikasikan bahwa Ricky sangat jarang mengalami masalah dalam keberfungsian sehari-hari yang diakibatkan penyakit atau penanganannya. Kualitas hidup yang tergolong baik ini juga ditemui dari hasil wawancara Ricky. Ricky mengatakan bahwa ia jarang mengalami adanya gejala penyakit seperti rasa tidak enak pada dada ataupun rasa lemas. Ricky mengatakan bahwa sejak ia rajin mengonsumsi obat dari dokter ia merasa bahwa tubuhnya sudah kembali sehat. Saat ini, ia sudah mampu untuk beraktivitas seperti biasa dengan melakukan pekerjaannya sehari-hari. Ia pun dapat mengendarai motor dari rumahnya di Cibinong hingga ke daerah Kalibata. Saat ini pun ia dapat tidur dengan nyenyak hingga pagi hari. Ia juga masih mampu untuk melakukan pekerjaannya sehari-hari dan tidak merasa kelelahan.

Wawancara mengambil tempat di kantor yayasan tempat Ricky bekerja, pada siang hari selama kurang lebih satu setengah jam. Saat wawancara berlangsung, kantor tersebut beberapa kali dikunjungi oleh tamu yayasan dan Ricky kemudian harus meladeni tamu tersebut sehingga wawancara terhenti. Saat wawancara kedua, salah satu tamu yayasan nampaknya cukup lama mengenal Ricky dan beberapa kali ikut angkat bicara dalam wawancara. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan selama dua kali wawancara, Ricky nampak bugar. Ia dapat berjalan tanpa membutuhkan bantuan alat dan nampak bersemangat saat melakukan wawancara. Ia tidak terlihat lemas atau kesakitan selama wawancara berlangsung. Suara Ricky cukup jelas terdengar dengan artikulasi yang jelas. Ia pun dapat menangkap pertanyaan dan menjawab pertanyaan tersebut dengan singkat.

Skor LVEF yang tergolong cukup rendah nampaknya tidak sejalan dengan skor HRQOL yang dimilikinya. Hasil wawancarapun menunjukkan bahwa Ricky

tidak mengalami gangguan fisik saat menjalani aktivitasnya sehari-hari. Ketimpangan hasil tidak ditemui pada aspek komorbiditas. Skor CCI Ricky yang tergolong moderat nampaknya sejalan dengan nilai HRQOL yang tinggi dan hasil wawancara.

### 5.4.3 Kurangnya Pengertian Istri Terhadap Kondisi Fisik Ricky

Ricky telah menjalani pernikahan selama 20 tahun dengan istrinya. Dari hasil pernikahan ini, ia dikaruniai dua anak. Ricky mengakui bahwa istrinya adalah sosok yang keras, bahkan ia menyebutnya aneh. Apabila istrinya sedang menghadapi konflik dengan Ricky, maka ia dapat berdiam diri dan tidak berkomunikasi selama seminggu lamanya. Bahkan paling cepat komunikasi baru dilakukan setelah tiga hari. Perilaku menghindar ini tidak hanya diterapkan kepada Ricky namun juga kepada anak-anaknya. Baik Ricky dan anak-anaknya sudah paham mengenai perilaku istrinya ini. Mereka memilih diam dan hanya bicara hal-hal yang penting saja dan menunggu hingga istrinya memulai komunikasi terlebih dahulu.

*“Jadi segala sesuatu enggak oh ngomel-ngomel gitu enggak, ngomel seperti ibu kan itu nyerocos ngomelin orang dimarahin, dia lebih baik diam. Diam aja kadang-kadang sama saya tuh bisa seminggu, diem-dieman di rumah” (Ricky, W2, 1956).*

Ricky lebih memilih berdiam diri dan mengalah apabila menemui konflik dengan istrinya. Ia memilih tidak membicarakan konflik tersebut daripada nanti akan didiamkan oleh istrinya. Ricky mengatakan bahwa perilaku ini dilakukan agar dirinya tidak terbebani dengan pikiran yang dapat membawa emosi negatif sehingga dapat berpengaruh pada penyakit yang dideritanya.

*“Kalo saya lebih baik udah, perlu enggak perlu ya udah diem aja sampe nunggu dia ini... iya emang kaya gitu, jadi saya jaga ke situ, saya apalagi sekarang sakit begini kan memang kata dokter juga jangan banyak pikiran.*

*Jangan capek-capek ya. Mendingan saya, udah saya los-in aja dah” (Ricky, W2, 1978).*

Istri Ricky pada awalnya menunjukkan perhatian saat Ricky mendapatkan penyakit jantung. Ia menyarankan Ricky untuk berhenti merokok dan sangat memerhatikan kondisinya. Sesudah Ricky merasa lebih baik, ia disarankan oleh dokter dan ibunya agar tidak terlalu lelah. Saat ini, Ricky hanya akan berangkat bekerja jika dirinya merasa sehat. Apabila ia sedang tidak ke yayasan, Ricky lebih banyak menghabiskan waktu di rumah, duduk-duduk dan beristirahat. Ricky merasa istrinya tidak suka terhadap hal ini. Istri Ricky menampilkan ketidaksukaannya dengan cara membanting-banting barang yang ada di rumahnya. Ricky tidak menyukai hal ini dan ia mengharapkan istrinya lebih memahami kondisi dirinya yang sudah tidak bisa seperti sedia kala.

*“...Nah saya duduk-duduk dibelakang situ, masih ada... apa masih ada lataran kecil gitu ya saya duduk disitu, saya gak ngapa-ngapain kan, berarti duduk-duduk saja kan, tapi saya merasa istri saya tuh gak suka saya di rumah” (Ricky, W1, 1121).*

#### **5.4.4 Kecemasan Terhadap Kematian yang Menimbulkan Gejala Penyakit**

Ricky memiliki kecemasan saat memasuki ruangan tindakan di rumah sakit. Ruang tersebut mengingatkannya kembali saat pertama kali ia mendapatkan serangan. Hal yang diingat adalah ia akan meninggal. Kecemasannya ini menyebabkan naiknya tekanan darah sehingga menyulitkan untuk dilakukan tindakan oleh dokter. Dokter pun harus menyuntikkan obat bius berkali-kali karena Ricky merasakan rasa sakit saat dilakukan tindakan kateter. Ricky mengungkapkan bahwa kecemasan yang dialaminya ini diakibatkan adanya beberapa kerabat Ricky yang juga mengalami penyakit jantung, bahkan ada yang langsung meninggal setelah mendapatkan serangan padahal memiliki fisik yang kuat.

*“Saya eee merasa kesakitan ya kan tapi sebenarnya sih takut juga saya kalo ada tindakan tuh makanya saya tensi saya tinggi terus pernah diundur, di ruang isolasi sebelum ada tindakan kateter. karena tensi saya naik terus gak turun-turun diminumin itu” (Ricky, W2, 1018).*

Ricky pun kerap menjadi cemas saat mendiskusikan penyakitnya dengan sesama pasien penyakit jantung. Ia juga sering melihat kejadian pasien yang kambuh mendadak di rumah sakit. Hal-hal ini menyebabkan Ricky teringat kembali kejadian saat ia mendapatkan serangan dan mencemaskan kondisi penyakitnya sendiri. Ia pun kemudian berusaha untuk menurunkan kecemasannya dengan mengucapkan doa-doa dan istighfar.

*“Soalnya selama saya kontrol itu, pernah lihat kejadian-kejadian yang bikin saya gimana gitu di rumah sakit, misalnya orang jatuh, tiba-tiba jatuh terus dibawa ke UGD, gak tau tuh kelanjutannya, banyak saya ngelihat. Jadi takutlah, takutlah dengan keadaan kita sendiri, itukan menimbulkan ini macamu penyakit kita bisa, tensi kita naik bisa... karena takut ya kan, pikiran kita jadi terganggu bisa juga kan, iya makanya” (Ricky, W2, 1360).*

Ricky memiliki kekhawatiran bahwa obat yang harus rutin diminum setiap hari akan menimbulkan efek samping yang mengakibatkan timbulnya penyakit lain, seperti misalnya penyakit ginjal. Ia banyak mendengar cerita bahwa obat yang harus rutin diminum menyebabkan badan menjadi lemas. Ia mencoba komunikasikan ke dokter untuk menghentikan obat yang diberikan dan dokter telah memastikan bahwa obat tersebut aman. Meskipun demikian, ia merasa bahwa sesudah meminum obat, tubuhnya terasa lebih bugar. Ricky memiliki harapan bahwa suatu saat nanti ia akan sembuh total sehingga terbebas dari minum obat. Oleh karena itu Ricky sekarang sedang menjalani pengobatan alternatif.

*“Eeee "Dok, bagaimana kalo seandainya saya enggak ketergantungan obat?" gitu, eee... ya maksudnya intinya stop aja gitu. Saya takut efeknya kemana-mana gitu kan. Bisa ke ginjal bisa ke... Ngeri deh pokoknya kalo saya di omong-omongin jadi takut gitu hehe eee... kata dokter enggak "Ya boleh-boleh aja sih kalo bapak boleh.." "cuman kan kalo untuk jantungnya*



*sendiri kan enggak bisa". katanya kan gitu, "ya jadi gimana ya intinya memang bapak harus minum obat."bisa seumur hidup gitu kan. ya kecuali ada mukjizat gitu istilahnya" (Ricky, W2, 114).*

Meskipun Ricky mengatakan bahwa dirinya sudah merasa jauh lebih sehat dibandingkan saat awal didiagnosa IM, namun ia mengatakan bahwa dirinya takut apabila suatu saat mendapatkan serangan mendadak. Oleh karena itu ia terbiasa membawa obat sakit jantung kemanapun. Hal ini menyebabkan dirinya menghindari bepergian ke luar rumah saat merasa dirinya kurang sehat. Ia juga menghindari melakukan aktivitas yang melelahkan seperti misalnya bepergian ke beberapa tempat sekaligus.

*"Emm kalo ngerasa badan ya tergantung ini aja ya, tergantung kita e... pada saat bangun tidur, kita ini kan itu baru berasa itu, ah badan saya nggak enak ni gitu, apa ni yang nggak enak gitu. Pada saat bangun tidur aja. Jadi ada urusan gitu, ah saya mau berangkat gitu... ah saya nggak mau berangkat gitu. Nah itu aja" (Ricky, W1, 370).*

Ricky merasa bahwa ibunya banyak membantu dirinya selama ia menderita IM. Ricky menilai ibunya memerhatikan dan memahami kondisi fisiknya saat ini. Ibunya kerap menyuruh Ricky untuk beristirahat di rumah saja jika memang kondisi fisiknya kurang sehat. Ia juga yang mengantarkan Ricky untuk melakukan pengobatan alternatif. Ricky juga merasa sangat terbantu karena saat ini ia bekerja di yayasan sosial milik ibunya yang cukup fleksibel terhadap kondisi kesehatan tubuhnya itu. Ibu Ricky juga membantu Ricky dari sisi ekonomi.

*"Ibu kan juga udah ngomong ke istri saya, "ini mas ini apa sakit nih kalo bisa jangan capek-capek" katanya kan gitu. "Kalo pun mau ke yayasan," kan jauh sekarang istilahnya kalo "kalo enggak ada perlu banget enggak usah ke yayasan" dia bilang gitu kan" (Ricky, W2, 604)*

#### 5.4.5 IM Menyadarkan Akan Kekuasaan Tuhan

Ricky merasa belum siap untuk menghadapi hari akhirnya karena belum banyak beramal dan melakukan ibadah. Guna mengatasi ketakutannya, Ricky memilih membaca doa-doa untuk menenangkan hatinya dibandingkan membagi perasaannya dengan orang lain. Kini, ia telah berusaha untuk memperbaiki ibadah yang dilakukannya. Ia mengakui bahwa belum banyak perubahan ibadah yang ia lakukan, namun ia telah berusaha agar dirinya tidak melewatkan ibadah wajib shalat lima waktu. Ricky meyakini bahwa Allah Maha Kuasa, yang menentukan segala sesuatu dalam kehidupan dan hanya bisa pasrah dengan segala keputusan yang telah ditetapkan pada dirinya. Ia pun merasa kecil di hadapan Tuhan. Oleh karena itu ia berharap dan berdoa, Tuhan akan membantu dirinya untuk menyembuhkan penyakitnya.

*“Belum siap ya karena, karena apa ya ini saya merasa saya tuh enggak, enggak belum terlalu dekat sama Allah, gitu... hehe, ya shalatnya masih bolong-bolong, hehe... masih apa istilahnya eee... enggak seperti orang-orang gitu loh yang senang denger eee... ikut pengajian, denger-denger ceramah apa gimana, kan saya enggak, enggak.... enggak apa, enggak... enggak seperti mereka gitu” (Ricky, W2, 1553).*

Ricky berpendapat bahwa Tuhan yang menentukan kesehatan dan umur seseorang, namun ia juga merasa bahwa dirinya perlu untuk melakukan ikhtiar agar dirinya kembali sehat. Ricky berusaha untuk mengikuti anjuran yang diberikan oleh dokternya yaitu menjaga pola makan, menghentikan kebiasaan merokok, rajin meminum obat dan berolahraga. Ia meyakini bahwa kesehatan merupakan tanggung jawab pribadi, sehingga jika seseorang mau sehat ia harus dapat mengubah gaya hidupnya.

#### 5.4.6 Komunikasi Dokter dan Pasien yang Baik Berperan Pada Kepatuhan Pengobatan

Setelah menjalani prosedur pemasangan *ring*, Ricky harus melalui prosedur kateterisasi yang dijalannya berulang kali. Adanya kelainan pada pembuluh

darahnya menyulitkan tindakan kateterisasi. Akibatnya, tubuh Ricky menerima terlalu banyak obat bius sehingga mengalami kelumpuhan yang mengganggu aktivitas selama satu bulan.

*“He'eh nggak bisa masuk. Akhirnya tiga kali... tiga kali tindakan itu pernah tapi bukan bulan itu, bulan-bulan berikutnya lagi gitu. Terus akhirnya e... tindakan lewat kak... e, pangkal paha. Pangkal paha tu udah kurang lebih empat kali apa ya. Terakhir empat kali... terakhir kan paha, kanan kiri, e... e... setelah ketemu ya itu udah melalui proses ini, e... CT Scan udah apa, e... nuklir udah sampe terakhir itu tindakan pangkal paha itu kanan kiri yang menyebabkan saya itu sebulan lumpuh, lumpuh ya” (Ricky, W1, 105)*

Saat ini Ricky membarengi pengobatannya dengan pengobatan herbal. Ricky mengakui bahwa ia tidak berani untuk mengkomunikasikan hal ini kepada dokternya karena khawatir dokternya akan melarangnya. Ricky mengungkapkan bahwa keberhasilannya untuk mengubah gaya hidupnya antara lain disebabkan oleh adanya informasi yang disampaikan oleh tenaga kesehatan. Adanya informasi ini menyebabkan Ricky memahami penyakit yang dimilikinya dan tahu langkah-langkah yang perlu dilakukan untuk mencegah penyakit bertambah parah.

*“Ngopi memang saya dilarang, waktu ada apa sih... penerangan apa di ruang pasien kan suka ada tuh pagi, ada pencerahan gitu ya, itu yang dipanggil ininya... justru bukan pasiennya, tapi yang nunggu, kan suka ada tuh mbak, di lantai dua, lantai tiga, di Harapan Kita” (Ricky, W1, 1253).*

Dikarenakan Ricky menggunakan asuransi kesehatan BPJS, Ricky akhirnya harus memeriksakan diri ke rumah sakit umum yang dekat dengan rumahnya dan berganti dokter padahal ia sudah merasa nyaman dengan dokter sebelumnya yang dinilainya cukup perhatian. Ricky juga merasa tidak banyak berkomunikasi dengan dokter barunya karena singkatnya waktu pemeriksaan. Faktor kenyamanan dan kepercayaan juga yang akhirnya menyebabkan Ricky memutuskan untuk mengambil RSUD yang agak jauh dari rumahnya. Bahkan Ricky sudah menyatakan

jika terjadi serangan kembali, ia harus kembali ke dokter yang merawatnya pertama kali. Ia tidak mau jika dirawat oleh dokter lain.

*“Eee... apa ya, eee... iya kayak seperti tadi, karena enggak ada keluhan jadi enggak ada banyak pertanyaan macem-macam ini sekedar ketemu. Kontrol ditanya basa-basi gitu selesai cuman gitu aja. Cuman berapa menit enggak sampe 5 menit didalem juga” (Ricky, W2, 85).*

Pada awalnya, Ricky merasa sangat diuntungkan dengan adanya asuransi kesehatan BPJS. Namun, akhir-akhir ini terjadi perubahan kebijakan dari BPJS yaitu hanya memberikan sebagian saja obat-obatan sedangkan sisa obat yang tidak ada harus ditebus oleh pasien. Hal ini cukup memberatkan dari sisi ekonomi untuk Ricky. Selain obat yang mahal harganya, ketersediaan obat juga sulit.

*“Satu juta lebih. Iya. Kayak apa seperti berlinta itukan memang mahal itu. Kalo kita di apotek-apotek biasa itu kalo kebetulan ada ya ada, kalo kebetulan nggak kan harus pesan, pesan berapa hari itu dan harganya diatas satu juta semua itu. Berlinta ya, berlinta paling mahal itu” (Ricky, W1, 718).*

## **5.5 Hasil Wawancara Responden 5 (Supri)**

### **5.5.1 Latar Belakang**

Supri adalah seorang pria berusia 65 tahun yang bekerja sebagai seorang wiraswasta dengan berjualan sembako di suatu pasar di Jakarta Pusat. Ia telah menjalani usaha ini selama lebih dari 30 tahun. Supri telah menikah selama 39 tahun dan dikaruniai lima orang anak dan dua orang cucu. Saat ini Supri tinggal dengan istri dan dua anak mereka yang belum menikah.

Supri telah didiagnosa IM sejak tahun 2001. Tahun 2004 sebenarnya Supri telah dianjurkan untuk menjalani operasi *bypass* untuk mengatasi sumbatan pembuluh darahnya, namun hingga saat ini belum dilakukan. Ia baru berani menjalani pemasangan *ring* pada ketiga pembuluh darahnya di bulan Juni 2017

karena sudah tidak dapat menahan rasa sakit. Ia pun merasa sakit dadanya banyak berkurang meskipun saat ini merasa cepat lelah dan lemas sehingga banyak kegiatan yang tidak dapat dilakukannya lagi.

### **5.5.2 Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara**

Supri memperoleh skor LVEF yang tergolong tinggi yaitu 80%, namun Supri tergolong dalam kelompok dengan komorbiditas tinggi karena memperoleh skor CCI sebesar 3. Skor Supri pada skala *MacNew Heart Disease HRQOL Questionnaire* adalah 3,30. Skor tersebut menandakan bahwa sehari-hari Supri kerap mengalami kesulitan untuk beraktifitas diakibatkan seringnya mengalami gejala penyakit atau pun pengobatannya. Wawancara dilakukan di kediaman Supri di daerah Jakarta Pusat. Suasana rumah agak ramai dengan adanya anggota keluarga yang keluar masuk dan suara kendaraan yang lewat depan rumahnya. Adanya kesulitan untuk beraktivitas nampak saat wawancara berlangsung. Saat dilakukan wawancara, Supri nampak sulit untuk berjalan dan mengangkat tangan kiri. Air mukanya nampak kuyu. Lehernya disangga dengan alat bantu. Suara Supri selama wawancara lirih sehingga alat perekam harus diletakkan sangat dekat. Selama wawancara berlangsung Supri menyenderkan kepalanya di kursi. Saat wawancara kedua, Supri sudah lebih baik. Ia tidak lagi memakai peyangga leher dan tangan sudah lebih bertenaga. Ia terkadang batuk saat menjawab pertanyaan.

Supri mengungkapkan dalam wawancara, bahwa ia saat ini sudah merasa jauh lebih baik sesudah menjalani pemasangan ring, meski masih sulit untuk berjalan, menaiki tangga dan mengangkat barang-barang yang berat. Ia pun sering merasa lemas dan kehilangan tenaga saat melakukan aktivitas sehari-hari. Supri mengakui ia sering merasa sedih dan menyesali keadaannya. Ia pun merasa penyakitnya menghalangi dirinya untuk bisa bertemu dengan keluarga besarnya dalam acara-acara seperti arisan.

Skor LVEF yang tergolong tinggi tidak berhubungan dengan nilai HRQOL yang rendah. Ia pun kerap mengeluhkan kondisi fisiknya saat melakukan aktivitas sehari-hari. Meskipun demikian, skor CCI yang tergolong dalam komorbiditas tinggi sejalan dengan nilai HRQOL yang rendah dan hasil wawancara. Aktivitas

Supri sehari-hari nampak terhambat dengan adanya gejala penyakit yang kerap dirasakannya.

### **5.5.3 Kurangnya Kepedulian dan Penghargaan dari Istri Menurunkan Harga Diri Supri**

Supri telah menjalani pernikahan dengan istrinya selama 39 tahun. Sejak tahun 80-an Supri dan istrinya menjalani usaha bersama, berjualan sembako di salah satu pasar besar di Jakarta Pusat. Supri mengungkapkan bahwa selama ini hanya dirinya dan istrinya yang menjalani usaha ini. Meskipun kelima anaknya telah dewasa, namun tidak ada satu pun dari anak-anaknya yang berminat untuk meneruskan usaha kedua orangtuanya ini. Dikarenakan hal ini, Supri jarang diantar oleh istrinya jika ia hendak berobat ke dokter maupun ke pengobatan alternatif.

*“Saya sendiri nggak kepengen, gimana ya... merepotkan. Ya, supaya semua-muanya bisa berjalan aja. Biar toko juga berjalan, saya berobat berjalan. Cuma sempat yang keberapa ya... yang kedua ibu nungguin, yang pasang ring itu. Kalo yang pertama sama kedua ndak” (Supri, W2, 631).*

Tahun 2001 saat Supri didiagnosa MI untuk pertama kalinya, ia masih mampu melakukan banyak pekerjaan di pasar seorang diri seperti misalnya mengangkut sekarung beras dengan berat 50 kilogram, meskipun hal tersebut dilarang oleh dokter. Akhir-akhir ini ia tidak lagi mampu melakukan pekerjaan-pekerjaan berat seperti dulu, namun istri Supri sering memintanya untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan yang berat. Supri pun merasa tidak nyaman dengan cara istrinya mengkomunikasikan hal tersebut sehingga menimbulkan rasa kesal pada Supri dan langsung berpengaruh pada timbulnya gejala penyakit.

*“E’em... Kalo untuk keluarga kalo anak mungkin kan udah tau ya kalo saya itu kena penyakit ini, jadi mungkin pada dijaga ya. Tapi kalo di pasarkan masalah kerjaan sama ibu ya... hehe masih suka nggak pas gitu ya. Ya karena saya udah nggak apa ya... nggak bisa katakan kerja yang sesuai yang diharapkan, ibu kadang-kadang nyuruh suruh kerjakan ini, gitu ya,*

*tapi saya kan udah nggak mampu. Itu kadang-kadang menimbulkan pikiran-pikiran. Akhirnya kan omongannya nggak pas haha” (Supri, W2, 895)*

Supri merasa bahwa perhatian yang diberikan oleh anak-anaknya sudah cukup dengan cara mengantarkan ayahnya berobat dan menjaga emosinya. Namun, Supri mengharapkan agar Istrinya lebih peduli terhadap kondisi kesehatannya. Selama ini Supri harus menyiapkan segala sesuatunya secara mandiri. Supri mengakui bahwa istrinya adalah tipe individu yang keras.

*“Kalo dari ibu ya sepertinya ya dia memang gimana ya cuma sudah karakter atau apa ya. Ibu itu kan karakternya keras ya, jadi nggak bisa untuk apa ya untuk memanjakan atau apa ya istilahnya ya hehe. Gak bisa Mbak. Mbok misalkan mbok ayo ke dokterayo hehehe” (Supri, W2, 693).*

Meskipun kondisi Supri saat ini sudah tidak seperti dulu, namun Supri masih ingin dianggap sebagai seseorang yang berdaya. Saat istrinya urung mengajak Supri beribadah naik Haji ke tanah suci karena dianggap tidak mampu untuk menunaikan rangkaian ibadah, Supri merasa tersinggung, ia merasa bahwa kondisi penyakitnya tidak terlalu parah. Kejadian ini kemudian menyebabkan Supri tidak mau jika diajak beribadah umroh dan menolak untuk menjalankan sholat sesuai dengan syariat Islam.

