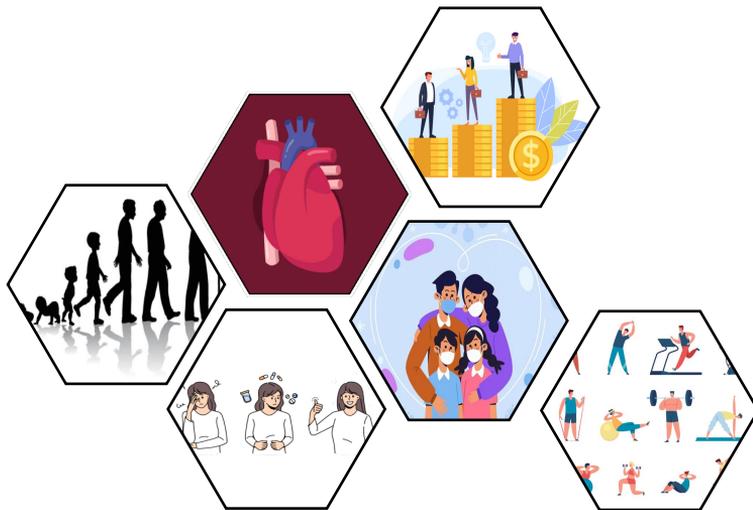


**DETERMINAN KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT
JANTUNG KORONER DI RSUP DR. WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR**

***DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE IN CORONARY
HEART DISEASE PATIENTS AT DR. WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR***



DIAN PRATIWI

K012231017

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2024



**DETERMINAN KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT
JANTUNG KORONER DI RSUP DR. WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR**

DIAN PRATIWI

K012231017



**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**DETERMINAN KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT
JANTUNG KORONER DI RSUP DR. WAHIDIN
SUDIROHUSODO MAKASSAR**

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar magister

Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan Diajukan Oleh :

DIAN PRATIWI
K012231017

Kepada

**PROGRAM STUDI S2 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

TESIS

DETERMINAN KUALITAS HIDUP PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RSUP DR.
WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

DIAN PRATIWI

K012231017

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Magister pada tanggal 2 Desember 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

pada

Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Makassar

Mengesahkan:

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping,

Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes
NIP. 19630109 199003 1 002

Ansariadi, SKM., M. Sc.Ph., PhD
NIP. 19720109 199703 1 004



Prof. Dr. Ridwan A, SKM., M.Kes., M.Sc., PH
NIP 19671227 199212 1 001

Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D
NIP 19720529 200112 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini menyatakan bahwa, tesis berjudul "Determinan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar" adalah benar karya saya dengan arahan dari pembimbing Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M,Kes sebagai pembimbing utama dan Bapak Ansariadi, SKM., M.Sc.PH, Ph.D sebagai pembimbing pendamping. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal dan dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan tercantumkan dalam daftar pustaka tesis ini. Sebagian dari tesis ini diterima telah diterima di jurnal di jurnal *Gaceta Medica de Caracas*, 132(4) 2024 sebagai artikel dengan judul "*Factor Influencing the Well-being of Coronary Heart Disease Patiens at Dr. Wahidin Sudirohusodo General Hospital, Makassar, Indonesia: A Case-Control Study*". Apabila kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis berupa tesis ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 2 Desember 2024
Yang Menyatakan



Dian Pratiwi

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala Puji bagi Allah Subhanahu Wa Ta' Ala, yang dengan rahmat-Nya dan atas karunia-Nya yang tertingga yang telah memberikan kesehatan, kekuatan, dan kesabaran selama proses penyusunan tesis ini.

Penelitian yang saya lakukan dapat terlaksana dengan sukses dan tesis ini dapat terampungkan atas bimbingan, diskusi, dan arahan Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes sebagai pembimbing utama dan Bapak Ansariadi, SKM., M.Sc.PH, Ph.D sebagai pembimbing pendamping. Saya mengucapkan berlimpah terima kasih kepada mereka. Penghargaan yang tinggi juga saya sampaikan kepada Prof. Dr. drg. A. Arsunan, M.Kes, CWM dan Bapak Dr. Muhammad Arsyad, SKM., M.Kes selaku tim penguji yang telah memberikan saran dan kritikan demi perbaikan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga saya ucapkan kepada pimpinan Universitas Hasanuddin dan Prodi S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memfasilitasi saya menempuh program magister serta para dosen serta rekan-rekan seperjuangan mahasiswa S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2023-1.

Akhir kata, kepada kedua orang tua tercinta Bapak Zainuddin dan Ibu Kasmawati, saya mengucapkan limpah terima kasih dan sembah sujud atas doa, pengorbanan, dan motivasi mereka selama saya menempuh pendidikan. Tidak lupa juga saya ucapkan terima kasih kepada Muhammad Risaldi yang selalu memberi dukungan dan semangat kepada penulis serta sahabat seperjuangan saya di perkuliahan yaitu Reski dan Resti yang selalu menemani dan membantu penulis dalam penyusunan tesis ini dan juga untuk sektor yang terlibat dalam penelitian ini yang berada di Instalansi Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo yang telah memberi izin dan kepada seluruh pasien yang telah bersedia menjadi responden.

Makassar, 2 Desember 2024



Dian Pratiwi

ABSTRAK

DIAN PRATIWI. **Determinan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar** (dibimbing oleh Andi Zulkifli dan Ansariadi)

Latar belakang. Kualitas hidup merupakan suatu persepsi individu yang berkaitan dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian dalam kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem yang ada. Kualitas hidup dengan PJK secara signifikan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk tingkat keparahan penyakit, pengobatan yang diterima, dan demografi pasien. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk Menganalisis risiko usia, pola hidup, pendapatan, kepatuhan minum obat, aktivitas fisik, dukungan keluarga terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. **Metode.** Desain penelitian yang digunakan adalah desain kasus control. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien PJK rawat jalan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan jumlah sampel 80 kasus dan 80 kontrol. Teknik pengambilan sampel menggunakan Purposive Sampling. **Hasil.** Hasil analisis usia didapatkan OR sebesar 6,023 CI 95% LL-UL(2,5821-14,856), gaya hidup OR sebesar 3,153 CI 95% LL-UL(1,536-6,535), pendapatan OR sebesar 1,761 CI 95% LL-UL(0,544-6,204), kepatuhan minum obat OR sebesar 1,530 CI 95% LL-UL(0,561-4,332), aktivitas fisik OR sebesar 11,058 CI 95% LL-UL(5,002-24,734) dan dukungan keluarga OR sebesar 11 CI 95% LL-UL(4,910-25,110). **Kesimpulan.** Usia, pola hidup, aktivitas fisik dan dukungan keluarga merupakan faktor penentu yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien PJK. Aktivitas fisik merupakan faktor penentu utama terhadap kualitas hidup pasien PJK.

Kata Kunci : Penyakit Jantung Koroner; Aktivitas Fisik; Kualitas Hidup.



ABSTRACT

DIAN PRATIWI. **Determinants of Quality of Life of Coronary Heart Disease Patients at Dr Wahidin Sudirohusodo Hospital, Makassar** (supervised by Andi Zulkifli and Ansariadi)

Background. Quality of life is an individual's perception related to goals, expectations, standards, and concerns in his or her life in society within the context of existing cultures and systems. Quality of life with CHD is significantly influenced by various factors, including disease severity, treatment received, and patient demographics. **Aim.** This study aims to analyse the risk of age, lifestyle, income, medication adherence, physical activity, and family support on the quality of life of coronary heart disease patients at Dr Wahidin Sudirohusodo Hospital Makassar. **Method.** Case Control design research methodology is applied. This study included 80 cases and 80 controls, who were outpatient CHD patients at Dr. Wahidin Sudirohusodo Hospital Makassar. Purposive sampling was used in the sampling process. **Results.** The results of the age analysis obtained an OR of 6.023 CI 95% LL-UL (2.5821-14.856), lifestyle OR of 3.153 CI 95% LL-UL (1.536-6.535), income OR of 1.761 CI 95% LL-UL (0.544-6.204), medication adherence OR 1.530 CI 95% LL-UL(0.561-4.332), physical activity OR 11.058 CI 95% LL-UL(5.002-24.734) and family support OR 11 CI 95% LL-UL(4.910-25.110). **Conclusion.** Age, lifestyle, physical activity and family support are significant determinants of the quality of life of CHD patients. Physical activity is the main determinant of the quality of life of CHD patients.

Keywords: Coronary Heart Disease; Physical Activity; Quality of Life



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	I
LEMBAR PENGAJUAN.....	II
LEMBAR PENGESAHAN.....	III
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	IV
UCAPAN TERIMA KASIH.....	V
ABSTRAK.....	VI
ABSTRACT.....	VII
DAFTAR ISI.....	VIII
DAFTAR TABEL.....	IX
DAFTAR GAMBAR.....	X
DAFTAR SINGKATAN.....	XI
DAFTAR ISTILAH.....	XII
DAFTAR LAMPIRAN.....	XIV
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3 Manfaat Penelitian.....	5
1.4 Tinjauan Pustaka.....	5
1.5 Tabel Sintesa.....	17
1.7 Kerangka Teori.....	21
1.8 Kerangka Konsep.....	22
1.9 Hipotesis Penelitian.....	22
1.10 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	24
BAB II METODE PENELITIAN.....	28
2.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	28
2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	28
2.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	28
2.4 Teknik Pengumpulan Data.....	31
2.5 Pengolahan Data.....	31
2.6 Teknik Analisis Data.....	32
2.7 Penyajian Data.....	33
2.8 Etik Penelitian.....	34
2.9 Etika Penelitian.....	34
BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN.....	35
3.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	35
3.2 Hasil Penelitian.....	35
3.3 Pembahasan.....	42
3.4 Keterbatasan Penelitian.....	50
BAB IV PENUTUP.....	51
4.1 Kesimpulan.....	51
4.2 Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA.....	52
LAMPIRAN.....	57

DAFTAR TABEL

Nomor Urut	Halaman
1. Sintesa Determinan Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner.....	17
2. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	24
3. Perhitungan Nilai OR untuk Desain Case Control.....	32
4. Distribusi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Karakteristik Responden di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar	35
5. Distribusi Kasus dan Kontrol Berdasarkan Determinan Kualitas Hidup Pasien PJK di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar	37
6. Hasil Analisis Bivariat Determinan Kualitas Hidup Pasien PJK di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar	38

DAFTAR GAMBAR

Nomor Urut	Halaman
1. Kerangka Teori	21
2. Kerangka Konsep Penelitian	22
3. Rancangan Penelitian Case Control	28

