

Jurnal Universitas

# Paramadina

**Pejuang Kemerdekaan adalah Teroris? Menjelaskan Pengertian Terorisme**

*Abdul Mu'is Naharong*

**Membaca Konsep Pembaruan Islam Fazlur Rahman tentang Iman, Etika, Tradisi, dan Al-Quran dalam Teks Nurcholish Madjid**

*Lukman Hakim dan Joko Arizal*

**Efek Faktor Demografis pada Kualitas Hidup Pasien Serangan Jantung**

*(Myocardial Infarction)*

*Devi Wulandari dan Tia Rahmania*

**Perbandingan Metode Konvensional dengan Activity Based Costing (ABC) berdasarkan Akurasi Penentuan Overhead dalam Perhitungan Cost of Goods Manufactured (COGM) pada PT Multi Rezekitama**

*Riki Martusa dan Siti Mariam*

**Relevansi Integrasi Paradigma melalui Level Analisis dari George Ritzer terhadap Penggunaan Mixed Methods (Studi Kasus McDonalidization of Society Karya George Ritzer)**

*Oki Rahadiano Sutopo*

**Potret Media Relations dalam Persepsi Wartawan dan Praktisi Public Relations**

*Ika Karlina*

**Prospek Demokrasi dalam Proses Globalisasi**

*A. Safril Mubah*



# Jurnal Universitas Paramadina

---

Vol. 9 No. 1 April 2012  
ISSN 1412-0755

**Penanggungjawab**  
Rektor Universitas Paramadina

**Dewan Editor**  
Prof. Drs. Z.A Achmady, MPA  
Ir. Totok Amin Soefianto, M.A., Ed.D

**Editor Tamu**  
Dr. Iyus Wiadi, MPA  
Dinna Wisnu, Ph.D  
Dr. Iin Mayasari  
Dr. Fuad Mahbub Siraj  
Dr. Ayu Dwi Nindyati, Psi  
A. Luthfi Assyaukanie, Ph.D

Abdul Muis Naharong, M.A  
Putut Widjanarko, Ph.D  
Ahmad Khoirul Umam, MAGV  
Dr. Rini Sudarmanti  
Haris Herdiansyah, M.Si

**Redaksi**  
Sari S. Karim, SE  
Sudarmawan

**Desain Visual**  
Gilang Cempaka, M.Sn.

**Distribusi**  
Direktorat Humas dan Marketing

**Penerbit**  
Universitas Paramadina  
Jl. Gatot Subroto Kav. 97  
Mampang, Jakarta 12790  
Indonesia  
T. + 62-21-7918-1188  
F. + 62-21-799-3375  
E : jurnal@paramadina.ac.id

## Daftar Isi

<b>Pejuang Kemerdekaan adalah Teroris? Menjelaskan Pengertian Terorisme</b> <i>Abdul Muis Naharong</i>	259-276
<b>Membaca Konsep Pembaruan Islam Fazlur Rahman tentang Iman, Etika, Tradisi, dan Al-Quran dalam Teks Nurcholish Madjid</b> <i>Lukman Hakim dan Joko Arizal</i>	277-287
<b>Efek Faktor Demografis pada Kualitas Hidup Pasien Serangan Jantung (<i>Myocardial Infarction</i>)</b> <i>Devi Wilandari dan Tia Rahmania</i>	288-300
<b>Perbandingan Metode Konvensional dengan <i>Activity Based Costing</i> (ABC) berdasarkan Akurasi Penentuan <i>Overhead</i> dalam Perhitungan <i>Cost of Goods Manufactured (COGM)</i> pada PT Multi Rezekitama</b> <i>Riki Martusa dan Siti Mariam</i>	301-317
<b>Relevansi Integrasi Paradigma melalui <i>Level Analisis</i> terhadap Penggunaan <i>Mixed Methods</i> (Studi Kasus <i>McDonaldization of Society</i> Karya George Ritzer)</b> <i>Oki Rahadianto Sutopo</i>	318-328
<b>Potret <i>Media Relations</i> dalam Persepsi Wartawan dan Praktisi <i>Public Relations</i></b> <i>Ika Karlina Idris</i>	329-343
<b>Prospek Demokrasi dalam Proses Globalisasi</b> <i>A. Safril Mubah</i>	344-353
Biografi Penulis	354-355
Pedoman Penulisan	356-357
Formulir Berlangganan	358



**PERANAN FAKTOR DEMOGRAFIS PADA  
KUALITAS HIDUP PASIEN SERANGAN JANTUNG  
(MYOCARDIAL INFARCTION)**

**Devi Wulandari  
Tia Rahmania**

**Abstract**

*This research was aimed to examined role of demographic factors on myocardial infarction patients' s quality of life. 66 patients was divided into two groups namely angioplasty group (N: 44) and oral medication group (N: 22). 66 patients filled out MacNew Heart Diseases Health Related Quality of life questionnaire. Person product moment was used to analyze correlation between age and quality of life, T test and Anova were used to look out effects of gender and socioeconomic status on patient's quality of life. Results showed that for angioplasty patients, only gender had significant effect on quality of life. Female patients showed lower quality of life. As for oral medication patients, age correlated with quality of life. Older patients had lower quality of life compare to younger patients.*

*Keywords: myocardial infarction, quality of life, demographic.*

**Pendahuluan**

WHO (2011) mengemukakan bahwa serangan jantung (*myocardial infarction*) merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia. Lebih lanjut dijelaskan bahwa penyakit jantung ini menyumbang sebesar 12,2 % terhadap jumlah total kematian di seluruh dunia atau sebanyak 7,2 juta kematian di dunia disebabkan oleh serangan jantung. Bahkan diproyeksikan pada tahun 2030, serangan jantung akan tetap menjadi penyebab kematian utama di dunia. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa penderita serangan jantung akan semakin meningkat setiap tahunnya. Hal ini menyebabkan diperlukannya perhatian lebih terhadap pada penderita penyakit serangan jantung. Serangan jantung (*myocardial infarction*) adalah salah satu penyakit yang memiliki dampak yang cukup besar dalam kehidupan. Selain karena terjadi secara tiba-tiba, serangan jantung merupakan salah satu penyakit jantung yang dapat menimbulkan kematian (Taylor, 2006). Serangan jantung terjadi saat sebagian sel-sel jantung menjadi mati dikarenakan berkurangnya pasokan darah ke jantung (Sarafino, 2006).

