

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut data WHO (*World Health Organization*) penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit no 1 yang dapat menyebabkan kematian (WHO, 2012). Penyakit kardiovaskuler adalah penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti: Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Gagal jantung atau Payah Jantung, Hipertensi dan Stroke (Kemenkes RI, 2013). WHO mencatat pada tahun 2012, dari 100.000 kasus penyakit jantung, terdapat sekitar 30% hingga 40% pasien yang meninggal akibat serangan jantung (WHO, 2012).

Menurut AHA (*American Heart Association*) dalam Dewit (2013), sekitar 500.000 penduduk Amerika mengalami kematian akibat masalah kardiovaskular per-tahunnya. Tahun 2008 diperkirakan sebanyak 17,3 juta kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. Lebih dari 3 juta kematian tersebut terjadi sebelum usia 60 tahun dan seharusnya dapat dicegah. Kematian “dini” yang disebabkan oleh penyakit jantung terjadi berkisar sebesar 4% di negara berpenghasilan tinggi sampai dengan 42% terjadi di negara berpenghasilan rendah.

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia, prevalensi penyakit jantung di masyarakat semakin hari semakin meningkat. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, penyakit jantung menjadi salah satu penyebab utama kematian. Prevalensi secara nasional mencapai 7,2%. Kematian akibat penyakit jantung, hipertensi dan stroke mencapai

31,9% sedangkan angka kematian karena penyakit kardiovaskular di rumah sakit yaitu sekitar 6-12%.

Sementara itu, data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan terdapat peningkatan prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara dari 7,6 persen pada tahun 2007 menjadi 9,5% pada tahun 2013. Selain itu prevalensi penyakit jantung koroner dan gagal jantung terlihat meningkat seiring peningkatan umur responden. (Kemenkes RI, 2014) Kematian yang disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030 (Kemenkes RI, 2013).

Dari beberapa masalah kardiovaskular yang sering terjadi, MCI (Myocardial Infarction) merupakan salah satu masalah kardiovaskular yang sering dijumpai. MCI (Myocardial Infarction) adalah keadaan dimana jaringan myocardium (otot jantung) secara tiba-tiba ataupun bertahap mengalami penurunan suplai oksigen dari darah. Jaringan yang kekurangan oksigen tersebut kemudian mengalami iskemia dan lama-kelamaan akan mengakibatkan kematian otot jantung di sekitar jaringan yang mengalami nekrosis. (Ignatavicius, 2011; 845) Kematian otot jantung ini terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah arteri yang menyebabkan plak ataupun jaringan parut dari sel-sel otot jantung yang mengalami nekrosis. Plak ataupun jaringan parut tersebut menyebabkan luas permukaan pembuluh darah arteri menjadi berkurang, jika keadaan ini dibiarkan dalam waktu yang lama maka plak tersebut akan menyumbat aliran darah jantung secara total dan menyebabkan kematian otot jantung di sekitar sumbatan secara permanen (Rubenstein, 2007; 301).

Manifestasi klinis yang dapat muncul seperti nyeri dada yang menjalar hingga ke bahu hingga abdomen (perut), berlangsung 30 menit bahkan lebih, sesak napas dan dada seperti tertindih dengan beban berat (Ignatavicius, 2010), menyebabkan respon psikologi yang negatif dari para pasien infark miokard. Respon psikologi negatif yang biasanya ditunjukkan pasien adalah menyangkal bahwa dirinya mengalami serangan jantung, depresi bahkan merasa hidupnya tidak bisa lepas dari bantuan alat ataupun bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Lewis, 2013). Respon negatif ini jika tetap dirasakan oleh pasien miokard infark akan menyebabkan penurunan kualitas hidup (Wijongko, 2011).

Menurut *World Health Organization* (WHO), kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisi mereka di dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana seseorang hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatirannya. WHO melihat kualitas hidup seseorang melalui 4 dimensi yaitu, fisik (hal-hal terkait aktivitas, tenaga, kelelahan dan rasa sakit), psikologis (hal-hal seperti *body image* dan penampilan, perasaan negatif dan positif, kepercayaan personal dan pikiran), sosial (hubungan personal, hubungan sosial serta dukungan sosial dan aktivitas seksual), dan lingkungan (sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, berpartisipasi dan kesempatan untuk rekreasi atau memiliki waktu luang, serta lingkungan fisik) (WHO, 1997).

