

PENGARUH REHABILITASI JANTUNG FASE I TERHADAP KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER
(Effect of Phase I Cardiac Rehabilitation on The Quality of Life of Coronary Heart Disease Patients)

Ronny Iswahyudi¹, Rahmawati Maulidia², Sih Ageng Lumadi³

¹Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Stikes Maharani Malang, Jawa Timur

Telepon: (0341) 4345375 Fax: (0341) 4345375

Email: informasi@stikesmaharani.ac.id

www.stikesmaharani.ac.id

ABSTRAK

Pendahuluan: penyakit jantung koroner berdampak terhadap kualitas hidup pasien. Rehabilitasi jantung sebagai program pencegahan sekunder yang berintegrasi dengan asuhan komprehensif telah terbukti bermanfaat dan efektif pada penderita PJK. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh rehabilitasi jantung fase I terhadap kualitas hidup pasien PJK. **Metode:** penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif inferensial dengan metode *Quasi Eksperiment*, jenis *intact group comparison* dan dilaksanakan pada bulan desember 2018, di RSU Malang. Dengan jumlah responden 61 pasien yang terbagi menjadi 31 responden mendapatkan rehabilitasi jantung fase I dan 30 responden tidak. **Hasil dan Analisa:** hasil penelitian untuk kualitas hidup (fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, dan kesehatan mental) pada responden yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I adalah rendah (< 50%) kecuali pada peranan emosi 59,93%. Sedangkan kualitas hidup pada responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I adalah tinggi (> 50%). Analisa dengan uji statistik *mann whitney* didapatkan bahwa nilai P value < 0,05. **Kesimpulan:** ada pengaruh rehabilitasi jantung fase I terhadap kualitas hidup pasien PJK. Rekomendasi hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar kebijakan Rumah Sakit dalam menerapkan program rehabilitasi jantung fase I kepada semua pasien PJK untuk meningkatkan kualitas hidup pasien PJK.

Kata kunci: kualitas hidup, penyakit jantung koroner, rehabilitasi jantung fase I

ABSTRACT

Introduction: Coronary heart disease affects the quality of life of patients. Cardiac rehabilitation as a secondary prevention program that integrates with comprehensive care has been proven to be useful and effective in CHD sufferers. This study aims to determine the effect of phase I cardiac rehabilitation on the quality of life of patients with coronary heart disease. **Methods:** This research is inferential quantitative research using the *Quasi Experiment* method, type of *intact group comparison*, and was held in December 2018, at RSU Malang. With the number of respondents 61 patients divided into 31 respondents received phase I cardiac rehabilitation and 30 respondents did not. **Results and Analyze:** The results of the study for quality of life (physical function, physical role, pain, general health, vitality, social function, and mental health) in respondents who did

*not undergo phase I heart rehabilitation were low (<50%), except for the role of emotions 59.93%. While the quality of life for respondents who were undergoing phase I cardiac rehabilitation was high (> 50%). Mann Whitney's statistical test found that the value of P value <0.05. **Conclusion:** The conclusion is the effect of phase I cardiac rehabilitation on the quality of life of patients with CHD. Recommendations on the results of this study can be used as a basis for Hospital policy in implementing phase I cardiac rehabilitation programs for all CHD patients to improve the quality of life for CHD patients.*

Keywords: *coronary heart disease, phase I cardiac rehabilitation, quality of life*

PENDAHULUAN

Penyakit jantung koroner (PJK)/*coronary artery disease (CAD)* merupakan keadaan dimana terjadi penimbunan plak pada pembuluh darah koroner. Terdapat beberapa faktor yang dapat memicu penyakit ini, yaitu: gaya hidup, faktor genetik, usia dan penyakit penyerta yang lain (Safri, 2018).

PJK merupakan kasus utama penyebab kematian dan kesakitan pada manusia (Kemenkes, 2018). Berdasarkan diagnosis/gejala, estimasi jumlah penderita penyakit jantung koroner terbanyak terdapat di Provinsi Jawa Timur sebanyak 375.127 orang (1,3%)(Kementerian kesehatan, 2014).

Penyakit Jantung Koroner (PJK) berdampak terhadap berbagai aspek kehidupan penderitanya. Secara fisik penderita akan merasakan sesak, mudah lelah, mengalami gangguan seksual, serta nyeri dada (Rosidawati et al, 2016), selain itu masalah psikososial seperti cemas dan depresi juga sering dialami oleh pasien (Gustad, Laugsand, Janszky, & Bjerkeset, 2014). Perubahan kondisi fisik, psikososial dan spiritual pada pasien PJK berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien. Pada dasarnya

terdapat tiga hal yang berperan menentukan kualitas hidup yaitu mobilitas, rasa nyeri dan kejiwaan, serta depresi/cemas. Ketiga faktor tersebut dapat diukur secara objektif dan dinyatakan sebagai status kesehatan (Rooy & Coopoo, 2017).