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Arti dan Penjelasan
AHA	<i>American Heart Association</i>
CAD	<i>Coronary Artery Disease</i>
CDR	<i>Crude Death Rate</i>
CI	<i>Confidence Interval</i>
CVCU	<i>Cardiovascular Care Unit</i>
DM	Diabetes Melitus
ECG	<i>Elektrokardiogram</i>
ESSI	<i>Enrichd Social Support Instrument</i>
GPAQ	<i>Global Physical Activity Questionnaire</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
ICCU	<i>Intensive Cardiology Care Unit</i>
IRT	Ibu Rumah Tangga
LL	<i>Lower Limit</i>
MET	<i>Metabolic Equivalent</i>
OR	<i>Odds Rasio</i>
PJK	Penyakit Jantung Koroner
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar
RS	Rumah Sakit
RSUP	Rumah Sakit Umum Pusat
TTO	<i>Time Trade-Off</i>
UR	<i>Upper Limit</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQoL	<i>World Health Organization Quality Of Life</i>

DAFTAR ISTILAH

Istilah	Arti dan Penjelasan
Angina	Kondisi nyeri dada yang berasal dari jantung
<i>Active Living</i>	Berusaha untuk tetap aktif secara fisik setiap hari
Anatomis	Ilmu yang mempelajari struktur tubuh manusia
Aterosklerosis	Penyumbatan di arteri yang disebabkan oleh penumpukan lemak dan lilin (plak)
<i>Cleaning</i>	Untuk memastikan tidak terdapat kesalahan dalam pengkodean maupun pembacaan kode
<i>Coding</i>	Pemberian kode untuk memudahkan penginputan
<i>Drop Out</i>	Responden yang tidak hadir untuk pada saat penelitian
<i>Editing</i>	Pemeriksaan hasil data yang telah dikumpulkan untuk memastikan kelengkapan dan konsistensi data.
<i>Entry</i>	Memasukkan data
Infark Miokard	Kondisi ketika aliran darah yang menyuplai otot jantung terhenti atau berkurang akibat penyempitan pembuluh darah
<i>Informed Consent</i>	Persetujuan yang mengharuskan peserta untuk memperoleh informasi dan memiliki pemahaman tentang penelitian
Iskemia	Kondisi di mana aliran darah ke bagian tubuh tertentu berkurang
Kardiovaskular	Kondisi terjadinya penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan serangan jantung, nyeri dada, atau stroke
Katerisasi	Tindakan memasukkan selang kecil ke dalam pembuluh darah arteri dan vena serta menelusuri hingga ke jantung
<i>Sedentary Life</i>	Pola hidup yang tidak sehat atau seseorang yang memiliki gaya hidup cenderung malas bergerak dan melakukan aktivitas

Spasme	Kondisi otot yang secara tiba-tiba mengencang sehingga menyebabkan rasa sakit atau ketidaknyamanan.
--------	---

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Urut	Halaman
1. Informed Consent	57
2. Kuesioner Penelitian.....	58
3. Hasil Output Stata	68
4. Rekomendasi Persetujuan Etik	76
5. Surat Permohonan Izin Penelitian Dari Fakultas.....	77
6. Surat Izin Penelitian Dari Penanaman Modal.....	78
7. Surat Izin Penelitian dari RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	79
8. Surat Keterangan Telah Selesai Melakukan Penelitian dari RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo	80
9. Dokumentasi Penelitian.....	81
10. Curriculum Vitae	82

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah salah satu akibat utama arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah nadi) yang dikenal sebagai aterosklerosis. Pada keadaan ini, arteri menyempit karena timbunan lemak dalam dinding pembuluh darah. Hal ini bisa membuat aliran oksigen ke jantung terhambat dan menyebabkan angina, atau rasa nyeri dan tidak nyaman di bagian dada. Apabila tidak diatasi, kondisi ini bisa menyebabkan PJKI (Gunawan *et al.*, 2020)

PJK merupakan salah satu penyakit kardiovaskuler yang paling umum terjadi 43% dari total kardiovaskuler dan menyebabkan kematian tinggi secara global. PJK ini menjadi ancaman yang sangat besar bagi jiwa manusia di negara berkembang. Banyak orang meninggal karena penyakit ini dan biaya operasi kuratif juga sangat tinggi. Meskipun sebagian besar mempengaruhi orang yang relatif tua, yaitu berusia sekitar 50 tahun ke atas, kewaspadaan dan pengetahuan tentang PJK masih perlu dilakukan sedini mungkin (Khotimah, 2021).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), PJK merupakan urutan pertama dari sepuluh penyakit yang mematikan. Angka kematian akibat kardiovaskular di dunia sebanyak 17,9 juta dan 38% berumur di bawah 70 tahun. Kematian PJK di seluruh dunia pada tahun 2010 adalah 17 juta per tahun, dan diprediksikan terus akan meningkat menjadi 23,4% pada tahun 2030 (WHO, 2023). Di wilayah Asia Tenggara PJK memiliki *Crude Death Rate* (CDR) atau angka kematian kasar sebesar 104 per 100.000 dan menjadi penyebab kematian tertinggi nomor satu. WHO memperkirakan bahwa jumlah orang yang meninggal akibat penyakit jantung koroner akan meningkat menjadi 23,3 juta pada tahun 2030 (Rio, 2023).

Di Indonesia jumlah kasus PJK sebesar 1,5% dengan peringkat prevalensi tertinggi. Berdasarkan data Riskesdas terjadi peningkatan kasus PJK dari tahun 2013 ke tahun 2018 sebanyak 1%, sedangkan pada tahun 2016 hingga tahun 2018 usia harapan hidup dan kualitas hidup masyarakat Indonesia dengan status kesehatan yang kurang baik akibat PJK meningkat sebanyak 2,01%. Angka kematian yang disebabkan oleh PJK di Indonesia cukup tinggi mencapai 651.481 penduduk pertahun. Angka kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah di Indonesia semakin meningkat dari tahun ke tahun. Sebanyak 15 dari 1000 orang, atau sekitar 2.784.064 orang di Indonesia menderita PJK (Kemenkes RI, 2023).

Di Sulawesi Selatan, prevalensi PJK yang didiagnosis dokter adalah 0,6% dan PJK yang didiagnosis atau bergejala oleh dokter adalah 2,9%. PJK yang terdiagnosa oleh dokter terbanyak di Toraja Utara (1,1%), diikuti Kota Makassar, Kabupaten Tana Toraja, Kabupaten Pinrang dan Kabupaten Bulukumba masing-masing 0,1%. Kemudian prevalensi PJK menurut diagnosis atau gejala tertinggi

di Kabupaten Tana Toraja (6,2%), diikuti Kabupaten Bantaeng (5,7%), Kabupaten Luwu (5,4%) dan Kabupaten Toraja Utara (5,0%) (Dinkes Sulsel, 2015). Estimasi berdasarkan gejala dan diagnosa dokter di Sulawesi Selatan sebanyak 1,5% atau sebanyak 33.693 orang. Prevalensi PJK sebanyak 4,2% lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional sebanyak 1,5% di Kota Makassar (Nurhijriah *et al.*, 2022). Dan prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosa dokter pada penduduk semua umur menurut karakteristik yaitu sebanyak 1,46% (Murfat, 2022).

Secara umum terdapat dua jenis faktor risiko PJK, yaitu faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, dan genetik. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, hiperkolesterolemia, hipertrigliserida, diabetes melitus, merokok, obesitas, kurang aktivitas, dan stres. Meskipun PJK paling sering terjadi pada usia tua, penyakit ini juga dapat menyerang kaum muda. Faktanya, kematian jantung mendadak biasanya diakibatkan oleh PJK dan merupakan penyebab paling umum dari kematian mendadak pada orang dewasa di bawah 45 tahun (Sulistiawati, 2021).

Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka morbiditas dan mortalitas PJK yaitu dengan mengendalikan faktor risiko dan memperbaiki kualitas hidupnya. Kualitas hidup yang buruk akan berpengaruh terhadap mortalitas, karena kualitas hidup yang buruk telah dikaitkan dengan keinginan untuk mempercepat kematian pada pasien yang sakit parah. Hal ini disebabkan mereka tidak dapat mengendalikan dirinya, hilangnya moral dan makna dan tujuan, serta keputusan karena penyakitnya (Robinson *et al.*, 2017).

Kualitas hidup merupakan suatu persepsi individu yang berkaitan dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian dalam kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem yang ada (WHO, 2012). Jadi, di dalam kualitas hidup terdapat harapan seseorang terhadap penyakitnya. Apabila kualitas hidup rendah, maka akan memperburuk kondisi pasien dan akan memicu terjadinya serangan jantung berulang, terjadi komplikasi lebih lanjut dan bahkan mengalami kematian (Aslamiyah *et al.*, 2019).

Kualitas hidup dengan PJK secara signifikan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk tingkat keparahan penyakit, hasil pengobatan, dan demografi pasien. Penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa pasien PJK sering mengalami penurunan kualitas hidup yang dapat memperburuk prognosis mereka. Penelitian yang dilakukan (Dou *et al.*, 2022) di Singapura menemukan bahwa kualitas hidup terkait dengan kesehatan pada pasien rawat jalan dengan PJK secara signifikan terkait dengan usia, jenis kelamin, dan adanya komorbiditas. Untuk itu, penilaian kualitas hidup penting dilakukan untuk mempertahankan dan menstabilkan kemampuan fisiknya seoptimal mungkin dan mencegah kekambuhan agar dapat menjalani kehidupan dengan nyaman. Ada beberapa faktor yang dapat berpengaruh terhadap pencegahan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien PJK yaitu : Usia, Pola hidup, Pendapatan, Kepatuhan Minum Obat, Aktivitas Fisik dan Dukungan Keluarga.

Usia merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam kualitas hidup pasien PJK. Seiring bertambahnya usia seseorang lebih rentan terhadap penyakit jantung koroner karena usia menyebabkan perubahan di dalam jantung dan pembuluh darah. Makin bertambahnya usia semakin menumpuk pada lokasi plak yang sama. Zat-zat ini yang kemudian menempel di dinding pembuluh darah sehingga membuat plak makin membesar, semakin sempit arteri sehingga suplai darah kaya oksigen ke jantung kian menipis dapat memunculkan sumbatan pada arteri koroner. Hasil penelitian ini pun didukung oleh penelitian yang dilakukan Cipto Susilo (2021) yang berjudul Identifikasi Faktor usia, jenis kelamin dengan luas infark miokard pada PJK di Ruang ICCU RSD Dr. Soebandi Jember dengan hasil penelitian bahwa usia yang mendominasi terjadinya jantung koroner pada usia >40 tahun.

Gaya hidup merupakan salah satu faktor yang berperan dalam meningkatkan kualitas hidup. Berdasarkan penelitian (Kamalinedjad, 2020), menyebutkan bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara pola hidup dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung. Seseorang yang memiliki pola hidup yang positif dan pola hidup yang sehat cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih memadai. Bagi pasien PJK dalam upaya memperbaiki kualitas hidup hendaknya menghindari rokok, melakukan aktivitas fisik yang cukup, dan mengkonsumsi sayur dan buah yang cukup.

