

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Analisis Instrumen

Pengujian validitas dan reliabilitas dilakukan dengan menggunakan SPSS. Uji validitas instrumen merupakan pengukuran yang berarti prinsip keandalan dalam mengumpulkan data. Uji reliabilitas instrumen merupakan pengukuran bahwa instrumen yang digunakan dapat dipercaya sebagai alat pengumpul data (Nursalam, 2011).

1. Uji Validitas Kuesioner

Uji validitas dilakukan dengan cara membandingkan nilai r hitung (*Corrected Item-Total Correlation*) dengan r tabel, untuk *degree of freedom* (df) = $n-2$ (Ghozali, 2013). Dalam pengujian ini dilakukan terhadap 60 responden. Pengambilan keputusan berdasarkan nilai r hitung $>$ r tabel sebesar 0,2542 dengan $df = 60-2 = 58$; $\alpha = 0,05$ maka item pertanyaan tersebut valid. Hasil uji validitas instrumen yang dilakukan di poliklinik jantung RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta terhadap 60 responden didapatkan bahwa semua pertanyaan valid dengan tingkat signifikansi $<$ 0,005 atau nilai r hitung $>$ r tabel.

2. Uji Reliabilitas Kuesioner

Uji reliabilitas dilakukan dengan melihat hasil nilai *Cronbach's alpha*. Item pertanyaan jika nilai *Cronbach's alpha* $>$ 0,6 dikatakan reliabel, sedangkan jika nilai *Cronbach's alpha* $<$ 0,6 maka item pertanyaan tersebut tidak reliabel (Arikunto, 2006). Hasil uji reliabel instrumen yang dilakukan di

poliklinik jantung RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta terhadap 60 responden yaitu 0,883 dikatakan reliabel dikarenakan nilai *Cronbach's alpha* > 0,6.

B. Karakteristik Responden

1. Usia

Rentang usia 61-70 tahun adalah jumlah terbesar pasien pasca IKP dalam penelitian ini. Rentang usia tersebut merupakan rentang usia yang dikategorikan lanjut usia. Hal ini dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Usia Responden di Poliklinik Jantung RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta

Usia	Frekuensi (n)	Persentase (%)
40 - 50 tahun	3	5
51 - 60 tahun	22	36
61 - 70 tahun	25	42
>71 tahun	10	17
Total	60	100

Pada lanjut usia memiliki risiko masalah pada pembuluh darah. Penelitian yang dilakukan oleh Chan *et al* (2005) mengemukakan bahwa rata-rata usia mengalami jantung koroner yaitu pada usia 33-87 tahun. Sejalan dengan penelitian Baas (2004) menyatakan rentang usia yang memiliki risiko masalah di pembuluh darah koroner adalah 36-81 tahun. Hasil peneliti lain oleh Steigelman (2006) menyatakan rentang usia yang memiliki risiko penyakit jantung koroner adalah 36-64 tahun. Pada usia lebih dari 71 tahun cenderung memiliki usia harapan hidup yang rendah. Rendahnya kejadian PJK pada usia lebih dari 71 tahun akibat rendahnya usia harapan hidup. Menurut WHO (2015) usia harapan hidup di Indonesia adalah 71 tahun sedangkan usia harapan hidup dinegara maju seperti Inggris memiliki usia harapan hidup 81 tahun.

2. Jenis Kelamin

Responden berjenis kelamin laki-laki merupakan jumlah terbesar pasien pasca IKP dalam penelitian ini. Hal ini dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Jenis Kelamin Responden di Poliklinik Jantung RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Laki-laki	52	87
Perempuan	8	13
Total	60	100

Menurut *World Heart Federation* (2014), menyatakan laki-laki memiliki potensi besar untuk mengalami penyakit jantung koroner. Hal tersebut didukung oleh Guyton *et al* (2000) yang menyatakan bahwa wanita memiliki risiko yang lebih rendah mengalami penyakit jantung koroner sebelum masa menopause karena adanya hormon estrogen yang meningkatkan kerja kolesterol lipoprotein densitas tinggi (HDL) dan menurunkan kerja kolesterol lipoprotein densitas rendah (LDL).

