

**HUBUNGAN GAYA HIDUP DAN SOSIAL EKONOMI DENGAN
KUALITAS HIDUP PENDERITA PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RS
UNHAS KOTA MAKASSAR TAHUN 2023**



**ANDI SRI MANGENDARA
K011201082**



**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

HALAMAN JUDUL

**HUBUNGAN GAYA HIDUP DAN SOSIAL EKONOMI DENGAN
KUALITAS HIDUP PENDERITA PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RS
UNHAS KOTA MAKASSAR TAHUN 2023**

**ANDI SRI MANGENDARA
K011201082**



**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

PERNYATAAN PENGAJUAN

**HUBUNGAN GAYA HIDUP DAN SOSIAL EKONOMI DENGAN
KUALITAS HIDUP PENDERITA PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RS
UNHAS KOTA MAKASSAR TAHUN 2023**

ANDI SRI MANGENDARA
K011201082

Skripsi

sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana

Program Studi Kesehatan Masyarakat

pada

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

SKRIPSI

**HUBUNGAN GAYA HIDUP DAN SOSIAL EKONOMI DENGAN
KUALITAS HIDUP PENDERITA PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RS
UNHAS KOTA MAKASSAR TAHUN 2023**

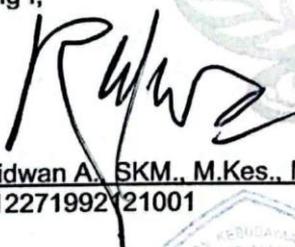
ANDI SRI MANGENDARA
K011201082

Skripsi,

telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Sarjana Kesehatan Masyarakat
pada 13 Juni 2024 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan
pada

Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Makassar

Mengesahkan:
Pembimbing I,



Prof. Dr. Ridwan A. SKM., M.Kes., M.Sc.PH.
NIP. 196712271992121001

Pembimbing II,



Rosa Devitha Ayu. SKM., MPH.
NIP. 199008012022044001

Mengetahui:
Ketua Program Studi,



Dr. Hashewati Arngam. SKM., M.Sc.
NIP. 19760418 200501 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, skripsi berjudul "Hubungan Gaya Hidup dan Sosial Ekonomi dengan Kualitas Hidup Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023" adalah benar karya saya dengan arahan dari pembimbing (Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH. dan Rosa Devitha Ayu, SKM., MPH.). Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka skripsi ini. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi 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 saya berupa skripsi ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 13 Juni 2024



SEPUULUH RIBU RUPIAH
10000
METERAI
TEMPEL
AFDEALX119352589
Andi Sri Mangendara
NIM K011201082

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillah, puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Gaya Hidup dan Sosial Ekonomi dengan Kualitas Hidup Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023” dapat terselesaikan dengan baik. Shalawat serta salam penulis panjatkan kepada Rasulullah Muhammad SAW beserta keluarga dan para sahabat-Nya. Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Adapun isi dalam skripsi ini disusun berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Unhas Kota Makassar.

Skripsi ini penulis persembahkan kepada kedua orang tua tercinta, **Ayahanda Andi Muh. Ishak** dan **Ibunda Andi Marlinda. AM, S.Pd.** yang telah melalui banyak perjuangan dan pengorbanan. Teruntuk cinta pertama dan panutanku **Ayahanda Andi Muh. Ishak**, terima kasih atas segala kekuatan, kepercayaan, dan dukungan materil sehingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai sarjana. Teruntuk pintu surgaku **Ibunda Andi Marlinda. AM, S.Pd.**, terima kasih atas segala kesabaran, nasihat, motivasi, dan dukungan materil serta doa yang selalu menyertai setiap langkah penulis. Penulis bahkan tidak bisa menjelaskan betapa bersyukur penulis memiliki orang tua hebat dalam hidup penulis, tetapi penulis berjanji tidak akan membiarkan semua itu sia-sia. Penulis ingin melakukan yang terbaik untuk setiap kepercayaan yang telah diberikan. Untuk ketiga saudara(i) penulis, **Andi Niksia Tenri Awaru, A.Md.Keb.**, **Andi Nugita Permata, S.Pd.**, dan **Andi Abul Azwad**, terima kasih atas masukan, dorongan, dukungan emosional, dan semangat yang diberikan untuk penulis sehingga penulis mampu melewati segala rintangan dan hambatan selama menempuh pendidikan hingga akhirnya masih bertahan sampai dititik ini.

Penghargaan yang setinggi-tingginya penulis persembahkan kepada Bapak **Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH.** selaku pembimbing I dan Ibu **Rosa Devitha Ayu, SKM., MPH.** selaku pembimbing II, penulis bersyukur memiliki dosen pembimbing yang bijaksana dan baik hati karena telah memberikan bimbingan, arahan, serta dukungan moral sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini dengan baik. Dalam setiap capaian ini, nama bapak/ibu akan selalu melekat. Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan bapak/ibu berlipat ganda, keluarga diberkahi kesehatan, dan selalu dalam lindungan-Nya.

Penyusunan skripsi ini bukanlah buah dari kerja keras penulis sendiri. Semangat serta bantuan dari berbagai pihak telah mengantarkan penulis hingga berada dititik ini. Oleh karena itu, dengan segala hormat dan kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Ibu Dr. Ida Leida Maria, SKM., M.KM., M.Sc.PH. dan Ibu Prof. Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes. selaku dosen penguji yang telah memberikan banyak masukan dan arahan dalam penyempurnaan penyusunan skripsi ini.
2. Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D. selaku pembimbing akademik dan Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Indra Dwinata, SKM., MPH. selaku ketua departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Epidemiologi yang telah memberikan ilmu

- pengetahuan yang sangat berharga kepada penulis selama menempuh pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
5. Seluruh staff pegawai Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin atas segala arahan dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan.
 6. Sahabat perkuliahan Percepat Dek, Amel, Mima, Nadhifah, Ikki, Zahra, Clarisya, dan Ones, terima kasih atas bantuan tenaga, pikiran, dan moral selama masa perkuliahan, serta menjadi partner curhat dong ma.
 7. Sahabat seperjuangan tiga serangkai, Fitrah Hayati dan Irna Utami Wulandari Ilyas, yang selalu memberikan semangat dan keceriaan hingga saat ini.
 8. Sahabat jalan-jalan part sekian, Afifah Nas dan Nurul Magfirah, terima kasih atas dukungan yang tidak pernah berubah sejak SMA sampai akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
 9. Teman-teman Departemen Epidemiologi angkatan 2020, yang selalu memberikan support selama perkuliahan hingga ujian skripsi selesai.
 10. Teman-teman Inisiator Mandiri Berjiwa Populis Pelanjut Organisasi (IMPOSTOR) 2020 yang telah menjadi keluarga penulis selama ber KM FKM di Universitas Hasanuddin.
 11. Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, yang telah melayani dengan baik, memberikan data awal penelitian yang dibutuhkan oleh penulis, dan memberi dukungan administrasi dalam proses penyelesaian skripsi penulis.
 12. Semua pihak, saudara(i), dan kerabat lain yang tidak bisa penulis sebutkan namanya satu per satu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi penulisan yang lebih baik agar dapat bermanfaat bagi orang lain dan menambah ilmu pengetahuan utamanya di bidang keilmuan kesehatan masyarakat.

Penulis,

Andi Sri Mangendara

ABSTRAK

ANDI SRI MANGENDARA. **Hubungan Gaya Hidup dan Sosial Ekonomi dengan Kualitas Hidup Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023** (dibimbing oleh Ridwan Amiruddin dan Rosa Devitha Ayu)

Latar belakang. Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan salah satu jenis penyakit kardiovaskuler yang masih menjadi ancaman dunia (*global threat*). Status kesehatan pasien dengan PJK dapat dipengaruhi oleh gaya hidup dan status sosial-ekonomi. Peningkatan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (HRQoL) pada pasien PJK ditemukan memprediksi penurunan angka kematian. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023. **Metode.** Desain penelitian menggunakan desain *cross sectional study* yang dilakukan sejak Maret - April 2024 di RS Unhas. Sampel penelitian sebanyak 116 sampel yang dipilih dengan menggunakan teknik *accidental sampling*. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner gaya hidup, kuesioner sosial ekonomi, *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), dan *Seattle Angina Questionnaire-7* (SAQ-7). Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan *uji chi-square*. **Hasil.** Hasil analisis menunjukkan bahwa pasien PJK yang memiliki kualitas hidup tinggi sebanyak 71,55%. Variabel pola makan diperoleh nilai *p-value* = 0,005 (<0,05), aktivitas fisik diperoleh nilai *p-value* = 0,025 (<0,05), perilaku merokok diperoleh nilai *p-value* = 0,000 (<0,05), pendidikan diperoleh nilai *p-value* = 0,009 (<0,05), pekerjaan diperoleh nilai *p-value* = 0,076 (>0,05), dan pendapatan diperoleh nilai *p-value* = 0,362 (>0,05). **Kesimpulan.** Pola makan, aktivitas fisik, perilaku merokok, dan pendidikan memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner. Sedangkan pekerjaan dan pendapatan tidak memiliki hubungan signifikan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner. Diharapkan kepada pasien PJK untuk tetap mempertahankan atau meningkatkan kualitas hidup agar dapat menurunkan angka kematian.

Kata Kunci: Gaya Hidup, Sosial Ekonomi, Kualitas Hidup, Penyakit Jantung Koroner

ABSTRACT

ANDI SRI MANGENDARA. *The Relationship between Lifestyle and Socio-Economics with the Quality of Life of Coronary Heart Disease Sufferers at Unhas Hospital, Makassar City in 2023* (supervised by Ridwan Amiruddin and Rosa Devitha Ayu)

Background. Coronary Artery Disease (CAD) is a type of cardiovascular disease that is still a global threat. The health status of patients with CAD can be influenced by lifestyle and socio-economic status. Improved health-related quality of life (HRQoL) in CAD patients was found to predict reduced mortality. **Objective.** This study aims to determine factors related to quality of life in CAD sufferers at Unhas Hospital, Makassar City in 2023. **Methods.** The research design used a cross sectional study design which was carried out from March - April 2024 at Unhas Hospital. The research sample was 116 samples selected using accidental sampling technique. The research instruments used were lifestyle questionnaires, socio-economic questionnaires, the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), and the Seattle Angina Questionnaire-7 (SAQ-7). Data were analyzed univariately and bivariately using the chi-square test. **Results.** The results of the analysis showed that 71.55% of CAD patients had a high quality of life. The diet variable obtained a p-value = 0.005 (<0.05), physical activity obtained a p-value = 0.025 (<0.05), smoking behavior obtained a p-value = 0.000 (<0.05), education The p-value obtained = 0.009 (<0.05), the work obtained p-value = 0.076 (>0.05), and the income obtained p-value = 0.362 (>0.05). **Conclusion.** Diet, physical activity, smoking behavior and education have a significant relationship with the quality of life of people with coronary artery disease. Meanwhile, employment and income do not have a significant relationship with the quality of life of people with coronary artery disease. It is hoped that CAD patients will maintain or improve their quality of life in order to reduce the death rate.