Pendapatan juga dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang. Pada penelitian yang dilakukan oleh Chen and Chen (2017), menunjukkan bahwa pasien yang memiliki status pendapatan lebih dari cukup melaporkan kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang kurang memadai. Pendapatan yang kurang memadai akan berdampak pada pemanfaatan pelayanan kesehatan yang pada akhirnya juga akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

Kepatuhan Minum Obat didefinisikan sebagai sejauh mana pasien mematuhi dosis yang telah ditentukan dalam pengobatannya (Brown *et al.*, 2016). Pasien yang patuh dipandang sebagai orang yang memperhatikan kesehatannya. Untuk dapat mencapai efektivitas terapi dan meningkatkan kualitas hidup pasien salah satunya dipengaruhi kepatuhan minum obat dari pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Silavanich, 2019), yang menyebutkan bahwa hubungan kepatuhan pengobatan ditemukan memiliki hubungan paling kuat dengan kualitas hidup.

Aktivitas fisik merupakan faktor risiko terjadinya PJK karena kurangnya aktivitas fisik akan mengakibatkan sedikitnya tenaga yang dikeluarkan dengan demikian asupan makanan yang dikonsumsi akan semakin menumpuk. Tumpukan asupan makanan yang berlebih dapat berakibat timbulnya obesitas, hipertensi dan diabetes melitus yang ada kaitannya dengan PJK (Soeharto, 2009).

Faktor lain yang dapat meningkatkan kualitas hidup adalah dukungan keluarga, dengan adanya dukungan keluarga mereka dapat membantu pasien dalam mengikuti pola makan sehat, menjaga aktivitas fisik yang cukup dan

mengatur penggunaan obat-obatan secara teratur. Pada penelitian yang dilakukan oleh Rio (2023), menunjukkan bahwa faktor determinan yang paling mempengaruhi yaitu dukungan keluarga. Dukungan keluarga yang tinggi akan membantu menghasilkan efek positif, dengan demikian meningkatkan motivasi untuk perawatan diri, mengurangi keputusan dan meningkatkan kualitas hidup psikologis dan sosial (Rio, 2023).

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dipilih sebagai tempat penelitian dikarenakan penyakit jantung koroner merupakan salah satu penyakit yang masuk dalam sepuluh besar peringkat penyakit yang diderita pasien di rumah sakit tersebut. Selain itu, rumah sakit tersebut tempat rujukan tertinggi di Kawasan Timur Indonesia. Berdasarkan data rekam medis PJK terdapat tingkatan kasus penyakit jantung koroner dari tahun 2021-2023. Jumlah pasien rawat jalan maupun rawat inap PJK tahun 2021 berjumlah 6,662 pasien, meningkat pada tahun 2022 dengan jumlah 7625 pasien dan pada tahun 2023 meningkat lebih tinggi sehingga jumlahnya mencapai 10,503 pasien.

Pada penelitian mengenai kualitas hidup pada pasien PJK di Indonesia telah ada beberapa penelitian yang meneliti terkait hal itu. Namun, di Sulawesi Selatan sendiri masih kurang. Rata-rata penelitian sebelumnya hanya berfokus pada faktor psikososialnya. Sehingga dalam penelitian ini tidak hanya melihat dari aspek psikososialnya tetapi juga melihat dari beberapa pencegahan sekunder lainnya seperti gaya hidup serta alat yang digunakan juga secara spesifik untuk mengukur kualitas hidup penyakit jantung koroner. Dari penelitian ini, diharapkan dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam intervensi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di Indonesia.

Berdasarkan paparan diatas dapat disimpulkan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien PJK. Dengan mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup PJK, kualitas hidup PJK dapat lebih baik. Maka dari itu mendorong penulis ingin melakukan penelitian lebih lanjut mengenai **“Determinan Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan di diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu, apa saja Determinan Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

1.3 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui determinan apa saja yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini diantaranya :

- a. Untuk mengetahui gambaran karakteristik (Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Perkawinan) pada pasien Jantung Koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- b. Untuk menganalisis determinan Gaya Hidup dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- c. Untuk menganalisis determinan Pendapatan dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- d. Untuk menganalisis determinan Kepatuhan Minum Obat dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- e. Untuk menganalisis determinan Aktivitas Fisik dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- f. Untuk menganalisis determinan Dukungan Keluarga dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- g. Untuk menganalisis determinan yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat Aplikatif

Sebagai bahan masukan bagi instansi kesehatan untuk digunakan sebagai dasar pertimbangan dalam mengambil dan memutuskan kebijakan-kebijakan, dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

1.3.2 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan saran untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasan peneliti mengenai penyakit jantung koroner dan sebagai kesempatan bagi peneliti untuk menerapkan ilmu yang diperoleh selama pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

1.3.3 Manfaat Metodologi

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan dan informasi bagi peneliti-peneliti untuk melakukan penelitian mengenai penyakit jantung koroner.

1.4 Tinjauan Pustaka

1.4.1 Tinjauan Umum Tentang Penyakit Jantung Koroner (PJK)

a. Definisi

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah penyakit jantung dan pembuluh darah yang disebabkan karena penyempitan arteri koroner. Penyempitan pembuluh darah terjadi karena proses aterosklerosis

atau spasme atau kombinasi keduanya. Aterosklerosis yang terjadi karena timbunan kolesterol dan jaringan ikat pada dinding pembuluh darah secara perlahan-lahan, hal ini sering ditandai dengan keluhan nyeri pada dada. Pada waktu jantung harus bekerja lebih keras terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan oksigen, hal inilah yang menyebabkan nyeri dada. Kalau pembuluh darah tersumbat sama sekali, pemasokan darah ke jantung akan terhenti dan kejadian inilah yang disebut dengan serangan jantung. Secara klinis, untuk mendiagnosis infark miokard diperlukan 2 (dua) dari 3 (tiga) kriteria sebagai berikut (Daniel, 2019) :

1. Terdapat riwayat klinis : perasaan tertekan dan nyeri pada dada (ulu hati), selama 30 menit atau lebih.
2. Perubahan gambaran ECG : segmen ST elevasi lebih dari 0,2 mV paling sedikit 2 (dua) *precordial leads*, depresi segmen ST lebih besar dari 0,1 mV paling sedikit 2 (dua) *leads*, ketidaknormalan gelombang Q atau inversi gelombang T paling sedikit 2 (dua) *leads*.
3. Peningkatan konsentrasi serum kreatinin kinase 2 (dua) kali lebih besar dari nilai normal pada pemeriksaan laboratorium.

Penyumbatan pembuluh darah koroner terjadi akibat adanya proses aterosklerosis, yang diawali dengan penimbunan lemak pada lapisan-lapisan pembuluh darah tersebut. Proses aterosklerosis sebenarnya sudah dimulai sejak masa kanak-kanak, tetapi baru manifes pada usia dewasa, usia pertengahan atau usia lanjut. Selain proses aterosklerosis ada juga proses lain, yakni spasme (penyempitan) pembuluh darah koroner tanpa adanya kelainan anatomis, yang secara tersendiri atau bersama-sama memberikan gejala iskemia. Pemeriksaan yang paling terpercaya untuk mengetahui penyumbatan arteri koronaria adalah angiografi koroner, juga disebut kateterisasi jantung. Bila ditemukan penyempitan yang bermakna, maka ada beberapa pilihan penyelesaian, yakni melebarkannya dengan balon atau bedah pintas (Anna Ulfa, 2018).

b. Epidemiologi

Penyakit arteri koroner sangat umum terjadi baik di negara maju maupun berkembang. Dalam sebuah penelitian, diperkirakan bahwa CAD mewakili 2,2% dari keseluruhan beban penyakit global dan 32,7% penyakit kardiovaskular. Hal ini menghabiskan biaya lebih dari 200 miliar dolar setiap tahunnya bagi sistem layanan kesehatan di Amerika Serikat. Diperkirakan 7,6% pria dan 5,0% wanita di AS hidup dengan penyakit arteri koroner dari tahun 2009 hingga 2012 berdasarkan survei kesehatan nasional yang dilakukan oleh *American Heart Association* (AHA). Jumlah ini berarti 15,5 juta orang Amerika menderita penyakit ini selama ini (Shahjehan, 2023).

Insiden PJK diamati meningkat seiring bertambahnya usia, tanpa memandang jenis kelamin. Dalam registrasi ONACI di Perancis,

kejadian CAD adalah sekitar 1% pada kelompok umur 45 sampai 65 tahun, dan meningkat menjadi sekitar 4% ketika kelompok umur mencapai 75 sampai 84 tahun (Shahjehan, 2023).

c. Faktor Risiko PJK

Faktor risiko PJK dapat dibagi menjadi 2 yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi, yaitu :

a. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi :

1. Jenis Kelamin

Risiko seseorang untuk terkena PJK dua kali lebih berisiko pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan perempuan (Kemenkes RI, 2019). Kecuali pada wanita yang sudah menopause risiko PJK akan meningkat, karena berkaitan dengan penurunan hormon estrogen yang berperan penting dalam melindungi pembuluh darah dari kerusakan yang memicu terjadinya aterosklerosis (Nirmolo, 2018).

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Nadasya *et al.*, 2021) menunjukkan bahwa frekuensi laki-laki lebih besar untuk terkena PJK dibanding dengan perempuan yaitu sebanyak 77,5%. Hal ini dipengaruhi oleh gaya hidup yang buruk seperti merokok, minuman beralkohol, makanan dll.

2. Umur

Semakin tua seseorang, maka risiko untuk terkena PJK juga semakin besar hal ini dikarenakan karena melemahnya sistem pembuluh darah seseorang. Umur yang paling rentan yaitu pada usia 40 tahun ke atas. Pada penelitian yang dilakukan oleh (Y. A. Sari *et al.*, 2020), PJK paling banyak pada usia 50-59 tahun.

3. Pendidikan

Dalam kaitannya Kualitas hidup PJK dengan status pendidikan, lebih banyak ditemukan seseorang yang memiliki tingkat pendidikan sekolah menengah kebawah memiliki kualitas hidup yang buruk dibandingkan pendidikan yang lebih tinggi (Iskandar *et al.*, 2017). Hal ini dikarenakan jika pendidikan lebih tinggi mereka juga memiliki pengetahuan yang baik dan akan mempengaruhi seseorang dalam menjalani pola hidup yang lebih sehat.

4. Pekerjaan

Seseorang yang memiliki pekerjaan akan memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan yang tidak memiliki pekerjaan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Setiadi, 2020), menunjukkan bahwa sebagian besar PJK terjadi pada perempuan dan tidak memiliki pekerjaan atau sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT).

5. Status Perkawinan

Status perkawinan memiliki pengaruh terhadap risiko PJK, karena dapat mempengaruhi psikologis seseorang dan pada akhirnya akan berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang. Seseorang yang sudah bercerai atau belum menikah lebih cenderung memiliki tingkat kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan yang sudah menikah.