*“Karna ya itu, waktu itu kan sempat beberapa kali memang dulu cita-cita kan untuk pergi haji. Eh punya niat setiap saat saya bilang ni ibu... nawarin mau nggak berangkat haji. Cuma ibu ya itu alasannya mungkin lihatnya saya itu karena sakit kali ya. Sakit jantung, dianggapnya nanti takut gimana-mana, nggak kuat atau apa. Saya waktu itu sempat sama ibu bilang ‘Bu yang sakit lebih parah dari saya aja banyak berangkat haji itu nggak masalah’ saya bilang gitu, justru pulang dari haji malah orang-orang pada sehat kan, gitu ya. Tapi ya itu karena responnya kurang ini... yang terakhir itu cuma... malah cuma cerita mau umroh. Ngajak umroh kan gitu. ‘Wah kalo umroh aja nggak, deh’ saya bilang gitu. Mendingan saya kembali semula aja. Karena saya orang Jawa ya udah jadi orang Jawa lagi, ya itu saya cerita kan lahir di Jawa gede di Jawa, jadi unsur kejawen itu kan sudah” (Supri, W2, 576).*

#### 5.5.4 Kecemasan Terhadap Kondisi Fisik yang Akan Memburuk Memengaruhi Kepatuhan Terhadap Pengobatan

Supri merasa bahwa kondisi fisiknya semakin lama semakin memburuk. Ia mengalami banyak keluhan mengenai kondisi fisiknya terutama kondisi fisiknya yang tidak bertenaga serta rasa sakit pada kakinya. Oleh karena itu, ia merasa cemas tubuhnya akan terasa lebih sakit apabila harus bepergian jauh. Ia pun tidak lagi berani untuk bepergian seorang diri terutama jika harus mengendarai kendaraan sendiri karena ia cenderung merasa gugup saat berada di jalanan. Kecemasan ini terutama sering ia rasakan sebelum menjalani operasi pemasangan ring. Rasa sakit di dada yang tak tertahankan menyebabkan Supri membawa obat penyakit jantung kemanapun bahkan Supri menyimpannya di kamar mandi dan di kamar tidurnya. Supri mengakui bahwa ia terlalu banyak mengonsumsi obat tersebut melebihi takaran yang dianjurkan oleh dokter.

*“Cuma kesehatan lain... yang lain yang membuat saya apa ya... merasa apa ‘aduh saya kuat nggak ya kira-kira ke Bandung ya duduk ya dalam perjalanan sekian jam’. Ya, itu kalo merasakan punggung saya aja rasanya pegel begini ya. Terus apalagi kaki juga merasa apa kalo duduk itu di pantat rasanya udah capek sekali rasanya pegel gitu ya” (Supri, W1, 1018).*

Supri telah didiagnosa IM dan dianjurkan untuk menjalani operasi *bypass* sejak tahun 2004. Saat itu ia merasa bahwa penyakitnya masih bisa ditangani dan adanya kecemasan bahwa operasi yang dilakukan dapat menyebabkan dirinya meninggal. Kekhawatiran ini pula yang menyebabkan dirinya membatalkan operasi *bypass* yang telah disetujui oleh dirinya dan dokter sebelumnya. Ia pun khawatir bahwa bekas operasi akan membuat kulitnya nampak buruk. Pada awalnya, Supri juga tidak berani untuk menjalani pemasangan ring. Hingga saat ini pun Supri tidak menjalani operasi *bypass* namun bersedia untuk menjalani pemasangan *ring* di tahun 2017. Supri akhirnya memutuskan untuk menjalani pemasangan *ring* karena ia sudah tidak tahan dengan rasa sakit dadanya yang terus menerus dialaminya.



*“Saya sempat sudah, terus kesana lagi sudah menyetujui waktu itu malah mau di by pass sama di rumah sakit Jakarta itu, cuma kurang tiga hari itu saya haha nelfon ke rumah sakit “tolong saya dicancel dulu, dibatalin dulu deh”. Mental saya nggak siap hahaha” (Supri, W1, 256).*

### **5.5.5 Marah terhadap Tuhan Menyebabkan Supri Tidak Beribadah**

Supri menilai bahwa kondisi tubuhnya tidak mengalami perbaikan. Meskipun ia merasa lebih baik setelah mejalani pemasangan *ring*, namun dengan adanya penyakit saraf terjepit membuatnya semakin tidak bisa leluasa untuk melakukan aktivitas. Penyakit jantung yang sudah menderanya selama 15 tahun lebih ini lama-kelamaan menimbulkan keputusan pada dirinya. Ia sudah mencoba berbagai macam cara agar sembuh namun tidak membuahkan hasil dan efeknya sangat menyiksa untuk Supri. Ia pun menyesali mengapa tidak mengikuti nasehat dokter alih-alih mendatangi pengobatan alternatif yang tidak membuahkan hasil dan menghabiskan biaya. Oleh karena itu Supri merasa bahwa penyakit jantung ini telah menurunkan harga diri dan kepercayaan dirinya. Ia tidak lagi dapat menjadi sosok seperti apa yang diharapkan oleh keluarganya.

*“Aduh kalo dalam kehidupan ya terutama dalam keluarga ya. Ya yang jelas itu kalo untuk pribadi saya ya ada ini ya ada kekurangan ya mbak ya. Kekurangannya gini, jadi aduh saya masih diberikan kehidupan yang begini ya katakan masih bisa makan, katakan ya nyatanya masih bisa jalan tapi untuk pekerjaan terutama ya kok saya udah nggak bisa berbuat yang mungkin sesuai yang diharapkan keluarga kali” (Supri, W2, 1066).*

Supri merasa bingung dengan apa yang terjadi dengan kehidupannya. Penurunan fisiknya menyebabkan Supri tidak yakin mengenai masa depan yang dimilikinya. Kondisi fisiknya ini menyebabkan Supri kesulitan saat akan melakukan ibadah. Hal ini kemudian diperkuat dengan perilaku istrinya. Adanya peristiwa-peristiwa ini menyebabkan Supri merajuk dan tidak mau menjalankan ibadah sesuai dengan syariat Islam. Supri mengatakan bahwa ia kembali kepada keyakinan Kejawan yang sudah dipelajari sejak kecil dulu. Ia baru akan kembali beribadah sesuai dengan syariat Islam jika mendapatkan mukjizat berupa

kesembuhan dari penyakit-penyakit yang dideritanya. Keputusasaannya ini pula yang menyebabkan Supri enggan untuk mengubah gaya hidupnya menjadi lebih sehat.

*“Ya itu... ya itu, kan masalah ini ya mbak ya, ya masalah keyakinan atau pribadi... keyakinan, ya karena... ya itu saya katakan mungkin karena saya tu dulu lahir di Jawa, gede di Jawa, mungkin ada unsur kejawaan ya. Itu sudah meresap ke jiwa saya. Jadi makanya biar pun saya katakan mogol begini saya tetep... tetap aja hubungan istilahnya sama Allah ya Gusti Allah, ya jowone” (Supri, W2, 444).*

Saat ditanyakan bagaimana cara dirinya sekarang beribadah, Supri mengatakan bahwa ia beribadah dengan cara merenung yang dilakukan saat merasa sakit. Dalam perenungannya, ia mempertanyakan mengapa kondisinya tidak juga membaik. Terkadang Supri dapat berserah diri dan pasrah jika memang ia harus meninggal. Cara berdoanya ini dirasakan juga dapat membuat perasaannya menjadi lebih tenang. Meskipun Supri merasa bahwa kesehatan tubuhnya mengalami penurunan, namun ia masih tetap mampu bersyukur dengan kondisinya saat ini karena ia melihat masih banyak orang lain yang memiliki kondisi fisik yang lebih buruk daripadanya.

*“Pasrahnya “ya Allahsaya udahlah” ya kadang-kadang kalau lagi anu kalau katakan Allah menghendaki harus ngambil sekarang yaudahlah. Justru kadang-kadang tapi kalo memang Allah menghendaki saya sembuh saya enakan gitu ya sembuh ya sudah. Saya itu kadang-kadang kayak apa ya. Kayak plong hehehe” (Supri, W2, 957).*

#### **5.5.6 Komunikasi Pasien dan Dokter yang Baik Memengaruhi Kepatuhan Terhadap Pengobatan**

Supri merasa tidak sejalan dengan saran yang diberikan oleh dokternya untuk menjalani operasi *bypass*. Oleh karena itu Supri mencari dokter lain yang dapat meyakinkannya bahwa ia tidak memerlukan operasi. Supri tidak keberatan untuk membayar lebih mahal karena ia sudah merasa cocok dengan dokter tersebut. Selain ketidaksiapan dirinya, awalnya Supri juga tidak memiliki biaya untuk

melakukan operasi *bypass*.

*“Nah itu sampe berapa mungkin tahunan waktu itu ya ditangani dia, cuma ya karna profesor itu memberikan semangat jadi enak gitu cara ini. Cara apa memberikan pengertian itu kok enak bener gitu lo. Bapak nggak operasi nggak apa-apa, nggak pasang ring nggak apa-apa, tapi bapak mesti menjalankan ini ni ni” gitu ya terutama pola makan ya. Olahraga, tapi itu alhamdulillah saya bisa bertahan sampe sekian tahun gitu ya” (Supri, W1, 232).*

Persentase penyumbatan pembuluh darah yang tinggi menyebabkan tidak semua dokter sanggup untuk melakukan pemasangan *ring*. Saat proses pemasangan *ring* dibutuhkan waktu yang lebih lama dan alat-alat khusus.

*“Sampai sekian lama. Ya itu sampai dokter juga sempat ngeluh ya, ngeluhnya itu ya bukan masalah ini, begitu sudah selesai itu ‘Aduh, bapak ini benar-benar, saya... yang sudah-sudah pak, sangat ber... begini nih paling banyak dua kali itu sudah jebol..’ Ho-oh. ‘Bapak itu lima belas kali’ katanya. Memang benar-benar lama loh” (Supri W2, 271).*

Supri merasa ada proses komunikasi yang kurang lancar dengan dokter yang saat ini menanganinya. Ia berpendapat bahwa dokter tidak memberikan solusi terhadap rasa sakit pada kaki yang kerap mengganggunya. Supri juga merasa bingung mengapa dirinya diberikan obat untuk tekanan darah tinggi, padahal ia tidak memiliki penyakit tekanan darah tinggi. Apabila ia meminum obat tersebut maka akan merasa pusing. Oleh karena itu, Supri menghindari mengonsumsi obat tersebut. Supri juga mengeluhkan kurang lengkapnya obat yang diberikan oleh rumah sakit yang kemudian harus ia penuhi sendiri.

## 5.6 Hasil Wawancara Responden 6 (Ridho)

### 5.6.1 Latar Belakang

Ridho adalah seorang pria berusia 55 tahun. Saat ini ia tinggal di daerah Tangerang bersama dengan istri dan dua orang anaknya. Ridho telah pensiun dari pekerjaannya di daerah Tanjung Priok. Ridho berperawakan sedang, berkulit sawo matang dengan rambut yang agak memutih. Ridho mendapatkan serangan pertama kalinya di bulan Januari 2017 dan langsung mendapatkan pemasangan *ring*. Ia kembali dirawat di rumah sakit pada bulan April 2017 dan November 2017.

### 5.6.2 Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara

Skor LVEF yang dimiliki oleh Ridho adalah sebesar 39% sehingga dapat digolongkan kepada skor LVEF yang cukup rendah. Ridho juga memperoleh skor CCI sebesar 1 yang termasuk dalam kelompok pasien dengan komorbiditas sedang. Ridho memperoleh skor 2,96 pada alat ukur *MacNew Heart Disease HRQOL Questionnaire*. Skor ini menandakan bahwa sehari-hari Ridho kerap merasakan adanya hambatan untuk melakukan aktivitas karena gejala penyakit atau penanganannya. Saat ditemui untuk melakukan wawancara, Ridho nampak cukup bugar dan tidak membutuhkan bantuan untuk berjalan ataupun melakukan aktivitas. Ridho dapat duduk dengan tegak dan tidak menampakan rasa sakit atau pun lelah selama wawancara berlangsung. Suara dapat jelas terdengar dan Ridho tidak nampak lelah dalam wawancara yang kurang lebih dua jam tersebut. Wawancara mengambil tempat di kediaman Ridho. Saat wawancara yang pertama, kondisi rumah lebih ramai dengan adanya istri Ridho dan anak-anaknya. Wawancara kedua, yang juga dilakukan di rumah, lebih sepi. Ridho nampak lebih terbuka saat wawancara kedua. Ia pun mengungkapkan keterangan yang berbeda antara wawancara satu dan dua terutama saat membicarakan mengenai hubungannya dengan Istri.

Berdasarkan hasil wawancara, Ridho memang sudah tidak bekerja lagi, namun ia selalu berusaha untuk menyibukkan diri dengan melakukan pekerjaan rumah. Ia mengaku tidak ada gejala penyakit yang dirasakan selama ia melakukan

pekerjaan rumah tersebut. Meskipun tidak bekerja, Ridho masih mampu untuk bepergian dan menginap ke rumah adiknya yang jaraknya cukup jauh. Meskipun demikian, Ridho masih merasa pusing dan kehabisan nafas saat harus berjalan dalam jarak yang jauh. Ia kerap merasakan rasa sedih namun bukan diakibatkan oleh penyakitnya, namun lebih karena ia teringat oleh anaknya yang sudah meninggal.

Skor LVEFF yang cukup rendah berhubungan dengan skor HRQOL yang rendah. Hal ini menunjukkan adanya gangguan dalam aktivitas Ridho seperti adanya rasa sesak ataupun kehabisan napas. Namun hasil wawancara menunjukkan fakta yang sebaliknya. Skor CCI yang tergolong sedang sejalan dengan hasil wawancara yaitu Ridho masih mampu untuk melakukan aktivitas tanpa adanya gangguan yang berarti pada fisiknya. Hal yang berbeda ditunjukkan oleh data skor HRQOL yang rendah.

### **5.6.3 Konflik dan Komunikasi yang Buruk dengan Pasangan Memperparah Kondisi Fisik**

Ridho saat ini tinggal bersama dengan istri keduanya. Mereka telah menikah selama 20 tahun dan dari pernikahan tersebut mereka telah dikaruniai satu orang anak. Baik Ridho dan istri masing-masing membawa satu orang anak. Anak Ridho dengan istri pertama telah meninggal setahun yang lalu karena penyakit kanker. Saat Ridho masih aktif bekerja di perusahaan *forwarding* di daerah Tanjung Priok, Ridho jarang berkomunikasi dengan istrinya. Ia kerap pulang dini hari dan lebih banyak berkomunikasi dengan menggunakan SMS. Bicara secara langsung dan membicarakan persoalan keluarga hanya dilakukan di hari minggu. Ridho masih memikirkan anaknya yang telah meninggal. Namun perasaan kehilangan ini tidak ia komunikasikan dengan istrinya. Alasan Ridho adalah ia tidak ingin merepotkan istrinya yang sudah lelah dengan urusan pekerjaan. Ridho mengatakan bahwa dirinya lebih nyaman mengungkapkan pikiran dengan adiknya. Adik Ridho banyak memberikan masukan dan dukungan kepada Ridho mengenai pengobatannya dan persoalan kehidupannya.

*“Nggak, nggak, nggak. takut beban, beban buat dia. Kalo ada yang ngeganjel paling saya SMS adik saya aja bu, saya nggak mau bebanin ke istri saya. Soal Ardi... soal apa... paling ke adek saya, ada dua adek saya. Saya juga capek mikirin Bagas, ‘udah loe tenang aja, yang penting loe sehat’. Nanti dia pelan-pelan SMS ke anak saya. Membantu saya. mereka juga bantuin ngomong ke Ardi” (Ridho, W2, 434).*

Saat Ridho mengalami serangan jantung, Ridho dibantu penuh oleh istrinya. Istrinya mengantar dan menunggu Ridho di rumah sakit. Selama Ridho berada dalam masa pemulihan di rumah pun, Istri Ridho membantu Ridho apabila harus ke kamar mandi karena kondisi tubuhnya yang lemah dan memberikan semangat untuk Ridho. Namun komunikasi antara Ridho dan istrinya tidak mengalami perbaikan. Saran Ridho agar istrinya mengenakan jilbab pun tidak diindahkan. Hal-hal ini menyebabkan Ridho merasa tidak berharga lagi di mata Istrinya. Ia pun pernah menawari istrinya untuk mencari suami lain, yang dapat memberinya penghasilan. Ridho mengira bahwa perilaku istrinya ini diakibatkan karena Ridho sudah tidak lagi dapat memberikan penghasilan kepada keluarganya.

*“Nggak kayak dulu lagi. Ya nggak tau lah mungkin saya juga beban buat dia, iyakan. Loe dikasih suaminya sakit-sakitan nggak berpenghasilan, mungkin pikiran mereka gitu. Pikiran saya gitu. Kata Adik saya, ‘udah cuek aja’. Saya juga udah bilang waktu itu ‘kamu kalo kamu mungkin ada seneng sama orang lain silahkan’ saya bilang gitu, SMS. ‘Saya juga kan nggak menghasilkan materi, beban buat kamu. Kalo kamu ada yang seneng sama kamu silahkan, cuma ngomong sama saya.. Ni pah calon’ kan gitu kalo saya nggak mau ngebebanin. ‘Lo mau kemana tuh?’ Saya mau kemana aja kaki saya masih ada dua, saya bilang gitu, umur masih banyak, gitu” (Ridho, W2, 838).*

Perilaku istrinya yang mengacuhkan Ridho ini menimbulkan beban pikiran pada Ridho yang berdampak pada meningkatnya gejala penyakit. Ridho mengungkapkan bahwa penyebab ia dirawat di rumah sakit terakhir adalah karena masalah komunikasi dengan istrinya ini. Ia merasa bahwa istrinya tidak mempedulikan dirinya sehingga ia sendiri yang mengerjakan pekerjaan rumah

tangga. Bahkan untuk menyediakan makanan dan mengingatkan untuk minum obat dilakukan sendiri oleh Ridho.

*“Nggak, nggak. Obat saya soalnya itu, obat saya. Abis sekarang nggak ada yang peduli kan nggak ada. Anak-anak kan begitu. Istri juga begitu. Ya semuanya saya yang ngerjain, semua sendiri. Malah kadang-kadang saya bikin mi padahal nggak boleh kan. Ya udah apalagi saya harus makan buat minum obat “(Ridho, W2, 659).*

Selain ia merasa diacuhkan oleh istrinya, Ridho juga merasa sakit hati karena istrinya memperlakukan almarhum anaknya dengan buruk. Ia mengatakan bahwa anak dari istri pertamanya ini diperlakukan seperti pembantu.

#### **5.6.4 Kecemasan Terhadap Kematian dan Efek Samping Pengobatan**

Ridho memiliki kekhawatiran bahwa sewaktu-waktu ia akan mendapatkan serangan dan meninggal. Kekhawatiran ini terutama timbul saat akan bepergian dan merasakan nyeri di dada. Guna mengantisipasi adanya serangan jantung berikutnya, Ridho selalu siap dengan obat penyakit jantung kemanapun. Ia akan merasa tidak percaya diri jika tidak membawa obat tersebut. Ridho pun menyiapkan obat, tabung oksigen serta kartu BPJS di rumahnya jika sewaktu-waktu mengalami serangan jantung. Ia pun selalu membawa tabung oksigen apabila akan bepergian jauh dan tinggal untuk waktu yang agak lama. Namun kekhawatiran ini tidak menyurutkan keinginan Ridho untuk tetap aktif. Ia merasa bahwa dirinya harus selalu aktif bergerak agar dirinya tetap merasa sehat. Ia banyak melakukan aktivitas di pekarangan rumahnya seperti menebang pohon dan merapikan halaman.

*“Iya kalau dirumah kan sudah siap semua, ada oksigen, semua ada, cuma saya bilang waktu sama keluarga, tindakan-tindakan yang harus disiapkan, iya surat-surat, saya kan pakai BPJS kan gitu” (Ridho, W1, 474).*

Ridho juga memiliki kecemasan terhadap efek samping dari pengobatan. Sebenarnya dokter telah menyarankannya untuk menjalani prosedur kateterisasi untuk mengatasi penyakitnya. Namun, Ridho, yang pernah mendengar dari orang

lain bahwa kateter itu sakit, kemudian menolak saran ini dan lebih memilih untuk minum obat saja.

*“Katanya gitu, saya dengar dari yang pernah mau dikateter gitu, sakit katanya, kan dimasukkin, dicari yang nyumbat-nyumbat kan itu. Sakit katanya. Kalau kemarin saya kan dibius lokal, jadi kita gak terasa sakit. Dokter juga bilang, ‘enggak ah dok’ saya bilang, saya mau obat-obatan saja” (Ridho, W1, 268).*

Ridho tidak hanya mencemaskan mengenai kondisi fisiknya. Masalah yang ada pada keluarganya juga menjadi kekhawatiran tersendiri untuk dirinya. Terdapat dua masalah yang menjadi pikiran Ridho, yaitu mengenai istri dan anak terakhirnya. Sejak Ridho mendalami agamanya dengan lebih baik, ia mengharapkan istrinya agar dapat mengenakan jilbab. Hal lain yang menjadi pikiran adalah mengenai masalah anak terakhirnya yang memiliki anak diluar nikah dan tidak mau mengurusinya. Ridho mengakui bahwa adanya pikiran ini menyebabkan dirinya mengalami peningkatan gejala penyakit.

*“Cuma waktu itu pikiran ya serangannya. Istri saya kan pergi gak ada kabar kemana tu, Rempoa yang longsor itu nggak ada kabar, kepikiran terus sakit, udah tiga kali makan obat dibawah lidah nggak mempan juga, pake oksigen nggak mempan juga yaudah saya panggil anak. Saya ke Bakti Asih masih bisa ditangani” (Ridho. W2, 94).*

Adanya masalah ini dirasakan sangat berat oleh Ridho karena ia tidak memiliki orang yang dapat memberikannya semangat dan dapat dijadikan tempat untuk mencurahkan pikiran. Ia hanya dapat berkomunikasi dengan adik perempuannya serta almarhum anaknya. Istri dan dua anaknya yang tinggal bersama satu rumah dengan dirinya dianggap tidak peduli dengan dirinya.



### 5.6.5 IM Tidak Menimbulkan Kesadaran Untuk Beribadah

Ridho telah dirawat tiga kali di rumah sakit. Sesudah rawat inap yang pertama, Ridho sudah mulai mengurangi kebiasaan merokok dan minum kopi, namun perilaku makan masih belum berubah. Sama halnya dengan kegiatan beribadahnya. Ridho mengakui bahwa ia masih belum berpikir lebih dekat dengan Tuhan. Saat ia dirawat untuk kedua kalinya, ia mulai terpikir untuk lebih rajin beribadah karena merasa diberikan kesempatan untuk hidup lagi. Meskipun saat mengalami serangan jantung pertama dan kedua, Ridho telah berpikir mengenai kematian dan berjanji akan merubah dirinya, namun perilaku Ridho baru benar-benar berubah saat Ridho dirawat untuk ketiga kalinya karena merasa Tuhan belum tentu akan memberinya kesempatan selanjutnya. Selain adanya kesadaran tersebut, Ridho juga disadarkan oleh perilaku anaknya yang sudah meninggal karena kanker, meskipun sedang sakit keras namun tetap ingat untuk beribadah. Adanya kesadaran untuk berubah ini juga diikuti dengan perubahan perilaku Ridho yang mengubah gaya hidupnya

Setelah Ridho mendalami agamanya, Ridho merasa bahwa hati dan pikirannya menjadi lebih tenang. Ridho pun merasa menyesal dengan semua perbuatan buruk yang telah dikukan dulu semasa ia masih bekerja. Oleh karena itu, Ridho berpendapat bahwa hikmah memiliki penyakit jantung ini adalah kesempatan dirinya untuk bertobat dan menambah amal sholeh untuk bekal di hari akhir nanti.