Terdapat beberapa aspek kehidupan yang terpengaruh oleh timbulnya penyakit jantung yaitu aspek fisik, sosial, kognitif, produktifitas, dan emosional. Keluhan pada aspek fisik ialah pasien mudah merasa lelah dan kehabisan energi sepanjang waktu. Mereka juga merasa sulit untuk tidur dengan nyenyak dan sering merasa sakit jika melakukan aktivitas yang terlalu berat. Pasien juga mengeluhkan kesulitan mereka untuk berdiri dalam jangka waktu yang lama, menaiki, dan menuruni tangga dan meraih benda-benda (Lukkarinen and Hattinen, 1996). Keluhan pada aspek kognitif adalah kesulitan berkonsentrasi, mengingat, membuat keputusan, dan merasa selalu waspada (Avis, Smith, Hambleton *et. al*, 1996). Keluhan pada aspek emosional adalah pasien mudah merasa takut dan depresi (Lukkarinen and Hentinen, 1996; Holahan, Moos, Holahan, Brenan, 1995; Sarafino, 2006). Kecemasan dan depresi ini terutama terjadi di



saat pasien dirawat di rumah sakit yang kemudian berlanjut hingga beberapa bulan setelah mereka keluar dari rumah sakit. Setelah itu sebagian besar pasien dapat menurunkan tingkat kecemasan dan depresinya (Holahan, Moos, Holahan, Brennan, 1995). Kemampuan fisik, emosional, dan sosial merupakan aspek-aspek dalam penilaian kualitas hidup pasien. Berdasarkan penjelasan tersebut maka dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung mempengaruhi kualitas hidup (*quality of life*) pasien yang mengidapnya. Beberapa ahli telah berusaha mendefinisikan kualitas hidup. Menurut Lukkarinen and Hentinen (1996), Waltz (1986) dan Goddemann *et. al* (2004) kualitas hidup biasa dihubungkan dengan kebahagiaan, kesejahteraan (*well being*), kepuasan terhadap hidup maupun terpenuhinya kebutuhan seseorang (fisik, psikologis, dan sosial). Lebih lanjut Hanestad (1992) dan Farguhar (1995) mendefinisikan kualitas hidup sebagai pengalaman subjektif seseorang mengenai kehidupannya (dalam Lukkarinen and Hentinen, 1996). Apabila kualitas hidup ini dihubungkan dengan kesehatan maka kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai pengalaman subjektif seseorang mengenai kehidupannya yang dipengaruhi oleh keadaan kesehatan fisiknya. Berdasarkan pengertian tersebut, maka kualitas hidup harus dilihat dari pandangan pasien, karena pasien lah yang paling memahami bagaimana dampak penyakit terhadap kualitas hidupnya (Lukkarinen and Hentinen, 1996; Avis, Smith, Hambleton, Feldman, Selwyn, Jacobs, 1996). Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mulai menjadi pusat perhatian terutama pada penyakit-penyakit kronis dimana kesembuhan merupakan hal yang jarang terjadi (Smith, Avis and Assmann, 1999; Godemann *et. al*, 2004). Pada penyakit kronis, pengobatan fisik semata dipandang tidak cukup dalam melakukan rehabilitasi. Hal ini dikarenakan adanya saling ketergantungan antara fisik dan mental pada diri pasien. Bahkan kualitas hidup dipandang sebagai titik akhir maupun indikator keberhasilan dari pengobatan medis (Goddemann *et. al*, 2004). Tidak hanya dipandang sebagai indikator keberhasilan pengobatan medis, kualitas hidup dapat dijadikan panduan bagi pasien untuk memilih *treatment* apa yang tepat baginya. Apabila pasien merasa *treatment* tertentu akan mengurangi kualitas hidupnya maka pasien akan memilih *treatment* lain meskipun secara medis kurang efektif (Avis *et. al*, 1996).

Terdapat beberapa dimensi dari kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (*health related quality of life*). Menurut Avis *et. al* (1996) kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mencakup dimensi fisik, sosial, fungsi kognitif, fungsi seksual dan keintiman, produktivitas dan status keuangan. Beberapa alat ukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan bahkan memasukkan dimensi rasa sakit, kelelahan, *health habits* (kebiasaan untuk menjaga kesehatan) (Smith, Avis and Assman, 1999). Meskipun demikian, berdasarkan hasil meta analisis yang dilakukan oleh Smith, Avis and Assman (1999), kualitas hidup berdasarkan kacamata pasien lebih bermuatan dimensi kesehatan mental dan fungsi fisik. Dimensi lainnya seperti dukungan sosial, fungsi kognitif bersifat mempengaruhi kesehatan mental ataupun fungsi fisik.