Keywords: Lifestyle, Socio-Economic, Quality of Life, Coronary Artery Disease

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN PENGAJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
UCAPAN TERIMA KASIH.....	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Kajian Teori	6
1.6 Kerangka Teori.....	25
1.7 Kerangka Konsep Penelitian.....	26
1.8 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	26
1.9 Hipotesis Penelitian.....	29
BAB II METODE PENELITIAN	30
2.1 Jenis Penelitian	30
2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	30
2.3 Populasi dan Sampel	30
2.4 Pengumpulan Data	31
2.5 Instrumen Penelitian	32
2.6 Pengolahan dan Analisis Data	33
2.7 Penyajian Data.....	34
BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN	35
3.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	35
3.2 Hasil	36
3.3 Pembahasan	42
3.4 Keterbatasan Penelitian	51
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	52
4.1 Kesimpulan	52
4.2 Saran.....	52
DAFTAR PUSTAKA.....	53
LAMPIRAN	63

DAFTAR TABEL

Nomor Urut	Halaman
Tabel 3.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Umum Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.....	36
Tabel 3.2 Tabel 3.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pola Makan Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.....	37
Tabel 3.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pola Makan Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.....	38
Tabel 3.4 Distribusi Responden Berdasarkan Aktivitas Fisik Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.....	38
Tabel 3.5 Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Merokok Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.....	39
Tabel 3.6 Distribusi Paparan Asap Rokok Responden Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.....	39
Tabel 3.7 Distribusi Responden Berdasarkan Aspek Kualitas Hidup Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.....	40
Tabel 3.8 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Kualitas Hidup Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.....	40
Tabel 3.9 Hasil Analisis Bivariat Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Penderita Penyakit Jantung Koroner di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.....	41

DAFTAR GAMBAR

No Urut	Halaman
Gambar 1.1 Kerangka Teori Penelitian.....	25
Gambar 1.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	26

DAFTAR LAMPIRAN

No Urut	Halaman
Lampiran 1. <i>Informed Consent</i>	63
Lampiran 2. Kuesioner Penelitian	64
Lampiran 3. Permohonan Izin Pengambilan Data Awal	69
Lampiran 4. Permohonan Izin Penelitian	70
Lampiran 5. Dokumentasi Kegiatan Penelitian	74
Lampiran 6. Skor Kuesioner	76
Lampiran 7. Hasil Analisis.....	80
Lampiran 8. Riwayat Hidup.....	88

DAFTAR SINGKATAN

Lambang/singkatan	Arti dan Penjelasan
ACS	<i>Acute Coronary Syndrome</i>
AIO	<i>Activities, Interest, dan Opinions</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
BPS	Badan Pusat Statistik
CAD	<i>Coronary Artery Disease</i>
CVD	<i>Cardiovascular Disease</i>
DM	Diabetes Melitus
EQ-5D	<i>European Quality of Life - 5 Dimension</i>
HRQoL	<i>Health-Related Quality of Life</i>
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i>
H_0	Hipotesis null
H_a	Hipotesis alternatif
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
IMT	Indeks Massa Tubuh
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
LDL	<i>Low Density Lipoprotein</i>
METs	<i>Metabolic Equivalents</i>
MOU	<i>Memorandum of Understanding</i>
NCD	<i>Non Communicable Disease</i>
PJK	Penyakit Jantung Koroner
QoL	<i>Quality of Life</i>
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
SES	Status Ekonomi Sosial
SF-36	<i>Short Form-36</i>
SAQ-7	<i>Seattle Angina Questionnaire-7</i>
TTO	<i>Time Trade-Off</i>
THT	Telinga Hidung Tenggorokan
VAS	<i>Visual Analog Scale</i>
WHOQoL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jantung merupakan organ tubuh yang sangat penting untuk dijaga kesehatannya, karena memiliki fungsi vital pada tubuh manusia (Ni Kadek et al., 2023). Menurut WHO (2021), secara global penyakit kardiovaskuler menjadi penyebab utama kematian. Pada tahun 2019, diperkirakan 17,9 juta jiwa orang meninggal akibat penyakit kardiovaskuler (WHO, 2021). Data dari *Global Burden of Cardiovascular Disease*, pada tahun 2020 terdapat sekitar 19,1 juta kematian yang berkaitan dengan kejadian penyakit kardiovaskular secara global (Novitasari et al., 2023). Salah satu jenis penyakit kardiovaskuler yang dilaporkan banyak terjadi adalah penyakit jantung koroner (PJK) (Ni Kadek et al., 2023).

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah kondisi patologis arteri koroner (aterosklerosis koroner) yang menyebabkan perubahan struktur dan fungsi arteri serta penurunan aliran darah ke jantung (Sodik & Suryadi, 2017). Penyakit Jantung Koroner (PJK) masih menjadi ancaman dunia (*global threat*) dan merupakan penyakit penyebab kematian nomor satu di seluruh dunia (Leutualy et al., 2022). Pada tahun 2020, PJK diperkirakan menjadi penyakit penyebab kematian tersering dengan persentase sebesar 36% dari seluruh kematian yang terjadi secara global (Nuraeni et al., 2023). Menurut WHO (2013), Diperkirakan pula angka kematian tersebut akan meningkat hingga 23,3 juta pada tahun 2030 (Rachmawati et al., 2021).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, penderita penyakit jantung dan pembuluh darah selalu mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, terdapat sekitar 15 dari 1000 penduduk Indonesia atau sekitar 2.784.064 yang menderita penyakit jantung (Sawitri et al., 2023). Di Indonesia, dilaporkan PJK (yang tergolong penyakit sistem sirkulasi) merupakan penyebab utama dari semua kematian, yakni sebesar 26,4%, empat kali lebih tinggi dari angka kematian akibat kanker (6%) (Kemenkes RI, 2019). Pada tahun 2020, penyakit jantung yang paling banyak diderita dan menyebabkan 382.820 kematian adalah PJK. Sekitar 20,1 juta jiwa orang dewasa di atas 20 tahun menderita PJK (Ni Kadek et al., 2023).

Menurut Riskesdas Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2018, prevalensi penyakit jantung yang didiagnosis oleh dokter gejalanya meningkat seiring bertambahnya usia, tertinggi pada kelompok usia 65-74 tahun yaitu sebesar 3,57% (Anas et al., 2022). Provinsi Sulawesi Selatan menempati urutan ke-3 dari seluruh Indonesia dengan prevalensi kejadian penyakit jantung koroner menurut diagnosis atau gejala tertinggi yaitu sebesar 2,9% (Depkes RI, 2013 dalam Suhartini et al., 2018). Salah satu penyebab meningkatnya kasus PJK adalah kurangnya kesadaran masyarakat dalam menerapkan gaya hidup sehat (Yarmaliza & Zakiyuddin, 2019).

Rumah Sakit Universitas Hasanuddin (RS Unhas) merupakan salah satu rumah sakit rujukan penyakit jantung di Provinsi Sulawesi Selatan. Berdasarkan data rekam medis penyakit jantung koroner terdapat fluktuasi kasus penyakit jantung koroner dari tahun 2017-2019. Jumlah pasien penyakit jantung koroner tahun 2017 berjumlah 686 penderita, menurun di tahun 2018 menjadi 163 penderita, kemudian terjadi peningkatan di tahun 2019 menjadi 483 orang penderita (Rekam Medis RS Unhas, 2020). Pada tahun 2023 kembali mengalami peningkatan menjadi 574 penderita (Rekam Medis RS Unhas, 2023).

Penyebab penyakit jantung koroner dikategorikan menjadi faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah diantaranya usia, jenis kelamin, dan riwayat keluarga yang mengalami penyakit jantung dan pembuluh darah atau faktor genetik. Sedangkan faktor risiko yang bisa diubah yakni pola makan, kebiasaan merokok, dan kebiasaan berolahraga (Marlinda et al., 2020). Penelitian epidemiologi menemukan hubungan yang jelas antara kematian dengan pengaruh kondisi sosial, kebiasaan merokok, pola diet, *exercise*, dan sebagainya yang dapat dibuktikan dengan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya PJK (Marleni & Alhabib, 2017).

Penyakit jantung koroner dapat dicegah dengan melakukan perubahan gaya hidup. Adapun indikator pola hidup sehat antara lain; olahraga teratur, makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*), tidak minum-minuman keras dan narkoba, tidak merokok, istirahat yang cukup, mengendalikan stress, perilaku atau gaya hidup sehat lainnya yang positif bagi kesehatan. Meskipun penyakit jantung koroner bukan merupakan penyakit menular, tetapi penyakit ini dapat menjadi penyebab turunnya produktifitas seseorang dan perubahan gaya hidup yang menyesuaikan segala aktifitas dengan penyakit yang dideritanya. Kondisi seperti ini secara langsung akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang (Shoufiah & Noorhidayah, 2017).

Menurut WHO (2008), kualitas hidup (*quality of life*) adalah persepsi individu terhadap peran mereka dalam hidup pada konteks sistem nilai dan budaya dimana mereka tinggal dan membina hubungan untuk mencapai tujuan, harapan, dan standar hidup (Purnama, 2020). Kualitas hidup yang baik mampu membuat individu melakukan hal-hal positif seperti: bersosialisasi dengan baik, terhindar dari *distress* emosional, dan fungsi fisik yang baik. Berbeda halnya dengan individu yang memiliki kualitas hidup yang buruk. Mereka berisiko mengalami isolasi sosial, *distress* emosional, fungsi fisik rendah, ketidakmampuan, hingga depresi (Shoufiah & Nuryanti, 2022).

Perubahan gaya hidup perlu dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien PJK. Perubahan gaya hidup seperti yang dianjurkan oleh AHA (2020) harus disesuaikan dengan kondisi pasien (Sidaria et al., 2023). Pada penelitian Eckel et al. (2014) menunjukkan, bahwa ada hubungan yang sangat erat antara gaya hidup pasien jantung koroner dengan kualitas hidup. Gaya hidup sehat cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan

dengan mereka yang memiliki gaya hidup tidak sehat (Eckel et al., 2014). Gaya hidup yang sehat, termasuk diet seimbang, aktivitas fisik, dan kebiasaan merokok, dapat memengaruhi kualitas hidup pasien PJK (O'Keefe et al., 2013).

Pola makan (diet) merupakan salah satu faktor risiko yang berhubungan dengan insiden serangan berulang pasien PJK. Kepatuhan diet pada pasien PJK merupakan bentuk perawatan diri untuk mengatur pola makan setiap hari. Hal ini sangat berperan penting dalam penurunan kadar kolesterol. Untuk itu perlu sekali melakukan diet yang baik seperti konsumsi kalori yang cukup mempertahankan BB normal, protein, lemak, lemak jenuh, lemak tidak jenuh sesuai kebutuhan harian tubuh. Menghindari mengkonsumsi kalium, kalsium, magnesium, garam yang tidak dibutuhkan (Leutualy et al., 2022).

Aktivitas fisik merupakan salah satu faktor risiko yang berperan dalam mencegah terjadinya kerusakan pembuluh darah koroner dan juga dapat mencegah terjadinya kekambuhan PJK. Melakukan aktivitas fisik secara rutin akan berdampak positif bagi pasien PJK (Leutualy et al., 2022). Beberapa pasien disarankan hanya melakukan aktivitas fisik ringan sampai sedang, karena aktivitas fisik berat dapat meningkatkan frekuensi serangan angina. Angina pasien yang semakin tidak stabil akan membatasi kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas dan menimbulkan ketidakpuasan terhadap pengobatan dan kehidupan pasien yang dapat berdampak negatif terhadap kualitas hidup pasien (Sidaria et al., 2023).