*“Ya sebagai peringatan... peringatan... Istilahnya ‘lo gue kasi enak, lo salah gunain’ istilahnya gitu, kan. Jadi warning buat saya, jantung itu warning. Jadi saya pikir wah ini peringatan dari Allah, saya harus berubah semuanya gitu. Total saya berubah. Dan itu saya nggak mau buat yang macam-macam, nggak mau lagi buat yang maksiat, dosa. Kan udah satu dua tiga, warning udah cukup dari Allah kan. Ya udah saya bilang fokus aja udah, nggak mau lagi, eng... macam-macam dosa lah maksiat lah udah lepas sekarang. (Ridho, W2, 815).*

### 5.6.6 Adanya Kebosanan dan Kekhawatiran Terhadap Pengobatan

Ridho memperoleh banyak obat yang harus diminum. Ia menyebutkan bahwa secara keseluruhan, terdapat sembilan obat yang setiap hari harus ia minum. Ia mengaku merasa lelah dan bosan harus meminum obat yang jumlahnya banyak

tersebut. Terutama obat yang menguras air seni. Obat tersebut mengganggu aktivitas Ridho sehari-hari, dan ia pun merasa harus mengeluarkan banyak uang untuk mendapatkan obat-obatan tersebut. Ridho kemudian berkonsultasi dengan mertua Ridho yang kebetulan juga memiliki penyakit jantung dan memberikan saran untuk mengurangi obat-obatannya menjadi lima buah. Ia pun melengkapi pengobatannya dengan obat herbal yang ia rasakan cocok dengan dirinya.

*Banyak banget obat-obatannya, bu... dari Januari itu ada delapan kalo nggak salah. April juga banyak banget, sembilan obat, pagi laen, malam laen, gitu. He'eh yang April, tu... e... yang Januari... delapan, yang April, sembilan. Sekarang saya total lima aja, Alhamdulillah, lima aja udah itu aja. Jangan banyak-banyak lagi, buk, capek minum obat. (Ridho, W2, 582)*

## **5.7 Hasil Wawancara Responden 7 (Indra)**

### **5.7.1 Latar Belakang**

Indra adalah seorang pria berumur 55 tahun. Saat ini Indra masih bekerja sebagai seorang PNS. Ia telah menikah selama 32 tahun dengan istrinya dan memiliki tiga orang anak. Saat ini Indra hanya tinggal berdua saja dengan Istrinya. Indra berperawakan agak gemuk, berkulit sawo matang. Saat ditemui, Indra nampak sehat dan dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

Indra adalah seorang pekerja keras. Dulu Indra merokok dan minum kopi secara berlebihan. Ia mengakui jika ada pekerjaan yang belum terselesaikan akan ia selesaikan bahkan hingga pagi hari. Ia juga memiliki tekanan darah tinggi dan kolesterol. Sebelum terkena serangan jantung, Indra sudah pernah berkonsultasi ke dokter umum mengenai tekanan darah tinggi juga adanya darah pada air seninya. Pada tahun 2015 ia mendapatkan serangan jantung. Saat ini Indra masih merasakan adanya sakit di dada dan rasa pusing. Ia pun kerap merasakan adanya rasa sakit di bagian kaki dan kaki yang membengkak.

### **5.7.2 Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara**

Skor LVEF Indra berdasarkan hasil pemeriksaan echo cardiografi adalah sebesar 62% sehingga dapat dikategorikan sebagai skor LVEF yang tinggi. Indra juga memiliki skor CCI sebesar 2 poin sehingga dapat dikelompokkan sebagai pasien dengan komorbiditas sedang. Skor yang diperoleh Indra pada skala HRQOL adalah sebesar 3,56. Skor yang berada pada rentang nilai 3 mengindikasikan bahwa Indra sering merasakan kesulitan saat melakukan aktivitas sehari-hari. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa ia terkadang masih merasakan adanya rasa sakit di dada. Ia pun mengalami beberapa keluhan terutama di bagian kaki. Apabila ia melakukan pekerjaan yang cukup berat maka ia merasa pusing. Indra masih bekerja, namun kondisi sosialnya mengalami hambatan karena adanya efek samping dari obat yang diminumnya yaitu meningkatnya frekuensi buang air kecil.

Wawancara mengambil lokasi di kantor Indra. Meskipun ada beberapa orang di kantor tersebut, namun jaraknya agak jauh sehingga tidak ada suara yang mengganggu wawancara. Wawancara dilakukan di siang hari selama kurang lebih dua jam. Selama wawancara berlangsung, Indra nampak dalam kondisi yang sehat. Ia dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan tidak membutuhkan bantuan alat atau orang lain saat berjalan atau pun berdiri. Ia juga cukup bugar dan tidak terlihat merasa lelah atau pun lemas selama dua jam wawancara berlangsung.

Berdasarkan uraian dapat disimpulkan adanya persamaan antara hasil wawancara dengan nilai LVEF. Nilai LVEF yang tinggi menandakan bahwa pompa jantung masih dapat bekerja dengan maksimal sehingga gejala penyakit biasanya minim. Ia pun mengungkapkan bahwa rasa sakit hanya sesekali dirasakannya. Namun skor HRQOL Indra berada pada taraf rendah. Skor CCI yang termasuk sedang sejalan dengan hasil wawancara yaitu terkadang Indra merasakan keluhan pada fisiknya. Meskipun demikian, skor HRQOL Indra tergolong rendah.

### **5.7.3 Adanya Dukungan Istri Terhadap Pengobatan dan Pemulihan Fisik Indra**

Indra mengatakan bahwa di awal pernikahan ia dan istri masih berusaha untuk menyesuaikan diri satu sama lain. Baik Indra maupun istrinya masih terpengaruh

oleh keinginan masing-masing dan terbawa emosi saat hadapi masalah. Bahkan Indra mengakui bahwa ia pernah memukul istrinya hingga pingsan. Sejak saat itu Indra menyesal dan berjanji tidak akan pernah memukulnya lagi.

*“Diem aja, justru yang pernah pernah dulu-dulu masih penyesuaian baru punya anak berapa tahun... satu tahunan lah ya, disitu kan ego masing-masing muncul. Dulu ibu pernah nempeleng ke saya, pada masa penyesuaian diri karena dia ngomong saya ngomong gitu kan, dia gak mau kalah, saya gak mau kalah, akhirnya dia tidak terkontrol, nempeleng ke saya gitu kan. Saya sebagai orang laki-laki kan gak mau dong ditempeleng perempuan, saya tempeleng lagi, pingsan, nah dari situlah kita berniat bertekad jangan sampai terulang lagi, cukup sampai sini aja, tapi nggak lama paling besok udah biasa lagi” (Indra, W2, 410)*

Indra dan istri bekerja di bidang pendidikan. Indra mengungkapkan bahwa dirinya memotivasi istrinya untuk lebih maju dalam karirnya sebagai seorang guru. Oleh karena itu, karir istrinya yang maju saat ini tidak lepas dari peranan Indra. Ia sering memberi nasehat dan juga bertukar pendapat mengenai pekerjaan yang dilakukan oleh istrinya. Saat ini Indra dan istri sama-sama bekerja sebagai pengawas sekolah. Adanya kesamaan pekerjaan ini membuat hubungan mereka menjadi lebih erat dan jarang mengalami konflik.

*“Beda. Akhirnya kan besok sebelum ngajar berlatih dulu dengan saya malamnya, kan. Matematika ni, pah... kalo gini cara neranginnya gimana? Dah saya kasih masukan. lama-lama kashian juga jadi guru, ada kesempatan buat jadi kepala sekolah, saya tarik dah jadi kepala sekolah. Dia kepala sekolah, saya jadi pengawas, kan dia kepala sekolah. jadi setiap pulang kerja nah disitu banyak berantemnya, adu mulutnya, Karena apa? Karena istri saya kan pengelola dana BOS, kalo sekarang kan biaya operasional sekolah BOS ni namanya, dana pemerintahan itu. Dia minta diperiksa oleh saya, setelah diperiksa ada kesalahan dia nggak menerima, karena lingkungan mereka. ‘Pah, ini kata mereka gini-gini-gini’. Yah akhirnya saya bilang ‘Kalo kata mereka bener, udah jangan tanya ke saya, lakukan aja’. Tapi kalo ada apa-apa, jangan bawa nama diri saya. Lakukan sendiri gitu. Itu... Asal pulang itu, asal pulang gitu, kan. Nah akhirnya saya bingung ini jadinya gimana, kan supaya tidak ada bentrokan adu mulut. Akhirnya ada kesempatan masuk ke pengawas saya tarik, masukin lagi tuh.*

*Nah akhirnya setelah jadi pengawas sampe saat ini diskusi-diskusi hanya di mobil, kalo dirumah mah udah biasa aja” (Indra, W1, 568).*

Indra mengakui bahwa dirinya adalah suami yang memerhatikan kebutuhan pasangan. Saat ini Indra cenderung lebih banyak mengalah saat menghadapi konflik dengan istrinya. Ia berpendapat bahwa daripada situasi menjadi memanas, lebih baik menghindar dan mengerjakan hal lain untuk mengalihkan rasa emosinya. Setelah ia dapat mengendalikan emosinya, Indra kembali ke rumah dan kemudian masalah dapat diselesaikan. Indra menyatakan bahwa ia merasa bersyukur telah menikah dengan perempuan yang memerhatikannya sepenuh hati.

*“He'eh. Makanya saya juga kadang-kadang suka sambil... kalo misalnya saya susah tidur malem... suka liatin istri saya waktu tidur, kan... betapa perhatiannya ke saya, berarti kan sebaliknya, saya juga harus betul-betul memperhatikan dia, berarti saya juga harus perhatian. Kalo dia juga sakit, saya juga ikut, gitu, kan. Makanya Alhamdulillah gitu kan tidak menghawatirkan ibu sekarang” (Indra, W1, 448).*

Setahun sebelum Indra mendapatkan serangan jantung, Indra telah memiliki beberapa penyakit kronis seperti tekanan darah tinggi dan kolesterol. Indra tidak menceritakan hal ini kepada istrinya. Setelah Indra didiagnosa IM, Indra merasakan bahwa adanya perhatian yang besar dari istri. Ia kerap mengantarkan Indra ke Puskesmas untuk mengambil obat dan mengantara Indra ke dokter. Istri Indra meskipun masih aktif bekerja sebagai kepala sekolah, selalu berusaha menyediakan makanan, bahkan saat akan ke luar kota. Indra berpendapat bahwa di sisa umurnya ini, ia bergantung dengan istrinya dan begitu pula sebaliknya. Ia pun berusaha untuk mengurus istrinya di saat sedang sakit.

*“Justru yang saya rasakan sekarang adalah malah apa namanya, eee... kalau kita rasakan lebih.. lebih... lebih, gitu kan dari kebiasaan, salah satu contoh gini.. misalkan kalau nganter ke Harapan Kita, siapa lagi kalau bukan ibu, saya duduk aja. Kalau ngambil obat kan rutin ke Bogor nah ke Puskemas dulu ibu selalu nemenin, belum pernah ibu ‘udah bapak sendiri gitu’, walau pun udah keliatan bisa bawa mobil gitu kan, sekarang harus*

*bareng, karena merasa sudah tua jadi makin eee... apa namanya sama-sama menitipkan diri, sama-sama berpikir usia kita tinggal berapa tahun lagi, makanya saling menghormati, saling menyayangi dan saling mengasihani. Jadi keharmonisan itu makin... dalam artian... apalagi saya sakit, begitu pula sebaliknya saya pun kan harus balik balas kebaikan, makanya kalau ada keluhan ibu kan saya buru-buru ngajak ke dokter gitu, buruan jangan nunggu nanti...". (Indra, W2, 419).*

#### **5.7.4 Kecemasan Terhadap Kematian Mengganggu Aktivitas Indra**

Indra memiliki kecemasan mengenai kematian. Hal tersebut timbul saat ia mendengar tetangganya yang meninggal. Ia membutuhkan waktu beberapa saat untuk menenangkan diri sebelum bisa berangkat untuk melayat tetangganya itu. Ia pun merasa akan meninggal saat dadanya terasa sakit. Oleh karena itu, Indra menghindari kegiatan-kegiatan yang menimbulkan rasa lelah. Ia akan menolak jika diajak bepergian keluar kota dan dalam jadwal yang padat. Peristiwa serangan jantung yang hampir merenggut nyawanya itu membuat Indra merasa trauma. Ia merasa bahwa setiap hari Jumat adalah suatu pertanda bagi dirinya karena mendapatkan serangan jantung di hari Jumat. Oleh karena itu, Indra segera pergi ke masjid dan berdoa. Sesudah berdoa ia merasa lebih baik. Indra selalu membawa obat sakit jantung setiap kali pergi keluar rumah untuk mengantisipasi adanya peningkatan gejala penyakit.

*“Sebab tadi, yang tadinya aktif terus ketika ada yang meninggal tetangga nah ini mohon maaf saya bukan buru-buru gak mau datang gitu dalam hati saya ini. tapi saya juga perlu menenangkan diri saya juga, saya tenang diri saya, sudah beberapa waktu baru bisa ngelawat” (Indra, W2, 150).*

Indra merasa cemas apabila ia lupa meminum obat karena berpendapat gejala penyakit akan meningkat apabila lupa meminum obat. Indra merasa bahwa ia harus segera mengonsumsi obat tersebut. Apabila Indra menunda untuk meminum obat tersebut ia membayangkan rasa sakitnya seperti saat ia mendapatkan serangan jantung. Rasa cemas ini yang kerap membuat aktivitas Indra

menjadi terbatas. Indra mengungkapkan bahwa ia akan membatasi kegiatan setiap kali teringat bahwa ia pernah mengalami serangan jantung. Padahal sebelumnya Indra cukup percaya diri. Tangannya juga menjadi basah saat teringat mengenai serangan jantungnya itu.

*“Yaaa kalau banyak kegiatan, kemarin-kemarin kan kegiatan pulang sore gitu kan, ya udah kadang lagi santai-santai, ibu yang negur, pak minum obat belum? astagfirullahalazim belum mah, gimana atuh kalau kayak gini, ya udah lah nanti sebentar lagi gitu kan, nah ketika nanti aja itu hehehe yang dibayangkan oleh saya itu nyeseknya gitukan” (Indra, W2, 77).*

Adanya kecemasan bahwa ia akan mendapatkan gejala penyakit saat tidak minum obat dibarengi dengan kekhawatiran adanya efek samping dari obat-obatan. Indra mengungkapkan bahwa ia mengatur sendiri frekuensi minum obatnya yang berbeda dari yang sudah ditentukan oleh dokter. Indra bahkan berkonsultasi dengan orang lain untuk mengganti obat yang telah diminumnya sehingga dapat menghindari efek samping dari pengobatan yang banyak.

*“Kalau (penyakit) kolesterol enggak ada. Kalau kolesterol itu kan oleh obat yang biasa di minum itu, makanya saya kemarin saya sudah tanda tangan, saya datang ke dokter, ke Puskesmas. [Saran] dari dokter itu meragukan ke kita, katanya ‘Pak Indra kalau minum obat ini ada gak efek sampingnya nanti?’, ‘Waduh, dok... dokter yang tau, kalo saya nggak tau’. Nah, ini kan dikasih obat juga gak saya makan full gitu kan. Ini juga coba dulu gitu, diantara obat yang pagi dengan yang sore nih, kita gak bisa bareng disini gitukan, akhirnya kita makan ditengah gitu kan hanya sekali, padahal mestinya ada [obat yang harus diminum]... yang dua kali tiga kali [dan] ada yang [harus diminum] sekali [sehari]. Tapi kita takut, akhirnya ambil [minum obat sesudah] makan siang aja. Cuman gak mampu efek jeranya. Akhirnya kita konsultasi dengan apa tuh dengan [petugas di] apotek, [lalu] apotek kasi obat. Akhirnya hasil konsultasi dengan [petugas di] apotek [disarankan] ‘Bapak, ini obatnya kalau sakit aja diminum, kalau gak sakit ya gak usah diminum’. Ini aja ni” (Indra, W2, 170)*

Indra merasa bahwa kondisi jantungnya merupakan hal yang penting. Ia selalu menantikan saat harus periksa ulang ke dokter jantung untuk mengetahui

kondisi terkini jantungnya. Ia merasa sudah melakukan banyak perubahan gaya hidup, sehingga kondisi jantungnya tidak memburuk. Namun, karena ia pernah mendengar pengalaman orang lain yang kondisi jantungnya memburuk saat melakukan pemeriksaan ulang, ia pun merasa cemas bahwa hal yang sama akan terjadi pada dirinya. Ia merasa takut saat melakukan pemeriksaan jantung dan tidak mau melihat hasil pemeriksaan tersebut.

*“Nah makanya dipasang ring biar saya bisa menjaga diri ya... menjaga diri... apa, kopi berhenti, rokok berhenti. Nah, akhirnya yang saya rasakan apa yang diberikan petuah atau nasihat dari dokter saya jalanin, itu tadi, jadi tidak ada apa-apa. Saat mau di-echo saya juga takut, tadinya mah gak mau lihat, ditunjuk-tunjuk sama suster hasilnya kan, gak ada apa-apa kok Alhamdulillah pak syukur. Udah, ceritanya kan dua hari kemudian kan harus konsul lagi ke dokter akhirnya saya kan datang lagi, dibaca, dia ngucap syukur ‘alhamdulillah sehat jantungnya, pak’. Nah mulai dari situ semangat. Awalnya saya ragu. Ragunya kan sama seperti saya saat mau proses pulang ada yang datang dari Purwakarta rencananya mau kontrol tapi malah dia disuruh nginap harus di apalah itu, dia mah ngerokok disuruh berhenti nggak bisa” (Indra, W2, 232).*

Indra juga mengkhawatirkan kehidupan anak pertamanya. Indra memiliki banyak harapan terhadapnya, namun kenyataan yang ada tidak terjadi sesuai dengan apa yang ia harapkan. Indra menyatakan bahwa harapan-harapan yang tidak menjadi kenyataan tersebut menimbulkan beban pikiran pada dirinya.

### **5.7.5 IM Sebagai Bentuk Ujian dari Tuhan**

Indra merasakan banyak hikmah dari serangan jantung yang dimilikinya ini. Ia merasa bahwa Tuhan memberikan ujian bagi dirinya agar dapat meningkatkan derajat keimanannya. Ia pun berpendapat bahwa di balik penyakitnya ini ia akan diberikan kesembuhan. Ia pun merasa bahwa Tuhan telah memberikan pertolongan kepadanya dan kesempatan hidup yang tidak dialami oleh semua penderita MI. Indra menjadi lebih dekat dengan Allah SWT. Adanya kecemasan ini menyebabkan Indra merasa harus lebih meningkatkan ibadahnya, yang sebelumnya belum menjadi perhatiannya.



*“Yaiya. Yang pertama kan yang saya tadi ambil hikmahnya. terus saya ambil ajaran yang pernah saya tahu, salah satu kasih sayang Allah [SWT] kepada umatnya dengan memberikan peringatan. Peringatan itu berupa musibah, musibah itu berupa sakit atau apa atau apa, gitu. Nah, dengan sabarnya itu maka akan ada kalo kita diberikan kesulitan akan ada didepannya diberikan kemudahan, kalo sakit sekarang akan ada kesehatan didepannya. Kalo ujiannya lulus maka akan ditingkatkan derajat segalanya” (Indra, W1, 673).*

Saat Indra merasakan adanya gejala penyakit, Ia kemudian bergegas pergi ke masjid dan berdoa. Ia pun pasrah kepada Tuhan jika memang sudah mencapai waktunya. Sesudah ia berdoa dan memasrahkan diri, Indra merasa gejala penyakitnya mereda. Pengakuan Indra terhadap kekuasaan Tuhan tergambar dari isi doa yang ia panjatkan. Ia merasa bahwa ia tidak berdaya tanpa pertolongan-Nya. Doa pula yang Indra rasakan menolong dirinya sehingga ia lancar dalam menjalankan ibadah umrah.

*“Untuk pemulihan itu tanpa bantuan dari Allah... [rasanya tidak mungkin...], makanya saya suka bilang ‘Ya Allah, saya ini tidak ada daya kecuali atas kehendak-Mu. Maka dari itu karena Engkau pencipta hamba, berikanlah hamba kekuatan, berikanlah hamba kesehatan’, itu aja. Jadi kita pengen sehat seperti dulu, cita-cita saya mah. Dan ingin memperlihatkan pada anak-anak itu bahwa kita itu tidak cengeng, kita itu punya Allah dan semua pun akan kembali kepada Allah, saya ajarkan pada anak gitu” (Indra, W1, 747).*

Indra menyakini bahwa sepenuhnya takdir mengenai kesehatan atau kematiannya ada di tangan Allah SWT. Ia pun memercayai bahwa cobaan penyakit yang diterimanya akan dilalui dengan ketawakalan dan keimanannya. Indra juga meyakini bahwa dirinya memiliki andil untuk dapat menjaga kesehatan. Oleh karena itu ia berusaha untuk mengubah gaya hidupnya agar kembali bugar.

*“...Yaa walau bagaimana kan kita hanya [menjalankan] sare'at, jalanin aja kan hakekatnya Allah yang nentuin. Makanya ada istilahnya kita itu kan*

*diwajibkan untuk usaha dan upaya wajib hukumnya, tapi nggak masuk sunnah, muazil. Nah itu kan demikian berarti tergantung Allah subhanahu wata'ala. Disitu aja” (Indra, W1, 840)*

### **5.7.6 Masalah Komunikasi Antara Pasien dan Dokter Memengaruhi Kepatuhan terhadap Pengobatan**

Indra memiliki keluhan-keluhan mengenai efek samping obat yang dikonsumsi, namun belum menceritakan hal ini kepada dokter yang memeriksanya. Adanya masalah komunikasi ini juga dirasakan Indra saat dokternya merasa ragu memberikan obat kepadanya. Hal ini mengakibatkan Indra tidak teratur mengonsumsi obat.

*“Iya, mau tidak mau kan harus menghilangkan itu, terus kalau yang lebih nyaman lagi cuman mahal ya itu Benecol, Benecol kan mahal sekali, delapan ribu sekarang tujuh sekian lah satunya, terus dua sehari” (Indra, W2, 537).*

Indra berusaha untuk mengatasi efek samping dari obat yang dikonsumsi dengan menggunakan obat-obatan herbal. Indra memercayai bahwa obat herbal akan membantu untuk membersihkan sisa-sisa racun obat. Ia pun tidak merasakan adanya efek samping dengan mengombinasikan obat herbal dengan obat resep dokter.

*“Iya karna saya baca herbal itu apa ya... namanya ada obat ini penguat saraf jantung sekaligus pembersih racun-racun dari obat-obat yang kita konsumsi. Nah itu... saya [coba] itu, tapi saya belum konsulkan ke dokter” (Indra, W1, 330)*

## **5.8 Hasil Wawancara Responden 8 (Rika)**

### **5.8.1 Latar Belakang**

Rika adalah seorang ibu rumah tangga berusia 59 tahun dan telah menikah selama 41 tahun. Ia bersuku Sunda. Baik Rika maupun suaminya adalah penderita penyakit jantung. Suami Rika diberikan penanganan berupa pemasangan ring di tahun 2010. Rika sendiri didiagnosa serangan jantung di tahun 2013. Saat ini Rika memiliki 3 orang anak dan dua orang cucu. Kegiatan Rika sehari-hari adalah mengantar cucunya pergi ke sekolah. Awalnya Rika memiliki tekanan darah tinggi dan diabetes yang kemudian berlanjut menjadi IM. Saat ini keluhan yang sering dirasakan oleh Rika adalah sakit pada dada dan rasa sesak.

### **5.8.2 Perbandingan Skor HRQOL, LVEF, CCI dan Hasil Wawancara**

Skor LVEF yang dimiliki Rika adalah 76% sehingga dapat digolongkan kelompok LVEF yang tinggi. Skor CCI sebesar 3 poin tergolong ke dalam kelompok pasien dengan komorbiditas tinggi. Skor Rika untuk skala HRQOL adalah 3,44 dari rentang nilai 1-7. Skor yang jatuh pada angka 3 ini berarti bahwa Rika sering mengalami kesulitan baik dari sisi fisik, psikologis dan sosial yang diakibatkan oleh timbulnya gejala penyakit atau penanganannya. Rika dalam wawancaranya menceritakan bahwa saat ini ia sudah merasa sehat dan jarang mengalami gejala penyakit meskipun terkadang merasa lelah jika melakukan pekerjaan-pekerjaan yang membutuhkan kekuatan fisik. Rika masih mampu melakukan aktivitas bersama dengan keluarganya seperti mengantar suaminya berobat atau mengantar sekolah cucunya. Suasana hati yang negatif seperti rasa sedih dan marah lebih banyak diakibatkan oleh hubungannya dengan suami dari pada diakibatkan dari penyakitnya.