Kualitas hidup pada pasien penyakit jantung telah diteliti oleh beberapa ahli. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Goddemann, Butter, Lampe, Linden, Werner, Behren pada tahun 2004 di Jerman menyatakan bahwa pasien dengan *implantable cardioverter* memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dari populasi pada umumnya terutama pada aspek fungsi fisik, rasa sakit, pandangan mengenai kesehatan diri dan fungsi peran emosional. Penelitian lainnya yang dilakukan oleh Rose, Köhler, Köhler, Sawitzky, Fliege, Klapp (2005) pada pasien dengan penyakit jantung bawaan menunjukkan bahwa pasien mengalami tingkat depresi, keluhan fisik (terutama fungsi kerja jantung) yang lebih



tinggi dibandingkan populasi pada umumnya. Secara global, kualitas hidup pasien lebih rendah daripada populasi terutama pada aspek fungsi fisik dan kesejahteraan psikologi (*psychological well being*), sedangkan untuk aspek dukungan sosial, pasien dengan penyakit jantung bawaan menunjukkan bahwa mereka mendapatkan dukungan sosial yang lebih tinggi dibandingkan populasi di Jerman. Nordhorn *et. al* (2004) melakukan penelitian longitudinal terhadap pasien penyakit jantung yang telah menjalani operasi *bypass* jantung (*coronary artery bypass grafting*) operasi PTCA (*percutaneous transluminal coronary angioplasty*) dan yang mengalami serangan jantung (*myocardial infarction*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang telah dioperasi baik CABG dan PTCA mengalami perbaikan kualitas hidup (fungsi fisik, rasa sakit pada tubuh, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, emosional, kesehatan mental) sedangkan pasien yang mengalami serangan jantung menunjukkan penurunan kualitas hidup setelah satu tahun. Berdasarkan beberapa hasil penelitian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung membawa perubahan terutama penurunan pada kualitas hidup pasien yang mengidapnya terutama pada aspek kemampuan fisik dan emosionalnya.

Dunia medis dipandang perlu meneliti kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung, tidak hanya sekedar menitik beratkan pada rehabilitasi fisik saja karena kualitas hidup tidak hanya mengindikasikan bagaimana berfungsinya seseorang dalam kehidupan tapi juga mengindikasikan apakah pengobatan atau *treatment* yang dijalani seorang pasien berhasil atau tidak. Disamping hal itu, yang paling utama adalah menelaah lebih jauh faktor-faktor apa yang berperan dalam kualitas hidup pada pasien penyakit jantung. Dengan mengetahui faktor-faktor apa yang berperan dalam kualitas hidup, diharapkan dapat dibuat sebuah program rehabilitasi yang dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien penyakit jantung.

Perubahan-perubahan dalam kehidupan yang terjadi akibat serangan jantung dapat dilihat dari variabel sosiodemografis. Terdapat tiga variabel sosiodemografis yang berpengaruh pada kualitas hidup pasien pasca serangan jantung yaitu status sosial ekonomi, jenis kelamin dan usia. Variabel usia tidak dapat berdiri sendiri dalam mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Lukkarinen *and* Hentinen (1997) menunjukkan bahwa pasien dengan usia yang lebih muda (di bawah 65 tahun) mengalami kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pasien dengan usia yang lebih tua terutama dalam aspek isolasi sosial. Hal ini diakibatkan karena pasien yang lebih muda lebih merasa terisolasi dalam kehidupannya dibandingkan pasien yang lebih tua. Dalam penelitian ini juga disimpulkan bahwa terdapat efek interaksi antara jenis kelamin dan usia. Disimpulkan bahwa perempuan dengan usia yang lebih muda mengalami kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pria. Lukkarinen *and* Hentinen menyimpulkan bahwa pasien perempuan ini harus menjalani beberapa peran yang berbeda dalam waktu yang bersamaan. Tuntutan peran ini dikombinasikan dengan kesulitan akibat penyakit jantung menyebabkan perempuan mengalami kualitas hidup yang lebih rendah. Selain dengan jenis kelamin, usia juga berinteraksi dengan variabel pendapatan. Individu dengan usia yang lebih muda dan memiliki pendapatan yang rendah, mengalami isolasi sosial. Mereka merasa terkucil dari lingkungan sekitarnya. Hal ini diperkirakan karena penyakit jantung menghambat para pasien untuk melakukan pekerjaannya, bersosialisasi, dan berkeluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Nordhorn *et. al* (2004) juga menunjukkan bahwa pasien dengan usia yang lebih muda menunjukkan perkembangan fisik maupun mental yang lebih rendah dibandingkan pasien dengan usia yang lebih tua. Pasien dengan usia yang lebih



muda juga cenderung memiliki afeksi (suasana hati) yang negatif dibandingkan pasien yang lebih tua (Waltz and Badura, 1988)

Status sosial ekonomi dihubungkan dengan tingkat pendapatan. Penelitian yang dilakukan oleh Lukkarinen and Hentinen (1997) menunjukkan bahwa pasien dengan status finansial rendah cenderung merasa depresi dan ketakutan terhadap penyakit jantungnya, terasing dari lingkungan sosial dan memiliki tingkat energi yang rendah, sehingga disimpulkan pasien dengan status finansial yang rendah juga memiliki tingkat kualitas hidup yang rendah. Penelitian yang dilakukan oleh Nordhorn *et. al* (2004) juga menunjukkan bahwa tingkat pendapatan mempengaruhi kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung setelah setahun menjalani rehabilitasi jantung. Status sosial ekonomi menunjukkan akses seseorang ke dunia medis. Dengan status finansial yang baik, seseorang mampu memperoleh bahkan memilih jenis *treatment* apa yang sesuai dengan kondisi dirinya.