Hal ini dikarenakan seseorang yang telah menikah mendapatkan dukungan sosial dari pasangannya (Fatmawati, 2017). Jadi, mereka akan cenderung melakukan perilaku yang sehat dan positif yang dapat menunjang kualitas hidup yang lebih baik.

6. Riwayat Keluarga

Jika terdapat keluarga yang memiliki riwayat PJK dan pembuluh darah, maka hal itu akan meningkatkan risiko PJK dan pembuluh darah dua kali lebih besar dengan yang tidak memiliki riwayat keluarga (Kemenkes RI, 2019).

Keluarga yang memiliki riwayat PJK pada usia dibawah 55 tahun adalah salah satu faktor risiko yang perlu dipertimbangkan. Adapun faktor risiko PJK yang diturunkan adalah hiperkolesterolemia, penyakit darah tinggi, dan DM (Nirmolo, 2018).

b. Faktor yang dapat dimodifikasi (Bachrudin & Najib, 2016)

1. Hipertensi
2. Hiperkolesterolemia
3. Merokok
4. Obesitas
5. Diabetes Mellitus (DM)
6. Exercise/Latihan

d. Pencegahan

Menurut Bustan (2020) upaya pencegahan PJK dapat meliputi 4 tingkat upaya :

- a. Pencegahan primordial, yaitu upaya pencegahan munculnya faktor predisposisi terhadap PJK dalam suatu wilayah dimana belum tampak adanya faktor yang menjadi risiko PJK.
- b. Pencegahan primer, yaitu upaya awal pencegahan PJK sebelum seseorang menderita. Dilakukan dengan pendekatan komunitas dengan pendekatan komuniti berupa penyuluhan faktor-faktor risiko PJK terutama pada kelompok usia tinggi. Pencegahan primer ditujukan kepada pencegahan terhadap berkembangnya proses aterosklerosis secara dini, dengan demikian sasarannya adalah kelompok usia muda.

- c. Pencegahan sekunder, yaitu upaya pencegahan PJK yang sudah pernah terjadi untuk berulang atau menjadi lebih berat. Pada tahap ini diperlukan perubahan pola hidup dan kepatuhan berobat bagi mereka yang pernah menderita PJK. Upaya peningkatan ini bertujuan untuk mempertahankan nilai prognostik yang lebih baik dan menurunkan mortalitas.
- d. Pencegahan tersier, yaitu upaya mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat atau kematian.

1.4.2 Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup Pasien PJK

a. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup terkait kesehatan adalah kesehatan fisik dan mental yang dirasakan individu atau kelompok dari waktu ke waktu (Rahmat *et al.*, 2020). Kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang keberadaannya dalam hidup yang terkait dengan budaya dan sistem nilai di lingkungan dia berada dalam hubungannya dengan tujuan, harapan, standar dan hal menarik lainnya. Kualitas hidup adalah tingkat kepuasan atau ketidakpuasan yang dirasakan seseorang tentang berbagai aspek dalam kehidupannya (Ekasari *et al.*, 2018).

Berdasarkan pemaparan tersebut, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup merupakan suatu persepsi seseorang dalam kehidupan sehari-harinya dimana didalamnya terdapat harapan yang ingin dicapai untuk bisa menjalani kehidupan dengan lebih baik. Kualitas hidup orang berbeda-beda tergantung dari bagaimana menyikapi suatu permasalahan yang terjadi pada diri seseorang. Jika mereka menyikapi dengan positif maka, kualitas hidup mereka juga akan baik. Begitupun sebaliknya, jika mereka menghadapi dengan negatif, maka kualitas hidupnya juga akan buruk.

b. Kualitas Hidup Pada Pasien PJK

Kualitas hidup pasien PJK dapat dipengaruhi oleh beratnya gejala yang timbul dan akan berpengaruh terhadap fungsional pasien. Semakin berat suatu gejala semakin berkurang kemampuan fungsional pasien. Oleh karena itu, pasien dengan penyakit kronis termasuk PJK diharapkan terjadi peningkatan harapan kualitas hidup sehingga memiliki kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan berbagai perubahan fungsi yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari.

Gejala yang sering terjadi pada pasien PJK yaitu kelelahan dan dyspnea yang berkontribusi untuk memperburuk kesehatan. Hal itu disebabkan karena terjadinya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, sehingga mengakibatkan terjadinya penurunan energi dan keterbatasan dalam aktivitas.

Kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien jantung menjadi faktor prediktor untuk menilai hasil akhir dari kualitas hidup pasien

PJK. Tingkat keparahan PJK dikaitkan dengan rendahnya kualitas hidup pasien itu sendiri.

c. Instrumen Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup terkait kesehatan merupakan suatu variabel abstrak. Terdapat 2 dimensi kualitas hidup yaitu ungkapan subjektif atau persepsi seseorang dan objektif (Ningrum & Dewi, 2019). Data objektif yang diukur adalah status kesehatan seseorang. Ungkapan subjektif lebih sulit diukur tetapi masih bisa diukur secara tidak langsung dengan menggunakan sekumpulan pertanyaan/ kuesioner. Jawaban dari orang tersebut kemudian dikonversi menjadi suatu nilai/skala sehingga bisa diukur secara objektif.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang dibuat oleh WHO yaitu WHOQoL-BREF. Instrumen ini berupa kuesioner yang terdiri dari 26 pertanyaan yang berbentuk *self report* dimana responden diminta untuk memberi respon yang sesuai dengan kondisi dirinya. Kuesioner WHOQoL-BREF ini terdiri dari 4 domain, yaitu kesehatan fisik, psikologi, dukungan sosial, dan lingkungan. Dimensi kesehatan fisik terdiri dari 7 item pertanyaan yaitu pertanyaan di nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18. Dimensi psikologis terdiri dari 6 pertanyaan di nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26. Dimensi sosial terdiri dari 3 pertanyaan yaitu pada pertanyaan nomor 20,21, dan 22. Dimensi lingkungan terdiri dari 8 pertanyaan yaitu pada nomor 8, 9, 12, 14, 23, 24, dan 25. Responden akan diinstruksikan untuk memilih salah satu dari skala 1-4 pada masing-masing pertanyaan. Instrumen WHOQoL-BREF memberikan satu macam skor dari masing-masing dimensi yang menggambarkan respon dari setiap individu di setiap dimensi. Dimensi kesehatan fisik memiliki skor 7-35, dimensi psikologis skor 6-30, dimensi sosial 3-15, dan dimensi lingkungan skor 8-40. Seluruh hasil perhitungan akan ditransformasikan menjadi 0-100 sesuai ketetapan dari WHOQoL-BREF. Semakin tinggi skor yang didapat semakin baik kualitas hidup yang dimiliki, dan bila skor yang didapat semakin rendah maka semakin buruk kualitas hidupnya.

Untuk perhitungan validitas dan reliabilitas WHOQoL-BREF ini, skor yang digunakan adalah skor tiap dimensi. Salim dkk. (2020) telah melakukan uji instrumen WHOQoL-BREF versi bahasa Indonesia di Kecamatan Mampang, Jakarta Selatan dengan sampel sebanyak 306 lansia yang memiliki karakteristik mendekati dari sampel penelitian yaitu sama-sama merupakan lansia berumur >60 tahun dan masih mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti bekerja. Hasil yang didapat adalah ada hubungan yang signifikan antara skor item dengan skor dimensi ($r = 0,409 - 0,850$) sehingga dapat dinyatakan bahwa alat ukur WHOQoL-BREF valid dalam mengukur kualitas hidup. Uji reliabilitas dilakukan dengan metode *Cronbach's alpha* 0 sampai 1, skala ini dikelompokkan dalam empat kelas dengan rank yang sama

dengan menginterpretasikan ukuran kemandirian alpha. Hasil uji reliabilitas pada kuesioner WHOQoL-BREF dinyatakan reliabel. Dapat disimpulkan bahwa WHOQoL-BREF merupakan instrumen yang valid dan reliabel untuk mengukur kualitas hidup.

1.4.3 Tinjauan Umum Tentang Usia

Menurut Lasut (2017) Usia adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai dengan berulang tahun. Semakin cukup usia, tingkat kematangan, dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai pengalaman dan kematangan jiwa.

Seiring bertambahnya usia seseorang lebih rentan terhadap penyakit jantung koroner, namun jarang menyebabkan penyakit serius sebelum 40 tahun dan meningkat 5 kali lipat pada usia 40-60 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap 172 pasien penyakit jantung koroner, dilaporkan bahwa 33,2% pasien yang berusia >75 tahun mempunyai kualitas hidup buruk dibandingkan dengan pasien yang mempunyai kualitas hidup lebih muda. Pasien berusia 18-24 tahun, hanya 7.5% yang mempunyai kualitas hidup buruk (Steigelman *et al.*, 2006)

1.4.4 Tinjauan Umum Tentang Gaya Hidup

a. Definisi

Gaya Hidup menurut Kotler dan Keller adalah gaya hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya (Marniati *et al.*, 2019). Seseorang yang memiliki gaya hidup yang positif dan gaya hidup yang sehat cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih memadai akan menjalankan kehidupannya dengan memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti merokok, minum kopi, makan makanan berlemak dan kurangnya aktivitas fisik serta tidak mampu mengendalikan stress. Faktor-faktor tersebut sebagai gaya hidup sangat berpotensi meningkatkan risiko PJK.

Bagi pasien PJK dalam upaya memperbaiki kualitas hidup hendaknya menghindari rokok, melakukan aktivitas fisik, dan mengurangi konsumsi makanan yang mengandung kolesterol. Hal ini merupakan pencegahan agar tidak terulangnya kembali serangan jantung.

b. Gaya Hidup Sehat

Gaya hidup sehat dapat dilihat dari tiga aspek yaitu konsumsi sayur dan buah, riwayat merokok, dan aktivitas fisik.

1) Konsumsi Sayur dan Buah

Menurut Kemenkes (Muna, 2019), masyarakat Indonesia dianjurkan mengonsumsi 3-5 porsi sayur yaitu sebanyak 150-200 gram atau 1 1/2 - 2 mangkok sayuran sehari sedangkan untuk buah dianjurkan mengonsumsi 2-3 porsi sehari. Apabila mengonsumsi

sayur dan buah tidak cukup atau kurang akan menimbulkan dampak bagi tubuh seseorang diantaranya dapat meningkatkan kolesterol darah, gangguan penglihatan/mata, menurunkan kekebalan, meningkatkan resiko kegemukan, meningkatkan risiko kanker kolon, dan meningkatkan risiko sembelit (konstipasi) (Muna, 2019).

2) Riwayat Merokok

Merokok adalah menghisap asap tembakau yang dibakar ke dalam tubuh dan menghembuskannya kembali keluar (Prabawati, 2016). Pendapat lain menyatakan bahwa merokok adalah perilaku yang dilakukan oleh seseorang berupa membakar dan menghisapnya serta dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang disekitarnya. Dalam penelitian ini akan melihat tentang riwayat merokok seseorang. Dimana riwayat merokok yang dimaksud yaitu pernah atau tidaknya seseorang merokok.