Wawancara dilakukan dua kali. Wawancara pertama dilakukan di rumah Rika. Meskipun kondisi sepi, saat wawancara pertama suara Rika sangat pelan terutama saat menceritakan kondisi hubungannya dengan suami. Ia terkadang gunakan bahasa tubuh agar tidak terdengar oleh suaminya yang berada di ruangan lain. Observasi yang dilakukan menunjukkan bahwa Rika masih mampu untuk

melakukan aktivitas secara mandiri. Saat berjalan ia tidak membutuhkan bantuan alat atau pun orang lain. Ia juga dapat melakukan kegiatan rumah tangga sehari-hari seperti memasak. Meskipun demikian raut wajah Rika nampak agak sayu dan lemah. Wawancara kedua bertempat di kantin rumah sakit saat Rika melakukan pemeriksaan rutinnnya. Saat wawancara kedua suara Rika lebih terdengar jelas dan tidak lagi menggunakan bahasa tubuh.

Skor LVEF yang tergolong tinggi berhubungan dengan hasil wawancara yaitu Rika masih mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa disertai sesak napas, kaki bengkak ataupun kehabisa napas. Namun skor HRQOL menunjukkan data yang sebaliknya. Rika memperoleh skor HRQOL yang tergolong rendah. Skor CCI yang termasuk komorbiditas tinggi nampaknya berhubungan dengan skor HRQOL Rika yang rendah. Meskipun demikian, hasil wawancara menunjukkan Rika hanya sesekali merasakan adanya gejala penyakit bahkan saat ini Rika sudah merasa sehat kembali.

### **5.8.3 Perilaku Kasar Pasangan Menambah Gejala Fisik IM**

Suami Rika juga memiliki penyakit jantung beberapa tahun sebelum Rika sendiri didiagnosa memiliki penyakit jantung. Sebelum IM, suaminya juga pernah mengalami *stroke* ringan dan memiliki penyakit diabetes. Rika mengaku bahwa dirinya yang mengurus segala perawatan suaminya dengan mengantar suaminya untuk berobat ke akupuntur dan juga membuatkan berbagai ramuan herbal. Bahkan saat Rika sakit pun, Rika masih mengurus perawatan suaminya. Suami Rika tidak mau tahu dengan kondisi kesehatan Rika, sehingga Rika yang mengurus kesehatannya sendiri. Saat Rika mencoba untuk mengeluhkan gejala penyakitnya pada suaminya, Rika malah disalahkan dan dituduh tidak minum obat. Rika akhirnya lebih banyak dibantu oleh anak-anaknya yang kebetulan menjadi dokter untuk mengurus obat-obatannya. Ia merasa sangat terbantu karena kerap diberikan saran-saran yang berguna untuk kesehatannya.

*“Kalo sekarang sebenarnya banyak ininya ya (memeragakan dengan tangan bahwa bapak sering marah dan temperamennya tinggi dengan suara agak berbisik), cuman kasian gimana ngomongnya ehehehe... suami kan begitu sakit juga, tapi ya nggak jadi masalah karena udah tua juga. Kalo dia sih saya yang ngurus obatnya, tapi kalo dia mana tau obat saya, mana tau dia... gak ada. Saya terus yang rawat dia sampe sakit sekarang juga. Iya dari pertama sakit sampe saya sakit juga saya tetep ngurus, pokoknya harus ada gitu nggak mau tau. Soalnya kalau gak diikutin maunya kan nanti gini-gini suara kenceng (bicara agak berbisik bahwa bapak suka marah)” (Rika, W1, 376).*

Di awal pernikahan, Rika mengharapkan agar mereka saling memahami dan membantu satu sama lain, namun semua urusan rumah tangga dikerjakan oleh Rika seorang diri. Suami hanya membiayai dan tidak tahu menahu mengenai pengeluaran maupun urusan rumah tangga yang terjadi. Suami Rika juga dinilai keras ucapannya dan menimbulkan rasa sakit hati. Mereka pun kerap berkonflik, namun Rika lebih banyak mengalah dan tidak mau memperpanjang masalah daripada dimarahi oleh suaminya. Akibat sakit hatinya ini Rika terkadang berpikir untuk mengakhiri pernikahannya ini, namun ia kesampingkan hal tersebut karena berpikir suaminya masih menyayanginya. Meskipun demikian, Rika masih merasa bersyukur bahwa suaminya hanya sebatas menyakiti perasaannya bukan tubuhnya.

*“Saya kadang suka ngomong dalam hati... saya gak bisa kalo digituin. Sakit dulu saya diobatin sama ayah saya, saya disekolahkan, terus untuk apa kalo untuk disakitin? Gitu. Mending gak usah nikah kan sekalian. Tapi saya kesampingkan, kan... dari pada tambah marah dia. Kalo ada apa-apa, salah apa-apa, saya yang disalahin. Walaupun yang salah siapa... saya yang disalahin” (Rika, W2, 127).*

Akibat adanya konflik dengan suaminya berdampak pada tubuhnya. Ia kerap merasakan rasa sakit di dada dan pusing kepala setiap kali menghadapi konflik dan mendapatkan amarah dari suaminya. Bahkan Rika mengungkapkan bahwa sakit typhus yang dialaminya beberapa waktu yang lalu adalah akibat Rika mogok makan karena diperlakukan kasar oleh suaminya. Saat Rika merasakan sakit hati dan marah, ia kerap menyembunyikan hal tersebut dari orang lain dan menangis seorang diri di kamar mandi. Meskipun anaknya mengetahui mengenai interaksi

ayah dan ibunya namun tidak ada yang berani berbicara langsung kepada ayahnya. Rika mengatakan bahwa anak-anaknya juga tidak dekat dengan ayahnya. Rika berusaha untuk memaklumi tabiat suaminya tersebut dengan alasan suaminya dalam kondisi sakit dan sudah tua. Rika sering berpikir mengapa ia dijodohkan dengan suami yang seperti ini.

*“Kemarin tuh kan saya gak sengaja cucu saya pukul gini di kakinya. Kemarin kan abis pulang dari sini cuci darah kepalanya pusing terus hmm apa bangun pagi kan jam 3 juga tuh. Saya tuh lagi mau gini, cucu saya ini banyak mau banget, uti bukain cokelat, dibukain. Baru abis dibukain, uti ini-nya... mau minum ini... aduuuh uti minta susu, astagfrullah saya ini-in kakinya. Ada bapak, saya dimarahin abis-abisan hehehe padahal kakinya doang gini. Kamu ngajarin anak gitu-gitu banget, gitu-gitu padahal kepala saya lagi pusing itu hehehe. Terus sorenya saya manggil tukang urut pusing kepala saya urut aja deh hehehe” (Rika, W2, 86).*

#### **5.8.4 Kecemasan Terhadap Berulangnya IM Membuat Rika Lebih Patuh terhadap Pengobatan**

Rika mengatakan bahwa ia memiliki kekhawatiran mendapatkan serangan jantung lagi. Rasa sakit yang dialaminya saat ia mengalami serangan jantung menyebabkan Rika tidak ingin lagi mendapatkan hal tersebut. Oleh karena itu Rika menghindari kegiatan-kegiatan yang menimbulkan rasa lelah seperti bepergian ke pasar dan mengangkat benda berat. Selain membatasi diri dari kegiatan-kegiatan tersebut Rika juga menjadi termotivasi untuk mengikuti perubahan gaya hidup sebagaimana yang telah dianjurkan oleh dokternya. Selain memiliki pola makan yang lebih sehat, Rika juga rutin mengonsumsi obat-obatannya secara teratur sesuai dengan aturan minumnya. Ia tidak memiliki kekhawatiran bahwa obat-obatan yang cukup banyak tersebut akan menimbulkan reaksi pada dirinya. Rika berpendapat bahwa obat-obatan tersebut membantu dirinya agar terhindar dari gejala penyakit.

*“Ehm ehm... kita kan kalo... e... apa, ngangkat berat. Kadang kayaknya takut gitu ya. Terus makan dijaga ya, biasanya yang lemak-lemak makan*

*bebas gitu kan sekarang dikontrol, ini deh yang istilahnya merangsang hehe... nggak... nggak deh... nggak dicoba, nggak lah” (Rika, W1, 143).*

Rika tidak memiliki kekhawatiran bahwa penyakit jantung ini akan membuat ia cepat meninggal. Rika mengaku bahwa ia pasrah dengan keputusan Tuhan jika memang harus meninggal. Rika mengurangi kegiatannya di lingkungan sosial rumahnya, namun menurut pengakuan Rika, hal tersebut bukan diakibatkan oleh kecemasannya, namun karena ia lebih memilih untuk mengantar jemput cucunya ke sekolah setiap hari dan adanya masalah dengan tetangganya.

*“Saya kalo saya sih pasrah. Ada yang bilang kalo gagal jantung paling lama lima tahun. Cuma ya... kita gimana pun juga usaha sambil ya inilah kalo bisa tetap kontrol” (Rika, W1, 171).*

#### **5.8.5 Adanya Kepasrahan Kepada Tuhan Sekaligus Kesadaran Akan Peran Diri Pada Kesehatannya**

Rika meyakini bahwa Tuhan yang mengatur kesehatan dirinya dan juga kehidupannya. Ia menyerahkan diri sepenuhnya kepada Tuhan mengenai kesembuhan dirinya. Meskipun bersikap pasrah, ia masih merasa optimis bahwa penyakitnya akan membaik. Ia merasa bahwa usaha terbaiknya sudah dilakukan, namun jika Tuhan berkehendak bahwa ia harus sakit, Rika mengatakan bahwa ia akan menerima dan menjalaninya. Menurut Rika hikmah yang ia dapatkan sesudah mendapatkan serangan jantung adalah kesadaran bahwa kesehatan merupakan hal yang penting. Meskipun tubuh merasa sehat namun jangan sampai terlena dan harus secara rutin memeriksakan diri. Adanya keyakinan ini menyebabkan Rika melakukan banyak perubahan dalam gaya hidupnya.

*“Ya tetap optimislah kalo bisa. Pengobatan juga dilakukan, usaha kan dari sana sini ya supaya bisa sehat lagi. Kalo dari sananya udah dikasi penyakit gini terus kita mau berbuat apa? Palingkan cuma menjalani, kan” (Rika, W1, 174)*

Rika mengaku bahwa tidak terdapat banyak perubahan dalam hal ibadah sejak ia sakit. Ia melakukan ibadah-ibadah yang wajib seperti sholat lima waktu dan puasa. Ia juga rutin melakukan ibadah sholat tahajud dan dhuha, namun sejak sakit dan adanya benturan dengan tetangganya menyebabkan ia tidak lagi menghadiri majelis taklim di lingkungan rumahnya. Rika rutin melakukan sholat tahajud. Saat ia melakukan sholat tahajud, ia dapat mengadukan masalahnya dengan suaminya kepada Tuhan. Ia kerap menangis saat sholat jika mengingat perlakuan suaminya yang tidak memedulikan kondisi fisiknya yang sudah sakit.

*“Tahajud, sholat malam. Sering saya nangis kalo lagi solat malam mbak. Ya minta ini itu... apalagi sekarang sakit suami juga begitu. Tapi kalau lagi solat wajib biasa nggak pernah saya kayak gitu, pas tahajud aja. Kalo saya sama bapak ya tadi saya bilang saya yang ngomong pelan-pelan, yaitu makanya ampe sakit itu stress mikirin. Kena ke sini kalau bapak ngomong keras (memegang dadanya kembali). Kadang ya nangis waktu tahajudnya gitu, saya mikirin bapak yang gitu stress sendiri [bicara agak pelan dan hati-hati seperti takut terdengar oleh suaminya] padahal sama-sama sakit tapi dia gak pernah iniin saya. Dia kan selalu saya yang ngurus”. (Rika, W1, 466).*

#### **5.8.6 Kemudahan Akses Kesehatan Memengaruhi Kepatuhan Terhadap Pengobatan**

Rika memiliki anak-anak yang bekerja di bidang kesehatan. Berdasarkan informasi dari anaknya Rika mengetahui bahwa sakit dada hebat yang ia rasakan adalah serangan jantung, sehingga ia segera memeriksakan diri. Adanya anak yang berprofesi sebagai dokter ini menyebabkan Rika juga banyak mendapatkan saran dan informasi mengenai penyakitnya. Hal ini menyebabkan Rika lebih memahami penyakit yang dimilikinya itu.

*“Hari Minggu, eh Sabtu kan serangan, saya belum berangkat juga dalam hati saya nggak ngerasa itu serangan tapi anak-anak saya bilang ‘mama serangan... ya udah coba ke Harapan Kita”. (Rika, W1, 65)*



Rika dahulu menggunakan asuransi Askes. Sejak Askes berganti menjadi BPJS, Rika mengeluhkan kurang lengkapnya obat yang diberikan serta pemahaman dokter mengenai penyakitnya. Rika juga mengeluhkan bahwa adanya pergantian dokter menyebabkan dokter yang sekarang menanganinya nampak tidak memahami apa penyakit yang sesungguhnya dimilikinya. Rika pun mengeluhkan proses administrasi yang panjang dan berbelit sehingga cukup menyulitkan dirinya. Rika mengaku bahwa adanya kekurangan obat jantung banyak ditolong oleh anaknya. Selain itu, Rika juga kerap mendapatkan kemudahan saat melakukan pemeriksaan di dokter karena dokter tersebut adalah kenalan anaknya.

*“Iya. Kalo ada kekurangan obat sekali-kali saya ngomong tapi kan yang satu lagi di Kalimantan yang satu lagi dimana. Tapi iya kalau saya yang ngurus anak-anak, suami gak pernah tau, tapi ya udah gak jadi masalah karena udah terbiasa begitu juga” (Rika, W1, 383).*

## **5.9 Rangkuman Hasil Penelitian Kualitatif**

Hasil penelitian studi 2 membahas peranan kualitas pernikahan, coping religius islami dan kecemasan terhadap HRQOL pada pasien IM. Berdasarkan hasil penelitian studi 1 dapat disimpulkan bahwa kecemasan memiliki pengaruh langsung yang negatif terhadap HRQOL dan kepuasan pernikahan sementara itu merupakan moderator yang signifikan pada hubungan antara kecemasan dengan HRQOL. Coping religius Islami tidak menjadi moderator yang signifikan pada hubungan antara kecemasan dengan HRQOL. Hasil penelitian studi 2 akan menjelaskan lebih lanjut dinamika hubungan antara aspek-aspek tersebut.

### **5.9.1 Peranan Kecemasan Terhadap HRQOL**

Kecemasan merupakan aspek yang berperan terhadap HRQOL pasien IM. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa kecemasan merupakan reaksi emosional yang kerap dialami oleh pasien terutama saat mereka mengalami peningkatan gejala penyakit seperti rasa tidak nyaman di dada. Terdapat tiga bentuk

kecemasan yang dirasakan oleh pasien paska IM. Pertama, kecemasan terhadap kematian. Setiap kali pasien merasakan rasa tidak nyaman pada dada, mereka merasa bahwa umur mereka tidak panjang lagi. Hal ini diakibatkan karena pemahaman mereka bahwa penyakit jantung adalah penyakit yang dapat mengancam jiwa. Kedua, mereka juga merasa cemas bahwa penyakitnya akan bertambah parah atau akan mendapatkan serangan jantung sewaktu-waktu. Ketiga, pasien IM memiliki kecemasan adanya efek samping terhadap pengobatan. Pasien IM harus mengonsumsi obat-obatan secara rutin dalam jangka waktu yang lama dan menjalani penanganan medis seperti pemeriksaan rutin ataupun yang bersifat invasif seperti kateterisasi ataupun pemasangan *ring* pada jantung. Adanya penanganan medis ini dikhawatirkan menimbulkan efek samping yang dapat menyebabkan timbulnya penyakit lain pada pasien, rasa sakit dan rusaknya kulit.

Meskipun pasien paska IM merasakan kecemasan namun bentuk perilaku yang dilakukan pasien IM dengan HRQOL tinggi berbeda dengan mereka yang memiliki HRQOL rendah. Pasien dengan HRQOL tinggi tetap berusaha untuk patuh terhadap pengobatan dan mengubah gaya hidupnya sesuai dengan anjuran dari tenaga kesehatan. Pada pasien dengan HRQOL rendah, adanya fokus terus menerus terhadap kecemasan terhadap efek samping pengobatan menyebabkan pasien enggan untuk patuh terhadap pengobatan dan saran dokter dan lebih memusatkan usahanya pada pengobatan alternatif dibandingkan penanganan secara medis.

Pasien paska IM cemas bahwa penyakitnya akan kambuh sewaktu-waktu. Meskipun demikian terdapat perbedaan perilaku antara pasien HRQOL tinggi dan pasien HRQOL rendah. Pasien dengan HRQOL tinggi meskipun merasa cemas, namun kecemasan tersebut tidak menyurutkan semangat pasien untuk aktif bekerja dan bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya. Pasien dengan HRQOL tinggi bahkan memiliki peran di dalam organisasi kemasyarakatan. Adanya kegiatan ini memungkinkan pasien untuk memperoleh dukungan dan sumber penghargaan dari orang lain selain dari keluarga inti. Pada pasien dengan HRQOL rendah, kecemasan menyebabkan Pasien juga lebih banyak menghindari aktivitas-aktivitas di luar rumah karena mengkhawatirkan bahwa aktivitas tersebut akan menimbulkan

gejala penyakit. Adanya penghindaran aktivitas ini menyebabkan terbatasnya sosialisasi pasien dengan lingkungan sekitar.

### **5.9.2 Peranan Kepuasan Pernikahan Terhadap HRQOL**

Terkait dengan kepuasan pernikahan, pasien IM mengungkapkan bagaimana kepuasan pernikahan berperan terhadap HRQOL. Hal-hal yang mendukung kepuasan pernikahan adalah adanya dukungan dari pasangan dan penanganan konflik. Konflik adalah hal yang biasa terjadi pada pernikahan. Pasien dengan HRQOL tinggi dan rendah sama-sama berusaha untuk menghindari konflik dengan pasangan karena berpendapat bahwa konflik dapat menyebabkan peningkatan gejala penyakit. Meskipun demikian, terdapat perbedaan cara menghadapi konflik pada pasien HRQOL tinggi dan rendah. Pada pasien HRQOL rendah, konflik dengan pasangan diwarnai dengan adanya perilaku agresif. Pasangan kerap melontarkan kata-kata yang menyinggung perasaan dan menyalahkan ataupun pengabaian. Perilaku agresif dari pasangan ini kemudian memengaruhi emosi pasien sehingga pasien merasa marah, bingung dan sedih. Adanya emosi negatif tersebut kemudian dapat menyebabkan meningkatnya gejala penyakit seperti dada terasa sakit bahkan hingga dirawat di rumah sakit. Perkataan yang menyakitkan dan pengabaian dari pasangan menyebabkan pasien merasa sudah tidak berharga lagi di mata pasangan.

Pasien dengan HRQOL tinggi pun mengalami konflik pada pernikahannya. Pada pasien HRQOL tinggi, meskipun mereka juga mengalami konflik namun tidak disertai adanya perilaku agresif. Pasangan tidak mengeluarkan perkataan yang menyakitkan dan merendahkan diri pasien. Selain itu, saat berinteraksi sehari-hari terdapat adanya sikap saling menghormati bahkan humor. Pasien merasa harga dirinya meningkat dengan adanya sikap menghargai dari pasangan. Pasien merasa bahwa sikap pasangan tidak berubah meskipun kondisi fisik atau kondisi ekonomi pasien telah berubah paska IM. Pasien tetap dianggap sebagai figur penting yang dihormati dan didengarkan. Humor kerap dilontarkan oleh pasangan dan pasien untuk menyegarkan suasana.

Dukungan dari pasangan dirasakan penting bagi pasien terutama saat pasien harus beradaptasi terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di dalam kehidupannya. Adapun dukungan yang diberikan adalah berupa dukungan perawatan penyakit seperti mengantarkan berobat ke dokter, menyiapkan obat-obatan dan dukungan terhadap perubahan gaya hidup seperti menyiapkan makanan yang sesuai dengan anjuran dokter. Baik pada pasien HRQOL tinggi dan rendah, pasangan membantu dari sisi dukungan terhadap perawatan penyakit, terutama di masa-masa awal pasien mendapatkan IM. Namun dukungan tersebut lama kelamaan tidak lagi diberikan oleh pasangan. Hal ini terutama terjadi pada pasien dengan HRQOL rendah. Setelah beberapa waktu paska IM, pasien harus menyiapkan makanan dan obat-obatannya sendiri. Pemeriksaan rutin ke dokter pun lebih banyak dibantu oleh anggota keluarga yang lain dibandingkan oleh pasangan. Pada kelompok pasien HRQOL tinggi, dukungan terhadap perawatan penyakit secara konsisten tetap diberikan oleh pasangan. Pasangan membantu pasien untuk menyiapkan makanan dan obat-obatan sesuai anjuran dokter. Adanya dukungan ini menunjang pasien untuk dapat beradaptasi terhadap perubahan-perubahan yang terjadi paska IM.

Pasien tidak hanya membutuhkan dukungan terhadap perawatan penyakitnya, nampaknya dukungan emosi terhadap pasien adalah hal yang dapat membantu meringankan emosi negatif bahkan gejala penyakit yang dialaminya. Hal ini terutama dialami oleh pasien dengan HRQOL tinggi. Adanya perilaku seperti misalnya mengoleskan obat gosok ke punggung atau menyiapkan minuman herbal dirasakan dapat meringankan rasa sakit yang dialaminya. Pasangan juga berusaha menenangkan perasaan pasien saat pasien memikirkan suatu masalah tertentu. Pasien dengan HRQOL rendah merasa dirinya kerap diacuhkan dan tidak mendapatkan perhatian dari pasangan. Pasien akhirnya lebih banyak mencari dukungan ke anggota keluarga yang lain guna meringankan masalah yang dihadapinya.

### 5.9.3 Peranan Coping Religius Islami Terhadap HRQOL

Hal lain yang tergal melalui wawancara adalah mengenai *coping* religius yang digunakan untuk menghadapi IM. Baik pasien dengan HRQOL rendah maupun tinggi menyatakan bahwa mereka menggunakan perilaku *coping* religius sebagai respon terhadap tantangan yang berasal dari IM. Pasien menyakini adanya peran Tuhan dalam kesehatannya, sehingga penyakit IM yang dimilikinya merupakan takdir yang harus diterimanya. Oleh karena itu pasien merasa pasrah dengan kondisi yang dimilikinya. Meskipun ada kepasrahan terhadap apa yang menjadi keputusan Tuhan, kedua kelompok meyakini bahwa dirinya juga memiliki andil sehingga mereka mendapatkan penyakit IM. Oleh karena itu, pasien juga merasa bahwa dirinya perlu melakukan suatu usaha untuk memulihkan kembali kondisi fisiknya seperti memeriksakan diri secara teratur ke dokter dan mengonsumsi obat sesuai dengan petunjuk dokter. Kedua kelompok pasien juga menggunakan ritual keagamaan seperti berzikir dan berdoa untuk mengatasi gejala penyakit yang dirasakannya.

Meskipun kedua kelompok pasien menggunakan coping religius saat menghadapi situasi paska IM, namun terdapat perbedaan antara kedua kelompok. Pasien HRQOL tinggi memiliki pemaknaan positif terhadap penyakit yang dimilikinya. Pasien memaknai penyakit sebagai kesempatan kedua untuk memperbaiki segala kesalahan yang pernah diperbuat dan meningkatkan ibadah. Hal ini menyebabkan pasien tidak menganggap segala kesulitan maupun penurunan kondisi fisik sebagai sesuatu yang negatif. Bahkan pada beberapa pasien, adanya pemaknaan ini menimbulkan rasa syukur kepada Tuhan dan menilai Tuhan sebagai sosok yang Maha penyayang. Pasien dengan HRQOL rendah tidak secara langsung memaknai penyakitnya sebagai sesuatu yang positif. Pasien membutuhkan proses yang cukup panjang untuk dapat memaknai bahwa penyakitnya adalah kesempatan untuk memperbaiki kesalahan bahkan penyakitnya ini dapat dimaknai sebagai hal yang memberatkan dan menimbulkan keputusasaan sehingga timbul kemarahan terhadap Tuhan.