Berdasarkan beberapa hasil penelitian didapatkan kesimpulan bahwa perempuan lebih terpengaruh kehidupannya jika mengidap penyakit jantung. Penelitian yang dilakukan oleh Holahan *et. al* pada tahun 1995 menunjukkan bahwa setelah satu tahun mengalami penyakit jantung kronis, responden perempuan pada usia dewasa akhir mengalami tingkat depresi yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Holahan *et. al* menyimpulkan bahwa perempuan cenderung kurang menggunakan *behavioral approach coping strategies* dalam menghadapi masalah-masalahnya. Perempuan disimpulkan kurang menyusun rencana dalam menghadapi masalah. Selain hal tersebut diperkirakan bahwa tuntutan-tuntutan lingkungan (*e.g.* mengurus keluarga) yang berhubungan dengan gender ikut berperan dalam kecenderungan perempuan mengalami tingkat depresi yang lebih tinggi dibandingkan pria.

Hasil yang sama ditemukan juga pada penelitian yang dilakukan oleh Lukkarinen and Hentinen (1997) dimana perempuan dengan penyakit jantung menunjukkan kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pria terutama dalam aspek fisik (kekurangan energi). Perempuan disimpulkan juga mengalami reaksi emosional yang lebih tinggi dibandingkan pria. Lukkarinen and Hentinen menyimpulkan bahwa perempuan, terutama yang berusia lebih muda, mendapatkan tuntutan dari lingkungan seperti harus bekerja, mengurus keluarga dan suami dalam waktu yang bersamaan. Tuntutan tinggi dari lingkungan inilah yang dapat menyebabkan perempuan mengalami kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan pria.

Sesudah menjalani rehabilitasi jantung pun kualitas hidup pasien perempuan tidak setinggi pasien laki-laki. Penelitian yang dilakukan oleh Nordhorn *et. al* (2004) terhadap 2441 responden diketahui bahwa setelah 12 bulan rehabilitasi jantung, meskipun pasien perempuan mengalami perkembangan yang paling pesat dalam hal kemampuan fisik maupun mental (kecenderungan depresi) namun nilai rata-rata perkembangannya tidak setinggi laki-laki.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca serangan jantung adalah apakah pasien telah menjalani *angioplasty* atau tidak. *Angioplasty* adalah penanganan medis yang berfungsi untuk memperlebar saluran darah yang tersumbat karena *atherosclerosis* (Gaziano, 2005). Nordhorn, Kulig, Binting, Völler, Gohlke, Linde, Willich (2004) melakukan penelitian longitudinal terhadap pasien penyakit jantung yang telah menjalani operasi *bypass* jantung (*coronary artery bypass grafting*) operasi PTCA (*percutaneous transluminal coronary angioplasty*) dan yang mengalami serangan jantung



(*myocardial infarction*). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien yang telah dioperasi baik CABG dan PTCA mengalami perbaikan kualitas hidup (fungsi fisik, rasa sakit pada tubuh, kesehatan umum, fitalitas, fungsi sosial, emosional, kesehatan mental) sedangkan pasien yang mengalami serangan jantung menunjukkan penurunan kualitas hidup setelah satu tahun. Namun tidak semua pasien dapat menjalani *angioplasty* tersebut. Salah satu penyebab adalah kondisi keuangan yang tidak memungkinkan. Pasien yang tidak dapat menjalani *angioplasty* dapat meminum obat-obatan yang dapat melarutkan sumbatan-sumbatan pada pembuluh darah jantung.

Meskipun beberapa penelitian (Nordhorn *et. al*, 2004; Lukarinen and Hentinen, 1997; Hohalan, 1995) telah dilakukan dan menyimpulkan adanya pengaruh aspek demografis terhadap kualitas hidup pasien serangan jantung, namun penelitian-penelitian tersebut belum membedakan antara pasien yang telah menjalani *angioplasty* ataupun yang hanya menjalani pengobatan saja. Diperkirakan, akan ditemukan faktor demografi yang berbeda yang akan berpengaruh pada kualitas hidup pasien serangan jantung. Dengan demikian perlu diperhatikan faktor-faktor sosiodemografis yang dapat berperan dalam kualitas hidup pasien setelah mengalami serangan jantung baik yang telah menjalani operasi maupun hanya mengkonsumsi obat-obatan agar dapat dibuat sebuah program rehabilitasi yang dapat memperbaiki kehidupan pasien serangan jantung.

Berdasarkan uraian di atas penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peranan faktor demografis terhadap kualitas hidup pasien serangan jantung baik yang menjalani *angioplasty* maupun yang hanya mengonsumsi obat-obatan saja. Penelitian ini memiliki manfaat untuk memberikan masukan kepada institusi medis yang mengadakan rehabilitasi serangan jantung agar dapat membuat sebuah program rehabilitasi yang sesuai dengan status pengobatan pasien. Selain itu penelitian ini juga dapat dijadikan referensi bagi penelitian lanjutan mengenai kualitas hidup pasien serangan jantung

### Metode Penelitian

#### Responden Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dalam menganalisis peranan faktor demografi dalam kualitas hidup pasien dimana pengukuran variabel-variabel dilakukan dalam bentuk numerik (Bowling, 2000). Kuesioner disebarkan ke pasien-pasien pasca serangan jantung dengan kriteria:

1. Semua responden telah didiagnosa dengan serangan jantung akut minimal 3 bulan dan maksimal 1 tahun yang lalu (telah menjalani program rehabilitasi). Kraus and Keteyian (2007) mengemukakan bahwa efektifitas suatu rehabilitasi jantung dapat diketahui sekitar 3, 6, dan 12 bulan sesudahnya;
2. Pasien yang telah menjalani prosedur *percutaneous transluminal coronary angioplasty* (PTCA) ataupun menjalani prosedur *artery bypass grafting*;
3. Pasien yang hanya menjalani *treatment* obat-obatan saja.