Merokok dapat menimbulkan berbagai dampak negatif yang sangat berpengaruh bagi kesehatan. Merokok bukanlah sebagai penyebab suatu penyakit, tetapi dapat menimbulkan suatu jenis penyakit termasuk PJK sehingga dapat dikatakan merokok tidak menyebabkan kematian, tetapi dapat mendorong munculnya jenis penyakit yang dapat menyebabkan kematian.

3) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik merupakan semua pergerakan tubuh yang disebabkan oleh otot rangka dan membutuhkan energi (*World Health Organization*, 2020). Klasifikasi aktivitas fisik dapat dibagi menjadi empat bagian yaitu (Ramadhani, 2020) meliputi :

- a) Aktivitas fisik sedenter
- b) Aktivitas fisik ringan
- c) Aktivitas fisik sedang
- d) Aktivitas fisik berat

Aktivitas fisik yang cukup dapat mengurangi risiko terjadinya berbagai penyakit termasuk PJK. Selain itu, aktivitas fisik dapat memberikan berbagai manfaat pada tubuh yaitu dapat menjaga tekanan darah dan kolesterol, menurunkan risiko penyakit jantung dan stroke, menjaga berat badan, menurunkan tingkat stress, memperkuat jantung dan memperbaiki sirkulasi darah, memperkuat tulang dan otot, menjaga fleksibilitas sendi, serta menurunkan gejala depresi dan memperbaiki kualitas hidup (*American Diabetes Association*, 2015).

1.4.5 Tinjauan Umum Tentang Pendapatan

Pendapatan adalah jumlah barang dan jasa yang memenuhi tingkat hidup masyarakat. Sedangkan pendapatan sebulan adalah penghasilan atau imbalan atau balas jasa selama sebulan yang lalu, baik berupa uang maupun barang yang diterima oleh seseorang (BPS, 2019).

Pendapatan mengacu pada pekerjaan seseorang dan berdampak pada penghasilan yang akan berpengaruh pada kondisi kesehatannya. Jika pendapatan keluarga yang tidak memadai akan memperburuk kualitas hidup seseorang karena tidak mampu memenuhi kebutuhan hidupnya dan pada akhirnya akan berdampak pada pemanfaatan pelayanan kesehatan begitupun sebaliknya. Jika pendapatan rendah maka mereka cenderung akan lebih mengutamakan kebutuhan pokoknya yang lebih mendesak.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Chen and Chen (2017), menunjukkan bahwa pasien yang memiliki status pendapatan lebih dari cukup melaporkan kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang kurang memadai.

1.4.6 Tinjauan Umum Tentang Kepatuhan Minum Obat

a. Definisi

Kepatuhan adalah tingkat perilaku penderita dalam mengambil suatu tindakan pengobatan, misalnya dalam menentukan kebiasaan hidup sehat dan ketetapan berobat (Choirunnisa, 2018). Keberhasilan pengelolaan PJK salah satunya membutuhkan kepatuhan berobat dari pasien PJK (Mufarokhah *et al.*, 2016).

b. Aspek-Aspek Kepatuhan

Aspek-aspek dalam kepatuhan minum obat diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Minum obat sesuai dengan waktu yang dianjurkan, yaitu dengan tidak mengubah jam minum obat yang telah ditentukan.
2. Tidak mengganti obat dengan obat lain yang tidak dianjurkan, yaitu dengan tidak melakukan penggantian obat dengan obat lain yang tidak dianjurkan tanpa sepengetahuan dokter.
3. Jumlah obat yang dikonsumsi sesuai dengan dosis yang ditentukan, yaitu dengan tidak mengurangi atau menambah jumlah dosis yang dikonsumsi (Alfaz, 2018).

c. Instrumen Kepatuhan Minum Obat

Skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat yang dinamakan MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*), dengan beberapa item yang berisi pernyataan-pernyataan (Morisky *et al.*, 2008) :

- a. Frekuensi kelupaan dalam minum obat.
- b. Kesengajaan berhenti minum obat, tanpa sepengetahuan dokter
- c. Kemampuan untuk mengendalikan dirinya agar tetap minum obat

Kepatuhan Minum Obat diukur dengan menggunakan kuesioner *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8) (Morisky *et al.*, 2008). Kuesioner ini terdiri dari 8 pertanyaan dengan masing-masing pertanyaan menggunakan sistem skoring. Untuk item 1 sampai 7 menggunakan skala *Guttman* yaitu “Ya” dinilai 0 dan “Tidak” dinilai dengan 1, kecuali untuk item 5 dengan jawaban “Ya” di nilai 1 dan

“Tidak” di nilai 0, dan item 8 menggunakan skala *likert* yaitu (tidak pernah/jarang, beberapa kali, kadang kala, sering dan selalu). Total skor di beri nilai antara 0-8. Dan dibagi menjadi 3 kategori yaitu rendah, sedang, dan tinggi.

Kuesioner yang digunakan telah di uji validitas dan realibilitasnya. Uji validitas menunjukkan nilai r tabel 0,413 dan hasilnya dinyatakan valid karena item pertanyaan 1-8 pada kuesioner nilai *corrected item-total correlation* (r hitung) antara pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner lebih tinggi dari r tabel, yang artinya nilai ini sudah memenuhi validitas item. Pada penelitian Ardanti (2016), kuesioner MMAS-8 telah dilakukan uji reabilitas menggunakan (Alpha) *Cronbach* dengan hasil 0,76 dan menurut Arikunto (2013), kuesioner tersebut dinyatakan reliabel karena nilainya lebih dari 0,6.

1.4.7 Tinjauan Umum Tentang Aktivitas Fisik

a. Definisi

Seseorang yang mempunyai kebiasaan kurang gerak (*Sedentary life*) mempunyai risiko mengalami gangguan penyakit jantung koroner lebih besar dibanding yang mempunyai pola hidup aktif (*Active living*) (PTM, 2016).

Melakukan latihan fisik secara teratur memang sangat bermanfaat dalam memelihara kesehatan jantung, tetapi bagaimana mekanisme langsung penurunan insiden penyakit jantung koroner dan arteriosklerosis melalui latihan fisik belum diketahui pasti. Namun manfaat yang diperoleh dari latihan fisik teratur antara lain adalah pengendalian kadar kolesterol dan peningkatan pengeluaran energi. Kadar kolesterol total, HDL, dan trigliserida dalam darah menurun, sedangkan HDL meningkatkan secara bermakna bila melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur. Selain itu, seseorang yang biasa melakukan olahraga secara teratur, diameter pembuluh darah jantung tetap terjaga, sehingga kesempatan terjadinya pengendapan kolesterol pembuluh darah dapat dihindari (Notoatmodjo, 2011).

b. Pengukuran Aktivitas Fisik

Pengukuran tingkat aktivitas fisik didasarkan pada besar MET (*Metabolic Equivalent*) yang merupakan nilai yang digunakan untuk menentukan tingkat aktivitas fisik berdasarkan *Global Physical Activity Questionnaire* (GPAQ). *Global Physical Activity Questionnaire* (GPAQ) merupakan instrumen untuk mengukur aktivitas fisik yang dikembangkan oleh WHO. Kuesioner GPAQ terdiri dari 16 pertanyaan sederhana terkait dengan aktivitas sehari-hari yang dilakukan selama satu minggu terakhir dengan menggunakan indeks aktivitas fisik yang meliputi empat domain, yaitu aktivitas fisik saat bekerja, aktivitas perjalanan dari suatu tempat ke tempat lain, aktivitas rekreasi dan aktivitas menetap (*sedentary activity*). Responden diminta untuk

menuliskan pernyataan mengenai aktivitas yang dilakukan sehari-hari dan juga intensitas waktu yang diperlukan (WHO, 2012).

Berdasarkan penelitian Singh & Purothi (2013) tingkat aktivitas fisik dinilai berdasarkan kriteria sebagai berikut :

1. Tinggi: dalam 7 hari atau lebih dari aktivitas berjalan kaki, aktivitas dengan intensitas sedang maupun berat minimal mencapai 3000 MET menit per minggu.
2. Sedang: dalam 5 hari atau lebih dari aktivitas berjalan kaki, aktivitas dengan intensitas sedang maupun tinggi minimal mencapai 600 MET menit per minggu.
3. Rendah: seseorang yang tidak memenuhi kriteria tinggi maupun sedang.

Untuk mengetahui total aktivitas fisik digunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Total Aktivitas Fisik MET menit/minggu} = [(P2 \times P3 \times 8) + (P5 \times P6 \times 4) + (P8 \times P9 \times 4) + (P11 \times P12 \times 8) + (P14 \times \dots)]$$

Setelah mendapatkan nilai total aktivitas fisik dalam satuan MET menit/minggu, responden dikategorikan ke dalam 3 tingkat aktivitas fisik yaitu aktivitas tingkat tinggi, sedang, dan rendah seperti pada tabel berikut :

Tinggi : MET \geq 3000

Sedang : MET \geq 600

Rendah : MET $<$ 600

1.4.8 Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga

a. Definisi

Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

b. Jenis Dukungan Keluarga

Menurut Friedman dalam Serigar (2018) jenis dukungan keluarga ada empat yaitu (Siregar, 2018) :

1. Dukungan Emosional

Dukungan emosional adalah keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati,

perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional (Friedman, 2013).

2. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya adalah dalam hal kebutuhan keuangan, makan, minum, dan istirahat (Friedman, 2013).

3. Dukungan Informasional

Dukungan informasional adalah keluarga berfungsi sebagai pemberi informasi, dimana keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi (Friedman, 2013).

4. Dukungan Penilaian dan Penghargaan

Dukungan penghargaan atau penilaian adalah keluarga bertindak membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan, dan perhatian (Friedman, 2013).

c. Manfaat Dukungan Keluarga

Menurut Friedman (2010) menyimpulkan bahwa efek-efek penyangga (dukungan sosial melindungi individu terhadap efek negatif dari stress) dan efek utama (dukungan sosial secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan sosial terhadap kesehatan dan kesejahteraan dapat berfungsi secara adekuat yang terbukti berhubungan dengan menurunnya angka mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit, fungsi kognitif, fisik dan kesehatan emosi.