#### **5.9.4 Perbedaan Hasil Wawancara dengan Skor Kuesioner**

Terdapat perbedaan skor kuesioner dengan hasil wawancara yaitu pada aspek kepuasan pernikahan. Ditemui adanya kecenderungan memberikan kesan baik kepada anggota keluarga yang dapat menyebabkan adanya perbedaan skor kuesioner dengan hasil wawancara. Saat pasien mengisi kuesioner biasanya mereka didampingi oleh pasangan atau anak yang kebetulan pada saat itu menemani pasien untuk berobat, oleh karena itu pasien cenderung memberikan skor tinggi pada kuesioner kepuasan pernikahannya. Namun saat dilakukan wawancara, pasien dapat memberikan gambaran yang berbeda karena tidak ditemani oleh pasangan atau anak mereka. Pasien dapat menceritakan hal yang sesungguhnya terjadi antara dirinya dengan pasangan.

Hasil perbedaan skor kuesioner dan hasil wawancara juga ditemui pada aspek LVEF, komorbiditas dan HRQOL. Pasien yang memiliki nilai LVEF rendah jarang melaporkan adanya gangguan seperti sesak nafas saat mereka melakukan aktivitas fisik. Demikian pula halnya pada aspek komorbiditas dan HRQOL. Apabila melihat dari gambaran jawaban responden, saat responden ditanya mengenai kondisi fisik mereka, responden menjawab secara global yang meliputi bagaimana mereka beraktivitas sehari-hari. Responden juga lebih banyak menceritakan mengenai kondisi emosional yang mereka miliki terutama yang disebabkan oleh interaksi dengan anggota keluarganya dibandingkan dengan kondisi fisiknya.

#### **5.9.5 Adanya Aspek Lain yang Turut Memengaruhi HRQOL**

Terdapat hal lain yang terungkap selama wawancara berlangsung. Salah satu hal yang tergal saat wawancara adalah faktor gender. Baik pasien perempuan yang memiliki HRQoL rendah maupun tinggi memiliki tanggung jawab untuk mengurus suaminya yang juga memiliki penyakit kronis. Pasien perempuan selain memiliki penyakit IM yang cukup membebani kehidupannya sehari-hari, mereka juga harus mengurus rumah tangga dan bertanggung jawab merawat pasangannya yang memiliki penyakit kronis. Adanya beban ganda ini nampaknya bisa menjadi

lebih berat apabila saat berinteraksi dengan suami lebih banyak diwarnai dengan konflik dan emosi negatif.

Aspek komunikasi antara pasien dan dokter juga merupakan aspek yang ditemui pada wawancara. Aspek ini berperan terhadap HRQOL pasien terutama hubungannya dengan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Komunikasi antara pasien dan dokter meliputi penjelasan mengenai obat yang dikonsumsi dan perawatan yang akan dijalani pasien. Responden mengutarakan kebutuhan mereka mengenai dampak jangka panjang dan efek samping dari obat-obatan yang dikonsumsi. Hal ini terutama berhubungan dengan kecemasan mereka terhadap efek samping yang dapat mereka peroleh. Responden yang merasa kurang mendapatkan informasi yang menyeluruh mengenai pengobatan cenderung mengurangi dosis obat yang semestinya dikonsumsi bahkan beralih ke pengobatan alternatif.

## **BAB 6**

### **DISKUSI, KESIMPULAN DAN SARAN**

Berikut ini akan dibahas diskusi untuk menjelaskan hasil penelitian yang sudah didapatkan. Sesudah itu akan dituliskan kesimpulan-kesimpulan yang didapatkan dari hasil penelitian pada studi 1 dan studi 2. Pada bab ini juga akan dibahas saran yang dikemukakan berdasarkan hasil penelitian yang kemudian dilanjutkan dengan implikasi hasil penelitian serta keterbatasannya.

#### **6.1 Diskusi Hasil**

Penelitian tahap pertama bertujuan untuk menguji model kontekstual HRQOL pada pasien IM. Model-model HRQOL lainnya yang telah ada cenderung mengabaikan adanya pengaruh lingkungan yang dapat memengaruhi HRQOL pasien. Model penelitian ini melibatkan adanya faktor proksimal (kecemasan, LVEF, komorbiditas) dan distal (kepuasan pernikahan dan coping religius islami) sebagai variabel yang memengaruhi HRQOL. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kecemasan berhubungan secara negatif dengan HRQOL. Kepuasan pernikahan adalah moderator hubungan antara kecemasan dan HRQOL. Coping religius Islami bukan moderator yang signifikan pada hubungan antara kecemasan dan HRQOL. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara LVEF dan komorbiditas.

Hasil penelitian menyimpulkan adanya pengaruh negatif kecemasan terhadap HRQOL pada pasien IM. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang mengungkapkan bahwa kecemasan menimbulkan keengganan pasien untuk patuh terhadap pengobatan dan gaya hidup yang dianjurkan oleh dokter (Blakemore et al., 2014; Hosseini et al., 2014; Kepka et al., 2013). Individu yang mengalami kecemasan cenderung mengalami perubahan pada fungsi fisiologis seperti denyut jantung yang tidak teratur yang memengaruhi sistem kardiovaskular dan sistem pertahanan tubuh (imunitas) (Denollet et al., 2006; Martens et al., 2010). Pasien yang mengalami kecemasan juga cenderung



melakukan gaya hidup yang tidak sehat dan memiliki kepatuhan yang rendah terhadap anjuran tenaga kesehatan (Sanderson, 2013; Taylor, 2015). Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan pada studi menjelaskan peranan kecemasan terhadap HRQOL. Pasien IM berpendapat bahwa penyakitnya dapat kambuh sewaktu-waktu. Adanya anggapan ini menyebabkan menyebabkan pasien menghindari aktifitas di luar rumah. Pasien juga memiliki kecemasan terhadap dampak perawatan kesehatan (i.e. efek samping obat dan penanganan medis), sehingga pasien enggan menjalani perawatan kesehatan yang mereka butuhkan. Bahkan kemudian pasien bisa beralih pada pengobatan alternatif yang belum tentu dapat membantu pasien menjadi lebih sehat. Perilaku mencari pengobatan alternatif merupakan perilaku yang biasa dilakukan oleh masyarakat Indonesia dan disimpulkan bahwa perilaku ini dapat menyebabkan keterlambatan memperoleh penanganan medis (Iskandarsyah et al., 2014).

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa kepuasan pernikahan adalah moderator pada hubungan antara kecemasan dan HRQOL. Hal ini berarti bahwa kepuasan pernikahan dapat menurunkan efek negatif kecemasan terhadap HRQOL. Robles et al. (2014) menyatakan bahwa kepuasan pernikahan dapat memiliki efek *buffer* terhadap kesehatan. Adanya pasangan dalam kehidupan dapat menjadi bentuk dukungan sosial yang dapat membantu meringankan dampak stres yang dirasakan atau dengan melalui proses kognitif yaitu peristiwa negatif tidak dipersepsi sebagai sumber stres. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian beberapa penelitian sebelumnya (Bookwala, 2011; K, Stapleton, & Turrisi, 2008). Hasil penelitian kualitatif menjelaskan bagaimana kepuasan pernikahan berperan terhadap terhadap kecemasan pada pasien IM. Salah satu hal yang berkontribusi pada kepuasan pernikahan adalah adanya dukungan dari pasangan terhadap pasien. Saat pasien sedang merasakan emosi negatif ataupun peningkatan gejala penyakit, pasangan dapat membantu pasien untuk dengan melakukan tindakan yang dapat meringankan hal tersebut seperti misalnya menenangkan perasaan pasien ataupun mengoleskan obat gosok sehingga pasien kembali merasa nyaman.

*Coping* religius Islami tidak terbukti sebagai moderator pada hubungan antara kecemasan dengan HRQOL. Hasil penelitian ini sejalan dengan beberapa hasil penelitian (Krause & Van Tran, 1989; C. L. Park & Dornelas, 2012). Ada

beberapa penjelasan mengenai hasil penelitian ini. Pertama, masyarakat Indonesia adalah masyarakat yang religius yang selalu menjadikan agama sebagai cara untuk mengerti dan memahami dunia (Sallquist et al., 2010). Oleh karena itu, pada saat mereka mengalami suatu kejadian negatif pada kehidupannya, perilaku *coping* dengan menggunakan keyakinan agama maupun ritualnya sudah merupakan hal yang biasa dilakukan oleh masyarakat Indonesia. Hal ini dibuktikan pada nilai rata-rata dimensi perilaku coping religius yang memiliki nilai 4,843 dengan  $SD = 0,47$  pada skala nilai 1-6, sehingga dapat disimpulkan responden penelitian sering menggunakan coping religius islami. Penjelasan yang kedua adalah menurut Krause dan Van Tran (1989), tingkat religiusitas memiliki efek meningkatkan *self efficacy* dan penguasaan (*mastery*) bahkan pada saat tidak adanya kejadian negatif dan tingkat stres seseorang tidak meningkatkan keterlibatan religius seseorang. Tingkat religiusitas seseorang cenderung stabil terutama saat menginjak usia senja. Jamaknya penggunaan perilaku coping religius saat menghadapi masalah adalah hal yang juga ditemui pada hasil wawancara pada studi 2. Seluruh responden yang diwawancara mengungkapkan bahwa mereka meyakini bahwa penyakit yang dideritanya kini adalah takdir dari Tuhan. Mereka pun meyakini bahwa Tuhanlah yang menentukan kesehatannya. Selain adanya keyakinan, pasien IM pun menggunakan doa dan dzikir untuk membantu mereka menenangkan pikiran dan meringankan gejala penyakit.

Meskipun hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *coping* religius Islami tidak terbukti sebagai moderator hubungan antara kecemasan dengan HRQOL, namun apabila dilakukan uji analisis SEM dengan mengeluarkan variabel kepuasan pernikahan, hasilnya menunjukkan perilaku coping religius Islami merupakan prediktor langsung terhadap HRQOL. Pasien IM yang menggunakan perilaku *coping* religius Islami yang tinggi cenderung memiliki HRQOL yang tinggi pula. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku *coping* religius Islami merupakan prediktor yang signifikan untuk meningkatkan HRQOL.

Komorbidity sebagai indikator fisik yang dapat memengaruhi HRQOL pasien tidak terbukti sebagai indikator yang signifikan. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan adanya hubungan antara komorbidity dengan HRQOL (Hosseini et al., 2014; Martin et al., 2012;

Sundh et al., 2015). Komorbiditas pada penelitian ini diukur berdasarkan akumulasi penyakit lain yang menyertai diagnosa utama yaitu IM. Sekitar 40% responden penelitian memiliki penyakit diabetes, padahal menurut hasil penelitian yang dilakukan Xuan, Kirchdoerfer, Boyer, dan Norwood (1999). komorbiditas yang paling memengaruhi HRQOL adalah penyakit yang menimbulkan rasa nyeri yaitu arthritis, *back pain* dan depresi. Ketiga penyakit ini tidak diukur dengan menggunakan *Charlson Comorbidity Index*.

LVEF juga disimpulkan tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan HRQOL. Tidak adanya korelasi antara LVEF dan HRQOL juga ditemui pada penelitian pasien dengan CHF (*congestive heart failure*) (Juenger et al., 2002; Parajón et al., 2004). HRQOL adalah penilaian subyektif pasien mengenai keberfungsian yang dipengaruhi oleh penyakit dan perawatannya (Höfer et al., 2004). Penilaian subyektif ini tidak hanya meliputi dimensi fisik namun juga dimensi emosional dan sosial. Oleh karena itu, nilai HRQOL tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi fisik namun juga kondisi emosi dan sosial pasien. Bahkan menurut penelitian meta analisis diketahui bahwa pasien lebih menekankan aspek kesehatan mental dibandingkan keberfungsian fisik saat menilai HRQOL (K. W. Smith et al., 1999). Saat dilakukan analisis uji korelasi antara nilai LVEF dan dimensi-dimensi HRQOL diketahui bahwa LVEF secara signifikan berhubungan dengan dimensi fungsi emosional, namun tidak terdapat hubungan antara nilai LVEF dengan dimensi fungsi sosial dan fisik. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa gejala fisik yang dialami oleh pasien IM lebih memengaruhi kondisi emosional pasien seperti misalnya merasa sedih, mudah merasa marah ataupun terasing.

Aspek gender ditemui pada hasil wawancara. Responden perempuan mengungkapkan bahwa selain mereka harus merawat kesehatannya, mereka juga masih memiliki tanggung jawab untuk mengurus pasangannya yang juga menderita penyakit kronis. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Martin et al (2012) yang mengungkapkan bahwa pasien perempuan adalah *caregiver* utama dalam keluarga yang dapat menyebabkan pasien perempuan terlambat untuk mendapatkan diagnosa dan penanganan dini.

Aspek komunikasi antara pasien dengan dokter juga terungkap dalam hasil wawancara. Komunikasi antara pasien dengan dokter dirasakan penting bagi pasien terutama adanya informasi yang menyeluruh mengenai penyakit dan pengobatannya. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa komunikasi ini terkait dengan kepatuhan terhadap pengobatan. Hasil temuan pada penelitian ini serupa dengan hasil peninjauan sistematis pada pasien kanker yang mengungkapkan bahwa komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien berkontribusi terhadap kepatuhan terhadap *screening* kanker (Peterson et al., 2016). Adanya kepatuhan ini berhubungan dengan peningkatan kualitas hidup (Burger et al., 2017; N. H. Park, Song, Shin, Jeong, & Lee, 2018)

Hasil penelitian menemukan adanya perbedaan antara skor kuesioner dengan hasil wawancara. Adanya perbedaan ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang membandingkan kesesuaian antara skor kuesioner dengan hasil wawancara (Harris & Brown, 2010). Lebih lanjut diungkapkan bahwa adanya ketidaksesuaian ini disebabkan oleh kompleksitas konstruk, perbedaan prosedur pengambilan data, kurang akuratnya ingatan responden dan perbedaan sudut pandang penyusunan kuesioner dan wawancara.

## **6.2 Kesimpulan**

### **6.2.1 Kesimpulan Studi 1**

Disertasi ini mencoba menjawab permasalahan penelitian yaitu: ” Apakah model kontekstual kualitas hidup terkait kesehatan pasien *Myocardial Infraction* sesuai (*fit*) dengan data empiris?”. Secara umum model ini diterangkan melalui variabel kecemasan, LVEF, komorbiditas, kepuasan pernikahan dan *coping* religius Islami yang merupakan prediktor langsung terhadap HRQOL pada pasien IM.

Berdasarkan analisis SEM yang telah dilakukan diketahui dapat disimpulkan hasil penelitian disertasi ini adalah sebagai berikut:

1. Hipotesis 1 diterima. Hasil analisis SEM membuktikan bahwa model teoritik persamaan struktural yang menggambarkan dampak variabel kecemasan, *coping* religius Islami, LVEF, komorbiditas dan kepuasan pernikahan terhadap HRQOL sesuai dengan data empiris.

2. Hipotesis 2 diterima. Kecemasan memiliki efek langsung dengan arah negatif terhadap HRQOL pasien IM. Semakin tinggi kecemasan, maka akan semakin rendah HRQOL pada pasien IM.
3. Hipotesis 3 ditolak. Tidak terdapat efek langsung LVEF terhadap HRQOL.
4. Hipotesis 4 ditolak. Tidak terdapat efek langsung komorbiditas terhadap HRQOL.
5. Hipotesis 5 diterima. Kepuasan pernikahan merupakan moderator yang signifikan terhadap hubungan antara kecemasan dan HRQOL.
6. Hipotesis 6 ditolak. Tidak terdapat efek moderasi coping religius Islami terhadap hubungan antara kecemasan dengan HRQOL.

### 6.2.2 Kesimpulan Studi 2

Hasil penelitian kualitatif menjelaskan adanya peran faktor kecemasan terhadap HRQOL pasien. Kecemasan yang dirasakan baik pada responden HRQOL tinggi maupun rendah adalah kecemasan terhadap kematian, kecemasan terhadap bertambah parahnya penyakit dan efek samping pengobatan. Terdapat perilaku yang berbeda yang dilakukan oleh pasien HRQOL tinggi dan yang rendah. Pasien dengan HRQOL tinggi tetap berusaha untuk patuh terhadap pengobatan dan mengubah gaya hidupnya sesuai dengan anjuran dari tenaga kesehatan. Pasien dengan HRQOL rendah, kecemasan berkontribusi terhadap rendahnya kepatuhan terhadap saran dokter. Selain itu, pasien dengan HRQOL tinggi meskipun merasa cemas, namun kecemasan tersebut tidak menyurutkan semangat pasien untuk aktif bekerja dan bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya. Pasien dengan HRQOL rendah, kecemasan menyebabkan pasien juga lebih banyak menghindari aktivitas-aktivitas di luar rumah karena mengkhawatirkan bahwa aktivitas tersebut akan akan menimbulkan gejala penyakit. Adanya penghindaran aktivitas ini menyebabkan terbatasnya sosialisasi pasien dengan lingkungan sekitar.

*Coping* religius Islami juga memiliki andil terhadap HRQOL pasien. Pasien paska IM diketahui melakukan *coping* religius Islami saat menghadapi masalah yang diakibatkan oleh IM antara lain adanya kepasrahan terhadap keputusan Tuhan terhadap kesehatannya, adanya andil diri sehingga mereka mendapatkan penyakit

IM dan menggunakan ritual keagamaan seperti berzikir dan berdoa untuk mengatasi gejala penyakit yang dirasakannya. Meskipun kedua kelompok pasien menggunakan *coping* religius saat menghadapi situasi paska IM, namun pasien HRQOL tinggi memiliki pemaknaan positif terhadap penyakit yang dimilikinya. Pasien dengan HRQOL rendah tidak secara langsung memaknai penyakitnya sebagai sesuatu yang positif. Pasien membutuhkan proses yang cukup panjang untuk dapat memaknai bahwa penyakitnya adalah kesempatan untuk memperbaiki kesalahan bahkan penyakitnya ini dapat dimaknai sebagai hal yang memberatkan dan menimbulkan keputusan sehingga timbul kemarahan terhadap Tuhan.

Kepuasan pernikahan juga memiliki peran terhadap HRQOL. Dukungan yang diberikan terhadap pasien merupakan hal yang dirasakan berkontribusi terhadap kepuasan pernikahan. Dukungan emosi terhadap pasien adalah hal yang dapat membantu meringankan emosi negatif bahkan gejala penyakit yang dialaminya. Hal ini terutama dialami oleh pasien dengan HRQOL tinggi. Pasien dengan HRQOL rendah merasa dirinya kerap diacuhkan dan tidak mendapatkan perhatian dari pasangan.

### **6.3 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini tidak melibatkan kondisi tertentu seperti misalnya faktor demografis responden dan status IM. Oleh karena itu, jika hasil penelitian ini akan diterapkan pada kondisi yang berbeda, maka diperlukan penelitian kembali atau replikasi yang disesuaikan dengan tujuan penelitiannya.

Alat ukur *coping* religius Islami dan kepuasan pernikahan sebenarnya sudah cukup baik secara psikometris. Namun, item-itemnya mengandung *social desirability* terutama karena sebagian besar pasien ditemani oleh pasangannya dan dibantu pengisiannya oleh tim peneliti sehingga pasien-pasien cenderung menjawab ke arah yang positif dibandingkan ke negatif. Oleh karena itu untuk mengatasi kecenderungan ini sebaiknya ditambahkan metode pengukuran lainnya.

#### 6.4 Implikasi Penelitian

Terdapat dua implikasi hasil penelitian ini terhadap model kontekstual HRQOL yang dikemukakan oleh Ashing-Giwa (2005). Pertama, Hasil penelitian ini mendukung model kontekstual HRQOL yaitu faktor proximal (i.e. kecemasan) memiliki hubungan yang lebih kuat dibandingkan faktor distal (i.e. kepuasan pernikahan). Selain itu, hasil penelitian juga membuktikan mengenai pentingnya peranan faktor kontekstual terhadap HRQOL. Faktor kontekstual (i.e. kepuasan pernikahan) tidak hanya berperan sebagai prediktor mandiri namun juga berfungsi untuk memoderasi pengaruh kecemasan terhadap HRQOL. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa faktor individual dan lingkungan memiliki peranan terhadap HRQOL pasien.

Berdasarkan hasil penelitian juga diketahui bahwa faktor kecemasan menjadi prediktor dengan hubungan yang paling kuat, sehingga penanganan kondisi kecemasan pasien merupakan hal yang tidak dapat dilepaskan dalam usaha untuk meningkatkan HRQOL pasien paska IM. Adanya kontribusi variable kepuasan pernikahan yang berfungsi memoderasi hubungan antara kecemasan dengan HRQOL menimbulkan implikasi pentingnya pemahaman keluarga terutama pasangan untuk dapat menciptakan lingkungan yang kondusif agar pasien dapat meningkatkan HRQOL paska IM.

Implikasi penelitian yang kedua adalah terdapatnya hasil penelitian yang bertentangan dengan konsep yang dikemukakan oleh model kontekstual HRQOL (Ashing-Giwa, 2005) yaitu mengenai peranan faktor fisik terhadap HRQOL. Hasil penelitian membuktikan bahwa faktor fisik (LVEF dan komorbiditas) memiliki pengaruh yang tidak signifikan terhadap HRQOL pasien IM. Baik LVEF maupun komorbiditas merupakan pengukuran yang dilakukan secara klinis. Baker, Pankhurst dan Robinson (2007) mengungkapkan bahwa pengukuran klinis tidak cukup untuk mengukur dampak penyakit kronis terhadap kehidupan pasien, sehingga dibutuhkan juga pengukuran subyektif dari pasien itu sendiri mengenai kondisi fisiknya. Hal ini dikarenakan sifat pengukuran HRQOL yang berasal dari pengukuran subyektif pasien.

## 6.5 Saran

### 6.5.1 Saran Metodologis dan Teoritis

Saran untuk penelitian selanjutnya akan membahas mengenai alat ukur yang digunakan dan *setting* penelitian. Adapun saran mengenai alat ukur adalah dengan menggunakan alat ukur yang memiliki item pertanyaan yang lebih sedikit atau *short form* terutama untuk instrument-instrumen yang telah memiliki tipe *short form* yang sudah teruji keterandalannya seperti *Couple Satisfaction Index* yang memiliki butir soal 4 dan 16. Penggunaan alat ukur yang lebih singkat diharapkan waktu pengisian lebih cepat dan responden juga lebih bersedia untuk mengisi sendiri.

Penelitian selanjutnya sebaiknya memerhatikan cara responden mengisi kuesioner untuk meminimalisir efek *social desirability*. Oleh karena itu, sebaiknya pasien diberikan ruangan yang terpisah dari pasangan sehingga pasien dapat memberikan jawaban yang lebih jujur. Penggunaan metode penelitian lain seperti wawancara dapat digunakan untuk memvalidasi pernyataan responden.

Wilayah Indonesia adalah wilayah yang luas dengan suku yang beranekaragam. Oleh karena itu, agar penelitian ini dapat diaplikasikan ke populasi yang lebih luas dan beragam di Indonesia, maka sebaiknya memperluas *setting* penelitian ke kota lain yang memiliki karakteristik yang berbeda sehingga hasil penelitian bisa diterapkan ke berbagai daerah di Indonesia. Penelitian selanjutnya dapat melibatkan pasien yang memiliki waktu serangan yang kurang lebih beragam yaitu dibawah satu tahun dan dilakukan beberapa kali pengukuran untuk mengetahui perkembangan nilai HRQOL dan bagaimana peran prediktor terhadap perkembangan nilai tersebut.