Periode penyakit jantung koroner memberikan tantangan tersendiri, terutama dalam mempertahankan kualitas hidup yang baik pada penderita. Oleh karena itulah maka perlu adanya pencegahan sekunder untuk menghindari terjadinya serangan pada pasien dengan *coronary artery disease* (Srivastava et al., 2017). Rehabilitasi jantung merupakan program pencegahan sekunder yang berintegrasi dengan asuhan komprehensif telah terbukti bermanfaat dan efektif pada penderita penyakit jantung koroner (Stähle, 2018). Sebagai program komprehensif, rehabilitasi jantung akan melibatkan proses edukasi, latihan, modifikasi faktor resiko, serta konseling yang didesain untuk membatasi efek fisiologis dan psikologis penyakit jantung, berfokus pada peningkatan perbaikan fisik, sosial, emosional, dan peningkatan spiritual pasien (Kachur et al., 2017). Rehabilitasi jantung fase I/Inpatient

adalah latihan dan program pendidikan pada pasien yang masih berada dirumah sakit, program terdiri dari latihan ringan, instruksi aktifitas dirumah, identifikasi faktor resiko, dan penjelasan lebih lanjut mengenai intervensi.

Berdasarkan data rekam medis di RSUD Malang pada bulan september 2018 sebanyak 57 pasien penyakit jantung koroner yang rawat inap dan ada 8 pasien yang rehospitalisasi dengan kasus yang sama. Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil wawancara yang dilakukan pada 5 orang pasien yang rehospitalisasi, kelima orang pasien mengatakan mengalami keterbatasan fisik seperti sesak dan mudah lelah saat melakukan aktifitas. Kelima pasien juga mengalami depresi karena tidak dapat melakukan kegiatan apapun dirumah, dan sering keluar masuk rumah sakit karena penyakitnya. Mereka merasa tidak berguna lagi karena semua kebutuhan kegiatan sehari-hari dilakukan oleh anggota keluarga yang lain.

Penelitian tentang kualitas hidup pada pasien dengan PJK di Indonesia sudah banyak dilakukan namun penelitian yang secara khusus menganalisis tentang pengaruh rehabilitasi jantung fase I terhadap kualitas hidup pasien dengan PJK belum banyak dilakukan. Padahal peningkatan kualitas hidup pasien PJK merupakan tujuan dari penatalaksanaan kesehatan pada pasien PJK. Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam intervensi untuk

meningkatkan kualitas hidup pasien dengan PJK.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian *kuantitatif inferensial*. Metode penelitian yang digunakan adalah *Quasi Eksperimen jenis intact group comparison*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien dengan PJK yang rawat inap pada bulan desember 2018 dan sudah lebih dari 1 minggu keluar dari rumah sakit. Sampel penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, dan didapatkan jumlah sampel sebesar 61 responden. Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel yaitu variabel independent dan variabel dependent. Variabel independent dalam penelitian ini adalah rehabilitasi jantung fase I yang meliputi: kegiatan latihan fisik, edukasi dan konseling. Rehabilitasi jantung fase I dilakukan oleh: dokter spesialis jantung, PPDS, perawat yang bersertifikat pelatihan rehabilitasi jantung, perawat dan ahli gizi. Variabel ini yang memberikan pengaruh pada variabel dependent. Dan sebagai variabel dependen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien PJK, alat ukur yang digunakan adalah Short-Form (SF 36) versi Indonesia, instrumen ini mengukur sejauh variabel independen mempengaruhi variabel dependen. Kuesioner SF 36 terdiri dari 8 domain yaitu fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peranan emosi dan

kesehatan mental. Nilai reliabilitas SF 36 yaitu 0,803 untuk fungsi fisik, 0,807 untuk peranan fisik, 0,910 untuk rasa nyeri, 0,843 untuk kesehatan umum, 0,862 untuk vitalitas, 0,927 untuk fungsi sosial, 0,793 untuk peranan emosi dan 0,725 untuk kesehatan mental (Rachmawati, 2015)

Dalam penelitian ini proses pengambilan dan pengumpulan data dimulai dengan mencatat identitas pasien PJK yang rawa tinap di RSUD malang dan mengelompokkan menjadi yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I dan kelompok yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I. Selanjutnya peneliti mendatangi rumah responden dan memberikan kuesioner SF 36. Kualitas hidup dari masing-masing domain akan dihitung kemudian dikategorikan dalam kategori tinggi dan rendah.

Uji yang digunakan untuk melihat hubungan antar variabel adalah uji *Mann Whitney* yang merupakan salah satu bagian dari statistik *non parametric*, digunakan untuk mengetahui dua perbedaan dua sampel yang tidak berhubungan. Jika nilai *Asymp Sig (2 tailed) < 0,05*, maka terdapat perbedaan yang signifikan, sehingga *H1* diterima

HASIL PENELITIAN

Dari 61 responden sebagian besar berusia 40-50 tahun (40%), berjenis kelamin laki-laki (72%), dan berpendidikan SMA (46%) serta yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I adalah 30 orang (49 %).

Tabel 1. Kualitas hidup pasien yang

dilakukan dan tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I

Kualitas hidup	Dilakukan rehabilitasi jantung fase I	Tidak Dilakukan rehabilitasi jantung fase I
Fungsi Fisik	83,38	37,16
Peranan fisik	82,25	25,27
Rasa Nyeri	76,61	49,51
Kesehatan Umum	82,64	30,69
Vitalitas	80,64	37,66
Fungsi Sosial	80,64	46,25
Peranan Emosi	89,22	59,92
Kesehatan Mental	86,83	42,03

Dari tabel diatas diketahui kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner yang meliputi fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peranan emosi dan kesehatan mental yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I dibawah 50%. Hanya kualitas hidup peranan emosi saja yang nilainya diatas 50%. Sedangkan pada pasien yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I semua domain mempunyai nilai diatas 50%. Dari hal tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I lebih tinggi dibandingkan pada pasien yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I.

