



**HUBUNGAN TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN KUALITAS  
HIDUP DAN KENYAMANAN PADA PASIEN JANTUNG KORONER  
DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**SKRIPSI**

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

**Oleh :**

**Alif Tanziah**

**NIM: 30902100257**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN LINTAS JALUR  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2023**



**HUBUNGAN TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN KUALITAS  
HIDUP DAN KENYAMANAN PADA PASIEN JANTUNG KORONER  
DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**SKRIPSI**

Oleh :  
**Alif Tanziah**

**NIM: 30902100257**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN LINTAS JALUR  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2023**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarisme, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 10 Februari 2023

Mengetahui,  
Wakil Dekan I

Peneliti,



Ns. Hj. Sri Wahyuni. M.Kep., Sp.Kep.Mat.  
NIDN.06.0906.7504



Alif Tanziah  
NIM. 30902100257

## HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

### **HUBUNGAN TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN KUALITAS HIDUP DAN KENYAMANAN PADA PASIEN JANTUNG KORONER DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Alif Tanziah

NIM : 30902100257

Telah disahkan dan disetujui oleh pembimbing pada :

Pembimbing I

Tanggal: 8 Februari 2023

Pembimbing II

Tanggal : 8 Februari 2023



Ns. Indah Sri Walayuningsih, M.Kep.

Dr. Ns. Erna Melastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep.

NIDN. 0615098802

NIDN. 0620057604

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

### HUBUNGAN TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN KUALITAS HIDUP DAN KENYAMANAN PADA PASIEN JANTUNG KORONER DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Disusun oleh:

Nama : Alif Tanziah  
NIM : 30902100257

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 10 Februari 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN  
NIDN. 0605108901

Penguji II,

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep.  
NIDN. 0615098802

Penguji III,

Dr. Erna Melastuti, S. Kep., Ns., M. Kep.  
NIDN. 0620057604



Mengetahui,  
Dean, Fakultas Ilmu Keperawatan

Iwan Ardian, SKM., M.Kep.  
NIDN. 0622087403

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
Skripsi, Februari 2023**

## **ABSTRAK**

Alif Tanziah

### **HUBUNGAN TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN KUALITAS HIDUP DAN KENYAMANAN PADA PASIEN JANTUNG KORONER DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

122 Halaman + 10 tabel + 2 gambar+ 12 lampiran + iv

**Latar Belakang** : Penyakit jantung koroner salah satu penyebab terjadinya penurunan fungsi fisik dan psikologis yang mempengaruhi kualitas hidup. Spiritualitas atau agama memiliki aspek spiritual-psikologis yang tinggi mengenai masa depan serta meningkatkan kesehatan. Klien dengan penyakit jantung membutuhkan kenyamanan fisik, mental, sosial, dan lingkungan, sehingga memunculkan rasa bahagia serta optimis yang berperan dalam proses penyembuhan.

**Tujuan** : Penelitian ini yaitu untuk mengetahui keterkaitan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan klien PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

**Metode** : Penelitian ini merupakan penelitian analitik korelasional dengan desain penelitian *cross sectional* dengan 110 responden, alat ukur menggunakan kuesioner, yaitu tingkat spiritualitas (DSES), kualitas hidup (WHOQOL-BREF), serta tingkat kenyamanan (SGCQ). Uji bivariat dengan *Spearman rank*.

**Hasil** : Hasil analisis univariat mayoritas berjenis kelamin laki-laki 64 orang (58,20%), usia 56-65 tahun 44 responden (40,0%), 100% muslim, status pernikahan 95 orang (86,40%) menikah, pendidikan SLTA/SMA 57 orang (51,80%), penghasilan  $\leq$  2.835.021.29 per bulan 40 responden (36,40%), tidak bekerja/pensiunan 66 responden (60%), melakukan pemeriksaan kesehatan rutin 99 orang (90%), diagnosa medis *Congestive Heart Failure* 78 responden (70,90%), lama terdiagnosa  $\leq$  5 tahun sakit 73 responden (66,40%), memanfaatkan asuransi kesehatan 109 responden (99,10%), sudah pernah operasi 97 orang (88,20%). Hasil analisis bivariat *Spearman rank p value* = 0,001 untuk variabel tingkat spiritualitas dan kualitas hidup, dan *p value* = 0,000 untuk variabel tingkat spiritualitas dan kenyamanan, maka  $H_0$  diterima.