3. Tingkat Pendidikan

Responden dengan latar belakang pendidikan SMA/SLTA adalah jumlah terbesar dalam penelitian ini. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Karakteristik Tingkat Pendidikan Responden di Poliklinik Jantung RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta

Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tidak Sekolah	3	5
SD	7	12
SMP/SLTP	12	20
SMA/SLTA	23	38
Perguruan Tinggi	15	25
Total	60	100

Tingkat pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan dan perilaku dalam kesehatan. Pernyataan tersebut didukung dengan teori bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dapat mempengaruhi gaya hidup seseorang, jenis pekerjaan dan kemampuan mengelola diri sesuai dengan pengetahuan yang didapat (Rochmayanti, 2011). Penelitian yang dilakukan Panengah (2018) bahwa tingkat pengetahuan pada pasien tidak selalu ditentukan oleh pendidikan tetapi dapat melalui pelayanan KIE yang dilakukan oleh apoteker. Pelayanan KIE (Konseling, Informasi dan Edukasi) oleh apoteker memiliki hubungan dengan pemahaman pasien rawat jalan sehingga pasien dapat mengelola kesehatannya.

4. Pekerjaan

Pekerjaan responden sebagian besar (35 %) merupakan pensiunan/tidak bekerja dan selebihnya (65 %) bekerja. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Karakteristik Pekerjaan Responden di Poliklinik Jantung RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta

Pekerjaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pegawai Negeri	12	20
Pegawai Swasta	6	10
Ibu Rumah Tangga	4	7
Wirausaha	7	11
Pensiunan/tidak bekerja	21	35
Buruh	10	17
Total	60	100

Status pekerjaan dalam penelitian ini meliputi pegawai negeri/swasta, ibu rumah tangga, wirausaha, buruh, dan pensiunan/tidak bekerja. Hasil penelitian responden lebih banyak yang bekerja sejalan dengan penelitian

dalam *National Heart, Lung and Blood* (2012) yang penelitiannya menyebutkan sebagian besar (45,5 %) responden memiliki pekerjaan. Hingga saat ini memiliki pekerjaan atau tidak memiliki pekerjaan bukan menjadi faktor terjadinya penyakit jantung koroner. Peneliti lain juga menyebutkan tidak ada perbedaan kualitas hidup antara pasien yang bekerja dan tidak bekerja yang mana fungsi fisiologis jantung pasien PJK sudah mengalami penurunan (Rochmayanti, 2011).

5. Lama Waktu Pasca IKP

Responden pada penelitian ini sebagian besar (52 %) telah melewati tindakan IKP lebih dari 1 tahun. Hal ini dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Lama Waktu Pasca IKP Responden di Poliklinik Jantung RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta

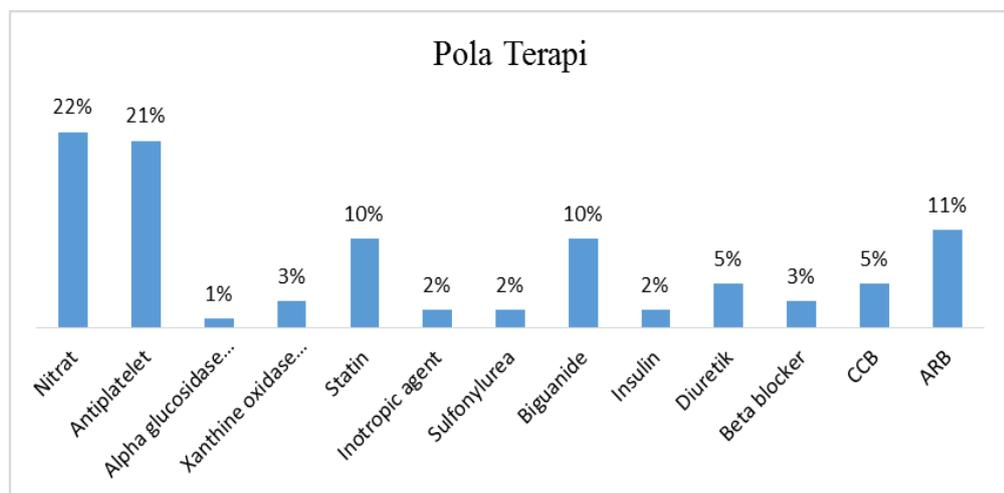
Lama Waktu Pasca IKP	Frekuensi (n)	Persentase (%)
<1 tahun	21	35
1-5 tahun	31	52
>5 tahun	8	13
Total	60	100