1.5 Tabel Sintesa

Tabel 1. Sintesa Determinan Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner

No	Peneliti (Tahun)	Judul dan Nama Jurnal	Desain	Sampel	Temuan
1	Rochmayanti (2017)	Analisis faktor - faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner pelni Jakarta 2011 Jurnal Ilmiah Widya	Cross Sectional	100 Responden	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah jenis kelamin, Pendidikan, pekerjaan, usia, penghasilan, ansietas, depresi, koping. • Tidak ada hubungan antara status perkawinan dan dukungan sosial dengan kualitas hidup. • Faktor yang paling berhubungan dengan kualitas hidup adalah usia, penghasilan dan depresi ($p=0,005$).
2	Ming chieh Tsai, Chun Chuan Lee (2020)	Combined healthy lifestyle factors are more beneficial in reducing cardiovascular disease in younger adults: a meta analysis of prospective cohort studies <i>Nature Research</i>	Kohort	Dua puluh studi kohort yang melibatkan 1.090.261 peserta dengan 46.288 kejadian kardiovaskular dan rata-rata durasi tindak lanjut 12,33 tahun dimasukkan.	<ul style="list-style-type: none"> • Kelompok dengan jumlah tertinggi memiliki risiko CVD yang lebih rendah [rasio bahaya gabungan, 0,37 (95% CI 0,31-0,43)]. Dengan usia sebagai pengubah efek, risiko seumur hidup CVD adalah 0,31 (95% CI 0,24-0,41) pada usia 37,1-49,9 tahun, 0,36 (95% CI 0,30-0,45) pada usia 50,0- 59,9 tahun dan 0,49 (95% CI 0,38– 0,63) pada usia 60,0–72,9 tahun. Rasio bahaya CVD meningkat secara signifikan dari 37,1 menjadi 72,9 tahun [kemiringan dalam meta-regresi multivariat: 0,01 (95% CI < 0,001-0,03; $p = 0,042$)]. Orang

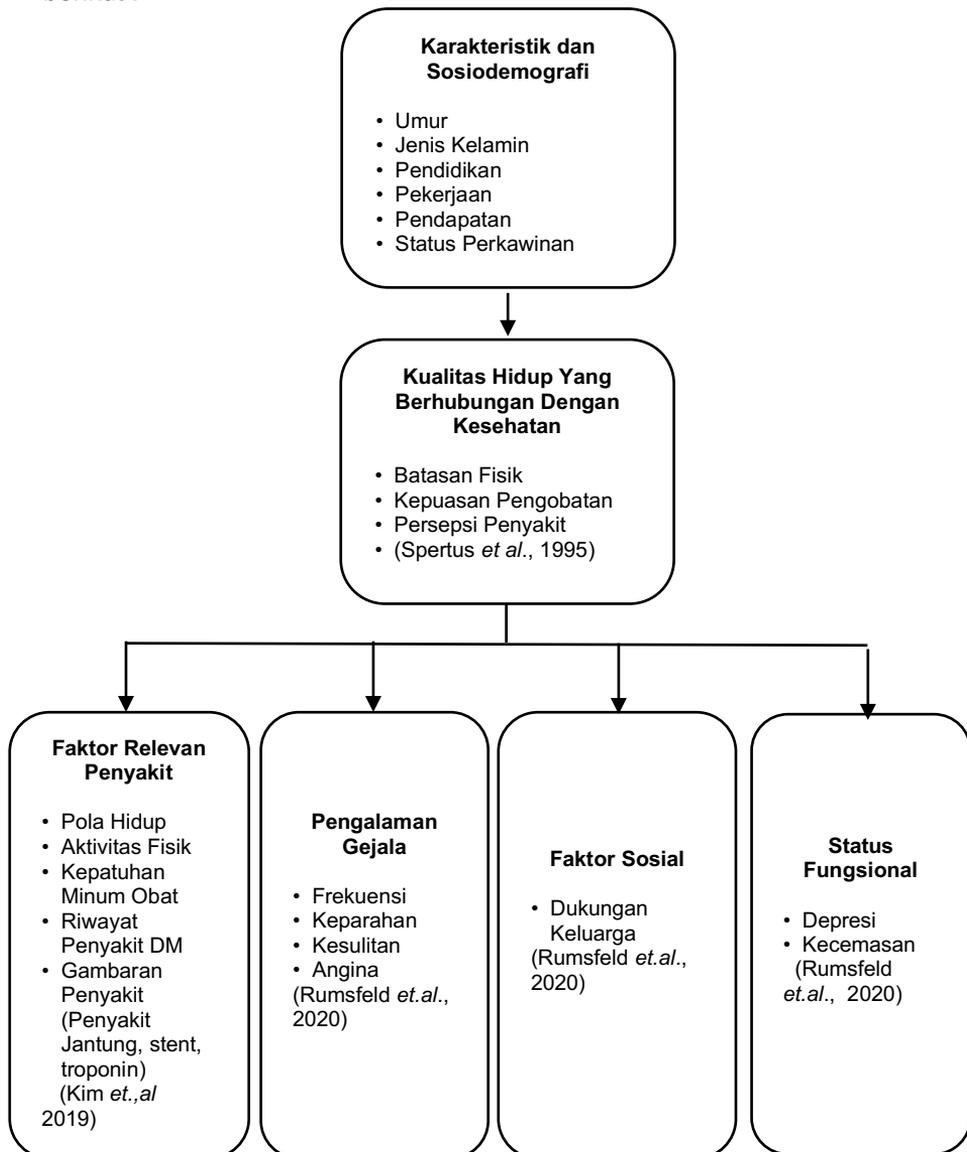
No	Peneliti (Tahun)	Judul dan Nama Jurnal	Desain	Sampel	Temuan
					dewasa yang lebih muda memiliki lebih banyak manfaat kardiovaskular dari faktor gaya hidup sehat gabungan
3	Nuraeni <i>et,al</i> (2016)	Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Pasien Dengan Penyakit Jantung Koroner Jurnal Keperawatan Padjadjaran	Cross Sectional	Sebanyak 100 orang dengan Teknik sampel simple random sampling	<ul style="list-style-type: none"> • Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien PJK meliputi depresi, cemas, dan revaskularisasi. Depresi dan cemas merupakan faktor yang mempengaruhi negatif sedangkan revaskularisasi jantung merupakan faktor yang mempengaruhi positif untuk kualitas hidup. • Faktor yang tidak mempengaruhi kualitas hidup adalah jenis kelamin, penghasilan, dan penyakit penyerta • Dari ketiga variabel tersebut depresi merupakan variabel yang paling signifikan mempengaruhi kualitas hidup pada pasien PJK. Depresi dapat memperburuk thrombosis pada pasien dengan PJK sehingga secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kemampuan fisik pasien, frekuensi dan stabilitas angina.
4	Liyuan Ma, Li Deng & Hui Yu (2019)	The effect of a comprehensiverehabilitation and intensive education	Case Control	300 pasien ULMCAD yang Menjalani CABG	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada perbedaan yang ditemukan pada HADS-Askor (P=0,830), prevalensi kecemasan

No	Peneliti (Tahun)	Judul dan Nama Jurnal	Desain	Sampel	Temuan
		<p>program on anxiety, depression, quality of life, and major adverse cardiac and cerebrovascular events in unprotected left main coronary artery bypass grafting</p> <p><i>Irish Journal of Medical Science</i></p>			<p>(P=0,627), kecemasan keparahan (P=0,910), skor HADS-D (P=0,925), depresi prevalensi (P=0,614), keparahan depresi (P=0,729), SF-Skor 12 PCS (P=0,549) dan skor SF-12 MCS (P=0,445) antara kelompok CRIE dan kelompok UC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesimpulan : CRIE (Program rehabilitas dan Pendidikan intensif) merupakan pendekatan yang efektif dalam meningkatkan kecemasan, depresi dan QoL pada pasien ULMCAD yang menjalani CABG.
5	Arifa Retno Hidayati (2019)	<p>Hubungan aktivitas fisik dengan kualitas hidup lansia penderita penyakit jantung koroner di rumah sakit Dr. Abdoer Rahem Situbondo</p> <p>Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikkas</p>	Cross Sectional	35 responden	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil statistik dengan menggunakan uji Spearman Rho terdiri dari 35 responden diperoleh hasil P value $0.016 < 0.05$, maka dapat disimpulkan bahwa H0 ditolak dan H1 diterima yang artinya ada hubungan aktivitas fisik dengan kualitas hidup. • Koefisien korelasi yang didapatkan sebesar 0.404 artinya kekuatan hubungan cukup, korelasi pada kedua variabel yaitu positif sehingga hubungan kedua variabel tersebut bersifat searah.

No	Peneliti (Tahun)	Judul dan Nama Jurnal	Desain	Sampel	Temuan
6	Amaliah (2015)	<p data-bbox="502 209 820 391">Analisis faktor psikososial dan perilaku gaya hidup terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner (PJK) di beberapa rumah sakit makassar</p> <p data-bbox="529 427 813 481"><i>Journal of Afiyah Health Research</i></p>	Kohort	Pasien PJK rawat inap yang terdata dalam rekam medis RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, RS Ibnu Sina dan RSI Faisal Makassar 2014	<ul data-bbox="1260 209 1704 637" style="list-style-type: none"> • Hasil penelitian menunjukkan pasien PJK dengan riwayat depresi, kecemasan, kemarahan, dukungan sosial rendah, sosial ekonomi rendah, riwayat merokok, aktifitas fisik rendah, dan pola makan tidak sehat berisiko lebih besar untuk memiliki kualitas hidup yang buruk. Berdasarkan hasil analisis regresi logistik, riwayat merokok merupakan faktor yang paling berisiko terhadap kualitas hidup PJK sebesar 10,10 kali.

1.7 Kerangka Teori

Adapun kerangka teori dalam penelitian ini mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien PJK dapat dilihat pada gambar berikut :



Sumber : Modifikasi dari (Spertus *et. al* 1995), (Kim *et. al* 2019), (Rumsfeld *et al.*, 2020) dan (Milayanti, W, 2021) telah diolah kembali.

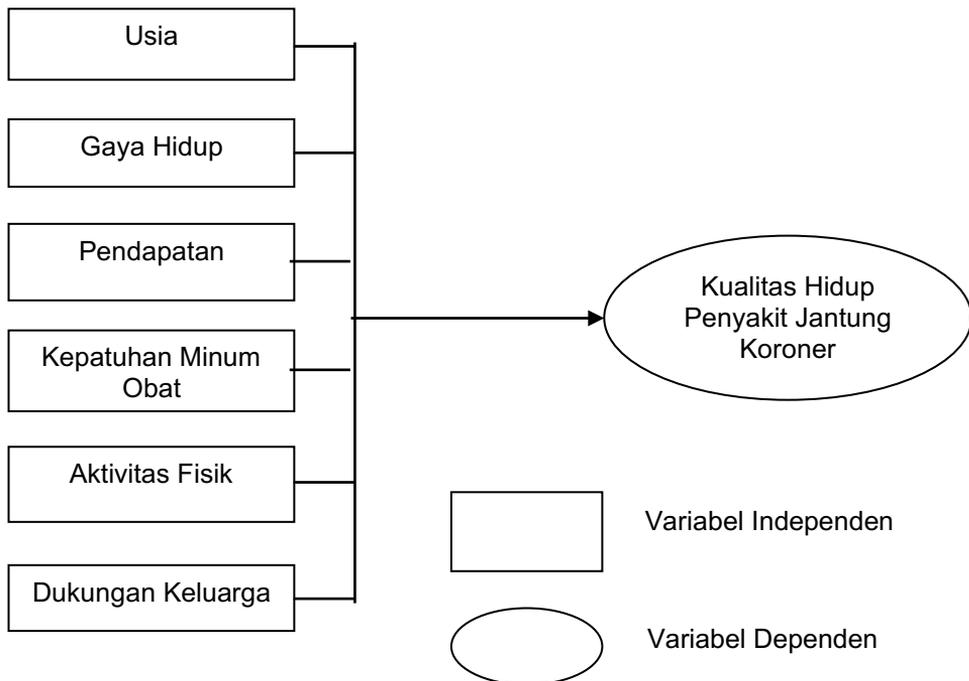
Gambar 1. Kerangka Teori

Kerangka teori tersebut merupakan hasil modifikasi dari beberapa penelitian. Menurut Spertus *et al.*, (1995), Kualitas hidup yang berhubungan dengan

kesehatan terdiri dari batasan fisik, kepuasan pengobatan, persepsi penyakit. Kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien PJK dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti karakteristik dan sosiodemografi, faktor pengalaman gejala, faktor yang relevan terhadap penyakit, gambaran terkait penyakit PJK, faktor status fungsional dan faktor sosial.