Penelitian ini menggunakan teknik *non random sampling* dengan *convenience sampling*. Menurut Creswell (2005) teknik ini memungkinkan peneliti untuk memilih partisipan yang mau dan bersedia untuk menjadi responden penelitian. Meskipun demikian, sampel yang akan diikutsertakan dalam penelitian adalah yang sesuai dengan karakteristik sampel penelitian yang telah ditetapkan sebelumnya.



### Instrumen Pengukuran

Penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai instrumen pengumpulan data. Pada kuesioner ini partisipan diminta untuk memberikan keterangan mengenai usia, jenis kelamin, pendidikan, dan jumlah pendapatan yang diterima setiap bulannya. Pengukuran kualitas hidup menggunakan *MacNew heart disease health related quality of life questionnaire (MacNew)*. Alat ukur ini terdiri dari 26 *items* yang mengukur tiga domain dari kualitas hidup pasien penyakit jantung yaitu emosi, fisik, dan sosial. Pada alat ukur ini responden diminta untuk menilai kualitas hidup yang dimilikinya seperti kesulitan melakukan aktivitas sosial, kemampuan untuk relaksasi dll. Responden dapat memilih satu dari tujuh pilihan jawaban yang tersedia dari sangat sering (nilai: 7) hingga sangat tidak sering (nilai: 1). Kualitas hidup responden diketahui dari nilai rata-rata dari keseluruhan 26 *items* tersebut. Semakin tinggi nilai yang diperoleh semakin rendah kualitas hidup yang dimiliki. Kuesioner kualitas hidup memiliki nilai *alpha cronbach* sebesar 0,898. Hal ini mengindikasikan bahwa alat ukur kualitas hidup memiliki keterandalan yang baik (Bowling, 2000).

### Analisis Data

Penelitian ini menggunakan teknik ANOVA, *T test*, dan korelasi *person product moment*. Teknik ANOVA dan *T test* digunakan untuk mengetahui adanya perbedaan jenis kelamin, dan tingkat pendapatan dalam menjelaskan kualitas hidup yang dimiliki pasien pasca serangan jantung. Teknik korelasi *person product moment* digunakan untuk melihat hubungan antara usia dan kualitas hidup pasien pasca serangan jantung.

### Hasil Penelitian

#### Gambaran Demografi Responden Penelitian

Jumlah total responden pada penelitian ini adalah 66 orang yang terbagi menjadi 44 orang penderita penyakit jantung yang telah mengalami operasi dan 22 orang pasien yang hanya menjalani pengobatan saja. Rata-rata usia responden penelitian adalah 58,86 tahun. Responden sebagian besar adalah pria (86,4%) dibandingkan perempuan (13,6%). Latar belakang pendidikan responden berasal dari SMA (40,9%), pendidikan tinggi (42,2%) dan pendidikan dasar (14,1%). Pendapatan responden sebagian besar berkisar antara Rp 2,5 juta-3,5 juta (57,6%). Uraian lengkap mengenai gambaran demografi responden akan dijelaskan pada Tabel 1.



Tabel 1  
Gambaran Demografi Responden Penelitian

No	Variabel Demografi	Jumlah	Persentase	Mean	SD
1	Usia			58,86	7,202
2	Jenis Kelamin				
	Laki-laki	57	86,4%		
	Perempuan	9	13,6%		
3	Tingkat Pendidikan				
	Pendidikan dasar (SD dan SMP)	9	13,6%		
	Pendidikan Menengah (SMA)	27	40,9%		
	Pendidikan Tinggi	28	42,4%		
4	Pendapatan (dalam juta)				
	Rp 2,5 – Rp 3,5	38	57,6%		
	Rp 3,5 – Rp 4,5	6	9,1%		
	Rp 4,5 – Rp 5,5	1	1,5%		
	Rp 5,5 – Rp 6,5	3	4,5%		
	< Rp 6,5 juta	2	3%		

#### Gambaran Kualitas Hidup Pasien Pasca Serangan Jantung

Kualitas hidup pasien penyakit jantung terbagi menjadi tiga aspek yaitu aspek sosial, fisik, dan emosi. Berdasarkan hasil penghitungan rata-rata kualitas hidup pada ketiga aspek diketahui bahwa untuk aspek fisik, pasien pasca serangan jantung yang menjalani pengobatan mengalami ketidaknyamanan saat menjalani aktivitas seperti mudah merasa lelah dan kehabisan nafas. Responden juga mengalami gangguan pada aspek emosi seperti merasa tidak berharga, terpuruk, dan mengalami kecemasan. Pada pasien serangan jantung yang menjalani pengobatan saja, terlihat bahwa aspek sosial yang memiliki nilai lebih rendah dibandingkan aspek emosi dan fisik. Hal ini mengindikasikan bahwa pasien serangan jantung dengan pengobatan lebih sering mengalami rasa tergantung kepada orang lain, menjadi beban dan kurang percaya diri sebagaimana dijelaskan pada Tabel 2.

Kualitas hidup pasien penyakit jantung yang menjalani operasi juga terbagi menjadi tiga aspek yaitu aspek sosial, fisik, dan emosi. Berdasarkan hasil penghitungan rata-rata kualitas hidup pada ketiga aspek diketahui bahwa untuk aspek fisik, pasien pasca serangan jantung yang menjalani operasi memiliki keluhan-keluhan fisik saat menjalani aktivitas seperti rasa sakit di dada dan keterbatasan dalam menjalani aktifitas fisik. Responden juga cenderung mengalami emosi-emosi negatif seperti merasa frustrasi dan tidak bahagia dengan kehidupannya. Pada pasien serangan jantung yang menjalani operasi, terlihat bahwa aspek fisik yang memiliki nilai lebih rendah dibandingkan aspek emosi dan sosial. Hal ini mengindikasikan bahwa pasien serangan jantung dengan operasi lebih sering mengalami keluhan-keluhan fisik dan hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Tabel 2  
Gambaran Kualitas Hidup Pasien Serangan Jantung