Berdasarkan tabel 6 didapatkan hasil yaitu lama waktu pasien pasca IKP sebagian besar 1-5 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Li *et al* (2012) mengatakan bahwa pasien IKP dikaitkan dengan peningkatan yang signifikan dalam hal status kesehatan fisik pada 6 bulan. Lukkarinen (2006) mengatakan bahwa pasien dengan riwayat IKP memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi selama periode 1 hingga 8 tahun pasca IKP dibandingkan dengan pasien yang hanya diterapi menggunakan obat tanpa tindakan IKP. Pasien IKP memiliki

kualitas hidup secara signifikan lebih baik dalam hal emosional, rasa sakit, mobilitas dan energi.

C. Analisa Pola Terapi

Berdasarkan *indepth interview* yang dilakukan peneliti terhadap responden, pasien IKP yang menjalani rawat jalan di poliklinik jantung RSUP Dr.Sardjito mendapatkan terapi seperti pada gambar 7 :



Gambar 7. Diagram Pola Terapi Responden

Hasil dari *indepth interview* yang dilakukan peneliti terhadap responden, pasien diberikan obat golongan nitrat sebagai pengobatan apabila terjadi nyeri pada dada. Nitrat diberikan kepada seluruh pasien ketika dibutuhkan untuk angina (Depkes, 2014). Penggunaan nitrat jangka panjang berpengaruh terhadap peningkatan stabilitas angina sehingga berdampak pada kualitas hidup (Spertus *et al*, 2001). Efek samping penggunaan nitrat yaitu timbulnya gejala dyspepsia dan sakit kepala yang dapat memberi dampak pada kualitas hidup (Lemos *et al*, 2014).

Terapi antiplatelet oral juga diberikan pada pasien IKP yang menjalani rawat jalan. Menurut Mehta (2001) terapi antiplatelet adalah pengobatan tambahan yang penting untuk mengurangi komplikasi iskemik pada pasien yang menjalani IKP. Antiplatelet yang diberikan pada responden yaitu clopidogrel dan/atau aspirin. Dalam pedoman ACC/AHA merekomendasikan terapi awal untuk CAD yaitu pemberian aspirin, clopidogrel, heparin, penyekat beta dan nitrat (AHA, 2015). Penggunaan terapi dual antiplatelet pada pasien yang menjalani IKP dikaitkan dengan hasil klinik yang lebih baik, serta tingkat thrombosis stent akut yang lebih rendah (Steg *et al*, 2010). Penggunaan clopidogrel selama 1 tahun relatif dapat menurunkan kejadian MI, stroke dan kematian dibandingkan dengan penggunaan clopidogrel selama 28 hari pasca IKP (Steinhubl *et al*, 2002). Efek samping yang dapat terjadi pada penggunaan antiplatelet yaitu ruam, perdarahan dan memar. Efek samping yang timbul seperti perdarahan secara independen terkait dengan kualitas hidup yang buruk (Amin, 2013).

Penggunaan antihipertensi pada pasien dengan PJK adalah menurunkan tekanan darah, mengurangi iskemia dan mencegah kejadian kardiovaskular. Terapi antihipertensi yang diperoleh responden yaitu diuretik, beta bloker, *calcium channel blockers* dan *angiotensin reseptor blocker*. Penggunaan antihipertensi terbanyak yaitu pada golongan ARB. Penggunaan ARB diindikasikan bagi pasien infark miokard yang intoleran terhadap inhibitor ACE dengan atau tanpa gejala klinis gagal jantung (PERKI, 2016). Efek samping antihipertensi khususnya ARB yang paling sering adalah pusing dan sakit kepala. Adanya efek samping yang terjadi dapat berdampak pada

kualitas hidup pasien. Kualitas hidup membaik ketika tekanan darah terkontrol dan pemilihan antihipertensi yang tepat (Hendler, 2005).

Penggunaan terapi antidiabetes dibutuhkan pada pasien yang mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus. Terapi antidiabetik yang diberikan pada responden seperti golongan biguanide, sulfonilurea, insulin dan alpha glucosidase inhibitor. Penggunaan sulfonilurea dan biguanide merupakan kombinasi antihiperglikemi oral yang paling banyak digunakan dalam praktek klinis (Fisman *et al*, 2001). Penelitian lain juga menyebutkan hasil klinik jangka panjang dari IKP dibandingkan pada pasien dengan *multivessel coronary artery* tidak ada perbedaan terkait kelangsungan hidup pada mereka yang menggunakan terapi antidiabetik oral, tetapi tingkat kelangsungan hidup ditemukan kurang pada pasien IKP yang menggunakan terapi insulin (Soylu *et al*, 2007).