**Kesimpulan** : Ada hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pada pasien jantung koroner di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang.

**Kata kunci** : Kenyamanan PJK, Kualitas hidup PJK, Tingkat Spiritualitas PJK

**Daftar pustaka** : 43 (2015-2022)

**BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING  
FACULTY OF NURSING SCIENCE  
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG  
Thesis, February 2023**

## **ABSTRACT**

Alif Tanziah

***THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUALITY LEVEL AND QUALITY OF LIFE AND COMFORT IN CORONARY HEART PATIENTS AT SULTAN AGUNG ISLAMIC HOSPITAL, SEMARANG***

*122 Pages + 10 tables + 2 pictures + 12 appendices + iv*

**Background :** Coronary heart disease is one of the causes of decreased physical and psychological function that affects quality of life. Spirituality or religion has a high spiritual-psychological aspect regarding the future and improving health. Clients with heart disease need physical, mental, social and environmental comfort, so that it creates a feeling of happiness and optimism that plays a role in the healing process.

**Purpose:** This research is to determine the relationship between the level of spirituality with the quality of life and comfort of CHD clients at the Sultan Agung Islamic Hospital in Semarang.

**Method :** This research is a correlational analytic study with a cross sectional research design with 110 respondents, measuring instruments using a questionnaire, namely the level of spirituality (DSES), quality of life (WHOQOL-BREF), and comfort level (SGCQ). Bivariate test with Spearman rank.

**Results:** The results of univariate analysis, the majority were male 64 people (58.20%), aged 56-65 years 44 respondents (40.0%), 100% Muslim, marital status 95 people (86.40%) married, high school education /High school 57 people (51.80%), income  $\leq$  2,835,021.29 per month 40 respondents (36.40%), not working/retired 66 respondents (60%), doing routine health checks 99 people (90%), diagnosed medical Congestive Heart Failure 78 respondents (70.90%), diagnosed  $\leq$  5 years of illness 73 respondents (66.40%), used health insurance 109 respondents (99.10%), had been hospitalized 97 people (88.20%). The results of Spearman's bivariate analysis rank  $p$  value = 0.001 for the variable level of spirituality and quality of life, and  $p$  value = 0.000 for the variable level of spirituality and comfort, so  $H_a$  is accepted.

**Conclusion:** There is a relationship between the level of spirituality with the quality of life and comfort of CHD at the Sultan Agung Islamic Hospital in Semarang.

**Keywords** : CHD Comfort, CHD Quality of Life, CHD Spirituality Level

**References** : 43 (2015-2022)

## KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur bagi Allah SWT, yang telah memberikan rahmat serta karuniaNya, sehingga peneliti masih diberikan kesempatan dalam menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Tingkat Spiritualitas Dengan Kualitas Hidup Dan Kenyamanan Pada Pasien Jantung Koroner Di Rumah Islam Sultan Agung Semarang”

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mengucapkan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya atas dukungan, bimbingan, serta motivasi yang telah diberikan selama ini kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., MH. Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM, M.Kep., Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam SultanAgung Semarang.
3. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep.,Sp.Kep.An., Ketua Progam Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep., selaku Pembimbing I yang sudah memberikan ilmu, bimbingan, arahan, nasehat serta motivasi yang tidak ternilai harganya dalam penyusunan skripsi ini.