No	Aspek Kualitas Hidup (M)	Pengobatan	Operasi
1	Aspek Fisik	2,71	3,42
2	Aspek Sosial	3,47	2,44
3	Aspek Emosional	2,44	2,52



### Peranan Faktor Demografi terhadap Kualitas Hidup Pasien Serangan Jantung

Berdasarkan hasil analisis korelasi *person product moment* antara usia dan kualitas hidup pasien pada pasien dengan pengobatan, diketahui bahwa usia memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien ( $r : 0,613, P : 0,02$ ). Dapat disimpulkan bahwa semakin berusia pasien maka kualitas hidup juga akan semakin menurun. Hasil yang berbeda ditemui pada pasien yang menjalani operasi dimana berdasarkan hasil analisis korelasi *person product moment* antara usia dan kualitas hidup pasien, diketahui bahwa usia tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien ( $r : 0,001, P : 0,992$ ).

Pada pasien penderita serangan jantung dengan pengobatan, diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan antara pria dan wanita dalam hal kualitas penyakit jantung ( $t(20) : -1,933, P : 0,068$ ). Hasil yang berbeda ditemui pada pasien penderita serangan jantung yang menjalani *angioplasty*, terbukti bahwa terdapat perbedaan antara pria dan wanita dalam hal kualitas penyakit jantung ( $t(42) : -2,306, P : 0,026$ ) dimana responden perempuan ( $M : 3,94$ ) memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan responden laki-laki ( $M : 2,77$ ).

Pada aspek tingkat pendapatan, diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien dilihat dari tingkat pendapatan yang dimiliki ( $F(2,12) : 1,977, P : 0,181$ ) pada pasien yang menjalani pengobatan. Hasil yang sama ditemui pada aspek kelompok responden yang menjalani *angioplasty* dimana tidak terdapat perbedaan kualitas hidup pasien dilihat dari tingkat pendapatan yang dimiliki ( $F(4,30) : 1,235, P : 0,317$ ) sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 3.

Tabel 3  
 Faktor Demografi dan Kualitas Hidup (QoL) Pasien Pasca Serangan Jantung

Status Pasien	Korelasi usia dengan QOL	Perbedaan berdasarkan kelamin	QOL Jenis	Perbedaan berdasarkan ekonomi	Qol status
Pengobatan	$r:0,613^*$	$t:-1,933$		$F:1,97$	
Operasi	$r:0,001$	$t:2,306^*$		$F:1,235$	

Keterangan: \*: signifikan pada level 0,05



### Pembahasan

1. Gambaran *quality of life* pasien serangan jantung dengan pengobatan dan operasi. Berdasarkan hasil penelitian diketahui terdapat perbedaan gambaran kualitas hidup antara pasien penyakit jantung yang menjalani pengobatan dan pasien yang menjalani operasi. Diketahui bahwa pada pasien yang menjalani pengobatan saja mengalami kualitas hidup yang rendah pada aspek sosial sedangkan pada pasien yang mengalami operasi mengalami tingkat kualitas hidup yang rendah pada aspek fisik. Hasil penelitian ini dikarenakan sifat dari kualitas hidup itu sendiri bagi pasien penyakit jantung. Menurut Smith, Avis and Assman (1999) pasien menganggap bahwa kualitas hidup adalah hal yang berbeda dari status kesehatan (*health status*). Pasien penyakit jantung menganggap bahwa kualitas hidup adalah penilaian subjektif pasien terhadap kualitas hidupnya yang lebih berdasarkan fungsi psikologis dibandingkan fungsi fisiknya. Pernyataan yang sama juga dikemukakan oleh Goddeman et.al (2004) dimana diungkapkan bahwa gejala-gejala psikiatri (*fobia, depresi, somatisasi*) adalah determinan utama pada kualitas hidup pasien penyakit jantung. Dengan kata lain pasien penyakit jantung memandang bahwa kualitas hidup lebih dipengaruhi oleh fungsi psikologis pasien (*kemampuan coping, tingkat depresi, mengatasi kecemasan*) ketimbang kesehatan fisiknya. Dengan demikian pada pasien dengan operasi sekalipun memandang bahwa operasi yang dijalannya memang dapat membantu status kesehatannya (*tidak ada pembuluh darah yang tersumbat*) namun belum tentu memperbaiki kualitas hidupnya (*masih merasa tidak dapat melakukan aktivitas, masih merasakan keluhan-keluhan fisik*). Begitu pula pada pasien yang menjalani pengobatan saja, fungsi fisik yang lebih buruk dari pasien yang menjalani operasi berpengaruh pada kondisi sosialnya. Kondisi fisik yang lebih buruk ini menyebabkan pasien menjadi terisolasi dari lingkungannya.
2. Hubungan faktor demografi dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung dengan pengobatan dan operasi.

#### Usia

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan antara pasien penyakit jantung yang menjalani pengobatan dan yang menjalani operasi. Pada pasien penyakit jantung yang menjalani pengobatan diketahui bahwa terdapat hubungan antara usia dengan kualitas hidup yang dimiliki dimana diketahui bahwa semakin meningkatnya usia pasien berkorelasi dengan semakin menurunnya kualitas hidup yang dimiliki. Hal ini dapat diterangkan dengan kondisi tubuh pada individu yang lebih tua. Kondisi tubuh pada pasien yang lebih tua memiliki tingkat metabolisme dan daya tahan tubuh yang lebih rendah dibandingkan pasien yang berusia lebih muda. Kondisi yang seperti ini menimbulkan keluhan-keluhan fisik yang lebih banyak. Pasien yang lebih tua merasakan sulit untuk melakukan aktivitas. Kesulitan untuk melakukan aktivitas ini tentunya akan berpengaruh pada kondisi emosional pasien dimana dapat memiliki kecenderungan terisolasi, menjadi beban bagi orang lain yang akhirnya menyebabkan dirinya merasa kesepian dan lebih rentan mengalami depresi. Hal ini terutama ditemui pada pasien dengan pengobatan, dimana pasien dengan pengobatan memiliki status kesehatan yang lebih rendah dibandingkan pasien dengan operasi.