Penggunaan terapi statin digunakan untuk mengurangi kolesterol total yang tinggi, kolesterol LDL dan meningkatkan kolesterol HDL. Terapi penggunaan statin oleh beberapa responden yaitu seperti simvastatin dan atorvastatin. Statin digunakan untuk mengurangi resiko infark miokard, stroke, prosedur revaskularisasi dan angina pada pasien dengan penyakit jantung koroner. Statin telah menunjukkan manfaat untuk penyakit jantung koroner dengan terapi jangka panjang dan memiliki indikasi untuk pasien dengan kolesterol tinggi (Hull, 2014). Penelitian yang dilakukan oleh Kim *et al* (2012), penggunaan statin pasca IKP dengan dosis tinggi diindikasikan untuk hiperkolesterolemia. Faktor penentu untuk tidak menggunakan statin

adalah tidak adanya hiperkolesterolemia. Hal ini menunjukkan bahwa kadar kolesterol dapat digunakan sebagai penentu penggunaan statin.

D. Analisis Korelasi dan Regresi Linier

1. *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*

a. Domain Kesehatan Fisik

Domain kesehatan fisik terdiri dari aspek kegiatan sehari-hari, ketergantungan pada bantuan medis, mobilitas, energi yang dimiliki, kelelahan yang dirasakan, nyeri, ketidaknyamanan, tidur dan kapasitas kerja yang dialami. Hubungan antara domain kesehatan fisik dengan kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 7.

Tabel 7. Hubungan Domain Kesehatan Fisik dengan Kualitas Hidup

Kesehatan Fisik	Kualitas Hidup				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Kurang Baik	0	0	0	0	0	0
Cukup Baik	0	0	8	13	8	13
Baik	2	3	50	84	52	87
Sangat Baik	0	0	0	0	0	0
Total	2	3	58	97	60	100

Koefisien korelasi (r) = 0,680; Koefisien determinan (r^2) = 0,462; Sig. (p) = 0,000

Hasil analisis pada tabel 7 menunjukkan nilai $p = 0,000$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara faktor kesehatan fisik terhadap kualitas hidup dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,680$. Besaran koefisien determinan kesehatan fisik sebesar 0,462 yang menunjukkan bahwa faktor fisik berpengaruh 46,2 % pada kualitas hidup.

Menurut Bagheri *et al* (2005), kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai faktor salah satunya yaitu faktor kesehatan fisik. Pasien dengan PJK mengalami banyak gejala termasuk kelelahan, dyspnea, stenocardia atau

edema yang penting untuk menilai bagaimana penyakit atau pengobatannya berdampak pada kesehatan fisik, emosional, dan sosial pasien (Weintraub *et al*, 2008). Peneliti lain mengatakan bahwa kecemasan dapat mempengaruhi fungsi fisik dan emosional. Pasien dapat mengalami hambatan dalam melakukan aktivitas, kesulitan memahami informasi mengenai perubahan gaya hidup dan kesulitan mengikuti pengobatan yang dijalani (Panthee *et al*, 2011).

b. Domain Psikologis

Domain psikologis terdiri dari aspek penampilan, harga diri, spiritualitas, memori dan konsentrasi. Hubungan domain psikologi dengan kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 8.

Tabel 8. Hubungan Domain Psikologis dengan Kualitas Hidup

Psikologis	Kualitas Hidup				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Kurang Stabil	0	0	0	0	0	0
Cukup Stabil	1	2	3	5	4	7
Stabil	1	2	41	68	42	70
Sangat Stabil	0	0	14	23	14	23
Total	2	4	58	96	60	100

Koefisien korelasi (r) = 0,840; Koefisien determinan (r^2) = 0,706; Sig. (p) = 0,000

Hasil analisis pada tabel 8 menunjukkan nilai $p = 0,000$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara faktor psikologis terhadap kualitas hidup dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,840$. Besaran koefisien determinan psikologis sebesar 0,706 yang menunjukkan bahwa faktor psikologis berpengaruh 70,6 % pada kualitas hidup.