Merokok secara independen berhubungan dengan *Health-related Quality of Life* (HRQoL) mental yang buruk. Namun, tidak ada hubungan antara merokok dan HRQoL fisik. Temuan ini serupa dengan Rumsfeld et al. (2003) yang melaporkan bahwa merokok tembakau secara independen memprediksi HRQoL mental selama 6 bulan, bukan HRQoL fisik pada pasien PJK yang menjalani revaskularisasi. Data ini memperkuat pentingnya mendorong penghentian merokok pada pasien penyakit jantung, dan menambah bukti kampanye berhenti merokok sebagai pencegahan utama depresi (Stafford et al., 2013).

Status kesehatan pasien dengan PJK juga dapat dipengaruhi secara signifikan oleh berbagai faktor termasuk status sosial-ekonomi dan penuaan (Conradie et al., 2020). Permasalahan kualitas hidup yang muncul akibat PJK sangat beraneka ragam, berupa dampak pada fisik, psikologis, dan juga sosio-ekonomi yang muncul pada penderita PJK. Dampak-dampak tersebut berakibat pada kebutuhan pasien akan dukungan sosial dan juga ekonomi pun meningkat (Richad et al., 2021). Penelitian Srivastava et al. (2017) menggunakan Skala Status Sosial Ekonomi Kuppusswamy untuk menilai status sosial ekonomi para penderita PJK. Hal ini mencakup tiga parameter, yakni: pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan (Srivastava et al., 2017).

Pendidikan mempengaruhi pemilihan jenis bahan pangan yang dikonsumsi sehari-hari. Menurut Hardinsyah dalam Nova Sulviana tingkat pendidikan akan mempengaruhi tingkat konsumsi pangan seseorang dalam memilih bahan pangan demi memenuhi kebutuhan hidupnya (Sodik & Suryadi,

2017). Semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin tinggi tingkat pengetahuan. Pengetahuan yang tinggi akan menimbulkan pemahaman serta kesadaran yang tinggi akan hidup sehat dan bahaya penyakit seperti penyakit kardiovaskular. Diketahui bahwa pendidikan yang rendah dapat mengakibatkan pengetahuan mengenai kesehatan juga rendah. Hal ini dikarenakan adanya kesulitan atau keterlambatan dalam menerima informasi atau penyuluhan sehingga berdampak terhadap pola hidup atau perilaku yang tidak sehat (Jumayanti et al., 2020).

Pada negara berpenghasilan menengah ke bawah, perempuan yang menganggur atau tidak bekerja menjadi faktor risiko yang tinggi terhadap penyakit kardiovaskular. Hal tersebut dikarenakan lama waktu yang dihabiskan oleh wanita ketika di rumah seperti membersihkan rumah, mengurus anak dan lain-lain sehingga waktu untuk beraktivitas di luar rumah menjadi berkurang. Chin et al. (2014) mendapatkan bahwa pasien dengan penyakit kardiovaskular yang tidak bekerja lebih banyak daripada yang bekerja dengan persentase 73,3% (Jumayanti et al., 2020).

Pendapatan yang rendah juga berhubungan dengan faktor risiko perilaku dengan memiliki hambatan yang lebih tinggi dalam memodifikasi perilaku berisiko seperti berhenti merokok, meningkatkan diet, dan aktivitas fisik (Jumayanti et al., 2020). Pendapatan yang cukup akan memudahkan untuk mendapatkan akses pangan baik secara kualitas maupun kuantitasnya. Namun, apabila tidak diimbangi dengan pendidikan yang baik maka akses pangan tidak bisa dilakukan dengan baik (Nurpratama et al., 2022).

Kualitas hidup (QoL) sebagai ukuran hasil pengobatan PJK telah menjadi fokus penelitian terbaru. Beberapa penelitian yang dilakukan secara global pada pasien dengan *Coronary Artery Disease* (CAD) mengungkapkan bahwa mereka memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan dengan kontrol yang sehat. Peningkatan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan (HRQoL) pada pasien PJK ditemukan memprediksi penurunan angka kematian semua penyebab dalam empat tahun pada pasien PJK dalam tiga bulan masa tindak lanjut menggunakan skor kuesioner HRQoL Penyakit Jantung Baru Mac. Ini menilai empat domain: fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan. Ini telah digunakan pada populasi sehat dan berbagai kelompok penyakit termasuk CAD (Srivastava et al., 2017).

Penelitian tentang kualitas hidup pada pasien dengan PJK di Indonesia sudah banyak dilakukan, tetapi penelitian yang secara khusus menganalisis hubungan gaya hidup dan sosial ekonomi dengan kualitas hidup pada pasien dengan PJK masih terbatas. Padahal peningkatan kualitas hidup pasien PJK merupakan tujuan dari penatalaksanaan kesehatan pada pasien ini, sehingga studi tentang kualitas hidup serta faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita PJK penting untuk dilakukan. Dari penelitian ini diharapkan faktor yang memengaruhi kualitas hidup yang ditemukan dari penelitian ini dan dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam intervensi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan PJK di Indonesia.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk meneliti hubungan gaya hidup dan sosial ekonomi dengan kualitas hidup pada pasien dengan PJK yang diharapkan dapat menjadi upaya untuk mengurangi risiko kematian pada penderita PJK.

1.2 Rumusan Masalah

Pada latar belakang masalah yang telah di jabarkan peneliti bahwa permasalahan kualitas hidup yang muncul akibat PJK sangat beraneka ragam. Penyakit ini dapat menjadi penyebab turunnya produktifitas seseorang dan kondisi seperti ini secara langsung akan mempengaruhi kualitas hidup. Berdasarkan uraian diatas dan penjelasan sebelumnya peneliti merumuskan masalah dalam penelitian ini, meliputi:

1. Bagaimana hubungan pola makan dengan kualitas hidup penderita PJK?
2. Bagaimana hubungan aktivitas fisik dengan kualitas hidup penderita PJK?
3. Bagaimana hubungan merokok dengan kualitas hidup penderita PJK?
4. Bagaimana hubungan pendidikan dengan kualitas hidup penderita PJK?
5. Bagaimana hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup penderita PJK?
6. Bagaimana hubungan pendapatan dengan kualitas hidup penderita PJK?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini antara lain sebagai berikut:

- a. Untuk mengetahui hubungan pola makan dengan kualitas hidup penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.
- b. Untuk mengetahui hubungan aktivitas fisik dengan kualitas hidup penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.
- c. Untuk mengetahui hubungan perilaku merokok dengan kualitas hidup penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.
- d. Untuk mengetahui hubungan pendidikan dengan kualitas hidup penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.
- e. Untuk mengetahui hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.
- f. Untuk mengetahui hubungan pendapatan dengan kualitas hidup penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar Tahun 2023.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Ilmiah

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan serta menjadi bahan bacaan maupun pedoman bagi penelitian selanjutnya terkait hubungan gaya hidup dan sosial ekonomi dengan dengan kualitas hidup penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar.

1.4.2 Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi petugas tenaga kesehatan khususnya kesehatan masyarakat terkait hubungan gaya hidup dan sosial ekonomi dengan dengan kualitas hidup penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar.

1.4.3 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana pembelajaran dalam menerapkan teori-teori yang telah dipelajari selama menempuh pendidikan dan dapat menambah wawasan peneliti terkait hubungan gaya hidup dan sosial ekonomi dengan kualitas hidup penderita PJK di RS Unhas Kota Makassar.

1.5 Kajian Teori

1.5.1 Tinjauan Umum tentang Penyakit Jantung Koroner

a. Definisi Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah penyakit yang disebabkan adanya plak yang menumpuk di dalam arteri koroner yang mensuplai oksigen ke otot jantung (Alham et al., 2021). Arteri koroner adalah arteri yang memasok nutrisi dan oksigen ke otot jantung atau miokard (Ramadhanti et al., 2022). Penyakit Jantung Koroner (PJK) terjadi karena gangguan fungsi jantung akibat otot jantung kekurangan darah karena penyumbatan atau penyempitan pada pembuluh darah koroner akibat kerusakan lapisan dinding pembuluh darah (aterosklerosis) (Direktorat P2PTM, 2020). Penyempitan dan penyumbatan menyebabkan terhentinya aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan rasa nyeri sehingga dalam kondisi lebih parah, jantung tidak dapat lagi memompa darah ke seluruh tubuh. Sehingga sistem kontrol irama jantung akan terganggu dan selanjutnya bisa menyebabkan kematian (Alham et al., 2021).

Menurut AHA (2015), penyakit Jantung koroner merupakan kelainan pada satu atau lebih pembuluh darah koroner dimana terdapat penebalan dalam dinding pembuluh darah disertai adanya plak yang mengganggu aliran darah ke otot jantung yang akibatnya dapat mengganggu fungsi jantung (Rahayu et al., 2021). Jantung diberi oksigen dalam darah melalui arteri-arteri koroner utama yang bercabang menjadi sebuah jaringan pembuluh lebih kecil yang efisien. Penyempitan pembuluh darah arteri koronaria yang memberi pasokan nutrisi dan oksigen ke otot-otot jantung, terutama ventrikel kiri yang memompa darah ke seluruh tubuh (Marniati et al., 2022).

Dalam konteks medis, PJK juga dikenal sebagai penyakit arteri koroner (CAD) atau *coronary artery disease*. Penyakit jantung koroner yang disebut juga penyakit arteri koroner (*Coronary Artery*

Disease) adalah penyakit pada arteri koroner dimana terjadi penyempitan pada arteri koroner karena proses aterosklerosis. Pada proses tersebut terjadi perlemakan pada dinding arteri koroner yang sudah terjadi sejak usia muda sampai usia lanjut. Terjadinya infark dapat disebabkan beberapa faktor risiko, hal ini tergantung dari individu (Marleni & Alhabib, 2017).

Dari keseluruhan penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah penyakit dimana pembuluh darah yang menyuplai makanan dan oksigen untuk otot jantung mengalami sumbatan. Sumbatan ini paling sering terjadi akibat penumpukan kolesterol di dinding pembuluh darah koroner.

b. Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Patofisiologi adalah asal muasal dari suatu penyakit. Smeltzer & Bare (2013) menyebutkan, arterosklerosis (penyakit arteri) ini dimulai ketika kolesterol tertimbun di intima arteri besar. Timbunan ini dinamakan ateroma atau plak yang akan mengganggu absorpsi nutrisi oleh sel-sel endotel yang menyusun lapisan dinding dalam pembuluh darah dan menyumbat aliran darah karena timbunan ini menonjol ke lumen pembuluh darah (Shoufiah & Nuryanti, 2022).

Plak ini tumbuh karena kadar kolesterol *Low Density Lipoprotein* (LDL) yang relatif tinggi serta menumpuk dibagian dinding arteri akan mengganggu aliran darah serta merusak pembuluh darah. Penebalan dan pengerasan arteri besar dan menengah disebut Aterosklerosis. Lesi-lesi bagian arteri menyumbat aliran darah ke jaringan dan organ-organ utama, yang di manifestasikan sebagai penyakit koroner arteri, infark miokard, penyakit vaskuler Perifer, aneurisma dan kecelakaan serebravaskular (stroke) (Wahidah & Harahap, 2021). Menurut Majid (2017), patologi PJK dapat dilihat sebagai berikut:

1. Iskemia

Keadaan ini ditandai dengan kekurangan kesediaan oksigen yang bersifat sementara dan reversibel. Hal ini menimbulkan perubahan pada sel, jaringan dan fungsi miokardium. Kebutuhan oksigen yang berlebihan oleh pembuluh yang terserang penyakit menimbulkan *Iskemia miokardium local*.