Uji hipotesis pengaruh rehabilitasi jantung fase I terhadap kualitas hidup

pasien PJK menggunakan SPSS dengan uji *mann whitney*.

Tabel 2. Hasil analisis dengan uji *mann whitney*

Domain Kualitas hidup	Z	P Value
Fungsi Fisik	-5,709	0,000
Peranan fisik	-6,107	0,000
Rasa Nyeri	-5,597	0,000
Kesehatan Umum	-6,476	0,000
Vitalitas	-5,887	0,000
Fungsi Sosial	-5,615	0,000
Peranan Emosi	-3,083	0,02
Kesehatan Mental	-6,365	0,000

Dari tabel diatas diketahui domain kualitas hidup pasien yang meliputi fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peranan emosi dan kesehatan mental setelah dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji *Mann Whitney* didapatkan hasil nilai Z besarnya <-3,000 dan Nilai Sig atau P value <batas kritis 0,05, sehingga dapat disimpulkan adanya perbedaan bermakna antara dua kelompok atau yang berarti H1 diterima. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh rehabilitasi jantung fase I terhadap kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner yang tidak dilakukan

rehabilitasi jantung fase I rata-rata < 50 (rendah) yang meliputi domain kualitas hidup fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial dan kesehatan mental. Hal ini disebabkan pada pasien yang yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase 1 takut untuk melakukan aktifitas fisik, oleh karena pada saat mereka melakukan aktifitas fisik timbul nyeri dada dan sesak napas sehingga mereka harus dibawa lagi ke rumah sakit untuk rawat inap. Selain itu untuk pasien yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase 1, mereka tidak mengetahui tentang perjalanan penyakit yang dideritanya, program pengobatan dan perawatan lanjut yang akan dilakukan pada mereka, dan mereka juga tidak mengetahui aktifitas-aktifitas apa saja yang boleh mereka lakukan, serta mereka juga tidak mengetahui pola hidup yang harus diterapkan oleh mereka setelah keluar dari rumah sakit. Hal ini menyebabkan timbulnya perasaan cemas dan depresi, tidak mau melakukan aktifitas, dan menimbulkan perasaan tidak berguna pada pasien PJK. Sehingga menyebabkan domain kualitas hidup mereka menjadi rendah. Sedangkan pada pasien penyakit jantung koroner yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I kualitas hidup mereka yang meliputi: fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peranan emosi dan kesehatan mental rata-rata > 50 (tinggi). Pasien yang sudah dilakukan rehabilitasi jantung fase 1, mereka memahami tentang penyakitnya,

proses pengobatan dan perawatan pada dirinya, aktifitas-aktifitas apa saja yang boleh dilakukan, dan pola hidup yang harus mereka lakukan. Sehingga pasien yang sudah dilakukan rehabilitasi jantung fase 1 dapat melakukan aktifitas tanpa adanya perasaan takut, berkurangnya kecemasan dan lebih mudah dalam beradaptasi dengan kondisinya, serta dapat menerapkan pola hidup yang baik sehingga mencegah terjadinya serangan jantung berulang/kekambuhan, dan dapat meningkatkan semua domain kualitas hidup secara signifikan.

Karakteristik responden

Kualitas hidup pada penderita penyakit jantung koroner dipengaruhi oleh beberapa faktor, meliputi: usia, jenis kelamin dan pendidikan (Nuraeni, 2016).

1) Usia

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berusia 40-50 tahun. Usia dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Pasien dengan usia sangat tua atau lansia pada umumnya memiliki kualitas hidup yang makin menurun dibanding dengan pasien usia muda atau produktif, hal ini berdampak pada menurunnya fungsi fisik dan peranan fisik serta meningkatnya emosi pasien (NW. Harti, 2016). Selain itu R. Hamzah (2017) menyatakan bahwa seseorang dengan usia tua mempunyai rasa nyeri, masalah mobilitas, perawatan diri sendiri dan aktifitas yang lebih buruk. Perry & Potter (2009) menyebutkan bahwa usia 40-65 tahun disebut sebagai tahap keberhasilan dimana waktu yang dimiliki untuk mempengaruhi diri,

menimbang kemampuan diri sendiri, dan menilai diri sendiri bisa maksimal sehingga pasien dapat memiliki pemberdayaan dan kualitas hidup pada domain peranan emosi yang baik. Tetapi untuk fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial dan kesehatan mental semakin bertambahnya usia semakin turun.

Menurut opini peneliti usia merupakan suatu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup dan juga sebagai salah satu faktor resiko terjadinya penyakit jantung koroner. Hal ini dapat dilihat dari jumlah responden yang sebagian besar berusia 40-50 tahun sebesar 40%. Dalam penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Pasien lansia cenderung mengalami penurunan kualitas hidup dalam beberapa aspek, yaitu: fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial dan kesehatan mental. Sedangkan untuk peranan emosi cenderung stabil. Seiring dengan bertambahnya usia semakin banyak permasalahan dan tingkat stressor yang dihadapi dapat mempengaruhi kualitas hidup seseorang.