Faktor psikologi menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup (Bagheri *et al*, 2005). Kecemasan dan depresi menjadi salah

satu penilaian dalam domain psikologi. Gejala depresi pada pasien penyakit jantung koroner lebih banyak dibandingkan penyakit kronis lainnya (Chung *et al*, 2009). Menurut hasil penelitian Chen *et al* (2005), depresi dapat mempengaruhi kehidupan dan tingkat depresi yang tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih buruk. Hal ini didukung dengan penelitian oleh Panthee *et al* (2011) yang menyebutkan depresi lanjut sering tidak mengikuti terapi dan aktivitas sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian lain yang dilakukan oleh Rachmayanti (2013) menyatakan bahwa kecemasan menjadi faktor resiko terjadinya penyakit jantung dan mempengaruhi kualitas hidup secara psikologis.

c. Domain Sosial

Domain sosial terdiri dari aspek hubungan pribadi, dukungan sosial dan aktivitas seksual. Hubungan domain sosial dengan kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 9.

Tabel 9. Hubungan Domain Sosial dengan Kualitas Hidup

Sosial	Kualitas Hidup				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Kurang Aktif	0	0	0	0	0	0
Cukup Aktif	1	2	2	3	3	5
Aktif	1	2	37	61	38	63
Sangat Aktif	0	0	19	32	19	32
Total	2	4	58	96	60	100

Koefisien korelasi (r) = 0,822; Koefisien determinan (r^2) = 0,676; Sig. (p) = 0,000

Hasil analisis pada tabel 9 menunjukkan nilai $p = 0,000$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara faktor sosial terhadap kualitas hidup dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,822$. Besaran koefisien determinan

sosial sebesar 0,676 yang menunjukkan bahwa faktor sosial berpengaruh 67,6 % pada kualitas hidup.

Kesejahteraan sosial menjadi salah satu faktor yang menentukan kualitas hidup seseorang. Semakin bertambahnya usia, kegiatan sosialpun semakin berkurang (Rohmah, 2012). Dukungan sosial dapat memberikan kenyamanan, perasaan dicintai, dihargai dan diperhatikan oleh orang lain. Anggota keluarga dan dukungan sosial dapat mendukung dan memberi dorongan kepada pasien untuk mengatasi masalah dikehidupan sehari-hari (Kristofferzon *et al*, 2005). Hal ini didukung oleh penelitian Stiegelman (2006) bahwa agama, keluarga dan teman-teman merupakan intervensi yang penting dalam meningkatkan kualitas hidup.

d. Domain Lingkungan

Domain lingkungan terdiri dari aspek sumber keuangan, keamanan fisik, perawatan kesehatan, lingkungan rumah, peluang untuk memperoleh informasi, peluang untuk rekreasi dan transportasi. Hubungan domain lingkungan dengan kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 10.

Tabel 10. Hubungan Domain Lingkungan dengan Kualitas Hidup

Lingkungan	Kualitas Hidup				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Kurang Memadai	0	0	0	0	0	0
Cukup Memadai	1	2	1	2	2	4
Memadai	1	2	35	58	36	60
Sangat Memadai	0	0	22	36	22	36
Total	2	4	58	96	60	100

Koefisien korelasi (r) = 0,815; Koefisien determinan (r^2) = 0,664; Sig. (p) = 0,000

Hasil analisis pada tabel 10 menunjukkan nilai $p = 0,000$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara faktor lingkungan terhadap kualitas hidup dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,815$. Besaran koefisien determinan lingkungan sebesar $0,664$ yang menunjukkan bahwa faktor lingkungan berpengaruh $66,4\%$ pada kualitas hidup.

Menurut Panthee *et al* (2011), lingkungan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Peneliti lain mengemukakan bahwa tempat tinggal harus dapat menciptakan suasana yang damai, tenang, dan menyenangkan sehingga penghuni merasa terus ingin tinggal ditempat tersebut, dengan demikian lingkungan akan mendukung tercapainya kualitas hidup yang tinggi (Rohmah, 2012).

2. Seattle Angina Questionnaire-7 (SAQ-7)

a. Domain Keterbatasan Fisik

Domain keterbatasan fisik digunakan untuk mengukur seberapa banyak kondisi pasien menghambat kemampuannya untuk melakukan aktivitasnya. Hubungan domain keterbatasan fisik dengan kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 11.