2. Angina Pectoris

Adalah gejala disertai kelainan morfologis secara permanen pada miokardium. Gejala yang menjadi ciri khas yaitu nyeri bagian dada dengan tekanan berat, panas dan seperti diremas. Rasa nyeri selalu menjalar kebagian lengan kiri, leher, daerah maksila hingga dagu, punggung sampai ke lengan kanan. Merasakan hal itu sekitar 1-5 menit dan akan hilang ketika

istirahat. Terjadinya angina dikarenakan meningkatnya kebutuhan oksigen akan miokardium, latihan fisik, stress dan udara dingin. Keadaan ini bisa terjadi berulang-ulang jika ketersediaan dan keseimbangan oksigen terganggu.

3. Infark Miokardium

Infark miokardium biasanya menyerang ventrikel kiri. Infark miokardium mempunyai fungsi bisa mengalami perubahan bagian iskemia yakni terjadinya data kontraksu menurun, terjadi gerakan abnormal menurun, terjadinya perubahan dinding ventrikel kembang, fraksi ejeksi berkurang, curah sekuncup berkurang, volume akhir diastolik dan sistolik berkurang bagian ventrikel, serta tekanan akhir ventrikel kiri diastolik meningkat.

4. Payah Jantung

Keadaan ini diakibatkan terdapat beban volume darah secara berlebihan dari bagian struktur jantung. Keadaan ini sering kali didahului penyakit lain dan bisa menimbulkan penyakit jantung koroner. Kondisi ini bisa membuat sirkulasi darah menjadi gagal.

5. Penderita Mati Secara Mendadak

Dalam hal ini secara waktu yang cepat dapat mengalami kematian dan 50% terjadi Kematian mendadak pada PJK tanpa gejala. 20% berdasarkan iskemia miokardium merasakan beberapa minggu atau hari.

c. **Epidemiologi Penyakit Jantung Koroner (PJK)**

Menurut laporan *American Heart Association* (AHA), setiap tahun di Amerika ada sekitar 700.000 penderita baru masuk rumah sakit disebabkan oleh penyakit jantung koroner dan 40% dari jumlah tersebut meninggal dunia. Persentasi ini di beberapa negara maju sama besar. Prevalensi PJK di Indonesia adalah 18,3/100.000 penduduk pada golongan usia 15–24 tahun, meningkat menjadi 174,6/100.000 penduduk pada golongan usia 45–54 tahun, dan meningkat menjadi 461,9/100.000 penduduk pada usia >55 tahun (Ariaty et al., 2017).

Menurut data *World Health Organization* menyebutkan bahwa rata-rata angka kematian kelompok penyakit tidak menular di Indonesia pada tahun 2004, 2008, dan 2012 adalah 690, 647, dan 680 masing-masing per 100.000 populasi (WHO, 2015). Peningkatan angka kematian penyakit tidak menular tahun 2016 pada *cardiovascular disease* mencapai angka 17,9 juta kematian (WHO, 2018). Statistik dunia menyatakan bahwa 45% dari 9,4 juta kematian disebabkan oleh *heart coronary disease*. Riset menunjukkan bahwa penyakit jantung koroner di Indonesia masih menjadi penyakit urutan nomor satu yang memiliki prevalensi

tertinggi dibandingkan penyakit lainnya (Kemenkes RI, 2013 dalam Rachmawati dkk, 2021).

Prevalensi Penyakit Jantung di Indonesia mencapai 1,5% pada penduduk semua umur. Hal tersebut berarti bahwa diantara 100 orang penduduk semua umur 1,5 nya menderita penyakit jantung. Sebanyak 15 provinsi juga memiliki prevalensi di atas rata-rata prevalensi nasional (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Menurut Kemenkes RI, 2013 prevalensi PJK di Indonesia berdasarkan estimasi jumlah pada jenis kelamin menunjukkan sekitar 352.618 orang laki-laki dan 442.674 pada perempuan. Berdasarkan usia, prevalensi tertinggi yaitu pada populasi usia 65-74 tahun (3,6%) yang berarti bahwa diantara 100 orang 3,6 nya menderita PJK (Rachmawati et al., 2021).

Epidemiologi penyakit jantung koroner timbul ketika manusia (Host) dan penyebab kerentanan (Agent) melebihi batas normal (Wahidah & Harahap, 2021).

1. Host

Adapun karakteristik Host yang berisiko terhadap Penyakit Jantung Koroner yaitu:

a) Usia

Usia yang berpotensi untuk menderita PJK untuk laki-laki usia 45 tahun dan banyak penyandang hipertensi sedangkan perempuan setelah umur 55 tahun berisiko dibandingkan dengan laki-laki.

b) Pekerjaan

Tingkat pekerjaan dan pendidikan mempengaruhi risiko PJK yaitu wanita yang memiliki pekerjaan diluar rumah memiliki risiko yang minim PJK daripada wanita ibu mengurus rumah tangga, hal ini dikarenakan aktivitas fisik rendah dan rendahnya tingkat pendidikan.

c) Jenis Kelamin

Jenis kelamin yang berpotensi menderita PJK yaitu pada pria. Hal ini berhubungan dengan IMT dan PJK jika wanita memiliki IMT yang besar maka berpeluang kepada wanita.

d) Merokok

Pada pria yang merokok berat akan berisiko menderita PJK 2 sampai 4 kali dan juga berpotensi pada perempuan yang merokok berat atau jumlah dihisap 20 batang per hari.

e) Diabetes Melitus (DM)

Penderita DM akan berpengaruh pada pembuluh darah dan 1 dari 2 orang pasien DM bagian pembuluh darahnya akan rusak. Kerusakan ini dapat terjadi jika aktivitas kurang dan pola makan yang tidak sehat yang berpengaruh pada kerja jantung.

- f) Penderita Hipertensi
Tekanan darah mempunyai hubungan dengan semua bagian tubuh yang berperan penting seperti jantung, ginjal, mata dan pembuluh darah. Komplikasi akan terjadi dan disesuaikan dengan tingginya darah dan jangka waktu merasakannya.
- g) Keturunan
Individu yang memiliki orangtua laki-laki menderita PJK maka akan beresiko 2 kali bahkan lebih untuk menderita PJK.

2. *Agent*

Penyebab PJK yakni berkaitan dengan status sosial ekonomi akhirnya membuat perilaku hidup kurang sehat dan bukan merupakan penyakit disebabkan virus, bakteri ataupun parasit.

3. *Environment*

Lingkungan yang berpotensi dalam menderita PJK adalah lingkungan kerja yang berada dibawah tekanan sehingga mengakibatkan stress dan mempengaruhi kerja jantung.

d. Determinan Penyakit Jantung Koroner (PJK)

PJK memiliki faktor pemicu dapat menimbulkan aterosklerosis. Faktor-faktor risiko besar meliputi (Wongkar & Yalume, 2019):

1. Usia

Usia adalah faktor risiko paling penting dengan 80% dari kematian PJK umur 65 tahun bahkan lebih. Pada laki-laki kejadian puncak manifestasi klinis PJK pada usia 50-60 tahun, sedangkan pada perempuan pada usia 60-70 tahun sehingga pada perempuan sekitar 10-15 tahun lebih lambat dari pada pria dan risikonya meningkat secara drastis setelah masa *menopause*.

2. Jenis kelamin

PJK lebih berisiko pada laki-laki dibandingkan perempuan, dengan setengah dari laki-laki dan sepertiga dari perempuan usia menengah sampai tua di negara Amerika berisiko terkena PJK. Data dari *Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome* menyatakan orang usia 40 tahun memiliki risiko seumur hidup untuk penderita PJK 49% laki-laki dan perempuan 32% (Sanshis-Gomar, dkk. 2016).

3. Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi)

Pada pasien hipertensi, ditemukan terdapat *defect* dalam regulasi pengendalian tekanan darah. Jantung bisa berkontribusi dalam terjadinya hipertensi melalui mekanisme

peningkatan *cardiac* output dan curah jantung akibat aktivitas berlebih dari saraf simpatis (Ramandityo, 2016).

4. Hiperlipidemia

Hiperlipidemia yaitu tingginya kadar lemak dalam darah (kolesterol, trigliserida maupun keduanya). Lemak atau lipid yakni zat yang kaya energi, berfungsi sebagai sumber energi untuk proses metabolisme tubuh. Klien mempunyai kadar kolestrol >300 ml/dl mempunyai risiko 4 kali menderita PJK memiliki kadar 200 ml/dl penelitian Wongkar yaitu ada hubungan antara profil lipid LDL, hipertensi, DMT2 serta jenis kelamin pada kejadian PJK ($p < 0,05$) dengan nilai $OR = 9,077$.

5. Merokok

Orang merokok sigaret memiliki 2-3 kali untuk meninggal akibat PJK dibandingkan dengan tidak merokok. Orang merokok akan terjadi penurunan kadar HDL (*High Density Lipoprotein*) dan mengakibatkan penebalan dinding pembuluh darah meningkat. Hal ini dapat juga terjadi pada perokok pasif (Majid, 2017).

6. Riwayat keluarga

Seseorang yang mempunyai riwayat keluarga akan 2 kali berpotensi untuk menderita PJK. Orang dengan riwayat keluarga memiliki risiko 5 kali lebih besar untuk terkena penyakit jantung koroner dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat keluarga ($OR = 5, p = 0,00$) (Rahmadiana, 2014).

e. Tanda dan Gejala Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Gejala serangan jantung sebenarnya bervariasi. Tidak semua orang yang mengalami serangan jantung memiliki gejala yang sama atau memiliki tingkat keparahan yang sama. Beberapa orang bahkan tidak menunjukkan gejala, sedangkan penderita lain mungkin mengalami tanda pertama berupa serangan jantung mendadak. Semakin banyak tanda dan gejala yang dirasakan, semakin besar kemungkinan mengalami serangan jantung (Savitri, 2016).

Adapun menurut Pedoman Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Indonesia Tahun 2004 Gejala klini PJK (Wahidah & Harahap, 2021), yakni :

1. Merasakan nyeri dan tidak nyaman bagian dada, substernal, dada kiri hingga menjalar ke leher, bahu kiri serta tangan dan punggung.
2. Merasakan ada tekanan, remasan, terbakar hingga tertusuk.
3. Merasakan keringat dingin, mual, muntah, lemas pusing hingga pingsan.
4. Merasakan secara tiba-tiba dengan kecepatan tinggi dan waktu bervariasi.

f. Pencegahan Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Menurut Marniati (2022), pencegahan merupakan salah satu upaya menurunkan angka kejadian suatu penyakit. Upaya pencegahan penyakit jantung pada dasarnya berdasarkan faktor risikonya. Secara umum faktor risiko penyakit jantung berhubungan dengan faktor gizi, kebiasaan merokok, tingginya stres, hipertensi yang tidak terkontrol, dan kurang olahraga. Berdasarkan hal itu, Yayasan Jantung Indonesia memperkenalkan apa yang disebut Panca Usaha Kesehatan Jantung yang menganjurkan pola hidup “sehat” berupa:

- ‘S’eimbang gizi
- ‘E’nyahkan rokok
- ‘H’indari stress
- ‘A’wasi tekanan darah secara teratur
- ‘T’eratur olahraga

Pencegahan penyakit jantung koroner meliputi atas pencegahan primer dan pencegahan sekunder. Pencegahan primer bertujuan untuk mencegah terjadinya proses patologis yang mendasari penyakit jantung koroner, mencegah timbulnya aterosklerosis, dengan cara memberantas faktor-faktor risiko, dan mencegah timbulnya hipertensi dengan membatasi konsumsi garam. Pencegahan sekunder bertujuan untuk mencegah timbulnya serangan ulang atau progresivitas penyakit jantung koroner.