Pasien yang menjalani operasi ditemukan bahwa tidak terdapat hubungan antara usia dengan kualitas hidup. Hal ini mengindikasikan bahwa faktor usia tidak berhubungan dengan pandangan pasien apakah ia memiliki kualitas hidup yang baik atau tidak. Hal ini menandakan bahwa kualitas hidup merupakan penilaian yang bersifat subjektif. Dengan kata lain pada pasien-pasien yang memiliki usia lebih tua maupun muda bisa memiliki pandangan bahwa kualitas hidup yang mereka miliki baik adanya. Subjektifitas dari kualitas hidup ini dikemukakan oleh Smith, Avis, dan Assman (1999) yang mengemukakan bahwa faktor kesehatan mental lebih berpengaruh untuk kualitas hidup dibandingkan kondisi fisik.

#### Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada pasien yang hanya menjalani pengobatan, kualitas hidup antara pasien pria dan wanita sama. Jika dihubungkan dengan penjelasan yang dikemukakan oleh Emery, Frid, Engebretson (2004) bahwa kualitas hidup antara lain dipengaruhi oleh keterbatasan sosialisasi pada pasien yang diakibatkan oleh keterbatasan fisik. Dapat disimpulkan bahwa pada pasien yang menjalani pengobatan baik laki-laki maupun perempuan mereka sama-sama mengalami keterbatasan fisik yang cukup berarti yang bisa diakibatkan oleh jenis treatment yang mereka jalani. Keterbatasan fisik ini kemudian menyebabkan pasien laki-laki dan perempuan mengalami keterasingan dari lingkungan dan merasa dibatasi oleh lingkungannya.

Hasil yang berbeda ditunjukkan oleh pasien dengan status sudah dilakukan operasi dimana pasien perempuan lebih memiliki kualitas hidup yang rendah dibandingkan laki-laki. Dengan kata lain operasi dirasakan hanya berdampak pada status kesehatan pasien laki-laki. Penelitian yang dilakukan oleh Emery et.al (2004) menunjukkan hasil yang sama bahwa perempuan memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Hal ini diakibatkan karena penyakit jantung yang dapat menghambat aktivitas sosial pada penderitanya. Rupanya hal ini dirasakan lebih memberatkan pada pasien perempuan dibandingkan pasien laki-laki. Pasien laki-laki merasa bahwa dengan dilakukannya operasi, kualitas hidupnya meningkat. Meskipun pasien perempuan memiliki status kesehatan yang sama, namun pasien perempuan merasa bahwa mereka memiliki kualitas hidup yang lebih rendah. Jika melihat pada pengertian bahwa kualitas hidup merupakan penilaian subjektif dan sangat dipengaruhi oleh kondisi psikologis, maka dapat disimpulkan bahwa pasien perempuan memiliki lebih banyak kendala pada kondisi psikologisnya seperti depresi, fobia, dan somatisasi.

#### Tingkat Pendapatan

Baik pada *sample* pasien dengan pengobatan dan pasien dengan status telah dioperasi diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup antara pasien dengan tingkat pendapatan rendah (< Rp 2 juta) maupun dengan pasien dengan tingkat pendapatan tinggi (> Rp 6,5 juta) atau dengan kata lain tingkat sosial ekonomi bukan merupakan faktor penentu dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Tingkat sosial ekonomi status memang akan memudahkan individu dalam menjalani pengobatan maupun untuk mempertahankan gaya hidup yang sehat, namun semua itu membutuhkan adanya tenaga pendorong lainnya yang memungkinkan terlaksananya



hal-hal tersebut dengan baik. Salah satu faktor yang mempengaruhi adalah kepribadian pasien. Menurut Helgelson, Pasien yang memiliki *self efficacy* yang baik, *self esteem*, dan *sense of mastery* yang tinggi memiliki penyesuaian diri yang baik dan lebih terhindar dari serangan jantung berikutnya (dalam Taylor, 2007).

### Simpulan

Penelitian ini memiliki tujuan untuk melihat kualitas hidup pasien penyakit jantung sesudah terkena serangan jantung. Agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien pasca serangan jantung perlu dilihat faktor-faktor demografis yang mempengaruhi kualitas hidup mereka sehingga dapat dilakukan suatu program rehabilitasi dengan memperhatikan faktor-faktor tersebut. Penelitian ini juga membedakan antara pasien yang menjalani pengobatan dengan pasien yang menjalani operasi.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui kedua *sample* memiliki gambaran kualitas hidup yang berbeda. Pada pasien dengan pengobatan tingkat kualitas hidup yang paling rendah adalah kualitas hidup pada aspek sosial. Hal ini berbeda pada pasien dengan operasi dimana faktor fisiklah yang paling rendah tingkat kualitas hidupnya. Faktor-faktor determinan antara kedua *sample* pun berbeda. Pada pasien yang menjalani pengobatan diketahui bahwa hanya usia yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup. Jenis kelamin dan sosial ekonomi status tidak memiliki hubungan dengan kualitas hidup. Pada pasien yang menjalani operasi diketahui bahwa usia dan sosial ekonomi status tidak mempengaruhi kualitas hidup pasien, namun jenis kelamin memiliki hubungan dengan kualitas hidup dimana pasien perempuan lebih memiliki kualitas hidup yang rendah.