Afriyanti (2010) dalam jurnalnya terkait analisis kualitas hidup mengemukakan, kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai pengalaman hidup, kepuasan hidup, dan kesejahteraan (Meeberg, 1993; Haas, 1999). Mengutip dari Kamus Webster (1986), Afriyanti (2010) menuliskan bahwa

kualitas hidup merupakan suatu cara hidup, sesuatu yang esensial untuk menyemangati hidup, eksistensi berbagai pengalaman fisik dan mental seorang individu yang dapat mengubah eksistensi selanjutnya.

Dalia Susniene, Algirdas Jurkauskas dalam jurnalnya *The Concepts of Quality of Life and Happiness – Correlation and Differences* (2009) mengaitkan kualitas hidup seseorang dengan apa yang dipelajari seseorang semasa hidupnya, kematian, ketidakmampuan, penderitaan, kesehatan dan kesuksesan dari hubungan kebutuhan seseorang dalam memutuskan sesuatu dalam hidupnya. Proses seseorang menenukan pilihan berdasarkan hati nuraninya, menentukan alternatif, dan pandangan prediksi seseorang turut mempengaruhi kualitas hidupnya.

Dalam definisi kualitas hidup yang dibuat oleh WHOQOL (WHO, 1997), terdapat domain-domain yang merupakan bagian penting untuk mengetahui kualitas hidup individu. Domain-domain tersebut adalah kesehatan fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan.

Terkait dengan kualitas hidup, para peneliti juga meneliti berbagai faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seorang pasien dengan penyakit akut maupun kronis, seperti yang ditunjukkan oleh Upali, et al (2014) dalam penelitiannya yang berjudul *Gender differences in health-related quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and physician characteristics do matter*, dimana hasil penelitian ini menunjukkan bahwa wanita lebih rentan mengalami penurunan kualitas hidup saat dalam penyakit kronis dibandingkan laki-laki. Selain itu, Upali juga menjelaskan bahwa untuk kembali meningkatkan kualitas hidup, wanita membutuhkan lebih banyak dukungan karena sifat wanita yang lebih rentan dalam

menghadapi suatu permasalahan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan.

Tingkat pendidikan formal yang terdiri atas pendidikan dasar, pendidikan menengah, dan pendidikan tinggi juga memiliki hubungan dalam peningkatan dan penurunan kualitas hidup pasien dengan masalah jantung. Hal ini dapat dilihat dalam penelitian Sanderman (2011), terkait hubungan antara tingkat pendidikan dan kualitas hidup pada pasien gagal jantung menyatakan, bahwa pasien yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

Selain itu, berkaitan dengan komplikasi yang dapat saja terjadi pada pasien infark miokard, pasien membutuhkan penanganan yang tepat dan cepat, namun masalah ini tidak dapat lepas dari biaya yang besar yang dibutuhkan. Pendapatan yang cukup besar dapat membantu meringankan masalah pasien terkait biaya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Cassedy (2013) yang menyatakan bahwa seseorang dengan tingkat sosial ekonomi atas yang dilihat dari tingkat pendapatan yang tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan pasien dengan status sosial ekonomi rendah.

Faktor lain yang turut berhubungan dengan kualitas hidup adalah *self efficacy*. *Self efficacy* adalah ekspektasi atau kepercayaan diri seseorang bahwa dirinya mampu melewati suatu situasi tertentu (Corrigan et al, 2009). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Eva dkk (2012) yang berjudul "*General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction*". Dalam penelitian ini, Eva dkk menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara *Self-efficacy* yaitu kepercayaan seseorang tentang

kemampuan dirinya, dengan kualitas hidup pasien MCI. Pasien MCI yang memiliki keyakinan bahwa dirinya dapat melewati masa kritis dan proses pemulihan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan pasien yang tidak yakin bahwa dirinya dapat sembuh sehingga cenderung lebih depresi.

Menurut Kurt Lewin (1970) yang dikutip dalam Sudarma (2008), terdapat 4 variabel yang terlibat dalam tindakan seseorang dalam melawan penyakitnya, salah satunya adalah dukungan dari faktor eksternal. Menurut Sudarma (2008), seorang pasien akan lebih termotivasi dan merasa tindakan pencegahan kekambuhan penyakit itu benar jika didukung oleh kerabat dan keluarga disekitarnya. Hal ini juga didukung dengan penelitian terkait yang dilakukan oleh Muhammad Husni, Siti Romadoni, dan Desi Rukiyati (2012) dalam penelitiannya yaitu Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara di Instalasi Rawat Inap Bedah RSUP Mohammad Hoesin Palembang menunjukkan bahwa 75% responden memiliki dukungan keluarga kurang baik, dan 66,7% dari responden tersebut memiliki kualitas hidup yang tidak baik.. Sedangkan 25% pasien yang memiliki dukungan keluarga baik memiliki kualitas hidup yang baik pula (87,5%). Hasil dari uji Chi Square, didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien kanker payudara dengan ($p = 0,013$). Penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang mendapatkan dukungan keluarga selama proses pengobatan memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