Kegiatan-kegiatan yang perlu dijalankan untuk pencegahan primer, antara lain yaitu melakukan penyuluhan kepada masyarakat luas mengenai faktor-faktor risiko penyakit jantung koroner, meningkatkan pembinaan pola hidup sehat, termasuk di dalamnya kebersihan perorangan dan lingkungan, tidak merokok, memeriksakan tekanan darah (<140/90 mmHg) secara teratur, makanan seimbang, menjaga berat badan ideal, mengendalikan stres dan olahraga teratur, meningkatkan konsumsi makanan yang bervariasi seperti buah, sayur, sereal, roti, ikan, dan makanan rendah lemak (AA. Majid, 2007). Sedangkan, kegiatan-kegiatan yang perlu dijalankan untuk pencegahan sekunder antara lain yaitu penggunaan aspirin dan meneruskan penanggulangan faktor risiko, menyebarluaskan informasi tentang tanda-tanda serangan jantung, dan faktor risiko terjadinya penyakit jantung koroner (AA. Majid, 2007).

Menurut Brittlate (2007) dalam Marniati (2022), upaya pencegahan terhadap PJK meliputi 4 tingkat upaya, yaitu:

1. Pencegahan Primordial

Pencegahan ini ditujukan mencegah munculnya faktor predisposisi terhadap PJK dalam suatu wilayah dimana belum tampak adanya faktor yang menjadi risiko PJK. Tujuan dari

primordial adalah untuk menghindari terbentuknya pola hidup sosial ekonomi kultural yang mendorong peningkatan risiko penyakit. Upaya primordial penyakit jantung koroner dapat berupa kebijakan nasional nutrisi dalam sektor industri makanan, impor, ekspor makanan, pencegahan hipertensi, promosi aktivitas fisik atau olahraga, dan lain sebagainya.

2. Pencegahan Primer

Pencegahan ini ditujukan kepada seseorang sebelum menderita PJK. Dilakukan dengan pendekatan komunitas berupa penyuluhan faktor-faktor risiko PJK terutama pada kelompok risiko tinggi. Pencegahan primer ditujukan kepada pencegahan terhadap berkembangnya proses arteriosklerosis secara dini, dengan demikian sarannya adalah kelompok usia muda.

3. Pencegahan Sekunder

Upaya pencegahan PJK yang sudah pernah terjadi untuk berulang atau menjadi lebih berat. Di sini diperlukan perubahan pola hidup (terhadap faktor-faktor yang dapat dikendalikan) dan kepatuhan berobat bagi orang yang sudah menderita PJK. Pencegahan tingkat kedua ini ditujukan untuk menurunkan mortalitas.

4. Pencegahan tertier

Pencegahan tertier merupakan upaya mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat atau kematian. Pencegahan dalam tingkat ini dapat berupa rehabilitasi jantung. Program rehabilitasi jantung ditujukan kepada penderita PJK, atau pernah serangan jantung atau pascaoperasi jantung, tetapi juga dapat untuk meningkatkan fungsi jantung dan pencegahan sekunder juga untuk pencegahan primer. Seringkali setelah terkena serangan jantung seseorang merasa sudah lumpuh dan tidak boleh melakukan pekerjaan, tetapi dengan mengikuti program rehabilitasi ini diharapkan dapat kembali bekerja seperti biasa dan melakukan aktivitas sehari-hari dan pencegahan ini membutuhkan pemantauan yang cukup ketat.

1.5.2 Tinjauan Umum tentang Gaya Hidup

a. Pengertian Gaya Hidup

Gaya hidup adalah pola tingkah laku sehari-hari segolongan manusia dalam masyarakat. Sedangkan dari sisi ekonomi gaya hidup adalah perilaku seseorang dalam membelanjakan uangnya dan bagaimana mengalokasikan waktunya (Marniati et al., 2022). Gaya hidup seseorang biasanya tidak permanen dan cepat berubah. Seseorang mungkin dengan cepat mengganti model dan

merek pakaiannya karena menyesuaikan dengan perubahan hidupnya (Marniati et al., 2022).

Menurut Weber, gaya hidup merupakan selera pengikat kelompok dalam (*in group*) aktor-aktor kolektif atau kelompok status, ber-kompetensi ditandai dengan kemampuan untuk memonopoli sumber-sumber budaya. Menurut Alfred Adler, gaya hidup adalah sekumpulan perilaku yang mempunyai arti bagi individu maupun orang lain pada suatu saat disuatu tempat, termasuk di dalam hubungan sosial, konsumsi barang, entertainment, dan berbusana (Marniati et al., 2022).

Gaya hidup adalah pola hidup seseorang di dunia yang diekspresikan dalam aktivitas, minat, dan opininya. Gaya hidup menggambarkan keseluruhan diri seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Gaya hidup menggambarkan seluruh pola seseorang dalam beraksi dan berinteraksi di dunia. Gaya hidup akan mencerminkan keseluruhan pribadi yang berinteraksi dengan lingkungan (Marniati et al., 2022). Dengan demikian, gaya hidup merupakan suatu pola konsumsi yang menggambarkan pilihan seseorang dalam menggunakan waktu dan uang. Pola hidup seseorang yang tergambarkan pada *activities*, *interest*, dan *opinions* (AIO).

b. Faktor yang Mempengaruhi Gaya Hidup

Menurut Amstrong dalam Jumantini (2018), faktor-faktor yang mempengaruhi gaya hidup ada dua faktor yaitu faktor yang berasal dari dalam diri individu (internal) dan faktor yang berasal dari luar (eksternal). Faktor internal yaitu sikap, pengalaman dan pengamatan, kepribadian, konsep diri, motif, dan persepsi. Adapun penjelasan untuk masing-masing faktor yang memengaruhi gaya hidup adalah sebagai berikut:

1. Sikap

Sikap berarti suatu keadaan jiwa dan keadaan pikir yang dipersiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu objek yang diorganisasi melalui pengalaman dan memengaruhi secara langsung pada perilaku. Keadaan jiwa tersebut sangat dipengaruhi oleh tradisi, kebiasaan, kebudayaan, dan lingkungan sosial.

2. Pengalaman dan pengamatan

Pengalaman dapat memengaruhi pengamatan sosial dalam tingkah laku, pengalaman dapat diperoleh dari semua tindakannya di masa lalu dan dapat dipelajari, melalui belajar orang akan dapat memperoleh pengalaman. Hasil dari pengalaman sosial akan dapat membentuk pandangan terhadap suatu objek.

3. Kepribadian

Kepribadian adalah konfigurasi karakteristik individu dan cara berperilaku yang menentukan perbedaan perilaku dari setiap individu.

4. Konsep diri

Konsep diri sudah menjadi pendekatan yang dikenal amat luas untuk menggambarkan hubungan antara konsep diri dari konsumen dengan image merek. Bagaimana individu memandang dirinya akan memengaruhi minat terhadap suatu objek. Konsep diri sebagai inti dari pola kepribadian akan menentukan perilaku individu dalam menghadapi permasalahan hidupnya.

5. Motif

Perilaku individu muncul karena adanya motif kebutuhan untuk merasa aman dan kebutuhan terhadap prestise merupakan beberapa contoh tentang motif. Jika motif seseorang terhadap suatu kebutuhan akan prestise itu besar maka akan membentuk gaya hidup yang cenderung mengarah kepada gaya hidup hedonis.

6. Persepsi

Persepsi adalah proses di mana seseorang memilih, mengatur, dan menginterpretasikan informasi untuk membentuk suatu gambar yang berarti mengenai dunia.

Adapun faktor eksternal dijelaskan oleh Nugraheni (2003) dalam Jumantini (2018), sebagai berikut:

1. Kelompok referensi

Kelompok referensi adalah kelompok yang memberikan pengaruh langsung atau tidak langsung terhadap sikap dan perilaku seseorang. Kelompok yang memberikan pengaruh langsung adalah kelompok dimana individu tersebut menjadi anggotanya dan saling berinteraksi. Sedangkan kelompok yang memberi pengaruh tidak langsung adalah kelompok dimana individu tidak menjadi anggota dalam kelompok tersebut.

2. Keluarga

Keluarga memegang peranan terbesar dan terlama dalam pembentukan sikap dan perilaku individu. Hal ini karena pola asuh orang tua akan membentuk kebiasaan anak secara tidak langsung mempengaruhi pola hidupnya.

3. Kelas Sosial

Kelas sosial adalah sebuah kelompok yang relatif homogeni dan bertahan lama dalam sebuah masyarakat, yang tersusun dalam sebuah urutan jenjang, dan para anggota dalam setiap jenjang itu memiliki nilai, minat, dan tingkah laku yang sama. Ada dua unsur pokok dalam sistem sosial pembagian kelas

dalam masyarakat, yaitu kedudukan (status) dan peranan. Kedudukan sosial artinya tempat seseorang dalam lingkungan pergaulan, prestise hak-haknya serta kewajibannya. Kedudukan sosial dapat dicapai oleh seseorang dalam usaha yang sengaja maupun diperoleh karena kelahiran. Peranan merupakan aspek yang dinamis dari kedudukan. Apabila individu melaksanakan hak dan kewajibannya.

c. Gaya Hidup Berisiko Penderita Jantung Koroner

Penyakit jantung koroner disebabkan oleh berbagai faktor risiko. Secara garis besar faktor risiko PJK dapat dibagi menjadi 2 yaitu faktor risiko yang dapat diperbaiki (*reversible*) atau bisa diubah (*modifiable*) dan faktor risiko yang menetap atau tidak bisa diubah (*nonmodifiable*). Faktor risiko yang dapat diubah antara lain adalah faktor gaya hidup (Yadi et al., 2014). Menurut WHO faktor gaya hidup seperti merokok, kurang aktivitas fisik, dan diet yang tidak sehat, bertanggung jawab sekitar 80% dari kejadian penyakit jantung koroner di dunia. Masyarakat saat ini cenderung memiliki perilaku yang tidak sehat seperti kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, dan kurangnya aktivitas fisik. Selain itu, dari pola makan masyarakat juga cenderung mengonsumsi makanan *junk food* yang rendah serat serta tinggi kandungan lemak (Yadi et al., 2014).

1.5.3 Tinjauan Umum tentang Sosial Ekonomi

a. Pengertian Status Sosial Ekonomi

Menurut Sumitro (2007), menjelaskan sosial ekonomi terdiri dari dua kata yaitu sosial dan ekonomi yang jika diartikan secara harfiah, sosial adalah kata yang ditujukan kepada pergaulan serta hubungan manusia dan kelompok manusia terutama pada kehidupan dalam masyarakat yang teratur. Sosial juga mengandung arti mempertahankan hubungan-hubungan yang teratur, sedangkan ekonomi adalah suatu ilmu pengetahuan yang mempelajari usaha manusia untuk mencapai kemakmuran. Sosial adalah segala sesuatu yang mengenai masyarakat, kemasyarakatan. Sedangkan ekonomi adalah pengetahuan dan penyelidikan mengenai asas penghasilan (produksi), pembagian (distribusi) dan pemakaian barang-barang serta kekayaan (Melinda et al., 2022).