Berdasarkan penelitian ini dapat diambil simpulan bahwa kualitas hidup lebih dari sekedar penilaian terhadap status kesehatan, namun kualitas hidup lebih mengarah pada persepsi subjektif pasien terhadap kemampuan mereka yang lebih banyak dipengaruhi oleh faktor kepribadian yang mereka miliki.

Terdapat beberapa saran yang dapat diberikan dengan mengacu pada hasil penelitian ini:

1. Agar tenaga-tenaga kesehatan lebih memperhatikan keluhan-keluhan pasien dibandingkan dengan hanya memperhatikan status kesehatan pasien saja. Hal ini dikarenakan kualitas hidup yang tidak terlepas dari unsur subjektif pasien. Pengembangan pola komunikasi yang lebih jelas dan lebih baik dapat membantu pasien untuk memiliki persepsi yang positif mengenai penyakitnya.
2. Memberikan program rehabilitasi yang melibatkan juga psikoterapi seperti CBT (*cognitive behavior training*) agar dapat membantu pasien memperbaiki persepsi mengenai kualitas hidupnya.

\*\*\*\*\*



**Daftar Pustaka**

- Avis, N. E., Smith, K. W., Hambleton, K. E., Feldman, H. A., Selwyn, A., Jacobs, A., (1996). Development of Multidimensional Index of Life Quality: A *Quality of life* measure for cardiovascular disease. *Medical Care*, 34, 11, 1102-1120.
- Barbour, K. A. (2007). Assessment and management of depression in cardiac rehabilitation patients. In *Cardiac Rehabilitation*. Kraus, W. E and Keteyian, S. J. (Eds.) Humana Press: NJ.
- Bowling, A. (2000). *Research methods in health. Investigating health and health services. 2<sup>nd</sup> Ed.* Open University Press: Philadelphia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009). Kecenderungan penyebab kematian di Indonesia tahun 1980 s.d. 1995. Hyperlink: <http://bankdata.depkes.go.id/Profil/Indo98/Annex/lvib1.htm>. Diunduh pada: 5 Januari 2009 pukul: 15.00.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009). Mengapa mati mendadak?. Hyperlink: <http://www.depkes.go.id/index.php?option=articles&task=viewarticle&artid=153> . diunduh pada tanggal 3 Juli 2009 pukul 16.00.
- Emery, C. F., Frid, D. J., Engebretson, T. O *et. al* (2004). Gender differences in *quality of life* among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 66: 190-197.
- Engblom, E., Korpilahti, K., Hämäläinen, H., Rönnemaa, T., Puuka, P., (1997). *Quality of life* and return to work 5 years after coronary artery *bypass* surgery: Long term results of cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 17, 1, 29-36.
- Goddeman, F., Butter, C., Lampe, F., Linden, M., Werner, S., Behrens, S., (2004). Determinants of *quality of life* (Qol) in patients with an implantable cardioverter/defibrillator (ICD). *Quality of life Research*, 13, 441-416.
- Gaziano, M. J. (2005). Global burden of cardiovascular disease. In *Braunwald's Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. 7<sup>th</sup> ed.* Zipes, D. P., Libby, P., Bonow, R. O., Braunwald, E (Ed.). Elsevier.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., (1995). Social support, coping and depressive symptoms in a late middle aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14, 2, 152-163.
- Kompas (2005). Rokok penyebab utama penyakit paru. Hyperlink: <http://www2.kompas.com/kompas-cetak/0503/02/humaniora/1594294.htm> . Diunduh pada: 5 Januari 2009 pukul: 15.30.
- Kraus, W. E. and Keteyian, S. J. (2007). Introduction. In *Cardiac Rehabilitation*. Kraus, W. E and Keteyian, S. J. (Eds.) Humana Press: NJ.



- Lukkarinen, H and Hattinen, M. (1997). Assessment of *quality of life* with the Nottingham Health Profile among patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 73-84.
- Nordhorn, M. J., Kulig, M., Binting, S., Völler, H., Gohlke, H., Linde, K., Willich, S. N., (2004). Change in *quality of life* in the year following cardiac rehabilitation. *Quality of Life Research*. 13, 399-410.
- Rose, M., Köhler, K., Köhler, F., Sawitzky, B., Fliege, H., Klapp, B. F., (2005). Determinants of the *quality of life* of patients with congenital heart disease. *Quality of Life Research*, 14, 35-43.
- Sarafino, E. P., (2006). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. 5<sup>th</sup> ed. NJ: John Wiley and Sons.
- Smith, K. W., Avis, N. E., Assman, 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.
- Taylor, S. E. (2007). *Health Psychology*. 6<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill.
- Waltz, M., (1986). Marital context and post infarction *quality of life*: is it social support or something more. *Social Science and Medicine*, 22, 8, 791-805.
- Waltz, M. and Badura, B., (1988). Subjective health, intimacy, and perceived self efficacy after heart attack: predicting life quality five years afterwards. *Social Indicators Research*, 20, 3, 303-332.
- Williams, L (2007). *Predictors of Outcome in Cardiac Disease: The Role of Personality and Illness Cognition*. Thesis.
- World Health Organization (2002) The impact of chronic diseases in Indonesia. Hyperlink [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/) . Diunduh pada: 5 Januari 2009 pukul 14.30.
- \_\_\_\_\_. (2009). Cardiovascular diseases. Hyperlink [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/). Diunduh pada: 5 Januari 2009. pukul 14.30.
- \_\_\_\_\_. (2009). *The Global Burden Of Disease 2004 Update*. WHO.