Penyakit jantung koroner pada penderita usia produktif mempunyai dampak yang lebih besar dibandingkan pada penderita lansia (Delima, Sriati, & Nur, 2018). Usia dibawah 60 tahun merupakan usia produktif, dimana seseorang yang berusia dibawah 60 tahun memerlukan suatu kondisi fisik, psikososial dan mental yang baik dalam mendukung kegiatan mereka. Pasien penyakit jantung koroner pada usia produktif lebih mudah menerima semua program rehabilitasi jantung fase I yang diberikan mulai dari pendidikan

kesehatan, konseling, dan latihan fisik. Hal ini berbeda dengan pasien penyakit jantung koroner dengan lanjut usia, dikarenakan pada pasien lanjut usia terjadi penurunan fungsi fisik dan timbulnya berbagai penyakit yang menyebabkan ketidakberdayaan. Oleh karena itu kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner lanjut usia yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I dan yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I hampir sama.

2) Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah laki-laki, dimana jenis kelamin merupakan faktor yang menunjukkan perbedaan karakteristik secara fisik dan biologis serta fungsi individu. Menurut R. Hamzah (2017), perbedaan jenis kelamin dalam persepsi sejahtera dapat terjadi walaupun tidak pada semua dimensi pengukuran kualitas hidup. Keadaan ini lebih diakibatkan karena adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian depresi.

Menurut opini peneliti jenis kelamin sangat berpengaruh dalam menentukan kualitas hidup seseorang, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. PJK pada penderita dengan jenis kelamin laki-laki mempunyai dampak yang lebih besar dibandingkan pada penderita yang berjenis kelamin perempuan. Apabila terjadi gangguan pada fungsi fisik dan mental pada seorang laki-laki dapat menyebabkan fungsi individu dalam memenuhi tuntutan kegiatan dalam kehidupan secara normal terganggu sehingga kualitas hidup menjadi rendah

Keberhasilan program rehabilitasi jantung fase I dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien

PJK juga dipengaruhi oleh jenis kelamin. Pada pasien PJK dengan jenis kelamin laki-laki lebih termotivasi untuk melakukan semua kegiatan program rehabilitasi jantung fase I mulai dari pendidikan kesehatan, konseling dan latihan fisik. Oleh karena pasien dengan jenis kelamin laki-laki merasa bahwa mereka adalah tulang punggung keluarga yang bertanggung jawab pada kehidupan keluarga dan harus dapat melakukan kegiatan-kegiatan secara normal sama dengan sebelum mereka mengalami sakit. Sedangkan pasien PJK dengan jenis kelamin perempuan memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi dan kekuatan fisik yang lebih lemah dibandingkan dengan pasien PJK dari jenis kelamin laki-laki, serta efikasi diri pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan pada perempuan. Sehingga hasil dari program rehabilitasi jantung fase I lebih baik pada pasien jantung koroner jenis kelamin laki-laki daripada pasien penyakit jantung koroner jenis kelamin perempuan dalam meningkatkan kualitas hidup.

3) Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan terbanyak pada responden adalah SMA. Tingkat pendidikan merupakan indikator seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal dan umumnya berpengaruh terhadap kemampuan dalam mengelola informasi. Individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibanding dengan yang berpendidikan rendah, begitupun sebaliknya (AW. Bestari, 2016). Menurut opini peneliti pendidikan memiliki arti pembelajaran pengetahuan yang sangat penting bagi

kehidupan manusia. Pendidikan mempunyai tujuan untuk menciptakan seseorang yang memiliki kualitas yang tinggi dan mencapai apa yang diinginkan. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah seseorang itu untuk menerima dan beradaptasi dengan keadaannya. Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Terdapat pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif. Tingkat pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan, tingkat pengetahuan dapat mempengaruhi kesehatan psikologis. Tingkat pendidikan juga dapat mempengaruhi keberhasilan program rehabilitasi jantung fase I dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner. Semakin tinggi pendidikan pasien penyakit jantung koroner semakin mudah mereka dalam menerima informasi tentang pendidikan kesehatan dan konseling yang merupakan bagian dari program rehabilitasi jantung fase I. Dengan meningkatnya pengetahuan pasien penyakit jantung koroner menyebabkan mereka lebih mudah dalam beradaptasi dengan keadaannya sehingga kualitas hidup mereka dapat menjadi lebih baik.

Gambaran domain kualitas hidup

1) Fungsi Fisik

Hasil penelitian menunjukkan

bahwa responden yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata fungsi fisik yang rendah yaitu 37,16. Berdasarkan hasil kuesioner penelitian didapatkan bahwa responden sering melakukan pembatasan terhadap aktivitas fisik dikarenakan adanya nyeri dada, sesak napas, dan ketakutan terhadap serangan jantung berulang. Pada responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor fungsi fisik yang tinggi yaitu 83,38. Hasil penelitian ini sesuai dengan Anggraini & Andani, (2018) tentang kualitas hidup pasien infark miokard bahwa sebagian besar responden memiliki skor rata-rata kualitas hidup rendah, salah satunya adalah domain fungsi fisik.