5. Dr. Erna Melastuti, S.Kep., Ns., M. Kep., selaku Pembimbing II yang senantiasa memberikan ilmu, bimbingan, arahan, nasehat dan motivasi yang sangat berharga dalam penyusunan skripsi ini.
6. Semua Dosen Pengajar dan Staf FIK UNISSULA atas ilmu yang sudah diberikan dan pengetahuan serta dukungan kepada penulis.
7. Terimakasih kepada keluarga saya terutama kedua orang tua yang selalu mendukung, membiayai dan menyayangi saya Bapak Ikhsan dan Ibu saya Mujiatun (Alm), serta Kakak saya Mohammad Zuhri.
8. Semua teman-teman serta sahabat dari semester 1 sampai sekarang yang tidak bisa dituliskan satu per satu.
9. Seluruh Bapak/Ibu yang sudah berpartisipasi serta menjadi sumber informasi selama berjalannya penelitian.
10. Seluruh pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu, atas bantuan serta kerjasama yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak lepas dari kekurangannya, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari rekan-rekan semua. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih.

*Wassalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh*

Semarang, 10 Februari 2023

Alif Tanziah

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Spiritualitas.....	8
1. Definisi.....	8
2. Dimensi Spiritualitas.....	8
3. Ekspresi Spiritual.....	9
4. Indikator Spiritual.....	11
5. Hal yang mempengaruhi spiritual.....	12

6.	Peran Spiritual.....	15
7.	Perubahan Fungsi Spiritual .....	16
8.	Beberapa Keadaan yang Mengakibatkan Masalah Spiritual.....	17
9.	Spiritualitas Pada Klien Jantung Koroner.....	19
B.	Kualitas hidup .....	20
1.	Definisi Kualitas Hidup .....	20
2.	Aspek Kualitas Hidup .....	20
3.	Hal yang Mempengaruhi Kualitas Hidup .....	21
C.	Kenyamanan.....	24
D.	Kerangka Teori .....	27
E.	Hipotesa.....	28
BAB III	METODE PENELITIAN.....	29
A.	Kerangka Konsep.....	29
B.	Variabel Penelitian .....	30
C.	Jenis dan Desain Penelitian.....	30
D.	Populasi dan Sampel Penelitian.....	31
1.	Populasi.....	31
2.	Sampel.....	31
3.	Teknik Sampling.....	32
E.	Tempat dan Waktu Penelitian .....	33
1.	Tempat Penelitian .....	33
2.	Waktu penelitian .....	33
F.	Definisi Operasional .....	34
G.	Instrumen atau Pengumpulan Data.....	35

1.	Instrumen Data .....	35
2.	Uji Validitas .....	38
3.	Uji Reliabilitas .....	40
H.	Metode Pengumpulan Data .....	41
I.	Rencana Analisis / Pengolahan Data .....	42
1.	Pengelolaan data .....	42
2.	Analisa Data .....	43
J.	Etika Penelitian .....	44
BAB IV	HASIL PENELITIAN .....	47
A.	Pengantar Bab .....	47
B.	Analisa Univariat .....	47
1.	Karakteristik Responden .....	47
2.	Uji Bivariat .....	50
BAB V	PEMBAHASAN .....	52
A.	Pengantar Bab .....	52
B.	Interpretasi dan Diskusi Hasil .....	52
1.	Karakteristik Responden .....	52
a.	Umur .....	52
b.	Jenis Kelamin .....	54
c.	Agama .....	55
d.	Status Pernikahan .....	56
e.	Pendidikan .....	57
f.	Pendapatan .....	58
g.	Pekerjaan .....	59
h.	Riwayat Chek <i>Up</i> /kontrol .....	59

i. Diagnosa Medis .....	60
j. Lama Terdiagnosa.....	61
k. Asuransi Kesehatan.....	62
l. Rawat Inap .....	63
2. Hubungan Tingkat Spiritualitas Dengan Kualitas Hidup	64
3. Hubungan Tingkat Spiritualitas Dengan Kenyamanan...	67
C. Keterbatasan Penelitian.....	69
D. Implementasi Keperawatan.....	70
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....	71
A. Kesimpulan .....	71
B. Saran.....	72
DAFTAR PUSTAKA .....	75
LAMPIRAN	