Tabel 11. Hubungan Domain Keterbatasan Fisik dengan Kualitas Hidup

Keterbatasan Fisik	Kualitas Hidup				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Sangat Berat	0	0	0	0	0	0
Berat	1	2	5	8	6	10
Sedang	1	2	23	38	24	40
Ringan	0	0	30	50	30	50
Total	2	4	58	96	60	100

Koefisien korelasi (r) = 0,664; Koefisien determinan (r^2) = 0,441; Sig. (p) = 0,000

Hasil analisis pada tabel 11 menunjukkan nilai $p = 0,000$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara faktor keterbatasan fisik terhadap kualitas hidup dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,664$. Besaran koefisien determinan keterbatasan fisik sebesar $0,441$ yang menunjukkan bahwa faktor keterbatasan fisik berpengaruh sebesar $44,1\%$ pada kualitas hidup. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa pasien yang menjalani IKP menghasilkan peningkatan yang lebih besar dibandingkan dengan pasien yang menjalani CABG dalam hal keterbatasan fisik dan kualitas hidup (Abdallah *et al*, 2013). Keterbatasan aktifitas fisik pada pasien IKP dikaitkan dengan seberapa besar stenosis atau penyumbatan yang terjadi. Memiliki penyakit penyerta dan riwayat merokok dapat memperberat terjadinya stenosis. Semakin besar stenosis maka keterbatasan aktifitas fisik semakin tinggi sehingga kualitas hidupnya akan semakin rendah (Yulianti, 2012).

b. Domain Stabilitas Angina

Domain stabilitas angina digunakan untuk mengukur perubahan gejala pasien seiring bertambahnya waktu. Hubungan domain stabilitas angina dengan kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 12.

Tabel 12. Hubungan Domain Stabilitas Angina dengan Kualitas Hidup

Stabilitas Angina	Kualitas Hidup				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Sangat Memburuk	0	0	1	2	1	2
Memburuk	0	0	0	0	0	0
Membaik	1	2	1	2	2	4
Sangat Membaik	1	2	56	92	57	94
Total	2	4	58	96	60	100

Koefisien korelasi (r) = 0,542; Koefisien determinan (r^2) = 0,294; Sig. (p) = 0,000

Hasil analisis pada tabel 12 menunjukkan nilai $p = 0,000$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara faktor stabilitas angina terhadap kualitas hidup dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,542$. Besaran koefisien determinan stabilitas angina sebesar 0,294 yang menunjukkan bahwa faktor stabilitas angina berpengaruh sebesar 29,4 % pada kualitas hidup.

Sebagian besar responden memiliki stabilitas angina dengan kategori sangat membaik. Ketidaktersediaan obat saat terjadi serangan, dapat meningkatkan frekuensi angina sehingga mempengaruhi stabilitas angina. Semakin buruk stabilitas angina, maka kualitas hidupnya semakin rendah (Yulianti, 2012). Dalam suatu penelitian menyatakan bahwa domain stabilitas angina mendukung kelanjutan terapi klinis yang relevan untuk mengurangi angina dan meningkatkan kualitas hidup (Arnold *et al*, 2014).

c. Domain Frekuensi Angina

Domain frekuensi angina digunakan untuk mengukur seberapa sering pasien mengalami gejala angina. Hubungan domain frekuensi angina dengan kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 13.

Tabel 13. Hubungan Domain Frekuensi Angina dengan Kualitas Hidup

Frekuensi Angina	Kualitas Hidup				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Sangat Sering	0	0	0	0	0	0
Sering	0	0	0	0	0	0
Jarang	1	2	1	2	2	4
Sangat Jarang	1	2	57	94	58	96
Total	2	4	58	96	60	100

Koefisien korelasi (r) = 0,551; Koefisien determinan (r^2) = 0,303; Sig. (p) = 0,000

Hasil analisis pada tabel 13 menunjukkan nilai $p = 0,000$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara faktor frekuensi angina terhadap kualitas hidup dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,551$. Besaran koefisien determinan frekuensi angina sebesar $0,303$ yang menunjukkan bahwa faktor frekuensi angina berpengaruh sebesar $30,3\%$ pada kualitas hidup.