Peneliti yang tertarik untuk melanjutkan penelitian dapat meninjau kembali konsep kepuasan pernikahan yang lebih sesuai untuk orang Indonesia. Kepuasan pernikahan yang selama ini digunakan lebih mengacu pada interaksi antara suami dan istri, sedangkan saat dilakukan wawancara mengenai kondisi pernikahan responden, responden mengungkapkan hal yang lebih luas. Responden tidak hanya menjelaskan mengenai interaksi antara suami dan istri tapi juga melibatkan perilaku anak, prestasi anak, kemampuan mereka sebagai orangtua untuk mendidik anak dan hubungan dengan keluarga dekat.



### 6.5.2 Saran Praktis

Rumah sakit, terutama yang memiliki unit perawatan penyakit jantung sebaiknya mengembangkan pelayanan psikologis bagi pasien IM. Adapun beberapa pelayanan psikologis yang dapat dikembangkan adalah penyediaan jasa Psikolog, pembentukan *support group* dan pengembangan intervensi yang melibatkan pasangan. Penyediaan jasa Psikolog berfungsi untuk mengenali dan mengatasi kecemasan yang biasanya terjadi pada pasien paska IM. Dokter maupun perawat juga dapat dilibatkan dengan diberikan pembekalan untuk mengenali gejala kecemasan pada pasien IM. Pendeteksian dini terhadap gejala kecemasan akut yang dialami oleh pasien memungkinkan pasien untuk mendapatkan penanganan lebih awal sehingga pasien dapat lebih patuh pada pengobatan dan HRQOL juga lebih baik.

Pasien dapat diberikan saran untuk mengikuti kegiatan perkumpulan-perkumpulan yang ada di sekitar rumah atau tempat kerja seperti misalnya kelompok pengajian, kelompok kegemaran (*hobby*) ataupun kelompok pasien IM sehingga pasien dapat mengembangkan jejaringnya untuk mendapatkan dukungan baik secara material, informasi maupun emosional di luar dukungan yang didapatkan dari keluarga inti. Rumah sakit juga dapat memfasilitasi pembentukan *support group* yang beranggotakan pasien-pasien paska IM sehingga mereka dapat saling bertukar informasi mengenai penyakit dan penanganannya, selain dapat memberikan dukungan emosional yang juga diperlukan oleh pasien.

Beberapa pelatihan dapat diberikan untuk pasien dan pasangan. Pasien dibimbing oleh Psikolog dapat diberikan kesempatan untuk mengungkapkan pikiran – pikirannya sehingga dapat diidentifikasi apabila pasien memiliki pemikiran yang negatif terhadap penyakitnya. Kemudian pasien dapat diajak untuk menemukan makna yang positif terhadap penyakit yang dimiliki. Diharapkan pasien kemudian menjadi lebih termotivasi untuk menaati pengobatannya.

Pelatihan untuk pasangan juga dapat diberikan agar pasangan dapat memberikan perhatian lebih dan dukungan bagi pasien untuk dapat mengubah gaya hidupnya. Pasangan dan pasien bersama-sama diberi pengarahan bagaimana agar mereka dapat menyelesaikan konflik dengan cara yang kondusif yang tidak melibatkan perilaku agresif. Komunikasi yang asertif juga dapat diajarkan agar

pasien tidak lagi memendam perasaannya yang kemudian dapat berujung pada peningkatan gejala penyakit.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Abdullah, L., & Jamal, N. J. (2011). Determination of Weights for Health Related Quality of Life Indicators among Kidney Patients: A Fuzzy Decision Making Method. *Applied Research in Quality of Life*, 6(4), 349–361. <https://doi.org/10.1007/s11482-010-9133-3>
- Abolfathi Momtaz, Y., Hamid, T. A., Ibrahim, R., Yahaya, N., & Abdullah, S. S. (2012). Moderating effect of Islamic religiosity on the relationship between chronic medical conditions and psychological well-being among elderly Malays. *Psychogeriatrics*, 12(1), 43–53. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00381.x>
- Abu-Raiya, H., & Pargament, K. I. (2015). Religious coping among diverse religions: Commonalities and divergences. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(1), 24–33. <https://doi.org/10.1037/a0037652>
- Abu-Raiya, H., Pargament, K. I., & Krause, N. (2016). Religion as problem, religion as solution: religious buffers of the links between religious/spiritual struggles and well-being/mental health. *Quality of Life Research*, 25(5), 1265–1274. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1163-8>
- Acree, L. S., Porter, C. B., & Godard, M. P. (2012). The Relation Between Physiological Markers of Cardiovascular Health and Quality of Life in Heart Failure. *Journal of Exercise Physiology*, 15(6), 13–22. <https://doi.org/10.1519/JSC.0b013e3181874564>
- Ahmad, F., Muhammad, M. binti, & Abdullah, A. A. (2011). Religion and Spirituality in Coping with Advanced Breast Cancer: Perspectives from Malaysian Muslim Women. *Journal of Religion and Health*, 50(1), 36–45. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9401-4>
- Andersson, E. K., Borglin, G., & Willman, A. (2013). The experience of younger adults following myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 23(6), 762–772. <https://doi.org/10.1177/1049732313482049>

- Aquarius, A. E., Denollet, J., de Vries, J., & Hamming, J. F. (2007). Poor health-related quality of life in patients with peripheral arterial disease: Type D personality and severity of peripheral arterial disease as independent predictors. *Journal of Vascular Surgery*, *46*(3), 507–512. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2007.04.039>
- Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D. (2003). Patients' satisfaction and quality of life in coronary artery disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, *1*, 57. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-57>
- Ashing-Giwa, Kimlin T., & Lim, J.-W. (2008). Predicting Health-related Quality of Life: Testing the Contextual Model Using Structural Equation Modeling. *Applied Research in Quality of Life*, *3*(3), 215–230. <https://doi.org/10.1007/s11482-009-9057-y>
- Ashing-Giwa, Kimlin T., & Lim, J. W. (2010). Predicting physical quality of life among a multiethnic sample of breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, *19*(6), 789–802. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9642-4>
- Ashing-Giwa, Kimlin T., & Lim, J.-W. (2011). Health-related quality of life outcomes among cervical cancer survivors: examining ethnic and linguistic differences. *Cancer Epidemiology*, *35*(2), 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2010.06.006>
- Ashing-Giwa, Kimlin Tam. (2005). The contextual model of HRQoL: A paradigm for expanding the HRQoL framework. *Quality of Life Research*, *14*(2), 297–307. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-0729-7>
- August, K. J., Rook, K. S., Franks, M. M., & Parris Stephens, M. a. (2013). Spouses' involvement in their partners' diabetes management: associations with spouse stress and perceived marital quality. *Journal of Family Psychology*, *27*(5), 712–721. <https://doi.org/10.1037/a0034181>
- Aspiani, R. Y. (2010). *Asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskular. Aplikasi NIC & NOC*. Buku Kedokteran EGC; Jakarta
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., ... Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*(1), 134. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>

- Baker, S. R., Pankhurst, C. L., & Robinson, P. G. (2007). Testing relationships between clinical and non-clinical variables in xerostomia: A structural equation model of oral health-related quality of life. *Quality of Life Research*, *16*(2), 297–308. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9108-x>
- Baron-Epel, O., Friedman, N., & Lernau, O. (2008). Validity of self-reported mammography in a multicultural population in Israel. *Preventive Medicine*, *46*(6), 489–491. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.03.003>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variabel Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1007/BF02512353>
- Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, *66*(6), 802–813. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2>
- Baumeister, H., Hutter, N., Bengel, J., & Härter, M. (2011). Quality of life in medically ill persons with comorbid mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *80*(5), 275–286. <https://doi.org/10.1159/000323404>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of Cross Cultural adaptation of Self Report measures. *Spine*, *25*(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Benyamini, Y., Gerber, Y., Molshatzki, N., Goldbourt, U., & Drory, Y. (2014). Recovery of self-rated health as a predictor of recurrent ischemic events after first myocardial infarction: a 13-year follow-up. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *33*(4), 317–325. <https://doi.org/10.1037/a0031371>
- Bergersen, H., Frøslie, K. F., Stibrant Sunnerhagen, K., & Schanke, A. K. (2010). Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years poststroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *19*(5), 364–369. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.06.005>
- Bergman, E., Malm, D., Karlsson, J.-E., & Berterö, C. (2009). Longitudinal study

- of patients after myocardial infarction: sense of coherence, quality of life, and symptoms. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 38(2), 129–140. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.05.007>
- Blakemore, A., Dickens, C., Guthrie, E., Bower, P., Kontopantelis, E., Afzal, C., & Coventry, P. A. (2014). Depression and anxiety predict health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9(1), 501–512. <https://doi.org/10.2147/COPD.S58136>
- Bookwala, J. (2011). Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 66 B(5), 605–616. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr091>
- Bowling, A. (2005). Measuring Health. A review of Quality of Life Measurement Scales. Third Edition. In *Open University Press* (Third Edit). Berkshire.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2000). Research on the Nature and Determinants of Marital Satisfaction : A Decade in Review Research on the Nature and Determinants of Marital Satisfaction : A Decade in Review. *Journal of Marriage and Family*, 62, 964–980. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x>
- Brink, E. (2012). Considering Both Health-Promoting and Illness-Related Factors in Assessment of Health-Related Quality of Life After Myocardial Infarction. *The Open Nursing Journal*, 6(1), 90–94. <https://doi.org/10.2174/1874620901205010019>
- Brink, E., Alsen, P., Herlitz, J., Kjellgren, K., & Cliffordson, C. (2012). General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 17(3), 346–355.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative Interviewing. Understanding Qualitative Research..* Cambridge University Press; New York.
- Burger, J. P. W., de Brouwer, B., IntHout, J., Wahab, P. J., Tummers, M., & Drenth, J. P. H. (2017). Systematic review with meta-analysis: Dietary adherence influences normalization of health-related quality of life in coeliac disease. *Clinical Nutrition*, 36(2), 399–406. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.04.021>

- Cella, D., & Stone, A. A. (2015). Health-Related Quality of Life Measurement in Oncology. *American Psychologist*, *70*(2), 175–185.
- Cepeda-Valery, B., Cheong, A. P., Lee, A., & Yan, B. P. (2011). Measuring health related quality of life in coronary heart disease: The importance of feeling well. *International Journal of Cardiology*, *149*(1), 4–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2010.09.048>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, *40*(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Choo, J., Burke, L. E., & Pyo Hong, K. (2007). Improved quality of life with cardiac rehabilitation for post-myocardial infarction patients in Korea. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *6*(3), 166–171. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.07.004>
- Christman, L. K., Abernethy, A. D., Gorsuch, R. L., & Brown, A. (2012). Intrinsic Religiousness as a Mediator Between Fatalism and Cancer-Specific Fear: Clarifying the Role of Fear in Prostate Cancer Screening. *Journal of Religion and Health*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9670-1>
- Clements, A. D., & Ermakova, A. V. (2012). Surrender to God and stress: A possible link between religiosity and health. *Psychology of Religion and Spirituality*, *4*(2), 93–107. <https://doi.org/10.1037/a0025109>
- Clements, A. D., Fletcher, T. R., Cyphers, N. A., Ermakova, A. V., & Bailey, B. (2013). RSAS-3: Validation of a Very Brief Measure of Religious Commitment for Use in Health Research. *Journal of Religion and Health*, 1–19. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9791-1>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. 2<sup>nd</sup> ed. Sage; California
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs. *The Counseling Psychologist*, *35*(2), 236–264.

<https://doi.org/http://dx.do.org/10.4135/9781849208826.n4i>

- Delisle, V. C., Arthurs, E., Abbey, S. E., Grace, S. L., Stewart, D. E., Steele, R. J., ... Thombs, B. D. (2012). Symptom reporting on the Beck Depression Inventory among post-myocardial infarction patients: In-hospital versus follow-up assessments. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(5), 356–361. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.08.021>
- Denollet, J., Strik, J. J., Lousberg, R., & Honig, A. (2006). Recognizing increased risk of depressive comorbidity after myocardial infarction: Looking for 4 symptoms of anxiety-depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 346–352. <https://doi.org/10.1159/000095440>
- DeSilva, R. A. (2013). *Heart Disease* (J. K. Silver, ed.). California: Greenwood.
- Dickinson, R., & Bhatt, A. (1994). an exploratory study of ethnic minority communities ' attitudes to health. *Health Education Journal*, 53, 421–429.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207–218. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- Ditzen, B., Hahlweg, K., Fehm-Wolfsdorf, G., & Baucom, D. (2011). Assisting couples to develop healthy relationships: Effects of couples relationship education on cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 36(5), 597–607. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.07.019>
- Dixon, T., Lim, L. L. Y., & Oldridge, N. B. (2002). The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: reference data for users. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 11(2), 173–183. <https://doi.org/10.1023/A:1015005109731>
- Eaker, E. D., Sullivan, L. M., Kelly-Hayes, M., D'Agostino, R. B., & Benjamin, E. J. (2007). Marital Status, Marital Strain, and Risk of Coronary Heart Disease or Total Mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 509–513. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180f62357>
- Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W., & Davig, J. (2000). The Cardiac Anxiety Questionnaire: Development and preliminary validity. *Behaviour Research and Therapy*,



- 38(10), 1039–1053. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00132-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00132-1)
- Eriksson, M., Asplund, K., Hochwalder, J., & Svedlund, M. (2013). Changes in hope and health-related quality of life in couples following acute myocardial infarction: A quantitative longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 295–302. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01032.x>
- Fagring, A. J., Kjellgren, K. I., Rosengren, A., Lissner, L., Manhem, K., & Welin, C. (2008). Depression, anxiety, stress, social interaction and health-related quality of life in men and women with unexplained chest pain. *BMC Public Health*, 8(165), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-165>
- Failde, I., Medina, P., Ramírez, C., & Arana, R. (2009). Assessing health-related quality of life among coronary patients: SF-36 vs SF-12. *Public Health*, 123(9), 615–617. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.07.013>
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life. The assessment analysis and interpretation of patient-reported outcome*. 2<sup>nd</sup> ed. Wiley: West Sussex.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336–342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS 3rd Edition* (3rd Editio). <https://doi.org/10.1234/12345678>
- Flick, U. (2004). Triangulation in Qualitative Research. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *A Companion to Qualitative Research* (pp. 178–183). <https://doi.org/10.4135/9781412979306.n259>
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J., Dubois, M. F., & Vanasse, A. (2006). Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Quality of Life Research*, 15(1), 83–91. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-8661-z>
- Foxwell, R., Morley, C., & Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(3), 211–222. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.05.003>
- Franklin, M. D., Schlundt, D. G., McClellan, L. H., Kinebrew, T., Sheats, J., Belue, R., ... Hargreaves, M. (2007). Religious fatalism and its association with

- health behaviors and outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(6), 563–572. <https://doi.org/10.5993/AJHB.31.6.1>
- Fredriksson-Larsson, U., Alsen, P., & Brink, E. (2013). I've lost the person I used to be-Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20836>
- French, D. C., Eisenberg, N., Sallquist, J., Purwono, U., Lu, T., & Christ, S. (2013). Parent-adolescent relationships, religiosity, and the social adjustment of Indonesian Muslim adolescents. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 421–430. <https://doi.org/10.1037/a0032858>
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007a). Testing the Ruler With Item Response Theory : Increasing Precision of Measurement for Relationship Satisfaction With the Couples Satisfaction Index Testing the Ruler With Item Response Theory : Increasing Precision of Measurement for Relationship Satisfac. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 572–583. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007b). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 572–583. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>
- Gallo, L. C., Troxel, W. M., Matthews, K. a, & Kuller, L. H. (2003). Marital status and quality in middle-aged women: Associations with levels and trajectories of cardiovascular risk factors. *Health Psychology*, 22(5), 453–463. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.5.453>
- Ganz, P. A., & Goodwin, P. J. (2005). Quality of life in breast cancer-what have we learned and where do we go from here. In J. Lipscomb, C. C. Gotay, & C. Snyder (Eds.), *Outcomes assessment in Cancer. Measures, Methods and Application* (p. 677). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511545856>
- Gaziano, T. A., Bitton, A., Anand, S., Abrahams-Gessel, S., & Murphy, A. (2011). Growing Epidemic of Coronary Heart Disease in Low- and Middle- Income Countries. *Currative Problem of Cardiology*, 35(2), 72–115. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2009.10.002.Growing>

- Goodman, S. G., Steg, G., Eagle, K. A., & Fox, K. A. A. (2006). The diagnostic and prognostic impact of the redefinition of acute myocardial infarction: Lessons from the Global Registry of Acute Coronary Events ( GRACE ). *The American Heart Journal*, *151*, 654–660. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2005.05.014>
- Graham, J. M., Diebels, K. J., & Barnow, Z. B. (2011). The Reliability of Relationship Satisfaction: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Journal of Family Psychology*, *25*(1), 39–48. <https://doi.org/10.1037/a0022441>
- Granger, C. B., Goldberg, R. J., Dabbous, O., Pieper, K. S., Eagle, K. A., Cannon, C. P., ... Fox, K. A. A. (2003). Predictors of Hospital Mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. *Archives of Internal Medicine*, *163*, 2345–2353.
- Hamilton, J. B., Galbraith, K. V., & Best, N. C. (2015). African-American Cancer Survivors ' Use of Religious Beliefs to Positively Influence the Utilization of Cancer Care. *Journal of Religion and Health*, 1856–1869. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9948-6>
- Harris, L. R., & Brown, G. T. L. (2010). Mixing interview and questionnaire methods: Practical problems in aligning data. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, *15*(1).
- Hasan, A. B. P. (2008). Tawakal sebagai dasar terapi psikospiritual. *Inquiry*, *01*(1), 1-19
- Hawa, S. (2013). *Menyucikan jiwa*. Robbani Press; Jakarta.
- Heidenreich, P. A., Alloggiamento, T., Melsop, K., Mcdonald, K. M., Go, A. S., & Hlatky, M. A. (2001). The Prognostic Value of Troponin in Patients With Non-ST Elevation Acute Coronary Syndromes: A Meta-Analysis. *Journal of American Coolege of Cardiology*, *38*(2), 478–485.
- Heo, S., Lennie, T. a., Okoli, C., & Moser, D. K. (2009). Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, *38*(2), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.04.002>
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and

- Mental Health Research. *American Psychologist*, 58(1), 64–67.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., Michael, E., Swyers, J. P., David, B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality : Points of Commonality , Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30(1), 51–77.
- Höfer, S., Lim, L., Guyatt, G., & Oldridge, N. (2004). The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument : A summary. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(3), 1–8.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward Terminological , Conceptual , and Statistical Clarity in the Study and Pediatric Psychology Literatures Regression Approach to Testing Moderated. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 599–610.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 239–244.  
<https://doi.org/10.1007/s12160-008-9018-y>
- Holt, C. L., Clark, E. M., & Roth, D. L. (2014). Positive and Negative Religious Beliefs Explaining the Religion – Health Connection Among African Americans. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 24(255), 311–331. <https://doi.org/10.1080/10508619.2013.828993>
- Horning, S. M., Davis, H. P., Stirrat, M., & Cornwell, R. E. (2011). Atheistic, agnostic, and religious older adults on well-being and coping behaviors. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 177–188.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.022>
- Hosseini, S. H., Ghaemian, A., Mehdizadeh, E., & Ashraf, H. (2014). Contribution of depression and anxiety to impaired quality of life in myocardial infarction survivors. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1–22.  
<https://doi.org/10.3109/13651501.2014.940049>
- Hsu, N.-W., Tsao, H.-M., Chen, H.-C., & Chou, P. (2014). Anxiety and Depression Mediate the Health-Related Quality of Life Differently in Patients with

- Cardiovascular Disease and Stroke—Preliminary Report of the Yilan Study: A Population-Based Community Health Survey. *PLoS ONE*, 9(9), e107609. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107609>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hutagalung, R. U., Susilaningsih, F. S., Mardiyah, A., Keperawatan, F., Samarinda, D., Keperawatan, F., & Padjadjaran, U. (2014). *Kualitas Hidup Pasien Pascaintervensi Koroner Perkutan*. 2(1), 10–17.
- Hyphantis, T., Paika, V., Almyroudi, A., Kampletsas, E. O., & Pavlidis, N. (2011). Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: A one-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(5), 411–421. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.09.011>
- Iskandarsyah, A., de Klerk, C., Suardi, D. R., Soemitro, M. P., Sadarjoen, S. S., & Passchier, J. (2014). Psychosocial and cultural reasons for delay in seeking help and nonadherence to treatment in Indonesian women with breast cancer: A qualitative study. *Health Psychology*, 33(3), 214–221. <https://doi.org/10.1037/a0031060>
- Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, a, Zugck, C., Herzog, W., & Haass, M. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart (British Cardiac Society)*, 87(3), 235–241. <https://doi.org/10.1136/heart.87.3.235>
- Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 235–244. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.011>
- K, R. J., Stapleton, J., & Turrisi, R. (2008). Relationship and partner moderator variables increase self-efficacy of performing skin self-examination. *Journal of American Academy of Dermatology*, 58(5), 755–762.

- <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.12.027>. Relationship
- Kang, K., Gholizadeh, L., Inglis, S. C., & Han, H. R. (2017). Correlates of health-related quality of life in patients with myocardial infarction: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 73(January), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.010>
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 371–381. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.08.003>
- Kawecka-Jaszcz, K., Klocek, M., Tobiasz-Adamczyk, B., & Bulpitt, C. J. (Eds.). (2013). *Health-Related Quality of Life in cardiovascular Patients*.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Situasi Kesehatan Jantung*.
- Kepka, S., Baumann, C., Anota, A., Buron, G., Spitz, E., Auquier, P., ... Mercier, M. (2013). The relationship between traits optimism and anxiety and health-related quality of life in patients hospitalized for chronic diseases: data from the SATISQOL study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 134. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-134>
- Kim, M., Jeon, D. S., Gwon, H., Kim, S., Chang, K., & Kim, H. (2013). Health-Related Quality-of-Life after Percutaneous Coronary Intervention in Patients with UA / NSTEMI and STEMI : the Korean Multicenter Registry. *Journal of Korean Medical Science*, 28(July 2010), 848–854.
- King III, S. B., Marshall, J. J., & Tummala, P. E. (2010). Revascularization for Coronary Artery Disease : Stents Versus Bypass Surgery. *The Annual Review of Medicine*, 61, 199–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.med.032309.063039>
- Kitzman, D. W., & Little, W. C. (2012). Left ventricle diastolic dysfunction and prognosis. *Circulation*, 125(6), 743–745. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.086843>
- Krause, N., & Van Tran, T. (1989). Stress and religious involvement among older Blacks. *Journals of Gerontology*, 44(1), 4–13. <https://doi.org/10.1093/geronj/44.1.S4>
- Lane, D. a., Langman, C. M., Lip, G. Y. H., & Nouwen, A. (2009). Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 203–210.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.007>

Leifheit-Limson, E. C., Reid, K. J., Kasl, S. V., Lin, H., Buchanan, D. M., Jones, P. G., ... Lichtman, J. H. (2012). Changes in social support within the early recovery period and outcomes after acute myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(1), 35–41.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.04.006>

Lichtman, J. H., Bigger, J. T., Blumenthal, J. a, Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lespérance, F., ... Froelicher, E. S. (2008). Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment. *Circulation*, 118(17), 1768–1775.