Menurut opini peneliti domain fungsi fisik menggambarkan pembatasan aktifitas fisik pasien karena masalah kesehatan yang ada. Kemampuan individu untuk melakukan aktifitas fisik dipengaruhi oleh kesehatan fisik dimana aktifitas fisik merupakan indikator seseorang berada dalam keadaan bebas dari sakit. Aktifitas fisik merupakan salah satu kegiatan yang dapat menggambarkan kualitas hidup pasien secara fisik. Dengan dilakukannya rehabilitasi jantung fase I yang komprehensif yang meliputi: pendidikan kesehatan, konseling dan latihan fisik secara bertahap kepada pasien penyakit jantung koroner dimulai saat pasien tidak merasakan nyeri atau sesak napas. Pasien PJK dapat melakukan aktifitas fisik sesuai dengan kondisinya dan dapat mengetahui

aktifitas fisik apa yang boleh dilakukannya, sehingga pasien PJK tidak lagi merasa takut untuk melakukan aktifitas fisik.

2) Peranan Fisik

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata domain peranan fisik sangat rendah yaitu 25,27. Pada responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata peranan fisik yang tinggi yaitu 82,25. Hal ini sesuai dengan penelitian Rohmah, et al., (2012) tentang kualitas hidup lanjut usia bahwa keterbatasan fisik merupakan kondisi kesehatan fisik yang secara keseluruhan mengalami kemunduran sehingga mempengaruhi peranan fisik.

Menurut opini peneliti domain peranan fisik menggambarkan pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah fisik. Rendahnya skor peranan fisik dapat disebabkan karena pasien merasa bahwa selama mereka mengalami sakit, mereka memiliki keterbatasan kemampuan untuk melakukan aktifitas sehingga mereka mengurangi jumlah jam kerja dan membatasi aktifitas serta menghabiskan seluruh waktunya untuk melakukan pekerjaan lain atau aktifitas lain yang tidak menimbulkan rasa nyeri atau sesak napas.

Peranan fisik yang dapat berfungsi dengan baik memungkinkan seseorang untuk mencapai hidup yang berkualitas. Namun, ketidaksiapan seseorang menghadapi perubahan tersebut dapat berdampak pada rendahnya pencapaian kualitas hidup.

Dengan dilakukannya rehabilitasi jantung fase I yang komprehensif yang meliputi: pendidikan kesehatan, konseling dan latihan fisik secara bertahap kepada pasien penyakit jantung koroner dapat meningkatkan peranan fisik seseorang. Pendidikan kesehatan yang jelas pada pasien PJK dan keluarga tentang penyakit yang diderita dan cara penanganannya, sehingga dapat mengurangi masalah psikologis seperti kecemasan dan dapat meningkatkan keyakinan diri pasien dalam melakukan aktifitas. Latihan fisik yang diberikan secara bertahap kepada pasien PJK dapat meningkatkan fungsi fisik dan mengurangi masalah psikologis seperti kecemasan. Fungsi fisik berkaitan erat dengan peranan fisik pada pasien PJK. Apabila fungsi fisik dari pasien PJK baik maka baik pula peranan fisik dari pasien.

3) Rasa Nyeri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata domain nyeri yang rendah yaitu 49,51. Pada responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata domain nyeri yang tinggi yaitu 76,61. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Chang, et al., (2014) menyatakan nyeri yang timbul pada seseorang dapat berdampak negatif pada aktifitas dan kegiatan fisik lain.

Menurut opini peneliti nyeri yang kronik dan nyeri akut yang hebat dapat berdampak langsung pada kesehatan mental pasien, gangguan tidur, pekerjaan dan hubungan

personal. Dampak nyeri pada kualitas hidup pasien dan kebutuhan yang tidak terpenuhi disebabkan karena kontrol nyeri yang tidak adekuat.

Dengan dilakukannya rehabilitasi jantung fase I yang komprehensif yang meliputi: pendidikan kesehatan, konseling dan latihan fisik secara bertahap kepada pasien PJK dapat menurunkan rasa nyeri yang dialami pasien. Pendidikan kesehatan yang jelas pada pasien dan keluarga tentang penyakit yang diderita, cara penanganannya, dan anjuran untuk mematuhi program pengobatan dapat mengurangi masalah psikologis seperti kecemasan sehingga rasa nyeri yang dialami pasien berkurang. Latihan fisik yang diberikan secara bertahap kepada pasien PJK dapat sebagai kontrol terhadap rasa nyeri yang dialami oleh pasien saat melakukan aktifitas fisik. Dengan latihan fisik secara bertahap pasien PJK dapat beradaptasi dengan rasa nyeri yang dialami saat melakukan aktifitas.

Konseling mengenai perilaku menuju gaya hidup sehat disarankan berupa menghentikan rokok, diet tinggi serat rendah lemak, hal ini berhubungan dengan proses aterosklerosis. Apabila pasien penyakit jantung koroner dapat menghentikan kebiasaan merokok dan berkurangnya asupan lemak dalam pembuluh darah maka dapat mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Dengan tidak adanya aterosklerosis maka suplai dan kebutuhan oksigen miokardium menjadi seimbang dan serangan angina berulang juga tidak

terjadi. Dengan tidak adanya atau berkurangnya rasa nyeri yang dialami pasien penyakit jantung koroner maka kualitas hidup menjadi meningkat.