Menurut Soerjono Soekanto (2003) status sosial ekonomi adalah posisi seseorang dalam masyarakat berkaitan dengan orang lain dalam arti lingkungan pergaulan, prestasinya, dan hak-hak serta kewajibannya dalam hubungannya dengan sumber daya (Melinda et al., 2022). Status sosial ekonomi mempunyai makna suatu keadaan yang menunjukkan pada kemampuan finansial keluarga dan perlengkapan material yang dimiliki (Baswori & Juariyah, 2010). Status sosial ekonomi menggambarkan tentang kondisi seseorang

atau suatu masyarakat yang ditinjau dari segi ekonomi, gambaran itu seperti tingkat pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan (Indrawati, 2015).

Variabel status sosial ekonomi merupakan variabel yang paling signifikan dalam menentukan kesejahteraan, kualitas hidup dan/atau kepuasan di kalangan lansia Eropa (Blázquez et al., 2021). Salah satu kategori konseptual terpenting dalam banyak bidang ilmu pengetahuan dan praktik sosial ekonomi adalah kualitas hidup (Puciato et al., 2021). Beberapa penelitian telah mengkonfirmasi hubungan positif antara status sosial ekonomi dan kualitas hidup diberbagai negara. Studi-studi ini menyoroti bahwa penuaan, asuransi kesehatan, tingkat pencapaian pendidikan, pendapatan, adanya penyakit kronis, dan faktor perilaku seperti aktivitas fisik dan perilaku merokok memiliki dampak signifikan terhadap HRQoL individu di Iran dan negara lain. Misalnya saja penelitian yang dilakukan oleh Rezaei et al., menemukan hubungan positif yang signifikan antara aktif secara fisik, pendapatan rumah tangga bulanan, dan pendidikan pasca sekolah menengah dan HRQoL di antara populasi umum di Iran (Rezaei et al., 2018).

Matute dkk. di Chili, Djärv et al. di Swedia, dan Menati dkk. di Iran menemukan bahwa HRQoL yang buruk dikaitkan dengan Status Ekonomi Sosial (SES) yang lebih rendah. Studi lain oleh Mielck et al. di Jerman juga melaporkan hubungan terbalik antara SES dan HRQoL. Dibandingkan dengan orang-orang dengan SES yang lebih tinggi, individu dengan SES yang lebih rendah memiliki akses dan pemanfaatan layanan kesehatan yang lebih rendah, kesadaran yang lebih rendah terhadap kebutuhan kesehatan, dan tingkat kebiasaan gaya hidup yang tidak sehat (misalnya, merokok dan kurangnya aktivitas fisik) yang lebih tinggi, yang pada akhirnya dapat menyebabkan penurunan kesehatan tingkat HRQoL di kalangan masyarakat miskin (Rezaei et al., 2018).

HRQoL tidak hanya merupakan prediktor kesejahteraan umum, tetapi juga merupakan indikator kuat status kesehatan pasien PJK, sehingga pengukuran HRQoL berguna untuk menilai dampak sosio-ekonomi (Zhang et al., 2022). Pada pasien PJK, HRQoL berhubungan dengan banyak variabel, termasuk perubahan perilaku termasuk berhenti merokok, kepatuhan pengobatan, perawatan diri, gaya hidup yang tidak banyak bergerak, kolesterol terkontrol, tekanan darah dan penurunan berat badan (Zhang et al., 2022). Pasien lanjut usia dengan pendapatan lebih rendah, tingkat pendidikan lebih rendah, dan persepsi fungsi keluarga yang kurang memiliki kualitas hidup psikososial yang lebih buruk (Zhang et al., 2022).

b. Tingkatan Status Sosial Ekonomi

Menurut Sunarto (2004) dalam Handayani (2021), terdapat tiga tingkatan status sosial ekonomi di masyarakat, yaitu:

1. Kelas atas (*upper class*)

Upper class berasal dari golongan kaya raya seperti golongan konglomerat, kelompok eksekutif, dan sebagainya. Pada kelas ini segala kebutuhan hidup dapat terpenuhi dengan mudah. Kelas atas adalah suatu golongan keluarga atau kehidupan rumah tangga yang serba kecukupan dalam segala hal baik itu kebutuhan primer, sekunder maupun tersiernya. Atau dapat dikatakan mempunyai kemampuan ekonomi yang melebihi kebutuhan hidupnya dari harta kekayaan yang lebih banyak.

2. Kelas menengah (*middle class*)

Kelas menengah merupakan golongan yang mempunyai kemampuan di bawah tinggi dan di atas rendah atau dengan kata lain adalah orang yang dalam kehidupannya tidak berlebihan akan tetapi selalu cukup dalam memenuhi kebutuhannya disesuaikan dengan kemampuan. Penduduk berekonomi sedang pendapatannya berada dibawah tinggi dan diatas rendah dari pendapatan nasional.

3. Kelas bawah (*lower class*)

Kelas bawah adalah golongan yang memperoleh pendapatan atau penerimaan sebagai imbalan terhadap kerja mereka yang jumlahnya jauh lebih sedikit dibandingkan dengan kebutuhan pokoknya. Mereka yang termasuk dalam kategori ini adalah sebagai orang miskin. Golongan ini antara lain pembantu rumah tangga, pengangkut sampah dan lain-lain. Golongan yang berpenghasilan rendah ialah golongan yang mendapatkan penghasilan lebih rendah jika dibandingkan dengan kebutuhan minimal yang seharusnya mereka penuhi.

1.5.4 Tinjauan Umum tentang Kualitas Hidup

a. Definisi Kualitas Hidup

Konsep kualitas hidup pertama kali dijelaskan dalam budaya China yang memberi definisi pertama tentang kualitas hidup umumnya dikaitkan dengan nilai atau nilai tertinggi dari hidup, gambaran esensial dari suatu kehidupan, kualitas hidup sering kali dihubungkan dengan kesejahteraan. Selanjutnya WHO pada tahun 1947 mulai memperkenalkan istilah kualitas hidup dalam konteks definisi tentang sehat, yaitu suatu kondisi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial individu terbebas dari berbagai kelemahan dan penyakit (Afiyanti, 2010).

Organisasi Kesehatan Dunia mendefinisikan kualitas hidup sebagai “sebuah konsep luas yang dipengaruhi secara kompleks oleh kesehatan fisik, kondisi psikologis, kepercayaan pribadi, dan hubungan sosial seseorang.” (Wardoku et al., 2019). Menurut (WHO, 2019) *Quality of Life* atau kualitas hidup adalah persepsi suatu individu terhadap posisi seseorang dimana didalamnya terdapat nilai budaya, harapan, dan prinsip sehat sakit. Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL), merupakan peran seseorang dalam budaya yang memiliki tujuan, harapan, dan pencapaian seseorang dalam kehidupannya. Konsep yang sangat luas ini mempengaruhi kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologi, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, keyakinan personal, dan keinginan di masa yang akan datang terhadap lingkungan sekitarnya (Akhmad et al., 2016).

b. Faktor-faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Pradono et al. (2009) antara lain:

1. Usia

Usia yang bertambah pada seseorang secara psikologis akan meningkatnya kualitas hidup. Usia diklasifikasikan berdasarkan golongan usia muda (40- 60 tahun) dan lanjut usia (di atas 60 tahun) oleh Hurlock (2012). Penelitian Rochmayanti (2011) menunjukkan bahwa semakin bertambahnya usia maka semakin meningkat kualitas hidupnya. Hal ini dikarenakan semakin bertambahnya usia, seseorang lebih matang terutama dari segi psikologis, termasuk kesiapan ketika menghadapi kondisi sakit.

2. Jenis Kelamin

Perempuan lebih cenderung memiliki kualitas hidup yang baik dibandingkan dengan laki-laki, karena perempuan dapat mengontrol emosi dan dapat menghadapi masalah dibanding dengan laki-laki.

3. Pendidikan

Faktor Pendidikan akan mempengaruhi kualitas hidup seseorang jika semakin tinggi pendidikan seseorang maka pola pikir yang dimiliki mampu mengantisipasi terhadap penurunan kualitas hidup. Masyarakat dengan tingkat pendidikan yang rendah berisiko 1,2 kali mempunyai kualitas hidup yang kurang dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi.

4. Pekerjaan

Seseorang yang memiliki pekerjaan akan lebih baik hidupnya, dibanding dengan yang tidak bekerja. Secara umum bisa digolongkan dengan kategori seseorang yang memiliki pekerjaan dan yang tidak memiliki pekerjaan. Rochmayanti

(2011) mengungkapkan, melalui hasil penelitiannya bahwa seseorang yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada seseorang yang tidak bekerja.

5. Perilaku Berisiko

Seseorang yang memiliki kebiasaan seperti merokok, minum alkohol, aktivitas fisik yang kurang, pola makan dan tidur yang tidak baik, akan mempengaruhi pada emosi dalam diri sehingga hal tersebut akan menurunkan kualitas hidup.

6. Penyakit Kronis

Seseorang yang memiliki penyakit kronis lebih berisiko untuk memiliki kualitas hidup yang rendah daripada seseorang yang tidak memiliki penyakit kronis.

7. Gangguan Mental

Seseorang dengan kecemasan dan depresi berat akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Rochmayanti (2011) menjelaskan, bahwa seseorang dengan gangguan kecemasan, depresi secara signifikan dapat menurunkan kualitas hidup seseorang.

8. Status ekonomi (pendapatan)

Seseorang dengan dengan status ekonomi yang rendah lebih berisiko memiliki kualitas hidup yang rendah jika dibandingkan dengan masyarakat ekonomi tinggi.

c. Instrumen Pengukuran Kualitas Hidup

Pengukuran kualitas hidup terkait dengan kesehatan seseorang dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang berisi faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup. Menurut Harmaini (2006) terdapat tiga alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup seseorang yaitu alat ukur generik, spesifik, dan utility.

1. Alat ukur generik

Merupakan alat yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup berbagai macam penyakit kronik secara umum. Keuntungannya lebih luas dalam penggunaan sedangkan kelemahannya tidak terlalu spesifik dalam mengukur hal-hal khusus pada suatu penyakit. Contohnya adalah *World Health Organization Quality of Life grup (WHOQoL), Short Form-36 (SF-36)*.

2. Alat ukur spesifik

Merupakan alat untuk mengukur suatu penyakit tertentu dan spesifik yang memiliki pertanyaan khusus serta menyangkut penyakit yang sedang diidentifikasi. Keuntungan alat ini dapat mendeteksi tentang keluhan yang dirasakan ataupun hal khusus terutama yang mengganggu penyakit tersebut. Kelemahannya hanya dapat digunakan oleh satu

penyakit saja. Contoh alat ukur spesifik adalah *Seattle Angina Questionnaire-7* (SAQ-7).

3. Alat ukur utility

Merupakan hasil pengembangan dari alat ukur generik. Pengembangannya dari penilaian kualitas hidup menjadi parameter lain sehingga memiliki manfaat yang berbeda. Contoh alat ukur ini adalah *European Quality of Life - 5 Dimension* (EQ-5D) yang dikonversi menjadi *Time Trade-Off* (TTO) yang dapat digunakan untuk menganalisis biaya kesehatan dan perencanaan kesehatan negara.

Instrumen pengukuran yang digunakan pada penelitian ini adalah SAQ-7. SAQ-7 merupakan suatu instrumen yang spesifik digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien PJK termasuk *Acute Coronary Syndrome* (ACS) yang dikembangkan pada tahun 1995 (Spertus *et al*, 1995). SAQ-7 berisi 7 butir pertanyaan yang meliputi 5 domain kualitas hidup, yaitu: 1) Keterbatasan fisik; 2) Stabilitas angina; 3) Frekuensi angina; 4) Kepuasan pasien terhadap pengobatan; dan 5) Persepsi pasien terhadap penyakit.