<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.190769>

Longmore, R. B., Spertus, J. a., Alexander, K. P., Gosch, K., Reid, K. J., Masoudi, F. a., ... Rich, M. W. (2011). Angina frequency after myocardial infarction and quality of life in older versus younger adults: The Prospective Registry Evaluating Myocardial Infarction: Event and Recovery study. *American Heart Journal*, 161(3), 631–638. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2010.12.005>

Maddigan, S. L., Feeny, D. H., & Johnson, J. A. (2005). Health-related quality of life deficits associated with diabetes and comorbidities in a Canadian National Population Health Survey. *Quality of Life Research*, 14(5), 1311–1320. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-6640-4>

Martens, E. J., de Jonge, P., Na, B., Cohen, B. E., Lett, H., & Whooley, M. A. (2010). Scared to Death? Generalized Anxiety Disorder and Cardiovascular Events in Patients With Stable Coronary Heart Disease. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 750. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.74>

Martin, L. M., Holmes, S. D., Henry, L. L., Schlauch, K. a., Stone, L. E., Roots, A., ... Ad, N. (2012). Health-related quality of life after coronary artery bypass grafting surgery and the role of gender. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 13(6), 321–327. <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2012.09.002>

McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496–505. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.003>

Mclean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & G, H. S. (2011). Gender differences in

- anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>. Gender
- McClean, M., Cresswell, J., & Ashley, C. (2016). Psychologists finding religious belief: Building bridges between developmental cognitive science and cultural psychology. *Culture and Psychology*, 22(1), 44–46. <https://doi.org/10.1177/1354067X15621482>
- McGregor, R. (2006). Tawakal. in Leaman, O. (Ed). *The Qur'an; an encyclopedia*. Routledge; London
- Molloy, G. J., Perkins-Porras, L., Strike, P. C., & Steptoe, A. (2008). Social networks and partner stress as predictors of adherence to medication, rehabilitation attendance, and quality of life following acute coronary syndrome. *Health Psychology*, 27(1), 52–58. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.52>
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891–901. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015>
- Moser, D. K., Yamokoski, L., Sun, J. L., Conway, G. a., Hartman, K. a., Graziano, J. a., ... Stevenson, L. W. (2009). Improvement in Health-related Quality of Life After Hospitalization Predicts Event-free Survival in Patients With Advanced Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 15(9), 763–769. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.05.003>
- Muhammad, I. M., He, H. G., Koh, K., Thompson, D. R., Kowitlawakul, Y., & Wang, W. (2014). Health-related quality of life and its predictors among outpatients with coronary heart disease in Singapore. *Applied Nursing Research*, 27(3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.11.008>
- Myers, V., Gerber, Y., Benyamini, Y., Goldbourt, U., & Drory, Y. (2012). Post-myocardial infarction depression: Increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures - A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 5–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.09.009>



- Nabolsi, M. M., & Carson, A. M. (2011). Spirituality, illness and personal responsibility: The experience of Jordanian Muslim men with coronary artery disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 716–724. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00882.x>
- Nordenfelt, L. (1993). *Quality of life, health and happiness*. Retrieved from <http://sh.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:17056>
- Norekvål, T. M., Fridlund, B., Moons, P., Nordrehaug, J. E., Sævareid, H. I., Wentzel-Larsen, T., & Hanestad, B. R. (2010). Sense of coherence - a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5–6), 820–831. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02858.x>
- Norekvål, T. M., Fridlund, B., Rokne, B., Segadal, L., Wentzel-Larsen, T., & Nordrehaug, J. E. (2010). Patient-reported outcomes as predictors of 10-year survival in women after acute myocardial infarction. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 140. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-140>
- Norris, C. M., Spertus, J. a., Jensen, L., Johnson, J., Hegadoren, K. M., & Ghali, W. a. (2008). Sex and gender discrepancies in health-related quality of life outcomes among patients with established coronary artery disease. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 1(2), 123–130. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.108.793448>
- Nurrachman, N. (2011). Mengapa psikologi perempuan. in N. Nurrachman & I. Bachtiar (Eds). *Psikologi perempuan. Pendekatan kontekstual Indonesia*. Penerbit Universitas Atma Jaya; Jakarta
- Omu, O., Al-Obaidi, S., & Reynolds, F. (2014). Religious Faith and Psychosocial Adaptation among Stroke Patients in Kuwait: A Mixed Method Study. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 538–551. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9662-1>
- Ottani, F., Galvani, M., Nicolini, A., Ferrini, D., Pozzati, A., Pasquale, D., & Jaffe, A. S. (2000). Elevated cardiac troponin levels predict the risk of adverse outcome in patients with acute coronary syndromes. *American Heart Journal*, 140, 917–927. <https://doi.org/10.1067/mhj.2000.111107>
- Parajón, T., Lupón, J., González, B., Urrutia, A., Altimir, S., Coll, R., ... Valle, V.

- (2004). Use of the Minnesota Living With Heart Failure Quality of Life Questionnaire in Spain. *Revista Espanola de Cardiologia*, 57(2), 155–160.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the Problem Solving Process: Three Styles of Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27(1), 90–104. <https://doi.org/10.2307/1387404>
- Pargament, Kenneth I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 713–730. <https://doi.org/10.1177/1359105304045366>
- Pargament, Kenneth I, Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and The Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. *Journal For The Scientific Study of Religion*, 27(1), 90–104.
- Park, C. L., & Dornelas, E. (2012). Is Religious Coping Related to Better Quality of Life Following Acute Myocardial Infarction? *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1337–1346. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9446-4>
- Park, N. H., Song, M. S., Shin, S. Y., Jeong, J. hye, & Lee, H. Y. (2018). The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. *International Journal of Older People Nursing*, 13(3), 1–10. <https://doi.org/10.1111/opn.12196>
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods. In *Sage Publication* (3rd Editio). Retrieved from [http://books.google.com/books/about/Qualitative\\_research\\_and\\_evaluation\\_meth.html?id=FjBw2oi8El4C](http://books.google.com/books/about/Qualitative_research_and_evaluation_meth.html?id=FjBw2oi8El4C)
- Pelle, A. J., Pedersen, S. S., Erdman, R. a M., Kazemier, M., Spiering, M., Van Domburg, R. T., & Denollet, J. (2011). Anhedonia is associated with poor health status and more somatic and cognitive symptoms in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*, 20(5), 643–651. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9792-4>
- Pelle, A. J., Pedersen, S. S., Szabó, B. M., & Denollet, J. (2009). Beyond Type D personality: Reduced positive affect (anhedonia) predicts impaired health

- status in chronic heart failure. *Quality of Life Research*, 18(6), 689–698. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9485-z>
- Peterson, E. B., Sotroff, J. S., DuHamel, K. N., D’Agostino, T. A., Hernandez, M., Canzona, M. R., & Bylund, C. L. (2016). Impact of Provider-Patient Communication on Cancer Screening Adherence: a Systematic Review. *Preventive Medicine*, 93, 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Pettersen, K. I., Kvan, E., Rollag, A., Stavem, K., & Reikvam, A. (2008). Health-related quality of life after myocardial infarction is associated with level of left ventricular ejection fraction. *BMC Cardiovascular Disorders*, 8(Mi), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2261-8-28>
- Plano Clark, V. L., & Creswell, J. W. (2015). *Understanding Research: A Consumer’s Guide* (Second Edi). <https://doi.org/13-978-0-13-158389-4>
- Proulx, C. M., & Snyder-Rivas, L. a. (2013). The longitudinal associations between marital happiness, problems, and self-rated health. *Journal of Family Psychology*, 27(2), 194–202. <https://doi.org/10.1037/a0031877>
- Rao, S. V., Ohman, E. M., Granger, C. B., Armstrong, P. W., Gibler, W. B., Christenson, R. H., ... Newby, L. K. (2003). Prognostic Value of Isolated Troponin Elevation Across the Spectrum of Chest Pain Syndromes. *American Journal of Cardiology*, 91(03), 936–940. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(03\)00107-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(03)00107-3)
- Rapley, M. (2003). *Quality of life Research. A critical introduction*. Sage; London
- Reinert, D. F. (1997). The Surrender Scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 15(3), 15–32. <https://doi.org/10.1300/J020v15n03>
- Ren, L., Ye, H., Wang, P., Cui, Y., Cao, S., & Lv, S. (2014). Comparison of long-term mortality of acute ST-segment elevation myocardial infarction and non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients after percutaneous coronary intervention. *International Journal of Clinical Experimental Medicine*, 7(12), 5588–5592.
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140–187. <https://doi.org/10.1037/a0031859>

- Roebuck, a, Furze, G., & Thompson, D. R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787–794. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11422549>
- Roest, A. M., Zuidersma, M., & de Jonge, P. (2012). Myocardial infarction and generalised anxiety disorder: 10-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 324–329. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103549>
- Rothrock, N. E., Hays, R. D., Spritzer, K., Yount, S. E., Riley, W., & Cella, D. (2010). Relative to the general US population, chronic diseases are associated with poorer health-related quality of life as measured by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(11), 1195–1204. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.012>
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J. G., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 6(4), 208–225. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2007.12.006>
- Sakai, M., Nakayama, T., Shimbo, T., Ueshima, K., Kobayashi, N., Izumi, T., ... Fukuhara, S. (2011). Post-discharge depressive symptoms can predict quality of life in AMI survivors: A prospective cohort study in Japan. *International Journal of Cardiology*, 146(3), 379–384. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2009.07.017>
- Sallquist, J., Eisenberg, N., French, D. C., Purwono, U., & Suryanti, T. A. (2010). Indonesian adolescents' spiritual and religious experiences and their longitudinal relations with socioemotional functioning. *Developmental Psychology*, 46(3), 699–716. <https://doi.org/10.1037/a0018879>
- Sanderson, C. A. (2013). *Health Psychology* (second edi). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Seeman, T. E., Dubin, L. F., & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *The American Psychologist*, 58(1), 53–63. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.53>

- Shek, D. T. L. (1993). The Chinese version of the State-Trait Anxiety Inventory: Its relationship to different measures of psychological well-being. *Journal of Clinical Psychology, 49*(3), 349–358. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199305\)49:3<349::AID-JCLP2270490308>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199305)49:3<349::AID-JCLP2270490308>3.0.CO;2-J)
- Shen, L., Condit, C. M., & Wright, L. (2009). The psychometric property and validation of a fatalism scale. *Psychology & Health, 24*(5), 597–613. <https://doi.org/10.1080/08870440801902535>
- Slatcher, R. B. (2010). Marital Functioning and Physical Health: Implications for Social and Personality Psychology. *Social and Personality Psychology Compass, 4*(7), 455–469. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00273.x>
- Smith, K. W., Avis, N. E., Assmann, S. F., Smith, K. W., Avis, N. E., & Assmann, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research : A meta-analysis. *Quality of Life Research, 8*(5), 447–459.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin, 129*(4), 614–636. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614>
- Smith, T. W., & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 548–568. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.548>
- Spindler, H., Denollet, J., Kruse, C., & Pedersen, S. S. (2009). Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: Validation of the Danish Global Mood Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(1), 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.003>
- Staniute, M., Brozaitiene, J., Burkauskas, J., Kazukauskienė, N., Mickuviene, N., & Bunevicius, R. (2015). Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. *Health and Quality of Life Outcomes, 13*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0204-2>
- Steiger, J. H. (2007). Understanding the limitations of global fit assessment in

- structural equation modeling. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 893–898. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.017>
- Sundh, J., Johansson, G., & Larsson, K. et al. (2015). Comorbidity and health-related quality of life in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease attending Swedish secondary care units. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 10, 173–183. <https://doi.org/10.2147/COPD.S74645>
- Tarakeshwar, N., Stanton, J., & Pargament, K. I. (2003). Religion: An Overlooked Dimension in Cross-Cultural Psychology. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34(4), 377–394. <https://doi.org/10.1177/0022022103253184>
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646–657. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.646>
- Taylor, S. E. (2015). *Health Psychology* (Ninth Edit). New York: McGraw Hill.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J. A., Keshtgar, M. R., & Newman, S. P. (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine*, 63(1), 151–164. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.055>
- Toma, M., Ezekowitz, J. A., Bakal, J. A., O'Connor, C. M., Hernandez, A. F., Sardar, M. R., ... Starling, R. C. (2014). The relationship between left ventricular ejection fraction and mortality in patients with acute heart failure: Insights from the ASCEND-HF Trial. *European Journal of Heart Failure*, 16(3), 334–341. <https://doi.org/10.1002/ejhf.19>
- Unantenne, N., Warren, N., Canaway, R., & Manderson, L. (2013). The Strength to Cope: Spirituality and Faith in Chronic Disease. *Journal of Religion and Health*, 52(4), 1147–1161. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9554-9>
- Van Beek, M. H. C. T., Mingels, M., Voshaar, R. C. O., van Balkom, a. J. L. M., Lappenschaar, M., Pop, G., & Speckens, a. E. M. (2012). One-year follow up of cardiac anxiety after a myocardial infarction: A latent class analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(5), 362–368. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.004>
- van Eck, J. W. M., van Hemel, N. M., van den Bos, A., Taks, W., Grobbee, D. E.,

- & Moons, K. G. M. (2008). Predictors of improved quality of life 1 year after pacemaker implantation. *American Heart Journal*, *156*(3), 491–497. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2008.04.029>
- Vilchinsky, N., & Kravetz, S. (2005). How Are Religious Belief and Behavior Good for You? An Investigation of Mediators Relating Religion to Mental Health in a Sample of Israeli Jewish Students How Are Religious Belief and Behavior Good for You? An Investigation of Mediators Relating Religi. *Journal For The Scientific Study of Religion*, *44*(March), 459–471. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2005.00297.x>
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., ... Mendonça, D. (2014). Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic Portuguese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, *12*, 3. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-3>
- Vissers, P. A. J., Thong, M. S. Y., Pouwer, F., Zanders, M. M. J., Coebergh, J. W. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2013). The impact of comorbidity on Health-Related Quality of Life among cancer survivors: Analyses of data from the PROFILES registry. *Journal of Cancer Survivorship*, *7*(4), 602–613. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0299-1>
- Wang, H.-Y., Chew, G., Kung, C.-T., Chung, K.-J., & Lee, W.-H. (2007). The use of Charlson comorbidity index for patients revisiting the emergency department within 72 hours. *Chang Gung Medical Journal*, *30*(5), 437–444.
- Wang, W., Chow, a., Thompson, D. R., Koh, K., Kowitlawakul, Y., & He, H.-G. (2014). Predictors of Health-Related Quality of Life Among Patients With Myocardial Infarction. *Western Journal of Nursing Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1177/0193945914546201>
- Watkins, L. L., Koch, G. G., Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J. R. T., O'Connor, C., & Sketch, M. H. (2013). Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *Journal of the American Heart Association*, *2*(2), 1–10. <https://doi.org/10.1161/JAHA.112.000068>
- Weaver, A. J., Pargament, K. I., Flannelly, K. J., & Oppenheimer, J. E. (2006). Trends in the scientific study of religion, spirituality, and health: 1965-2000.

- Journal of Religion and Health*, 45(2), 208–214.  
<https://doi.org/10.1007/s10943-006-9011-3>
- Wertz, F. J. (2005). Phenomenological Research Methods for Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 167–177.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.167>
- Wettergren, L., Bjorkholm, U., Axdorph, U., & Langius-Eklo, A. (2004). Determinants of health-related quality of life in long-term survivors of Hodgkin ' s lymphoma. *Quality of Life Research*, 13, 1369–1379.
- WHO. (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health. In *World Health Organization* (Vol. 18).  
<https://doi.org/10.1097/01.pep.0000245823.21888.71>
- Williams, L., O'Connor, R. C., Grubb, N. R., & O'Carroll, R. E. (2012). Type D personality and three-month psychosocial outcomes among patients post-myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(6), 422–426.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.02.007>
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59–65.  
<https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>
- Witham, M. D., Crighton, L. J., & McMurdo, M. E. T. (2007). Using an individualised quality of life measure in older heart failure patients. *International Journal of Cardiology*, 116(1), 40–45.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2006.03.026>
- Wong-McDonald, A., & Gorsuch, R. L. (2000). Surrender to God: An Additional Coping Style? *Journal of Psychology and Theology*, 28(2), 149–161.
- Wong-McDonald, A., & Gorsuch, R. L. (2004). A Multivariate Theory of God Concept, Religious Motivation, Locus of Control, Coping And Spiritual Well Being. *Journal of Psychology and Theology*, 32(4), 318–334.
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018. In *World Health Organization*. <https://doi.org/16/j.jad.2010.09.007>
- Xuan, J., Kirchdoerfer, L. J., Boyer, J. G., & Norwood, G. J. (1999). Effects of comorbidity on health-related quality-of-life scores: An analysis of clinical



trial data. *Clinical Therapeutics*, 21(2), 383–403.  
[https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(00\)88295-8](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(00)88295-8)

Yan, J., You, L.-M., He, J.-G., Wang, J.-F., Chen, L., Liu, B.-L., ... Jin, S.-Y. (2011). Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 398–405.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.11.010>

Zishiri, E. T., Williams, S., Cronin, E. M., Blackstone, E. H., Ellis, S. G., Roselli, E. E., ... Chung, M. K. (2013). Early risk of mortality after coronary artery revascularization in patients with left ventricular dysfunction and potential role of the wearable cardioverter defibrillator. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 6(1), 117–128.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCEP.112.973552>

LAMPIRAN

KUESIONER  
KEHIDUPAN PASKA SERANGAN JANTUNG



FAKULTAS PSIKOLOGI  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2016

**INSTRUKSI**

Kuesioner ini bertujuan untuk melihat kehidupan Anda sehari-hari paska serangan jantung. Jawaban yang diberikan bersifat **rahasia**. Keluarga maupun pihak rumah sakit **tidak akan mengetahui hasil jawaban** yang telah Bapak/Ibu berikan pada kuesioner ini.

Bacalah dengan cermat perintah pada kuesioner ini dan berilah tanda silang (x) pada jawaban yang benar-benar menggambarkan keadaan Bapak/Ibu pada saat mengisi kuesioner ini.

**Bagian I  
Informasi Umum**

1. Nama : .....
2. Nomor Telfon : .....
3. Mendapatkan serangan jantung : ..... bulan yang lalu
4. Jenis perawatan yang didapatkan  
 Kateterisasi     Pemasangan Ring     By Pass     Hanya Obat
5. Status :  Menikah     Tidak menikah
6. Jenis Kelamin     Lelaki  
 Perempuan
7. Umur     ≤ 40 tahun     56- 60- tahun  
 41- 45 tahun     61 - 65 tahun  
 46- 50 tahun     66 - 70 tahun  
 51 - 55 tahun     ≥ 71 tahun
8. Agama     Islam     Kristen Protestan  
 Hindu     Kristen Katolik  
 Budha  
 Lainnya (sebutkan): .....
9. Pendidikan terakhir     SD     S1/Akademi  
 SMP     ≥ S2  
 SMA
10. Jumlah penghasilan per bulan:     ≤ Rp. 2.000.000  
 Rp. 2.100.000 – 4.000.000  
 Rp. 4.100.000 – 6.000.000  
 ≥ Rp. 6.100.000
11. Penyakit lain selain serangan jantung (sebutkan): .....
12. Lama rawat inap di Rumah Sakit: ..... hari
13. Apakah pernah menjalani perawatan dengan Psikiater:  Ya     Tidak
14. Jika Bapak/Ibu menjawab ya untuk pertanyaan 13, maka konsultasi dengan Psikiater/Psikologi untuk keluhan: .....

**Lampiran 1. Kuesioner Penelitian – Studi 1**

Bagian ini akan menanyakan mengenai apa yang Anda rasakan dalam waktu 2 (dua) minggu terakhir. Berilah tanda pada kotak yang sesuai dengan jawaban Anda

1. Secara umum, seberapa sering Anda merasa frustrasi, tidak sabar atau marah dalam 2 minggu terakhir ?  
 Setiap saat     Jarang  
 Sangat sering     Sangat jarang  
 Sering     Tidak Pernah  
 Kadang-kadang
2. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa tidak berdaya atau tidak berharga?  
 Setiap saat     Jarang  
 Sangat sering     Sangat jarang  
 Sering     Tidak Pernah  
 Kadang-kadang
3. Dalam 2 minggu terakhir, seberapa sering Anda merasa percaya diri dan yakin bisa mengatasi masalah jantung Anda?  
 Tidak pernah     sering  
 Sangat Jarang     Sangat sering  
 Jarang     Setiap saat  
 Kadang-kadang
4. Secara umum, seberapa sering Anda merasa patah semangat atau sedih dalam 2 minggu terakhir? ?  
 Setiap saat     Jarang  
 Sangat sering     Sangat jarang  
 Sering     Tidak Pernah  
 Kadang-kadang
5. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir, Anda merasa santai dan tidak tegang?  
 Tidak pernah     sering  
 Sangat Jarang     Sangat sering  
 Jarang     Setiap saat  
 Kadang-kadang
6. Seberapa sering Anda merasa lelah atau tidak bertenaga dalam 2 minggu terakhir?  
 Setiap saat     Jarang  
 Sangat sering     Sangat jarang  
 Sering     Tidak Pernah  
 Kadang-kadang

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian -Studi 1 (...sambungan)

7. Seberapa bahagia, puas atau senangkah Anda dengan kehidupan pribadi Anda selama 2 minggu terakhir?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sangat tidak puas, tidak bahagia hampir setiap saat | <input type="checkbox"/> Bahagia di sebagian besar waktu                  |
| <input type="checkbox"/> Secara umum tidak puas, tidak bahagia               | <input type="checkbox"/> Sangat bahagia di sebagian besar waktu           |
| <input type="checkbox"/> Agak tidak puas, tidak bahagia                      | <input type="checkbox"/> Luar biasa bahagia, tidak mungkin lebih dari ini |
| <input type="checkbox"/> Secara umum puas, senang                            |   |
8. Secara umum, seberapa sering dalam 2 minggu terakhir, Anda merasa gelisah atau sulit untuk menenangkan diri?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
9. Pada saat Anda melaksanakan aktivitas fisik selama 2 minggu terakhir, seberapa sesak napas yang Anda alami?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sesak napas ekstrim | <input type="checkbox"/> Agak sesak napas      |
| <input type="checkbox"/> Sangat sesak napas  | <input type="checkbox"/> Sedikit sesak napas   |
| <input type="checkbox"/> Sesak napas         | <input type="checkbox"/> Tidak ada sesak napas |
| <input type="checkbox"/> Cukup sesak napas   |  |
10. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa ingin menangis?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
11. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa menjadi lebih tergantung pada orang lain dibandingkan sebelum Anda mengalami masalah jantung?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
12. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa tidak mampu melakukan aktivitas sosial yang biasa dilakukan atau aktivitas sosial bersama keluarga?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
13. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa seolah orang lain tidak memiliki keyakinan yang sama terhadap Anda dibandingkan sebelum Anda mengalami masalah jantung?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
14. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasakan sakit di dada saat melakukan aktivitas sehari-hari?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
15. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa tidak yakin terhadap diri sendiri atau tidak percaya diri?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
16. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa terganggu dengan rasa sakit atau kelelahan pada kaki?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
17. Seberapa banyak dalam 2 minggu terakhir Anda merasa terbatas dalam berolahraga atau berlatih karena masalah pada jantung Anda?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangat terbatas | <input type="checkbox"/> Agak terbatas   |
| <input type="checkbox"/> Banyak Terbatas | <input type="checkbox"/> Kurang terbatas |
| <input type="checkbox"/> Terbatas        | <input type="checkbox"/> Tidak terbatas  |
| <input type="checkbox"/> Cukup terbatas  |  |
18. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa cemas atau ketakutan?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
19. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa pusing atau sempoyongan?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
20. Secara umum, dalam dua minggu terakhir ini seberapa banyakkah Anda merasa terbelenggu atau terbatas karena adanya masalah jantung Anda?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangat terbatas | <input type="checkbox"/> Agak terbatas   |
| <input type="checkbox"/> Banyak Terbatas | <input type="checkbox"/> Kurang terbatas |
| <input type="checkbox"/> Terbatas        | <input type="checkbox"/> Tidak terbatas  |
| <input type="checkbox"/> Cukup terbatas  |  |
21. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa tidak yakin mengenai seberapa banyak aktivitas fisik atau olahraga yang harus Anda lakukan ?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
22. Seberapa sering dalam dua minggu terakhir Anda merasa keluarga Anda bersikap terlalu melindungi Anda?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
23. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa seperti menjadi beban bagi orang lain?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
24. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa tidak dilibatkan dalam aktivitas bersamaorang lain karena masalah jantung Anda?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |
25. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa tidak mampu bersosialisasi karena masalah jantung Anda?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Setiap saat   | <input type="checkbox"/> Jarang        |
| <input type="checkbox"/> Sangat sering | <input type="checkbox"/> Sangat jarang |
| <input type="checkbox"/> Sering        | <input type="checkbox"/> Tidak Pernah  |
| <input type="checkbox"/> Kadang-kadang |  |

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian -Studi 1 (...sambungan)

26. Secara umum, seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa terbatas secara fisik karena masalah jantung Anda?

- Sangat terbatas
- Banyak Terbatas
- Terbatas
- Cukup terbatas
- Agak terbatas
- kurang terbatas
- Tidak terbatas

27. Seberapa sering dalam 2 minggu terakhir Anda merasa masalah jantung Anda membatasi atau mengganggu aktivitas seksual Anda?