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Definisi Operasional .....	34
Tabel 3.3.	Kisi-kisi kuesioner DSES .....	36
Tabel 3.2.	Kisi-kisi kuesioner WHOQOL-BREF .....	37
Tabel 3.4.	Kisi-kisi kuesioner SGCQ .....	38
Tabel 4.1.	Hasil distribusi frekuensi karakteristik demografi responden berdasarkan usia, jenis kelamin, agama, status pernikahan, pendidikan terakhir, pendapatan, pekerjaan, check up/ kontrol, diagnosa medis, lama terdiagnosa, jaminan kesehatan dan riwayat rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan November 2022- Desember 2022 (n=110).....	47
Tabel 4.2.	Distribusi frekuensi karakteristik Tingkat Spiritualitas PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan November-Desember 2022 (n=110) .....	49
Tabel 4.3.	Distribusi frekuensi karakteristik Kualitas Hidup PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan November-Desember 2022 (n=110) .....	49
Tabel 4.4.	Distribusi frekuensi karakteristik kenyamanan pada PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan November-Desember 2022 (n=110) .....	50
Tabel 4. 5.	Hasil Uji Statistik Spearman Rank Hubungan antara Tingkat Spiritualitas dengan Kualiatas Hidup Pasien PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung .....	50
Tabel 4.6.	Hasil Uji Statistik Spearman Rank Hubungan antara Tingkat Spiritualitas dengan Kenyamanan Pasien PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung .....	51

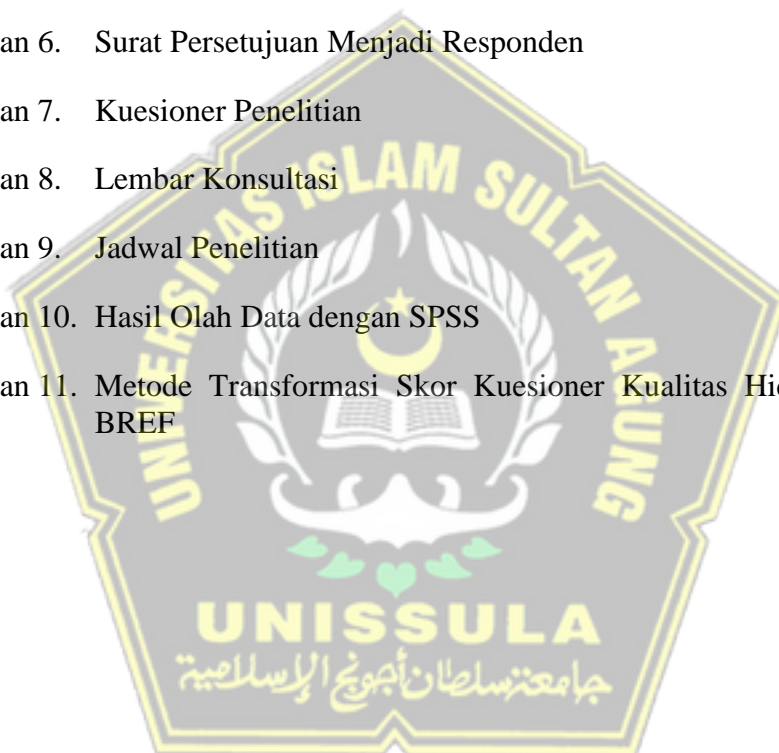
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Konsep .....	29
Gambar 3.1. Kerangka Konsep .....	29