Keyakinan spiritual dalam praktek keagamaan seseorang, menjadi lebih penting saat sakit dibandingkan saat waktu lainnya (O'brien, 2011). Chapplain (2012), bahkan telah menggunakan kebutuhan spiritual sebagai

salah satu hal yang perlu diperhatikan dalam pengaturan pelayanan kesehatan karena menyadari pentingnya peranan spiritualitas dalam kehidupan seseorang terutama pasien dengan penyakit akut. Penelitian yang dilakukan oleh Shahbaz, Kanwal dan Shahbaz, Kiran (2015), turut mendukung hal ini. Dalam penelitiannya yang berjudul “*Relationship between Spiritual Well-being and Quality of Life among Chronically Ill Individuals*” menunjukkan, bahwa terdapat hubungan antara kepercayaan atau spiritualitas yang dimiliki oleh seorang pasien dengan kualitas hidupnya. penelitian ini mengungkapkan bahwa pasien yang memiliki pengalaman atau keyakinan spiritual memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Keyakinan atau spiritualitas mereka, mendorong mereka untuk dapat bertahan di keadaan sakit mereka dan berusaha untuk hidup lebih baik.

Berdasarkan data Rekam Medis RSUD Koja, terjadi peningkatan jumlah pasien di poli jantung RSUD Koja, Jakarta Utara di tahun 2016. Data pasien sejak 2014 dan sebelumnya tidak dapat ditunjukkan akibat adanya perubahan sistem, namun data selanjutnya di tahun 2015 dan 2016 menunjukkan peningkatan jumlah pasien yang signifikan. Sebagai contoh, pada tahun 2015 jumlah pasien dengan diagnosa jantung koroner yang melakukan pengobatan di poli jantung RSUD Koja sebanyak 1.114 pasien sedangkan di tahun 2016 jumlah tersebut meningkat menjadi 2.501 pasien. Berdasarkan data tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di Poli Jantung RSUD Koja, Jakarta Utara.

B. Masalah Penelitian

Berdasarkan dengan latar belakang yang telah diuraikan diatas, proses penyakit tanda dan gejala yang dialami pasien, pengobatan yang dialami pasien, serta berbagai faktor lainnya dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien dengan Infark Miokard (MCI). Meningkatnya jumlah pasien, menarik minat peneliti untuk meneliti faktor-faktor apa yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien MCI di poli jantung RSUD Koja, Jakarta Utara.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI) di Unit Rawat Jalan RSUD Koja, Jakarta Utara.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan tingkat sosial ekonomi pasien Infark Miokard (MCI)
- b. Diketahui gambaran *self efficacy* pasien Infark Miokard (MCI)
- c. Diketahui gambaran dukungan keluarga bagi pasien Infark Miokard (MCI)
- d. Diketahui gambaran spiritualitas pasien Infark Miokard (MCI)
- e. Diketahui gambaran kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI)
- f. Diketahui hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI)

- g. Diketahui hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI)
- h. Diketahui hubungan tingkat sosial ekonomi dengan kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI)
- i. Diketahui hubungan *Self Efficacy* dengan kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI)
- j. Diketahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI)
- k. Diketahui hubungan spiritualitas dengan kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI)

D. Manfaat Penelitian

1. Tim Pelayanan Kesehatan di RS

Mengetahui kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI) yang melakukan rawat jalan di RSUD Koja, Jakarta Utara, sehingga hal ini dapat menjadi bahan evaluasi RS terkait dengan pelayanan kesehatan khususnya untuk pasien Infark Miokard (MCI) di kemudian hari.

2. Institusi Pendidikan

Menjadi bahan acuan untuk penelitian selanjutnya serta diharapkan dapat menjadi acuan teoritis selama pembelajaran terkait dengan pemberian asuhan keperawatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI).

3. Penelitian

Menjadi landasan dalam melakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien Infark Miokard (MCI).

E. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini meliputi 5W dan 1H, penelitian yang dilakukan ini untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien dengan Infark Miokard (MCI) yang dilakukan pada pasien Infark Miokard (MCI) di Unit Rawat Jalan RSUD Koja, Jakarta Utara. Peneliti tertarik untuk meneliti judul tersebut karena meningkatnya jumlah pasien MCI dalam 2 tahun terakhir. Waktu penelitian dilakukan pada bulan 17 April 2017 hingga 28 April 2017 dengan metode kuantitatif dan pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuisioner yang dibagikan kepada responden.