4) Kesehatan Umum

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata domain kesehatan umum yang rendah yaitu 30,69. Berdasarkan hasil kuesioner penelitian didapatkan bahwa responden merasa mudah menderita sakit, merasa kesehatannya semakin memburuk dan kesehatannya lebih buruk daripada sebelumnya. Pada responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata kesehatan umum yang tinggi yaitu 82,64.

Menurut opini peneliti kesehatan umum merupakan pemahaman seseorang tentang sehat dan sakit. Bagi pasien penyakit jantung koroner apabila melakukan suatu aktifitas yang berlebihan akan menyebabkan nyeri dada dan sesak napas, menyebabkan mereka sering keluar masuk rumah sakit. Mereka merasa mudah untuk jatuh dalam kondisi sakit, dan mereka juga merasa kesehatannya semakin memburuk, sehingga mereka merasa tidak berguna untuk keluarga dan tidak lagi produktif dalam pekerjaannya.

Dengan dilakukannya rehabilitasi jantung fase I yang komprehensif yang meliputi: pendidikan kesehatan, konseling dan latihan fisik secara bertahap kepada pasien penyakit jantung koroner dapat menurunkan depresi dan kecemasan pasien. Program rehabilitasi jantung fase I efektif untuk meningkatkan

pengetahuan, meningkatkan fungsi fisik, menurunkan kecemasan, memperbaiki perilaku perawatan diri pada pasien, dan ketepatan penggunaan obat-obatan. Sehingga pasien penyakit jantung koroner tidak mudah mengalami kekambuhan atau serangan berulang. Dengan baiknya kesehatan umum pasien penyakit jantung koroner maka baik pula kualitas hidupnya.

5) Vitalitas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata domain vitalitas yang rendah yaitu 37,66. Pada responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata vitalitas yang tinggi yaitu 80,64. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Modersitzki, et al., (2014) bahwa skor rata-rata vitalitas responden berada dibawah skor rata-rata normatif, dan akan meningkat setelah 1 bulan dilakukan intervensi.

Menurut opini peneliti domain vitalitas menggambarkan perasaan pasien saat ini yang berkaitan dengan perasaan semangat, perasaan penuh energi, perasaan jenuh atau bosan dan perasaan capek atau lelah. Perasaan seseorang dapat mempengaruhi adanya perubahan mood atau afek dan interaksi sosial dengan keluarga dan orang sekitar.

Dengan dilakukannya rehabilitasi jantung fase I yang komprehensif yang meliputi: pendidikan kesehatan, konseling dan latihan fisik secara bertahap kepada pasien penyakit jantung koroner dapat meningkatkan

vitalitas pasien PJK. Dengan meningkatnya pemahaman pasien maka pasien dapat lebih mudah untuk beradaptasi dengan keadaannya, rasa cemas yang dialami oleh pasien juga akan berkurang. Sehingga pasien lebih mudah dalam menentukan strategi coping yang adaptif dan menambah semangat pasien PJK untuk berperan serta secara aktif dalam program pengobatan, perubahan gaya hidup dan pencegahan kekambuhan.

Latihan fisik yang diberikan kepada pasien PJK secara bertahap dapat meningkatkan fungsi fisik, mengurangi kebosanan dan dapat menambah tenaga selama pasien menjalani program pengobatan. Konseling dapat diberikan kepada pasien dan keluarga untuk mencari solusi terhadap hal-hal yang dirasakan oleh pasien sehingga mengurangi kecemasan yang dialami oleh pasien.

6) Fungsi Sosial

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata domain fungsi sosial yang rendah yaitu 46,25. Pada responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata fungsi sosial yang tinggi yaitu 80,64. Hasil penelitian ini sesuai dengan Anggraini & Andani, (2018) tentang kualitas hidup pasien infark miokard bahwa sebagian besar responden memiliki skor rata-rata kualitas hidup domain fungsi sosial yang rendah.

Menurut opini peneliti domain fungsi sosial menggambarkan tentang seberapa sering masalah kesehatan fisik dan perasaan emosi

mempengaruhi aktifitas sosial. Skor kualitas hidup merupakan indikasi level fungsi sosial pada kesehatan mental. Hal ini penting dalam mendukung hubungan sosial (*social belonging*) dan hubungan komunitas (*community belonging*) yang merupakan ikatan yang dimiliki oleh seseorang dengan lingkungan sosialnya, diantaranya senang berkumpul dengan teman-teman, mempunyai hubungan sosial yang aktif serta tidak mengalami kesulitan dalam hubungan sosial.

Program rehabilitasi jantung fase I efektif untuk meningkatkan pengetahuan, meningkatkan fungsi fisik, menurunkan kecemasan, memperbaiki perilaku perawatan diri pada pasien PJK. Apabila pasien tidak merasakan kecemasan dan tidak mengalami depresi maka pasien dapat melakukan interaksi sosial seperti biasa dengan keluarga, teman, tetangga dan ikut aktif dalam perkumpulannya.

Dengan meningkatnya kesehatan fisik maka pasien PJK dapat menjalankan aktifitas sosial dengan keluarga, teman, tetangga dan ikut aktif dalam perkumpulannya, sehingga fungsi sosial dari pasien PJK dapat berjalan dengan baik.

7) Peranan Emosi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata domain peranan emosi yang tinggi yaitu 59,92. Pada responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata peranan emosi yang tinggi yaitu 89,22.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Rosidawati et al. (2016) bahwa pasien infark miokard umumnya memiliki skor peranan emosi yang tinggi.