1.8 Kerangka Konsep

Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini secara sederhana digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

Pada kerangka konsep di atas menghubungkan tentang Usia, Gaya Hidup, Pendapatan, Kepatuhan Minum Obat, Aktivitas Fisik dan Dukungan Keluarga terhadap kualitas hidup pasien PJK. Adapun yang menjadi variabel independen adalah Usia, Gaya Hidup, Pendapatan, Kepatuhan Minum Obat, Aktivitas Fisik dan Dukungan Keluarga, sedangkan variabel dependen adalah kualitas hidup pasien PJK.

1.9 Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini sebagai berikut:

- a. Usia merupakan determinan yang menjadi faktor risiko kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

- b. Gaya hidup merupakan determinan yang menjadi faktor risiko kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- c. Pendapatan merupakan determinan yang menjadi faktor risiko kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- d. Kepatuhan Minum Obat merupakan determinan yang menjadi faktor risiko kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- e. Aktivitas fisik merupakan determinan yang menjadi faktor risiko kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
- f. Dukungan keluarga merupakan determinan yang menjadi faktor risiko kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

1.10 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 2. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
Variabel Dependen					
1.	Kualitas Hidup pasien PJK	Gambaran kondisi seseorang yang didalamnya terdapat harapan pasien untuk memperoleh status kesehatan terbaiknya. Dalam instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dalam 4 domain yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.	Kuesioner WHOQOL-BREF. Setiap pertanyaan memiliki pilihan skala 1-5. Nilai skala yang dipilih akan dijumlah menjadi skor. 1. Dimensi kesehatan fisik : Skor 7-35 2. Dimensi psikologis : Skor 6-30 3. Dimensi hubungan sosial : Skor 3-15 4. Dimensi lingkungan : Skor 8-40 Seluruh hasil perhitungan akan ditransformasikan menjadi 0-100.	Kualitas hidup dinyatakan dengan : 0. Kasus : Penderita PJK dengan kualitas hidup rendah yang apabila memperoleh skor <50 maka responden dinyatakan memiliki kualitas hidup yang rendah. 1. Kontrol : Penderita PJK dengan kualitas hidup tinggi yang apabila memperoleh skor 50-100 maka responden dinyatakan memiliki kualitas hidup yang tinggi. (WHO, 2020)	Ordinal
Variabel Independen					
2.	Usia	Lama hidup responden yang dihitung sejak lahir hingga penelitian berlangsung (dalam tahun)	Kuesioner karakteristik pada responden mengenai usia dan kartu identitas.	Usia dinyatakan dengan : 0. Risiko Tinggi : Jika umur responden 40 - 60 tahun 1. Risiko Rendah : Jika umur responden 18 - 39 tahun (Steigelman <i>et al.</i> , 2006)	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
3.	Gaya Hidup	Pola hidup pasien dalam kehidupan sehari-harinya, yang dapat dilihat dari kebiasaan mengonsumsi sayur dan buah, riwayat merokok, serta aktivitas fisik (berat, sedang, dan ringan).	Kuesioner dengan pengukuran frekuensi : <ul style="list-style-type: none"> • Makan sayur dan buah, jika tidak pernah 0, Pernah 1. • Riwayat merokok : Tidak Pernah 0, Pernah 1. • Aktivitas Fisik : Tidak pernah 0, Pernah 1. 	Pola Hidup dinyatakan dengan : <ol style="list-style-type: none"> 0. Risiko Tinggi : Apabila tidak memenuhi salah satu dari kriteria. 1. Risiko Rendah : Apabila responden mengonsumsi sayur dan buah yang cukup, tidak merokok, serta aktivitas fisik yang cukup. <p style="text-align: center;">(Milayanti W, 2021)</p>	Nominal
4.	Pendapatan	Penghasilan responden berdasarkan pendapatan responden per bulan. Hal ini dapat dilihat dari Upah Minimum Kota Makassar Tahun 2023 yaitu 3.523.181.	Kuesioner karakteristik pada responden tentang jumlah penghasilan perbulan.	Pendapatan dinyatakan dengan : <ol style="list-style-type: none"> 0. Risiko Tinggi : Apabila pendapatan responden <3.523.181 atau Upah Minimum Kota Makassar 2023 1. Risiko Rendah : Apabila pendapatan responden ≥3.523.181 atau Upah Minimum Kota Makassar Tahun 2023 <p style="text-align: center;">(Panthell & Kritpracha, 2011)</p>	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
5.	Kepatuhan Minum Obat	Kepatuhan minum obat dilihat dari Frekuensi kelupaan dalam minum obat, Kesengajaan berhenti minum obat, tanpa sepengetahuan dokter, dan Kemampuan untuk mengendalikan dirinya agar tetap minum obat	<i>Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS-8). Skor masing-masing pertanyaan 0-8.	Kepatuhan Minum Obat dinyatakan dengan : 0. Risiko Tinggi : Apabila jawaban responden memperoleh skor <8 1. Risiko Rendah : Apabila jawaban responden memperoleh skor 8 (Sumber : Milayanti W, 2021)	Nominal
6.	Aktivitas Fisik	Aktivitas sehari-hari yang dilakukan dengan menggunakan indeks aktifitas fisik yang meliputi aktivitas fisik saat bekerja, aktivitas perjalanan dari suatu tempat lain, aktivitas rekreasi dan aktivitas menetap (<i>sedentary activity</i>) Aktivitas fisik diteliti sekitar 2 tahun yang lalu.	Kuesioner <i>Global Physical Activity Questionnaire</i> (GPAQ)	Aktivitas Fisik dinyatakan dengan : 0. Risiko Tinggi : Apabila mendapatkan nilai <600 MET 1. Risiko Rendah : Apabila mendapatkan nilai ≥600 MET (WHO, 2012)	Ordinal
7.	Dukungan Keluarga	Dukungan keluarga adalah tindakan keluarga yang diharapkan dapat memotivasi dan memberi bantuan pada anggota keluarga yang sedang sakit.	Kuesioner terdiri dari 12 pertanyaan, masing – masing pertanyaan diberi skor 1-4 dengan menggunakan skala likert yaitu : 1 : Tidak pernah 2 : Kadang-kadang 3 : Sering 4 : Selalu	Dukungan keluarga dinyatakan dengan: 0. Risiko Tinggi : Apabila skor jawaban responden <25 maka responden dinyatakan memiliki dukungan keluarga yang rendah 1. Risiko Rendah : Apabila skor jawaban responden	Ordinal

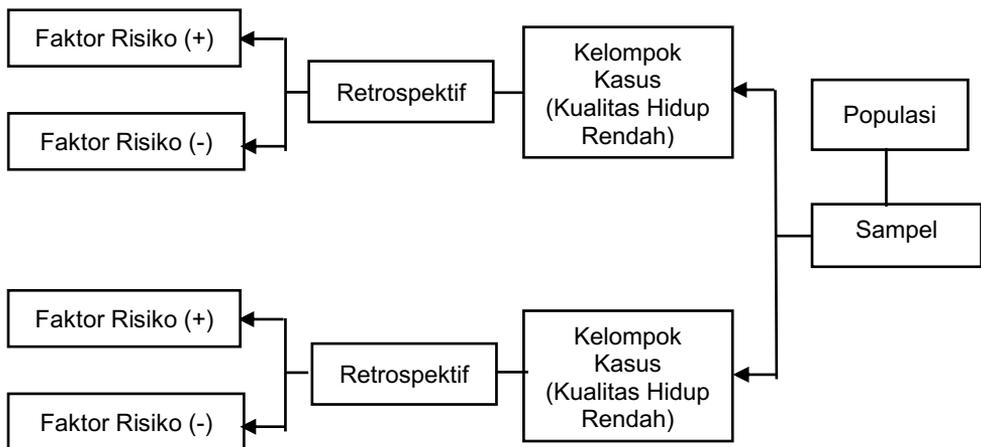
No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kriteria Objektif	Skala
				<p data-bbox="1277 212 1582 333">>25-48 maka responden dinyatakan memiliki dukungan keluarga yang tinggi.</p> <p data-bbox="1321 366 1538 393">(Nursalam, 2017)</p>	

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan desain *case control* untuk menentukan apakah suatu paparan atau faktor risiko berhubungan dengan penyakit. Desain penelitian ini bersifat retrospektif karena dimulai dengan menentukan penyakit, kemudian subjek diobservasi apakah terpapar faktor etiologi dan dibandingkan dengan populasi yang tidak menderita sakit (Prasasty & Legiran, 2023).

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen yaitu Usia, Pola Hidup, Pendapatan, Kepatuhan Minum Obat, Aktivitas Fisik dan Dukungan Sosial dengan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner (PJK). Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk melihat besar risiko masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen.



Gambar 3. Rancangan Penelitian Case Control
Sumber : (Sastroasmoro and Ismael, 2011)

2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Pusat Jantung Terpadu RSUP Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2024.