- Setiap saat
- Sangat sering
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Sangat jarang
- Tidak Pernah

**Bagian III**  
**Kekhawatiran Terhadap Kondisi Jantung**

Kuesioner bagian III akan menanyakan apa yang Anda rasakan mengenai kondisi jantung Anda. Lingkariilah jawab yang paling sesuai dengan kondisi Anda.

N O	Pernyataan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang- kadang	Sering	Selalu
1	Saya memberi perhatian terhadap detak jantung saya	0	1	2	3	4
2	Saya menghindari aktivitas fisik yang berlebihan	0	1	2	3	4
3	Jantung saya yang berdebar kencang membuat saya terbangun malam hari	0	1	2	3	4
4	Sakit/tidak nyaman di dada membuat saya terbangun malam hari	0	1	2	3	4
5	Saya berusaha untuk santai sebanyak mungkin	0	1	2	3	4
6	Saya memeriksa denyut nadi saya	0	1	2	3	4
7	Saya menghindari olahraga atau pekerjaan fisik lainnya	0	1	2	3	4
8	Saya bisa merasakan jantung saya di dada	0	1	2	3	4
9	Saya menghindari aktivitas yang membuat jantung saya berdebar kencang	0	1	2	3	4
10	Jika hasil tes menyatakan normal, saya tetap khawatir dengan jantung saya	0	1	2	3	4
11	Saya merasa aman berada di sekitar rumah sakit, dokter atau fasilitas kesehatan lainnya	0	1	2	3	4
12	Saya menghindari aktivitas-aktivitas yang membuat saya berkebinging	0	1	2	3	4
13	Saya khawatir dokter tidak percaya bahwa gejala-gejala yang saya alami benar terjadi	0	1	2	3	4

Saat saya merasakan ketidaknyamanan di dada atau saat jantung saya berdebar kencang, maka:

14	Saya khawatir bahwa saya mungkin terkena serangan jantung	0	1	2	3	4
15	Saya sulit berkonsentrasi pada hal-hal lainnya	0	1	2	3	4
16	Saya menjadi takut	0	1	2	3	4
17	Saya ingin diperiksa oleh dokter	0	1	2	3	4
18	Saya memberitahu keluarga atau teman-teman	0	1	2	3	4

**Bagian IV**  
**Hubungan dengan Pasangan**

Pada bagian ini, Bapak/Ibu diminta untuk menilai hubungan yang Bapak/Ibu miliki dengan pasangan. Berilah jawaban yang sesuai dengan Bapak/Ibu dengan memberi tanda silang pada pilihan jawaban.

1.	Dengan telah mempertimbangkan semuanya, tentukan derajat kebahagiaan hubungan Anda						
	Sangat Tidak bahagia 0	Cukup tidak bahagia 1	Agak tidak bahagia 2	Bahagia 3	Sangat bahagia 4	Luar biasa bahagia 5	Sempurna
2	Secara umum, seberapa sering Anda merasa bahwa hubungan antara Anda dan pasangan dalam keadaan rukun	5	4	3	2	1	0
3	Hubungan kami kuat	Tidak sama sekali	Sedikit benar	Agak benar	Sering kali benar	Hampir pasti benar	Benar sekali
4	Hubungan Saya dan Pasangan membuat saya bahagia	0	1	2	3	4	5
5	Saya memiliki hubungan yang hangat dan nyaman dengan pasangan	0	1	2	3	4	5
6	Saya merasa sebagai bagian dari suatu tim dengan pasangan	0	1	2	3	4	5
7	Seberapa menyenangkankah hubungan Anda dengan pasangan?	Tidak sama sekali	Sedikit	Cukup	Sebagian Besar	Hampir seluruhnya	Seluruhnya menyenangkan
8	Seberapa baik pasangan Anda memenuhi kebutuhan Anda?	Tidak sama sekali	Sedikit	Cukup	Sebagian Besar	Hampir seluruhnya	Seluruhnya dapat dipenuhi
9	Sejauh mana hubungan Anda sesuai dengan harapan yang sesungguhnya	Tidak sama sekali	Sedikit	Cukup	Sebagian Besar	Hampir seluruhnya	Seluruhnya sesuai
10	Secara umum seberapa puasah Anda dengan hubungan Anda?	Tidak sama sekali	Sedikit	Cukup	Sebagian Besar	Hampir seluruhnya	Puas Seluruhnya

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian -Studi 1 (...sambungan)

Bagian V.  
Hubungan dengan Tuhan

Untuk setiap pernyataan di bawah ini, pilihlah respon yang paling menggambarkan apa yang Anda rasakan mengenai hubungan Anda. Berikan respon berdasarkan apa yang Anda rasakan pertama kali sesaat setelah membaca pernyataan

11	Menarik	5	4	3	2	1	0	Membosankan
12	Buruk	0	1	2	3	4	5	Baik
13	Utuh	5	4	3	2	1	0	Kosong
14	Kokoh	5	4	3	2	1	0	Rapuh
15	Mengecilkan hati	0	1	2	3	4	5	Penuh harapan
16	Menyenangkan	5	4	3	2	1	0	Menyedihkan

No		Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
1	Saya percaya Allah SWT akan membantu saya pulih dari penyakit jantung ini	6	5	4	3	2	1
2	Saya hanya memohon kepada Allah SWT agar tidak mendapatkan serangan lagi	6	5	4	3	2	1
3	Penyakit jantung ini merupakan bentuk kasih sayang Allah SWT kepada saya	6	5	4	3	2	1
4	Hanya keberuntungan yang menentukan kesehatan saya	1	2	3	4	5	6
5	Tidak ada siapapun yang dapat membantu saya untuk pulih dari penyakit jantung	1	2	3	4	5	6
6	Saya yakin bahwa Allah akan membuat penyakit saya membaik	6	5	4	3	2	1
7	Penyakit jantung ini mendekatkan diri saya dengan Allah SWT	6	5	4	3	2	1
8	Saya diberikan kesempatan kedua oleh Allah untuk memperbaiki kehidupan saya	6	5	4	3	2	1
9	Saya tahu obat mana saja yang harus saya	6	5	4	3	2	1

		6	5	4	3	2	1
10	Saya mencari tahu makanan apa saja yang tepat untuk membantu saya pulih	6	5	4	3	2	1
11	Schat atau sakitnya saya ditentukan sepenuhnya oleh Allah SWT	6	5	4	3	2	1
12	Apapun yang terjadi pada kesehatan saya sudah merupakan suratan Tuhan	6	5	4	3	2	1
13	Jika Allah menentukan saya sembuh maka saya akan sembuh	6	5	4	3	2	1
14	Penyakit jantung ini menghancurkan hidup saya	1	2	3	4	5	6
15	Saya jarang berolahraga	1	2	3	4	5	6
16	Saya tetap mengonsumsi makanan yang berlemak	1	2	3	4	5	6
17	Menurut saya Sholat hanyalah rutinitas semata	1	2	3	4	5	6
18	Berpuasa membantu saya untuk hidup lebih sehat	6	5	4	3	2	1
19	Berpuasa hanya	6	5	4	3	2	1

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian -Studi 1 (...sambungan)

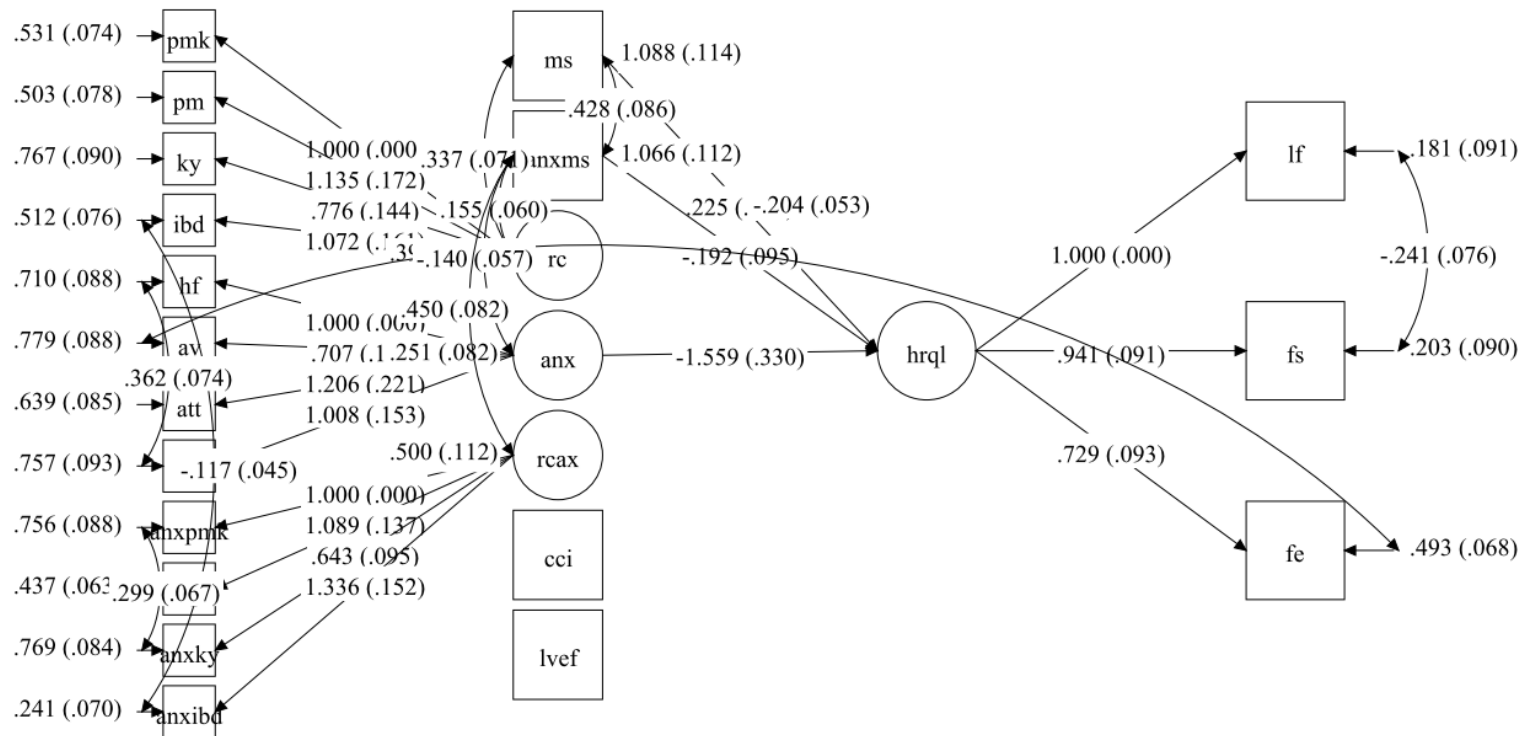
	membuat saya merasa lebih sakit	tidak setuju	Setuju	Tidak Setuju	Setuju		Setuju
		1	2	3	4	5	6
20	Saya menjadwalkan kapan saja saya harus berolahraga	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
21	Saya merubah pola makan saya menjadi pola makan yang lebih sehat	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
22	Saya berusaha untuk tidak terpancing emosi	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
23	Saya rutin memeriksa diri ke dokter	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
24	Sholat mampu membantu saya meredam kecemasan tentang penyakit jantung yang saya miliki	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
25	Saya selalu gagal dalam mengikuti saran dokter	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Agak Tidak Setuju	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
		1	2	3	4	5	6
26	Saya tetap berolahraga meskipun melelahkan	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
27	Saya tetap mengonsumsi makanan sehat meskipun rasanya kurang enak	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
28	Saya berusaha untuk rutin mengonsumsi	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju

	obat meskipun bosan melakukannya	6	5	4	3	2	1
29	Saya berkonsultasi dengan dokter untuk mengetahui apa yang harus saya lakukan agar lekas pulih	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
30	Saya tidak tahu makanan apa saja yang dipantang oleh dokter	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Agak Tidak Setuju	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
		1	2	3	4	5	6
31	Saya tidak tahu apa yang akan saya lakukan saat saya merasa dada saya sesak	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Agak Tidak Setuju	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
		1	2	3	4	5	6
32	Saya malu bertanya pada dokter apa yang harus saya lakukan untuk meringankan gejala penyakit saya	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Agak Tidak Setuju	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
		1	2	3	4	5	6
33	Membaca Al Qur'an membuat hati saya merasa tenang	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
34	Saya tidak tertarik untuk membaca Al Qur'an	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Agak Tidak Setuju	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
		1	2	3	4	5	6
35	Berdzikir mampu meredakan amarah saya	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
36	Berdoa mampu meredakan rasa sakit yang ada di dada saya	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju
		6	5	4	3	2	1
37	Penyakit jantung ini adalah kesempatan saya untuk membersihkan dosa	Sangat Setuju	Setuju	Agak Setuju	Agak tidak setuju	Tidak setuju	Sangat Tidak Setuju

	yang telah saya lakukan	6	5	4	3	2	1
38	Adanya penyakit jantung ini membuat saya takut akan kematian	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Agak Tidak Setuju	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
		1	2	3	4	5	6
39	Saya diberikan penyakit jantung ini karena Allah menghukum saya	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Agak Tidak Setuju	Agak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
		1	2	3	4	5	6

TERIMA KASIH ATAS KERJASAMANYA

Lampiran 2. Hasil Output SEM Menggunakan software MPlus – Studi 1





Lampiran 2. Hasil Output SEM Menggunakan software MPlus – Studi 1 (...sambungan)

```
f:\disertasi_dew_07sept2019\kuantitatif\fscore\m2.out
Mplus VERSION 7
MUTHEN & MUTHEN
10/21/2019 2:34 PM

INPUT INSTRUCTIONS

TITLE: SEM DEVI
DATA: FILE IS DTF.TXT;
VARIABLE: NAMES ARE LVEF CCI LF FS FE FMK FM KY IBD HF AV ATT SS TANX
          MS ANXMS ANXPMK ANXPM ANXKY ANXIBD ANXSRH;
USEVAR ARE CCI LVEF LF FS FE FMK FM KY IBD HF AV ATT SS MS ANXMS ANXPMK
MODEL: HRQL BY LF FS FE;
      RC BY FMK FM KY IBD;
      ANX BY HF AV ATT SS;
      RCAX BY ANXPMK ANXPM ANXKY ANXIBD;
      HRQL ON CCI RC ANX MS LVEF RCAX ANXMS;
      ANXKY WITH ANXPMK;
      ANXIBD WITH IBD;
      ANXMS WITH RCAX ;
      AV WITH FE;
      SS WITH HF ;
      FS WITH LF ;
      MS WITH RC;

OUTPUT: STANDARDIZED (STDYX);modindices(ALL);

INPUT READING TERMINATED NORMALLY

SEM DEVI
SUMMARY OF ANALYSIS
Number of groups 1
Number of observations 182
Number of dependent variables 15
Number of independent variables 4
Number of continuous latent variables 4
Observed dependent variables
Continuous
  LF FS FE FMK FM KY
  IBD HF AV ATT SS ANXPMK
  ANXPM ANXKY ANXIBD
Observed independent variables
  CCI LVEF MS ANXMS
Continuous latent variables
  HRQL RC ANX RCAX
Estimator ML
Information matrix OBSERVED
Maximum number of iterations 1000
Convergence criterion 0.500E-04
Maximum number of steepest descent iterations 20
Input data file(s)
  DTF.TXT
```

```
Input data format FREE

THE MODEL ESTIMATION TERMINATED NORMALLY

WARNING: THE LATENT VARIABLE COVARIANCE MATRIX (PSI) IS NOT POSITIVE
DEFINITE. THIS COULD INDICATE A NEGATIVE VARIANCE/RESIDUAL VARIANCE FOR A
LATENT VARIABLE, A CORRELATION GREATER OR EQUAL TO ONE BETWEEN TWO LATENT
VARIABLES, OR A LINEAR DEPENDENCY AMONG MORE THAN TWO LATENT VARIABLES.
CHECK THE TECH4 OUTPUT FOR MORE INFORMATION.
PROBLEM INVOLVING VARIABLE FS.

MODEL FIT INFORMATION
Number of Free Parameters 71
Loglikelihood
  H0 Value -3905.749
  H1 Value -3789.073
Information Criteria
  Akaike (AIC) 7953.498
  Bayesian (BIC) 8180.983
  Sample-Size Adjusted BIC 7956.117
  (n* = (n + 2) / 24)
Chi-Square Test of Model Fit
  Value 233.352
  Degrees of Freedom 133
  P-Value 0.0000
RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation)
  Estimate 0.064
  90 Percent C.I. 0.051 0.078
  Probability RMSEA <= .05 0.045
CFI/TLI
  CFI 0.906
  TLI 0.884
Chi-Square Test of Model Fit for the Baseline Model
  Value 1237.063
  Degrees of Freedom 165
  P-Value 0.0000
SRMR (Standardized Root Mean Square Residual)
  Value 0.068

MODEL RESULTS
Estimate S.E. Est./S.E. Two-Tailed
P-Value
HRQL BY
```

Path	Estimate	S.E.	Est./S.E.	Two-Tailed P-Value
LF	1.000	0.000	999.000	999.000
FS	0.941	0.091	10.358	0.000
FE	0.729	0.093	7.813	0.000
RC BY				
FMK	1.000	0.000	999.000	999.000
FM	1.135	0.172	6.593	0.000
KY	0.776	0.144	5.386	0.000
IBD	1.072	0.161	6.640	0.000
ANX BY				
HF	1.000	0.000	999.000	999.000
AV	0.707	0.195	3.623	0.000
ATT	1.206	0.221	5.462	0.000
SS	1.008	0.153	6.581	0.000
RCAX BY				
ANXPMK	1.000	0.000	999.000	999.000
ANXPM	1.089	0.137	7.956	0.000
ANXKY	0.643	0.095	6.771	0.000
ANXIBD	1.336	0.152	8.783	0.000
HRQL ON				
RC	0.342	0.153	1.582	0.114
ANX	-1.559	0.330	-4.727	0.000
RCAX	0.111	0.130	0.850	0.395
HRQL ON				
CCI	0.028	0.048	0.570	0.568
MS	0.225	0.086	2.616	0.009
LVEF	0.004	0.004	1.051	0.293
ANXMS	-0.192	0.095	-2.007	0.045
ANXMS WITH				
RCAX	0.450	0.092	5.499	0.000
RC	0.155	0.060	2.590	0.010
ANX	-0.140	0.057	-2.435	0.015
MS WITH				
RC	0.337	0.071	4.742	0.000
ANX	-0.032	0.057	-0.553	0.580
RCAX	0.119	0.063	1.879	0.060
ANX WITH				
RC	0.005	0.039	0.136	0.892
RCAX WITH				
RC	0.068	0.045	1.516	0.129
ANX	-0.061	0.040	-1.511	0.131
ANXKY WITH				
ANXPMK	0.299	0.067	4.497	0.000
ANXIBD WITH				
IBD	-0.117	0.045	-2.632	0.008
AV WITH				
FE	-0.204	0.053	-3.848	0.000
SS WITH				
HF	0.362	0.074	4.885	0.000
FS WITH				
LF	-0.241	0.076	-3.170	0.002
ANXMS WITH				
MS	0.428	0.086	4.981	0.000



## Lampiran 2. Hasil Output SEM Menggunakan software MPlus – Studi 1 (...sambungan)

```
f:\disertasi_dew_07sept2019\kuantitatif\fscore\m2.out
MODEL MODIFICATION INDICES
Minimum M.I. value for printing the modification index 10.000
```

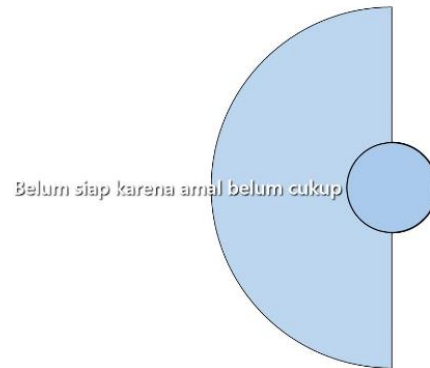
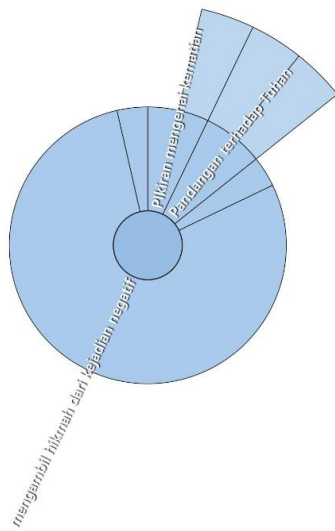
			M.I.	E.P.C.	Std E.P.C.	StdYX E.P.C.
ON/BY Statements						
AV	ON	HRQL	/			
HRQL	BY	AV	26.671	-0.888	-0.830	-0.873
AV	ON	RC	/			
RC	BY	AV	12.335	-0.429	-0.269	-0.283
SS	ON	HRQL	/			
HRQL	BY	SS	10.164	0.481	0.450	0.447
SS	ON	RC	/			
RC	BY	SS	15.984	0.426	0.267	0.266
ON Statements						
ANX	ON	AV	10.451	0.459	0.915	0.870
HF	ON	LVEF	12.411	0.013	0.013	0.201
AV	ON	LF	15.398	-0.430	-0.430	-0.464
AV	ON	FE	26.671	-1.218	-1.218	-1.253
AV	ON	ME	14.809	-0.250	-0.250	-0.274
SS	ON	PMK	14.935	0.232	0.232	0.222
SS	ON	KY	14.568	0.218	0.218	0.217
SS	ON	MS	18.134	0.241	0.241	0.249
ANXI	ON	MS	11.052	-0.197	-0.197	-0.193
ANXI	ON	ANXMS	13.024	-0.371	-0.371	-0.360
WITH Statements						
MS	WITH	AV	13.492	-0.215	-0.215	-0.234
LVEF	WITH	HF	10.404	2.623	2.623	0.211
LVEF	WITH	AV	11.160	-3.125	-3.125	-0.240
DIAGRAM INFORMATION						
Use View Diagram under the Diagram menu in the Mplus Editor to view the diagram. If running Mplus from the Mplus Diagrammer, the diagram opens automatically.						
Diagram output f:\disertasi_dew_07sept2019\kuantitatif\fscore\m2.dgm						
Beginning Time: 14:34:53						
Ending Time: 14:34:55						
Elapsed Time: 00:00:02						
MUTHEN & MUTHEN 3463 Stoner Ave. Los Angeles, CA 90066 Tel: (310) 391-9971 Fax: (310) 391-8971 Web: www.StatModel.com Support: Support@StatModel.com Copyright (c) 1998-2012 Muthen & Muthen						

### **Lampiran 3. Daftar Pertanyaan untuk Wawancara – Studi 2**

#### **DAFTAR PERTANYAAN UNTUK WAWANCARA**

1. Bagaimana perubahan Fisik, Psikologi dan sosial mulai awal terkena serangan hingga saat ini
2. Bagaimana kondisi fisik yang dirasakan saat ini.
  - Gejala-gejala fisiki apa saja yang masih dialami? (gejala fisik dapat beragam mulai dari rasa tidak enak, menekan, sesak di dada, lemas tidak bertenaga hingga kaki sakit)
3. Bagaimana subyek melakukan interaksi sosial saat ini
  - Apakah subyek masih dapat berhubungan dengan orang lain sejak Ia sakit (tetangga, teman, saudara)
  - Apakah subyek dapat kembali bekerja
  - Apakah subyek memiliki aktivitas di luar rumah
4. Bagaimana interaksi pasien dengan pasangan hidup
  - Bagaimana respon emosi pasien terhadap interaksi dengan pasangan
5. Bagaimana bentuk dukungan dari pasangan terhadap pasien
6. Bagaimana kondisi emosi pasien saat ini? Terutama dalam merespon penyakit jantung yang dimilikinya
7. Bagaimana pengaruh Tuhan terhadap penyakit yang dimiliki pasien
8. Bagaimana pengaruh ajaran agama terhadap penyakit?
9. Apa yang dilakukan oleh pasien (berhubungan dengan agama) dalam menghadapi penyakitnya
10. Apa makna sakit jika dihubungkan dengan Tuhan/agama

**Lampiran 4. Hasil *Query* dari *software* NVivo**



Lampiran 4. Hasil Query dari software NVivo (...sambungan)