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Permohonan Ijin Survey
- Lampiran 2. Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 3. Surat Pengantar Uji Kelaikan Etik
- Lampiran 4. Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 5. Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6. Surat Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 7. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 8. Lembar Konsultasi
- Lampiran 9. Jadwal Penelitian
- Lampiran 10. Hasil Olah Data dengan SPSS
- Lampiran 11. Metode Transformasi Skor Kuesioner Kualitas Hidup HOQOL-BREF





# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kualitas hidup pada pasien PJK pada umumnya mengalami penurunan terutama pada fisik dan mentalnya. Klien dengan aktivitas ringan dapat merubah kondisi fisiknya (Rochmayanti, 2017). Perubahan kondisi tubuh ini seperti mudah lelah, sesak napas, atau nyeri dada, serta perubahan psikologis seperti kecemasan dan depresi (Nuraeni et al., 2016). Hal-hal lain berjalan seperti biasa, termasuk berkomunikasi dengan keluarga, tetangga, ataupun teman. Di sisi lain, bagi klien PJK, hal-hal spiritual seperti rasa syukur serta dekat dengan Tuhan memiliki dampak besar pada kualitas hidup mereka (Rosidawati, 2016). Agama memiliki peran dalam kehidupan dan memiliki dimensi spiritual-psikologis yang tinggi pada apa yang akan terjadi selanjutnya. Agama atau spiritualitas dapat meningkatkan kualitas hidup dan meningkatkan kesehatan (Amarullah & Rosyid, 2021).

Klien dengan penyakit jantung membutuhkan kenyamanan secara jasmani, mental, sosial, ataupun lingkungan karena apabila tidak nyaman akan muncul sakit dada, nafas sesak serta kecemasan. Kenyamanan yang tercipta mampu menimbulkan rasa aman dan bahagia dalam diri seseorang untuk meningkatkan proses pemulihan dan kualitas hidup klien. Kenyamanan sebagai keadaan di mana kebutuhan dasar manusia terpenuhi meliputi kebutuhan akan kelegaan atau *relief* (kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari

seseorang), kedamaian atau *ease* (kebutuhan terpenuhi), *transcendence* (kesulitan dan rasa sakit) (Idris et al., 2018).

Kenyamanan yang dicapai membawa kebahagiaan bagi individu. Kenyamanan jasmani (fungsi tubuh) harus dinilai dalam batas wajar bagi seorang yang telah didiagnosis dengan penyakit, kenyamanan psikologis dan mental meliputi keyakinan diri serta *support* supaya menenangkan klien saat memperoleh diagnosa penyakit ataupun menjalani prosedur yang menyakitkan, dukungan yang diberikan dapat meningkatkan kenyamanan sosiokultural, kenyamanan lingkungan meliputi ruangan rumah sakit yang tenang sangat penting karena bisa membangkitkan optimisme (Idris et al., 2018).

Penyakit kardiovaskular menyebabkan kematian lebih dari sepertiga penduduk di negara berpendapatan rendah dan menengah (WHO, 2021). Prevalensi tertinggi 2,2% di Kalimantan Utara, terendah 0,7% di NTT serta 1,6% di Jawa Tengah (Riskesdas, 2018). Penelitian sebelumnya, menjelaskan bahwa kualitas hidup *postpercutaneous intervensi coroner* sebesar 78,9%, mempunyai nilai kehidupan lebih baik pada aspek psikologis, pada aspek lingkungan memiliki kualitas baik sebesar 55,3%, dan mempunyai nilai kehidupan lebih buruk pada aspek fisiologis sebanyak 26,3%, sosial sebesar 36,8%, serta spiritual 21,1% (Anggraini & Andani, 2018). Kualitas hidup yang baik pada klien PJK sangat dibutuhkan terutama dalam meningkatkan kualitas kesehatan yang paling baik dan menjaga fungsi atau kekuatan tubuhnya semaksimal mungkin dan dalam jangka waktu yang lama.