2.3 Populasi dan Sampel Penelitian

2.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien PJK rawat jalan yang tercatat di rekam medis khususnya di wilayah kota makassar sebanyak 543 orang di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien penyakit jantung koroner yang sedang menjalani rawat jalan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Sampel penelitian di bagi menjadi dua kelompok, yakni kelompok kasus dan kontrol dengan perbandingan 1:1. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

a. Kasus

1. Kriteria Inklusi
 - a) Pasien yang berusia 18-60 Tahun
 - b) Pasien yang sedang menjalani rawat jalan dan tercatat di rekam medis di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.
 - c) Penderita penyakit jantung koroner dengan kualitas hidup yang rendah
 - d) Menderita penyakit jantung selama 3 tahun terakhir
 - e) Berdomisili di kota makassar
 - f) Mampu berkomunikasi dengan baik
 - g) Bersedia menjadi responden
2. Kriteria Eksklusi
 - a) Pasien yang berusia diatas 60 tahun tidak termasuk dalam sampel penelitian dikarenakan kemampuan komunikasi mereka telah menurun, sehingga informasi yang diterima cenderung kurang valid.
 - b) Pasien penyakit jantung koroner dengan kondisi akut atau gawat darurat.
 - c) Responden tidak berada di tempat pada saat penelitian berlangsung
 - d) Tidak bersedia untuk diwawancarai

b. Kontrol

1. Kriteria Inklusi
 - a) Pasien yang sedang menjalani rawat jalan dan tercatat di rekam medis di Pusat Jantung Terpadu RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
 - b) Penderita penyakit jantung koroner dengan kualitas hidup yang tinggi
 - c) Penderita yang telah mengalami PJK selama 3 tahun terakhir
 - d) Berdomisili di kota makassar
 - e) Mampu berkomunikasi dengan baik
 - f) Bersedia menjadi responden
2. Kriteria Eksklusi
 - a) Pasien yang berusia diatas 60 tahun tidak termasuk dalam sampel penelitian dikarenakan kemampuan komunikasi

mereka telah menurun, sehingga informasi yang diterima cenderung kurang valid.

- b) Pasien dengan kondisi akut atau gawat darurat
- c) Responden tidak berada di tempat pada saat penelitian berlangsung
- d) Tidak bersedia untuk diwawancarai

2.3.3 Besar Sampel

Penentuan besar sampel minimal untuk penelitian *case control* dengan menggunakan rumus *Lemeshow* (1990), yakni sebagai berikut :

$$n1 = n2 = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

Keterangan :

$n1 = n2$ = Jumlah sampel untuk masing – masing kelompok

$P1$ = Proporsi kejadian penyakit jantung koroner pada kelompok kasus

$$\frac{(OR) P_2}{(OR)+P_2(1-P_2)}$$

(OR berdasarkan penelitian terdahulu (Nuraeni, 2016) = 5,450)

$P2$ = Proporsi kejadian penyakit jantung koroner kelompok kontrol (Prevalensi PJK Kota Makassar berdasarkan penelitian terdahulu (Milayanti, W, 2021) sebesar 4,2 %)

P = Proporsi rata – rata = $\frac{(P_1+P_2)}{2}$

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z untuk derajat kemaknaan ($\alpha = 95\%$) = 1,96

$Z_{1-\beta}$ = Nilai Z untuk kekuatan uji ($\beta = 80\%$) = 0,84

Adapun uraian perhitungan besar sampel menggunakan rumus diatas, yaitu sebagai berikut :

$P2$ = 0,042

OR = 5,450

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96

$Z_{1-\beta}$ = 0,84

$P1$ = $\frac{(OR) P_2}{(OR) P_2 + (1-P_2)} = \frac{(5,450) (0,042)}{(5,450) 0,042 + (1-0,042)} = \frac{0,228}{1,186} = 0,192$

P = $\frac{(P1 + P2)}{2} = \frac{0,192 + 0,042}{2} = 0,117$

Sehingga jumlah sampel yang dibutuhkan yaitu :

$$n1 = n2 = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$= \frac{[1,96 \sqrt{2(0,117)(1-0,117)} + 0,84 \sqrt{0,192(1-0,192) + 0,042(1-0,042)}]^2}{(0,192 - 0,042)^2}$$

$$= \frac{[1,96 \sqrt{0,234 (0,883)} + 0,84 \sqrt{0,155 + 0,040}]^2}{0,022}$$

$$\begin{aligned}
 &= \frac{[1,96 (0,454) + (0,370)]^2}{0,022} \\
 &= \frac{1,585}{0,022} \\
 &= 72 + 10\% = 80
 \end{aligned}$$

Perhitungan sampel dengan rumus di atas, sampel yang diperlukan yaitu 72. Adapun untuk menghindari *drop out* sampel penelitian, maka ditambahkan 10% menjadi 80 sampel per kelompok kasus dan kelompok kontrol sehingga total sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini yaitu 160 (80 kasus dan 80 kontrol).

2.3.4 Teknik Penarikan Sampel

Pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan adalah *Purposive Sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan cara memilih di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah ditentukan sebelumnya (Nursalam, 2012).

Karakteristik sampel yang dimaksud dalam penelitian ini yaitu sesuai dengan kriteria Inklusi dan Eksklusi yang ditetapkan penulis. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 160 (80 kasus dan 80 kontrol) responden yang merupakan pasien PJK yang sedang menjalani rawat jalan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo.

2.4 Teknik Pengumpulan Data

2.4.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan responden menggunakan kuesioner terstruktur. Sebelum melakukan wawancara, responden menandatangani lembar *informed consent* yang menyatakan bahwa responden bersedia untuk diwawancarai.

2.4.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data terkait yang diperoleh dari data pasien yang terdiagnosa PJK yang diperoleh melalui rekam medis pasien dari hasil diagnosa dokter atau hasil pemeriksaan laboratorium.

2.5 Pengolahan Data

Data diolah menggunakan *software* STATA versi 11. Adapun tahapan pengolahan data dilakukan dengan cara sebagai berikut :

2.5.1 Pemeriksaan Data (*Editing*)

Tahap pemeriksaan merupakan proses pemeriksaan hasil data yang telah dikumpulkan untuk memastikan kelengkapan dan konsistensi data.

2.5.2 Pemberian Kode Data (*Coding*)

Pemberian kode dilakukan terhadap nama variabel untuk memudahkan penginputan data pada tabel atribut.

2.5.3 Pemasukan Data (*Entry*)

Pemasukan data merupakan kegiatan memasukkan data menggunakan STATA. Data yang sudah diperoleh dipilih sesuai dengan variabel yang dilakukan analisis dan kolom tabel yang tidak diperlukan dalam analisis data dihapus agar lebih sederhana.

2.5.4 Pembersihan Data (*Cleaning*)

Tahap *data cleaning* dilakukan dengan memeriksakan data yang telah diinput ke dalam STATA untuk memastikan tidak terdapat kesalahan dalam pengkodean maupun pembacaan kode. Data harus dipastikan sudah sesuai dengan yang dibutuhkan dan siap untuk dilakukan analisis.

2.6 Teknik Analisis Data

2.6.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap setiap variabel independen dan dependen sehingga dapat diketahui karakteristik setiap variabel dan memudahkan untuk melakukan analisis bivariat. Hasil analisis disajikan dalam bentuk tabel distribusi.

2.6.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan dan besar risiko variabel independen terhadap variabel dependen. Data dianalisis menggunakan uji OR dengan *confidence interval* (CI) 95%. Perhitungan OR, yaitu sebagai berikut (Irmawartini dan Nurhaedah, 2017) :

Tabel 3. Perhitungan Nilai OR untuk Desain Case Control

Faktor Risiko	Efek		Jumlah
	Kasus	Kontrol	
Ya	A	B	A + B
Tidak	C	D	C + D
Jumlah	A + C	B + D	A+B + C+D

Keterangan :

A = Kasus yang mengalami kualitas hidup yang rendah

B = Kontrol yang mengalami kualitas hidup yang tinggi

C = Kasus yang tidak mengalami kualitas hidup tinggi

D = Kontrol yang tidak mengalami kualitas hidup rendah

Rumus perhitungan *odds ratio* (OR), yaitu :

$$OR = \frac{A/(A+C)}{C/(A+C)} : \frac{B/(B+D)}{D/(B+D)} = \frac{AD}{BC}$$

Interpretasi hasil OR dapat dirincikan sebagai berikut :

- Bila nilai odds ratio (OR) > 1 berarti bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor risiko.
- Bila nilai odds ratio (OR) = 1 berarti bahwa faktor yang diteliti bukan merupakan faktor risiko.
- Bila nilai odds ratio (OR) < 1 berarti bahwa faktor yang diteliti merupakan faktor protektif (Pencegah terjadinya efek).

Uji kemaknaan nilai OR dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Penentuan nilai *Confidence Interval* (CI) = 95%
- b. Penentuan *Lower Limit* (LL) dan *Upper Limit* (UL)
- c. Interpretasi kebermaknaan :
 1. Jika nilai LL dan UL berada dibawah angka 1 atau berada diatas nilai 1, maka nilai OR yang diperoleh memiliki pengaruh kebermaknaan.
 2. Jika nilai LL dan UL mencangkup angka 1, maka OR yang diperoleh tidak memiliki pengaruh kebermaknaan.

2.6.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mempelajari hubungan beberapa variabel atau sub variabel (independen) dengan variabel dependen (Stang, 2018). Analisis multivariat yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda karena variabel dependen dalam bentuk kategorik yang dikotomi (terdiri dari dua kelompok, seperti sehat/sakit, baik/kurang, dan lain-lain). Analisis ini dilakukan untuk mengetahui variabel independen yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen. Prosedur analisis regresi logistik, yaitu sebagai berikut (Riyanto, 2017) :

- a. Melakukan seleksi dengan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Jika hasil uji bivariat diperoleh nilai p-value 0,25, maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat. Namun, bisa saja p valuenya >0,25 tetap dimasukkan dalam uji multivariat, apabila variabel tersebut secara substansi penting.
- b. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai p-value 50,05 dan mengeluarkan variabel yang p-value >0,05. Variabel dengan p>0,05 tidak dikeluarkan secara serentak namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel dengan p-value terbesar. Bila variabel yang dikeluarkan tersebut mengakibatkan perubahan besar koefisien (nilai OR) variabel-variabel yang masih ada (berubah >10%), maka variabel tersebut dimasukkan kembali ke dalam model. Rumus untuk mencari perbedaan OR, yaitu :

$$\text{Perbedaan OR} = \frac{OR\ crude - OR\ adjust}{OR\ adjust} \times 100\%$$

Keterangan :

OR *crude* : OR variabel dengan tidak masuknya ke dalam model kovariat yang di uji.

OR *adjust* : OR variabel dengan masuknya kedalam model kovariat yang akan diuji.

2.7 Penyajian Data

Data akan dianalisis menggunakan STATA lalu data yang telah dianalisis disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabulasi silang. Setiap penyajian yang dihasilkan akan dilengkapi dengan narasi, sehingga data-data yang disajikan mudah untuk dipahami.

2.8 Etik Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan rekomendasi persetujuan etik yang diurus di Komisi Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dengan Nomor: **1434/UN4.14.1/TP.01.02/2024** dan No. Protokol: **10624032179**.

2.9 Etika Penelitian

Menurut (Alhogbi *et.al.*,2018) etika penelitian merupakan hal penting karena penelitian berhubungan langsung dengan manusia, sehingga memerlukan hal-hal sebagai berikut :

a. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed Consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti agar subyek mengerti maksud dan tujuan dari penelitian yang dilakukan. Apabila responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak-hak responden.

b. *Anonymity*

Demi menjaga kerahasiaan responden dalam penelitian, maka peneliti tidak mencantumkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

c. *Confidentiality*

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan kepada pihak yang terkait dengan peneliti,