Menurut opini peneliti domain peranan emosi menggambarkan pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah emosi. Peranan emosi seseorang dapat dipengaruhi oleh fungsi seseorang secara emosional dan juga adanya dukungan dari keluarga. Fungsi emosional dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti adaptasi dan motivasi.

Dengan diadakannya rehabilitasi jantung fase I yang komprehensif yang meliputi: pendidikan kesehatan, konseling dan latihan fisik secara bertahap kepada pasien penyakit jantung koroner dapat meningkatkan peranan emosi pasien penyakit jantung koroner. Dengan cepatnya pasien beradaptasi dengan keadaannya dan berkurangnya tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien penyakit jantung koroner maka emosi dari pasien semakin stabil, sehingga mereka dapat melaksanakan peranan emosi dengan baik. Peran serta keluarga secara aktif dalam mendampingi pasien penyakit jantung koroner selama pasien menjalani program pengobatan juga dapat meningkatkan kestabilan emosi pasien. Dengan stabilnya emosi pasien PJK maka peranan emosi pasien penyakit jantung koroner menjadi meningkat.

8) Kesehatan Mental

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata domain kesehatan

mental yang rendah yaitu 42,03. Pada responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata kesehatan mental yang tinggi yaitu 86,83. Hal ini sesuai dengan penelitian Delima, Sriati, & Nur (2018) tentang hubungan antara penyakit, usia dan kesehatan fisik serta kesehatan mental. Yang menyatakan bahwa kesehatan mental pada pasien penyakit jantung koroner cenderung rendah.

Menurut opini peneliti penyakit jantung koroner mempunyai dampak negatif pada aspek psikologis, diantaranya gangguan persepsi pasien terhadap penyakitnya (termasuk tingkat penerimaan diri dan kepuasan terhadap hidupnya) dan kejadian depresi yang berhubungan dengan munculnya angina. Kesehatan mental merupakan salah satu penyebab tingginya nilai kualitas mental seseorang walaupun memiliki nilai komponen fisik yang rendah.

Dengan diadakannya rehabilitasi jantung fase I yang komprehensif yang meliputi: pendidikan kesehatan, konseling dan latihan fisik secara bertahap kepada pasien penyakit jantung koroner dapat meningkatkan kesehatan mental pasien penyakit jantung koroner. Wawasan dan pengetahuan pasien dapat bertambah sehingga dapat menurunkan kecemasan dan depresi serta dapat mempermudah dalam proses beradaptasi. Dengan menurunnya kecemasan dan depresi yang dialami pasien serta adanya adaptasi yang positif pada pasien dapat meningkatkan kesehatan mental pasien PJK. Dengan meningkatnya

kesehatan fisik dan menurunnya rasa nyeri yang dialami oleh pasien membuat pasien merasa lebih tenang dan damai.

Pengaruh Rehabilitasi Jantung Fase I Terhadap Kualitas Hidup

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I memiliki skor rata-rata domain kualitas hidup yang meliputi: fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peranan emosi, dan kesehatan mental adalah tinggi. Dari hasil penelitian didapatkan rata-rata nilai kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner yang dilakukan rehabilitasi jantung fase I meningkat dibandingkan rata-rata nilai kualitas hidup pasien yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I.

Dari domain kualitas hidup yang terdiri dari 8 komponen yang meliputi: fungsi fisik, peranan fisik, kesehatan umum, rasa nyeri, vitalitas, fungsi sosial, peranan emosi dan kesehatan mental menunjukkan bahwa kualitas hidup mereka lebih tinggi dibandingkan dengan kualitas hidup pasien yang tidak dilakukan rehabilitasi jantung fase I. Hal ini menunjukkan adanya pengaruh rehabilitasi jantung fase I terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner. Hal ini sesuai dengan penelitian Ghanbari-Firoozabadi et al. (2014) yang menyebutkan adanya peningkatan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner yang meliputi: fungsi fisik, kesehatan fisik, kesehatan psikologis, energi, dan

fungsi sosial setelah dilakukan rehabilitasi jantung.

KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan saat ini masih memiliki keterbatasan, yaitu pada penelitian ini ada faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yang tidak dikendalikan oleh peneliti seperti faktor emosi, spiritual, sosial ekonomi dan latar belakang budaya, pekerjaan, status pernikahan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa Rehabilitasi jantung fase I mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner yang meliputi semua domain, yaitu: fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, kesehatan mental dan peranan emosi.

Rehabilitasi jantung merupakan bagian penting dari pencegahan sekunder penyakit jantung koroner. Rehabilitasi jantung fase I yang komprehensif meliputi komponen inti seperti evaluasi klinis, latihan, konseling aktivitas fisik, berhenti merokok, konseling nutrisi, manajemen berat badan, manajemen faktor resiko, dan konseling psikososial dapat menjadi suatu upaya untuk mencegah terjadinya serangan berulang dan dapat meningkatkan kualitas hidup penderita penyakit jantung koroner.

SARAN

Adanya suatu kebijakan dari RS tentang pelaksanaan program rehabilitasi jantung fase I yang komprehensif harus dilakukan kepada semua pasien penyakit jantung koroner dan sosialisasi tentang pentingnya rehabilitasi jantung fase I dalam meningkatkan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner kepada tenaga kesehatan, penderita PJK dan masyarakat umum.