1.5.5 Tinjauan Umum Variabel Penelitian

a. Pola Makan

Pola makan adalah cara seseorang atau sekelompok orang yang memilih dan mengonsumsi makanan sebagai tanggapan terhadap pengaruh fisiologis, psikologi, budaya, dan sosial. Pola makan sehari-hari merupakan pola makan seseorang yang berhubungan dengan kebiasaan makan setiap harinya (Amirullah *et al.*, 2020). Pola konsumsi pangan atau kebiasaan makan adalah berbagai informasi yang dapat memberikan gambaran mengenai jumlah, jenis, dan frekuensi bahan makanan yang dimakan setiap hari oleh seseorang dan merupakan ciri khas untuk satu kelompok masyarakat tertentu (Marniati *et al.*, 2015).

Pola makan individu meliputi bahan makanan pokok (sumber karbohidrat), lauk pauk (sumber protein hewani dan nabati), sayur, dan buah. Pola makanan yang tidak baik akan menimbulkan beberapa gangguan seperti kolesterol tinggi, tekanan darah meningkat, dan kadar gula yang meningkat (Sediaoetama, 2000). Mengonsumsi serat dan buah sangat penting untuk tubuh untuk mencegah sulit buang air besar (Marniati *et al.*, 2022).

b. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang membutuhkan pengeluaran energi (WHO, 2004). Kurangnya aktivitas fisik diidentifikasi sebagai penyebab meningkatnya penyakit tidak menular di seluruh dunia. Merekomendasikan aktivitas fisik sebagai terapi nonfarmakologis,

perlu memahami jenis aktivitas fisik yang sesuai menurut umur dan jenis penyakit yang dialami oleh kelompok masyarakat (WHO, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Setyaji, Prabandari, & Gunawan menunjukkan bahwa pasien yang tidak melakukan aktivitas fisik rutin atau hanya melakukan aktivitas fisik tetapi kurang dari 80 menit setiap minggu memiliki risiko mengalami insiden serangan berulang PJK yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan pasien yang melakukan aktivitas fisik secara aktif (Leutualy et al., 2022). Aktivitas fisik yang cukup dan penurunan kebiasaan merokok berhubungan dengan perbaikan konsumsi pangan seseorang. Sehingga dapat menurunkan risiko terkena komplikasi akibat penyakit yang dideritanya (Nurpratama et al., 2022).

c. Perilaku Merokok

Merokok dapat mengganggu kerja paru-paru yang normal, karena hemoglobin lebih mudah membawa karbondioksida daripada membawa oksigen. Jika terdapat karbondioksida dalam paru-paru, maka akan dibawa oleh hemoglobin sehingga tubuh memperoleh oksigen yang kurang dari biasanya (Darwis & Asdar, 2023). Kandungan nikotin dalam rokok yang terbawa dalam aliran darah dapat memengaruhi berbagai bagian tubuh yaitu mempercepat denyut jantung sampai 20 kali lebih cepat dalam satu menit daripada dalam keadaan normal. Menurunkan suhu kulit sebesar setengah derajat karena penyempitan pembuluh darah kulit dan menyebabkan hati melepaskan gula ke dalam aliran darah (Lathifah et al., 2020).

d. Pendidikan

Pendidikan adalah aktivitas dan usaha untuk meningkatkan kepribadian dengan jalan membina potensi pribadinya, yaitu rohani (pikiran, cipta, rasa dan hati nurani) serta jasmani (panca indera dan keterampilan). Pendidikan diselenggarakan melalui jalur pendidikan sekolah (pendidikan formal) dan jalur pendidikan luar sekolah (pendidikan non formal). Jalur pendidikan sekolah atau pendidikan formal terdapat jenjang pendidikan sekolah yang pada dasarnya terdiri dari pendidikan pra sekolah, pendidikan dasar, pendidikan menengah dan pendidikan tinggi (Indrawati, 2020). Tingkat pendidikan yang lebih rendah sering kali dikaitkan dengan kognisi penyakit, konsep kesehatan, dan gaya hidup yang lebih buruk, yang menyebabkan rendahnya HRQoL (Zhang et al., 2022). Kualitas hidup lebih rendah pada mereka yang memiliki tingkat pendidikan lebih rendah, status pekerjaan yang sesuai dengan aktivitas non-ekonomi, kondisi pola makan yang buruk, dan mereka yang menerima tunjangan penghidupan (Kim & Son, 2022).

e. Pekerjaan

Pekerjaan seseorang akan mempengaruhi kehidupan pribadinya, pekerjaan yang ditekuni oleh setiap orang berbeda-beda, perbedaan itu akan menyebabkan perbedaan tingkat penghasilan yang rendah sampai pada tingkat penghasilan yang tinggi, tergantung pada pekerjaan yang ditekuninya (Indrawati, 2015). Kualitas hidup berhubungan erat dengan status sosial ekonomi dan adanya penyakit yang mendasari, seperti hipertensi. Mereka yang memiliki status pekerjaan tinggi memiliki kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih tinggi (Kim & Son, 2022). Tingkat pendapatan dan status pekerjaan merupakan prediktor signifikan terhadap kualitas hidup di Povey, Boreham, dan Tomaszewski (Puciato et al., 2021).

f. Pendapatan

Pendapatan merupakan jumlah semua pendapatan kepala keluarga maupun anggota lainnya yang diwujudkan dalam bentuk uang dan barang. Berdasarkan penggolongannya, Badan Pusat Statistik (BPS) membedakan pendapatan penduduk menjadi 4 golongan, yaitu : 1.) Golongan pendapatan sangat tinggi, jika pendapatan rata-rata lebih dari Rp. 3.500.000,00 per bulan, 2.) Golongan pendapatan tinggi, jika pendapatan rata-rata antara Rp. 2.500.000,00 s/d Rp. 3.500.000,00 perbulan, 3.) Golongan pendapatan sedang, jika pendapatan rata-rata di bawah antara Rp. 1.500.000,00 s/d Rp. 2.500.000,00 per bulan, 4.) Golongan pendapatan rendah, jika pendapatan rata-rata di bawah Rp. 1.500.000,00 per bulan (Indrawati, 2015).

Dampak signifikan dari keamanan ekonomi, termasuk pendapatan dan perlindungan asuransi kesehatan, terhadap kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan juga dikonfirmasi oleh Chiu dan Yang. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa hubungan positif yang kuat antara kualitas hidup terkait kesehatan dengan pendapatan dapat ditemukan di negara-negara dengan tingkat pembangunan ekonomi sedang, termasuk Polandia. Yodmai, Somrongthong, dan Kumar, dalam studi mereka tentang kualitas hidup lansia di Thailand, menyimpulkan bahwa pendapatan yang cukup, tabungan, dan layanan kesehatan merupakan faktor penentu kualitas hidup yang signifikan (Puciato et al., 2021).

Pendapatan bulanan dan perilaku kesehatan juga merupakan predictor utama kualitas hidup, seperti diamati oleh Kooi-Yau Chean dkk. Pasien rawat inap dengan pendapatan rendah mungkin memiliki kemampuan terbatas untuk mendapatkan pengobatan, perawatan dan rehabilitasi yang efektif untuk meningkatkan hasil klinis mereka, yang pada akhirnya mengakibatkan buruknya HRQoL (Zhang et al., 2022).

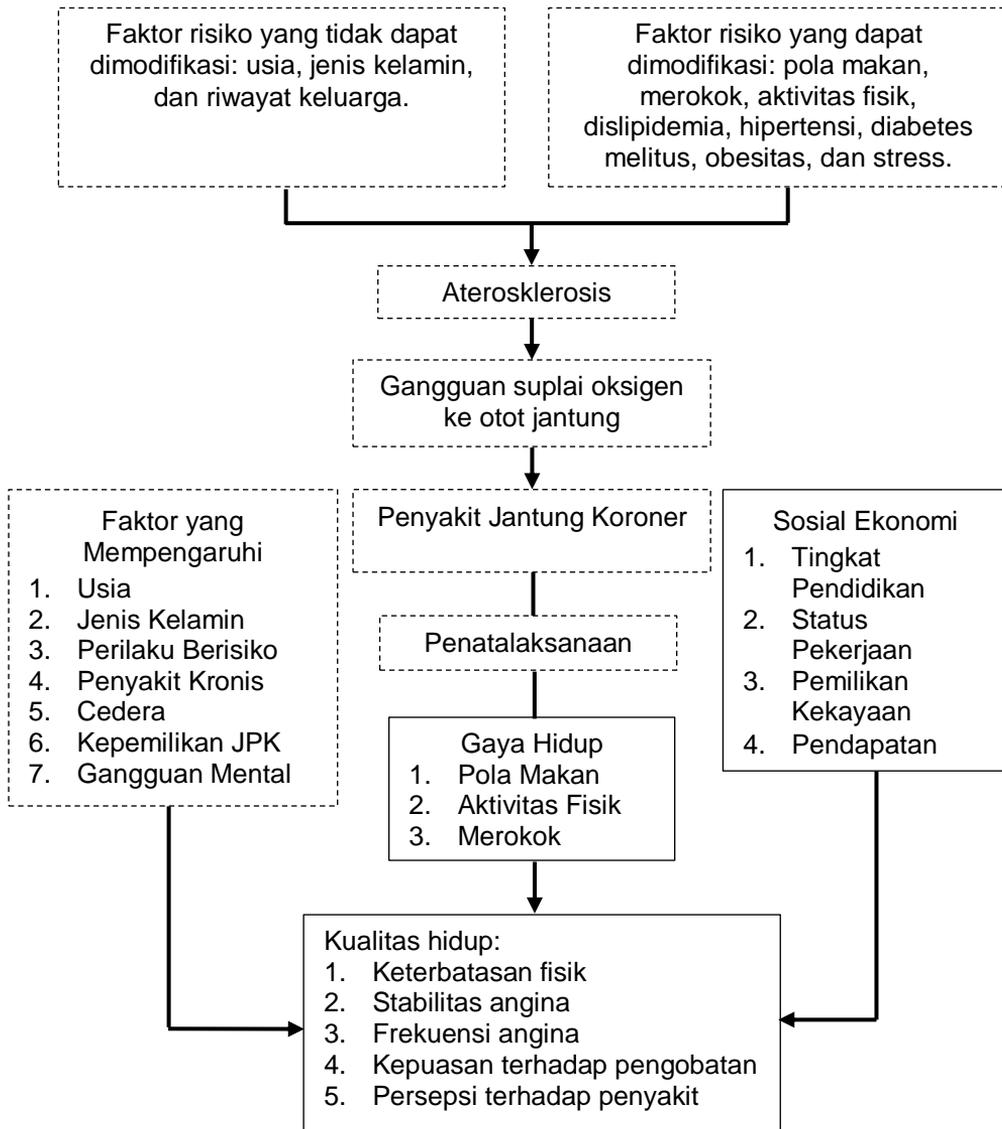
g. Kualitas Hidup Penderita Penyakit Jantung Koroner

Penyakit Jantung Koroner (PJK) berdampak terhadap berbagai aspek kehidupan penderitanya yaitu baik fisik, psikososial maupun spiritual yang berpengaruh pada kualitas hidup pasien. Terjadi perubahan pada kondisi fisik, psikososial, dan spiritual pada pasien penyakit jantung koroner berpengaruh pada kualitas hidup, serta terjadi efek yang besar pada penderita penyakit jantung koroner untuk kualitas hidupnya. Secara fisik penderita akan merasakan sesak, mudah lelah, mengalami gangguan seksual, serta nyeri dada. Selain itu, faktor psikososial juga termasuk stres, depresi, stres kerja kronis, tuntutan tinggi di tempat kerja, kontrol pekerjaan yang rendah, dukungan sosial juga di alami oleh penderita jantung koroner (Amarullah & Rosyid, 2021).