Klien yang datang ke rumah sakit 99% mengeluh nyeri dan ketidaknyamanan sepanjang waktu karena aktivitas klien adalah tidur, sementara yang lain merasa bahwa klien tidak dapat bekerja atau melakukan aktivitas normal. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa prevalensi gangguan kecemasan pada penderita penyakit kardiovaskuler sangat tinggi, berkisar antara 28% sampai 44% (Idris et al., 2018). Hal ini juga akan mempengaruhi tingkat kenyamanan pada klien dengan PJK. Berdasarkan penelitian sebelumnya, menyatakan bahwa rerata nilai kualitas hidup pada klien dengan jantung koroner sebanyak 58,60. Dari hasil analisa dapat disimpulkan bahwa 95% dari rerata kualitas hidup klien jantung koroner berkisar 54,87-62,32 disimpulkan bahwa kualitas hidup PJK dalam kategori sedang (Rochmayanti, 2017).

Klien dengan PJK mengalami perubahan pada fisiknya seperti sesak nafas, mudah lelah, ada masalah seksual, serta nyeri dada. Selain itu, faktor psikososial meliputi stres, depresi, stres kerja kronis, tuntutan pekerjaan yang tinggi, manajemen pekerjaan yang buruk, serta *support* sosial juga dirasakan klien jantung koroner. Masalah tersebut akan menimbulkan ketidaknyaman baik fungsi tubuh maupun dalam melakukan aktivitas sehari-harinya. Penyakit jantung koroner berpengaruh pada kehidupan kliennya baik secara jasmani, psikis, sosial bahkan spiritual yang akan berdampak buruk pada kualitas hidup klien (Amarullah & Rosyid, 2021). Penelitian sebelumnya, mengungkapkan bahwa bertambah bagus kesejahteraan spiritual individu maka kualitas hidup orang itu bertambah tinggi (Sapriyanti, 2021). Oleh karena itu, pentingnya pendekatan kesejahteraan spiritual bagi klien.

Faktor yang bisa mempengaruhi spiritualitas seseorang yaitu adanya motivasi keluarga, perubahan perhatian orang terdekat, rasa syukur dan kedekatan dengan Tuhan. Spiritualitas adalah penghargaan atas karunia menjadi sehat kembali. Nilai yang terkait dengan rasa syukur dalam Islam adalah hidup terasa lebih bahagia ketika kita menjadi orang yang bersyukur (Rosidawati, 2016). Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) kebutuhan spiritual merupakan makna kesehatan sebenarnya. Di tahun 2011 WHO menambahkan aspek spiritual terdiri dari empat domain kesehatan meliputi: kesehatan fisik (biologi), kesehatan mental (psikiatrik atau psikologi), kesehatan sosial, serta kesehatan spiritual (kerohanian atau agama), kesehatan pada jiwa berhubungan pada proses pemulihan klien (Kasanah, 2017).

Kualitas hidup klien PJK terbagi dalam dua kategori yakni kualitas hidup rendah dan kualitas hidup yang tinggi. Kualitas hidup dikategorikan dalam empat aspek yaitu fisik, mental, lingkungan serta hubungan sosial (Sapriyanti, 2021). Aspek kesehatan fisik meliputi rasa sakit serta ketidaknyamanan, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, serta kemampuan untuk bekerja. Aspek psikologis meliputi spiritual, perasaan emosional seperti cemas dan depresi, belajar, berpikir. Aspek sosial terdiri dari hubungan pribadi, dukungan keluarga, status pernikahan. Aspek lingkungan meliputi financial, peluang untuk memperoleh informasi serta keahlian baru, lingkungan rumah, piknik, transportasi (Rochmayanti, 2017)