DAFTAR PUSTAKA

Agneta Stahle, PT, PhD, Associate Professor, Department of Neurobiology, care sciences and Society, Division of Physiotherapy, Karolinska Institutet, Stockholm, S. (2018). *physical activity in the prevention and treatment of disease: Coronary artery disease.*

Arafa, M.A., & Rabah, D. M. (2010). *Study of quality of life and its determinants in patients after urinary stone fragmentation. Health and Quality of Life Outcomes, 8: 119-124.*

Arovah, N. I. (2015). Program Latihan Fisik Rehabilitatif Pada Penderita Penyakit Jantung, MEDIKORA 1.

Christian, A. H., Cheema, A. F., Smith, S. C., & Mosca, L. (2009). *Predictors of quality of life among women with coronary heart disease, 363-373.*

<https://doi.org/10.1007/s11136-006-9135-7>

- Endah, R., Patriyani, H., & Purwanto, D. F. (2016). Faktor Dominan Risiko Terjadinya Penyakit Jantung Koroner (Pjk). *Jurnal Keperawatan Global, Volume 1, No1, Juni 2016 Hlm 01-54*, 23–30.
- Failde, I. I., & Soto, M. M. (2008). *Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome*,10, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-18>
- Fihn, S. D., Gardin, J. M., Abrams, J., Berra, K., Blankenship, J. C., Dallas, A. P., ... Williams, S. V. (2014). 2012 ACCF / AHA / ACP / AATS / PCNA / SCAI / STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease : Executive Summary,60(24). <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.07.013>.
- Ghanbari-Firoozabadi, M., Rahimianfar, A. A., Reza Vafaii Nasab, M., Namayandeh, S. M., Emami, M., Boostani, F., ... Barzegar, K. (2014). *A study of the effect of cardiac rehabilitation on heart failure patients' life quality. J Med Life*,7(1), 51–54. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24653758>
- Giuliano, C., Parmenter, B. J., Baker, M. K., Mitchell, B. L., Williams, A. D., Lyndon, K., ... Levinger, I. (2017). *Cardiac Rehabilitation for Patients With Coronary Artery Disease : A Practical Guide to Enhance Patient Outcomes Through Continuity of Care*. <https://doi.org/10.1177/1179546817710028>
- Gustad, L. T., Laugsand, L. E., Janszky, I., & Bjerkeset, O. (2014). *Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction : the HUNT 2 study*, 1394–1403. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh387>
- Hastuti, M. F. (2014). Pengaruh Rehabilitasi Jantung Fase I Terhadap Terapi Reperfusi Program Pascasarjana Keperawatan. *Tesis Universitas Indonesia*.
- John E. Ware, Jr, P. (2018). *SF-36 Health Survey update*, (January 2001). <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00008>
- Kachur, S., Chongthammakun, V., Lavie, C. J., De Schutter, A., Arena, R., Milani, R. V., & Franklin, B. A. (2017). *Impact of cardiac rehabilitation and exercise training programs in coronary heart disease. Progress in Cardiovascular Diseases*, 60(1), 103–114. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2017.07.002>
- Kaufman JS, Callahan LF, Shreffler J, M. T. (2009). *Health-Related Quality of Life in Adults From 17 Family Practice Clinics in North Carolina. ORIGINAL RESEARCH, Volume 6:*

- Kemenkes. (2018). Penyakit jantung penyebab kematian tertinggi, kemenkes ingatkan cerdas, 2015–2016.
- Masoumi, S. Z., Kazemi, F., Khani, S., Seifpanahi-shabani, H., Garousian, M., Razmara, F., & Roshanaei, G. (2017). *Evaluating the Effect of Cardiac Rehabilitation Care Plan on Quality of Life of Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery*, 2(2), 44–50. <https://doi.org/10.21859/ijcp-020204>
- Moryś, J. M., Bellwon, J., Höfer, S., Rynkiewicz, A., & Gruchała, M. (2016). *Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure*. <https://doi.org/10.5114/aoms.2014.47881>
- Nuraeni, A. (2016). Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v4(n2), 107–116. <https://doi.org/10.24198/jkp.v4n2.1>
- PERKI, P. (2015). Pedoman tatalaksana sindrom koroner akut (ketiga). PP PERKI.
- Puspita, R. D. (2018). Hubungan Antara Self Efficacy Dengan Penerimaan Diri Pada Pasien Penyakit Jantung Skripsi, 1–130.
- Putri, R. D., Nur, A., & Belinda, V. (2018). Kajian Kebutuhan Belajar Klien dengan Penyakit Jantung Koroner/*Study of The Learning Needs for Clients with Coronary Heart Disease*, 1(February 2018), 60–68.
- Rooy, L. Van, & Coopoo, Y. (2017). *Comprehensive cardiac rehabilitation and quality of life in coronary artery bypass graft patients*, (November). <https://doi.org/10.24170/14-3-2714>
- Roveny. (2017). Rehabilitasi Jantung setelah Infark Miokard.. *Cardiac Rehabilitation after Myocardial Infarction*, CDK-256/ v(9), 670–674.
- Yuli Rachmawati, Dyah Aryani Perwitasari, A. 2014. (2014). Validasi Kuesioner Sf-36 Versi Indonesia, 11(1), 14–25.