Hasil dari penelitian Milayanti (2021) menunjukkan bahwa sebanyak 55,7% pasien PJK memiliki kualitas hidup yang rendah. Hal ini akan memperburuk kondisi pasien dan memicu serangan jantung berulang, terjadi komplikasi lebih lanjut dan dapat meningkatkan angka kematian pasien. Hasil yang sama juga ditemukan oleh Rahmadani (2020) di Poliklinik Kardiologi dr. M. Djamil Padang dengan menggunakan instrumen yang sama menunjukkan bahwa separuh dari responden memiliki kualitas hidup yang rendah 58,5%. Artinya pasien PJK mengalami penurunan fungsi fisik, memburuknya stabilitas, frekuensi angina, persepsi buruk, dan ketidakpuasan terhadap kondisinya saat ini (Milayanti et al., 2021).

Berbeda halnya dengan penelitian Ningrum & Dewi (2019) di Poliklinik Kardiologi RS Wates Yogyakarta yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup yang tinggi yaitu 93%. Rendahnya kualitas hidup pasien PJK disebabkan karena sebagian besar responden merasa tidak puas dengan penyakit yang dialaminya. Mereka masih sulit menerima keadaan dan kondisi tubuhnya karena penyakit yang dideritanya membatasi kenyamanan hidup. Selain itu, sebagian responden mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Dikarenakan, hal tersebut memicu sesak napas dan nyeri dada. Sehingga, berdampak pada meningkatnya rawat inap pasien karena gejala yang dirasakannya tidak dapat dikendalikan. Oleh karena itu, sangat penting untuk mengetahui kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

1.6 Kerangka Teori



Gambar 1.1
Kerangka Teori Penelitian

Modifikasi dari Indrawati (2015), Sudarsono (1990), Srivastava *et al*, (2017), Rochmayanti (2011), Pradono dkk, (2009), Ningrum & Dewi, (2019).

Keterangan:



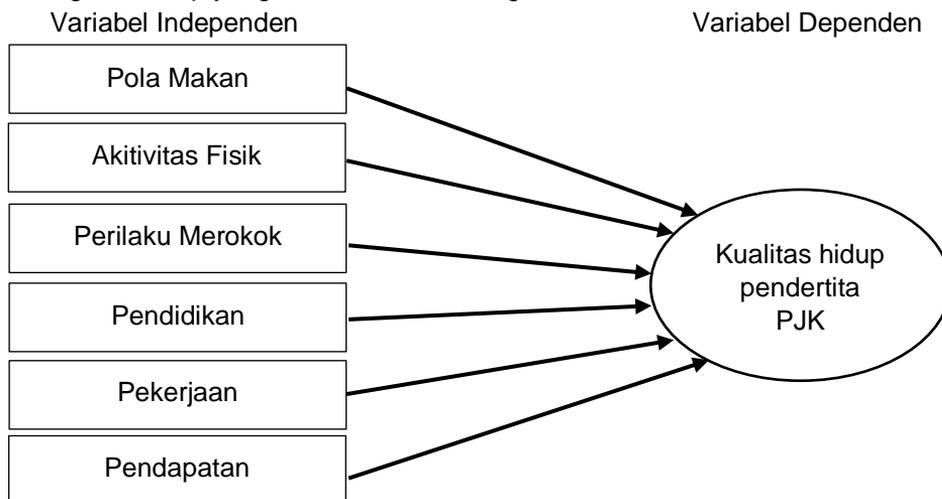
: Diteliti



: Tidak Diteliti

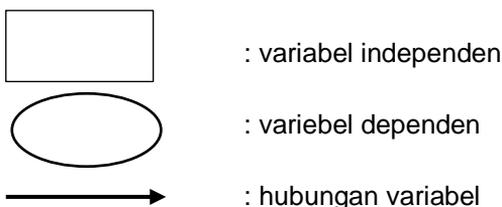
1.7 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep merupakan bagian dari atau sub bagian dari kerangka teori dan digunakan sebagai dasar dalam penyusunan hipotesa penelitian (Heryana, 2020). Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka teori, maka kerangka konsep yang dibuat adalah sebagai berikut:



Gambar 1.2
Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



1.8 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Definisi operasional merupakan informasi ilmiah yang dapat membantu peneliti yang ingin melakukan penelitian dengan menggunakan variabel yang sama. Sedangkan kriteria objektif adalah definisi operasional yang menjadi batasan ketika hendak melakukan penggolongan terhadap variabel yang diteliti (Thaha et al., 2016).

1.8.1 Kualitas hidup

a. Definisi operasional

Kualitas hidup yang dimaksud dalam penelitian ini adalah persepsi individu tentang dirinya sendiri yang mencakup domain keterbatasan fisik, stabilitas angina, frekuensi angina, kepuasan pasien terhadap pengobatan, dan persepsi pasien terhadap penyakit yang diukur menggunakan kuesioner *Seattle Angina Questionnaire-7* (SAQ-7) (Chan et al., 2014).

b. Kriteria objektif (SAQ-7)

Skor setiap domain berkisar antara 0-100, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih tinggi (Spertus *et al*, 1995 dalam Ningrum & Dewi, 2019).

1. Tinggi: apabila total skor yang diperoleh responden ≥ 50 .
2. Rendah: apabila total skor yang diperoleh responden < 50 .

1.8.2 Pola Makan

a. Definisi operasional

Pola konsumsi makanan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah frekuensi responden dalam mengonsumsi buah-buahan, sayuran, biji-bijian, kacang-kacangan, ikan, dan bahan-bahan yang memicu PJK seperti makanan cepat saji, makanan dan minuman manis, tinggi lemak, tinggi natrium, dan tinggi kolesterol selama satu minggu terakhir. Pola makan ini diukur dengan Diet Indo-Mediterranea (*Indo-Mediterranean*) (Singh *et al.*, 2022).

b. Kriteria objektif (*Indo-Mediterranean*)

1. Total skor ≥ 8 poin = menunjukkan kepatuhan
2. Total skor < 8 poin = tidak menunjukkan kepatuhan

1.8.3 Aktivitas fisik

a. Definisi operasional

Aktivitas fisik yang dimaksud dalam penelitian ini adalah semua kegiatan fisik yang dilakukan oleh responden meliputi berjalan, berlari, olahraga, dan pekerjaan rutin sehari-hari dengan frekuensi dan waktu tertentu. Aktivitas fisik ini diukur dengan IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) (Revised November IPAQ, 2005).

b. Kriteria objektif (IPAQ, 2005):

Pengukuran aktivitas fisik menggunakan IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*).

Aktivitas berjalan = $3,3 \times$ waktu berjalan menit/hari \times hari yang digunakan untuk aktivitas berjalan dalam seminggu

Aktivitas sedang = $4 \times$ waktu aktivitas sedang menit/hari \times hari yang digunakan untuk aktivitas sedang dalam seminggu

Aktivitas fisik berat = $8 \times$ waktu aktivitas berat menit/hari \times hari yang digunakan untuk aktivitas berat dalam seminggu

Total aktivitas fisik METs menit/minggu = METs menit/minggu aktivitas berjalan + METs menit/minggu aktivitas sedang + METs menit/minggu aktivitas berat

1. Tingkat Aktivitas Fisik Tinggi: ≥ 3000 METs menit/minggu, apabila responden menggunakan energi fisik yang kuat dan membuat responden bernapas lebih kuat dari biasanya, seperti mengangkat benda berat, senam aerobic, atau bersepeda cepat.

2. Tingkat Aktivitas Fisik Sedang: 600-2999 METs menit/minggu, apabila responden menggunakan energi fisik sedang dan membuat responden bernapas sedikit lebih kuat dari biasanya seperti berjalan di rumah, berjalan dari satu tempat ke tempat lain, dan berjalan kaki semata-mata untuk rekreasi, olahraga pada waktu luang, angkat beban, mengelap lantai, bersepeda dengan kecepatan normal, dan atau bermain bulu tangkis berpasangan.
3. Tingkat Aktivitas Fisik Rendah: < 600 METs menit/minggu, apabila responden menggunakan energi fisik seperti menghabiskan waktu untuk duduk di rumah, membaca, dan atau berbaring sambil menonton televisi.

1.8.4 Perilaku Merokok

a. Definisi operasional

Merokok yang dimaksud dalam penelitian ini adalah berhubungan dengan riwayat merokok responden yang meliputi perilaku merokok, lama merokok, dan jumlah batang yang diisap dalam sehari.

b. Kriteria objektif (Nurpratama et al., 2022)

1. Tidak Merokok: apabila responden tidak pernah atau telah berhenti merokok.
2. Merokok: apabila responden pernah merokok

1.8.5 Pendidikan

a. Definisi operasional

Tingkat pendidikan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah pendidikan formal terakhir yang ditempuh oleh responden berdasarkan ijazah.

b. Kriteria objektif (Amarullah and Rosyid, 2021):

1. Tingkat pendidikan tinggi: pendidikan terakhir minimal SMA.
2. Tingkat pendidikan rendah: pendidikan terakhir maksimal SMP.

1.8.6 Pekerjaan

a. Definisi operasional

Pekerjaan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jenis pekerjaan yang dilakukan responden penderita PJK untuk menunjang kehidupan sehari-harinya, meliputi tidak bekerja (pensiunan), bekerja (PNS/TNI/POLRI, pegawai swasta/wiraswasta, petani/nelayan/buruh, dan lain-lain).

b. Kriteria objektif (Barham et al., 2019):

1. Bekerja: jika responden penderita PJK memiliki pekerjaan untuk menunjang kehidupan sehari-harinya.
2. Tidak bekerja: jika responden penderita PJK tidak memiliki pekerjaan untuk menunjang kehidupan sehari-harinya.

1.8.7 Pendapat

a. Definisi operasional

Pendapatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah jumlah semua pendapatan kepala keluarga maupun anggota lainnya berdasarkan jumlah pendapatan perbulan yang dibayarkan perusahaan/kantor/majikan yang dikategorikan berdasarkan nilai median.

b. Kriteria objektif (Indrawati, 2015):

1. Golongan pendapatan tinggi: jika pendapatan rumah tangga penderita PJK \geq nilai median.
2. Golongan pendapatan rendah: jika pendapatan rumah tangga penderita PJK $<$ nilai median.

1.9 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pernyataan penelitian (Nursalam, 2017). Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1.8.1 Hipotesis Null (H_0)

- a. Tidak ada hubungan pola makan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- b. Tidak ada hubungan aktivitas fisik dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- c. Tidak ada hubungan perilaku merokok dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- d. Tidak ada hubungan pendidikan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- e. Tidak ada hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- f. Tidak ada hubungan pendapatan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.

1.8.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

- a. Ada hubungan pola makan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- b. Ada hubungan aktivitas fisik dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- c. Ada hubungan perilaku merokok dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- d. Ada hubungan pendidikan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- e. Ada hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.
- f. Ada hubungan pendapatan dengan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.