Sebagian besar responden memiliki frekuensi angina dengan kategori sangat jarang. Hal ini dapat menunjukkan bahwa responden dapat menjaga kondisinya. Kondisi ini dapat terjadi karena kepatuhan untuk berobat dan kesadaran responden dalam mengurangi aktivitas yang dapat memicu timbulnya serangan angina. Semakin tinggi frekuensi angina maka semakin rendah kualitas hidupnya (Yulianti, 2012). Penelitian lain menyebutkan bahwa frekuensi angina dikaitkan dengan adanya infark miokard yang ditandai dengan rasa nyeri dan ketidaknyamanan pada dada (Kim *et al*, 2018).

d. Domain Kepuasan Pengobatan

Domain Kepuasan Pengobatan digunakan untuk mengukur kepuasan pasien terhadap pengobatan angina yang diterima. Hubungan domain kepuasan pengobatan terhadap kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 14.

Tabel 14. Hubungan Domain Kepuasan Pengobatan dengan Kualitas Hidup

Kepuasan Pengobatan	Kualitas Hidup				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Sangat Tidak Puas	1	2	2	3	3	5
Tidak Puas	0	0	1	2	1	2
Puas	1	2	3	5	4	7
Sangat Puas	0	0	52	86	52	86
Total	2	4	58	96	60	100

Koefisien korelasi (r) = 0,774; Koefisien determinan (r^2) = 0,599; Sig. (p) = 0,000

Hasil analisis pada tabel 14 menunjukkan nilai $p = 0,000$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara faktor kepuasan pengobatan terhadap kualitas hidup dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,774$. Besaran koefisien determinan kepuasan pengobatan sebesar $0,599$ yang menunjukkan bahwa faktor kepuasan pengobatan berpengaruh sebesar $59,9\%$ pada kualitas hidup.

Sebagian besar responden memiliki kepuasan terhadap pengobatan dengan kategori sangat puas. Kepuasan pengobatan yang rendah dapat dipengaruhi rasa bosan dalam mengkonsumsi obat-obatan. Penilaian kepuasan pengobatan dalam kuesioner dilihat dari kenyamanan hidup responden. Semakin baik pengobatan maka semakin nyaman seseorang menjalani hidupnya sehingga kualitas hidup tinggi (Yulianti, 2012).

e. Domain Persepsi Terhadap Penyakit

Domain persepsi terhadap penyakit digunakan untuk mengukur kekhawatiran tentang angina dalam kaitannya dengan kualitas hidup. Hubungan domain persepsi terhadap penyakit dengan kualitas hidup dapat dilihat pada tabel 15.

Tabel 15. Hubungan Domain Persepsi Penyakit dengan Kualitas Hidup

Persepsi Penyakit	Kualitas Hidup				Total	
	Rendah		Tinggi		f	%
	f	%	f	%		
Sangat Buruk	1	2	3	5	4	7
Buruk	1	2	19	32	20	34
Baik	0	0	24	40	24	40
Sangat Baik	0	0	12	19	12	19
Total	2	4	58	96	60	100

Koefisien korelasi (r) = 0,724; Koefisien determinan (r^2) = 0,524; Sig. (p) = 0,000

Hasil analisis pada tabel 15 menunjukkan nilai $p = 0,000$ artinya terdapat hubungan yang signifikan antara faktor persepsi terhadap penyakit terhadap kualitas hidup dengan keeratan hubungan sebesar $r = 0,724$. Besaran koefisien determinan persepsi terhadap penyakit sebesar $0,524$ yang menunjukkan bahwa faktor persepsi terhadap penyakit berpengaruh sebesar $52,4\%$ pada kualitas hidup.

Sebagian besar responden memiliki persepsi terhadap penyakit dengan kategori baik. Hal ini diakibatkan karena baiknya pengetahuan atau informasi responden terhadap penyakitnya. Beberapa responden mengatakan tidak bermasalah terhadap penyakit yang diderita selama obat itu ada. Persepsi terhadap penyakit dapat mempengaruhi kualitas hidupnya. Persepsi seseorang yang buruk terhadap penyakitnya akan mengakibatkan kualitas hidup yang rendah. Dalam penelitian, kualitas hidup responden sebagian besar tinggi karena responden dapat menerima kondisi tubuhnya. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Yulianti (2012) bahwa kualitas hidup yang tinggi dikaitkan dengan status fungsional yang baik dan kepuasan seseorang terhadap keadaan tubuhnya saat penelitian dilakukan.