Seseorang membutuhkan kenyamanan, baik rasa nyaman dalam beraktivitas, nyaman saat bekerja, nyaman dalam hubungan sosial serta nyaman

terhadap lingkungannya (Idris et al., 2018). Kenyamanan merupakan hasil yang utuh dimana pencapaian akan kenyamanan mampu memberikan kekuatan bagi klien dalam membentuk sikap sadar terhadap kesehatannya. Dari beberapa penelitian sebelumnya, klien dengan PJK akan muncul masalah seperti kecemasan bahkan sampai ke depresi. Dengan tingkat spiritual yang tinggi mampu meningkatkan kualitas hidup klien dengan PJK. Dengan demikian, jika nilai spiritual bisa berjalan dengan seimbang akan membentuk ketenangan atau ketentraman serta akan menciptakan kenyamanan pada kliennya dan akan meningkatkan kualitas hidup terutama pada klien dengan jantung koroner.

Hasil wawancara dari 5 orang responden penderita PJK di RSI Sultan Agung Semarang ruang Baitussyifa, di dapatkan tiga dari lima responden sadar akan kualitas hidupnya baik dan sisanya merasa buruk di sebabkan oleh kecemasan pada penyakitnya dan belum sepenuhnya bisa menerima keadaannya yang di diagnosa jantung koroner, salah satu diantaranya merasa sudah menjaga kesehatan dari gaya hidup sehari-hari dan merasa tidak pernah merasakan gejala sakit apapun dan merasa terganggu terhadap aktivitas keseharian dikarenakan sejak sakit mudah merasakan kelelahan walaupun tidak banyak aktivitas. Sebagian mereka menerima perubahan yang terjadi dengan ketabahan dan sabar dalam menjalani kehidupan sehari-hari dengan tetap bersyukur.

Oleh karena itu, peneliti perlu meneliti lebih dalam tentang penelitian ini yaitu “Hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pada pasien jantung koroner di rumah sakit”.

## B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka rumusan masalah dalam riset ini adalah “apakah ada hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pada pasien jantung koroner?”.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pada pasien jantung koroner.

### 2. Tujuan khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik klien seperti, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, lama terdiagnosa, diagnosa medis, pendapatan, rutin kontrol, jaminan kesehatan, riwayat rawat inap dan agama.
- b. Mendeskripsikan tingkat spiritualitas pada klien jantung koroner.
- c. Mendeskripsikan kualitas hidup pada klien jantung koroner.
- d. Mendeskripsikan kenyamanan pada klien jantung koroner.
- e. Menganalisis hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pada klien jantung koroner.
- f. Menganalisis hubungan tingkat spiritualitas dengan kenyamanan pada klien jantung koroner.
- g. Menganalisis keeratan hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup
- h. Menganalisis keeratan hubungan tingkat spiritualitas dan kenyamanan klien jantung koroner.

#### **D. Manfaat penelitian**

##### 1. Bagi Profesi Keperawatan

- a. Sebagai bahan pertimbangan bagi perawat untuk membantu memenuhi tingkat spiritualitas pada pasien penderita penyakit jantung koroner dalam pemberian asuhan keperawatan.
- b. Sebagai bahan masukan bagi perawat untuk memahami pentingnya tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan tingkat kenyamanan pada klien dengan penyakit jantung koroner.

##### 2. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Sebagai bahan masukan untuk Institusi Pendidikan sebagai referensi bidang keperawatan mengenai pentingnya tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pada klien jantung koroner.
- b. Sebagai bahan pertimbangan dalam penelitian selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan serta berbagai intervensi keperawatan yang lebih komprehensif yang dapat meningkatkan upaya perbaikan dan peningkatan yang sesuai terkait tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pada klien jantung koroner.

##### 3. Bagi Pasien dan Masyarakat

Penelitian ini diharapkan klien mampu menilai tingkat kenyamanannya setelah mengalami perubahan kesehatan dengan menerapkan nilai spiritualitas serta hidup berdampingan dengan kondisinya dalam meningkatkan kualitas hidup klien maupun masyarakat yang dinyatakan sakit terutama pada PJK.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Spiritualitas**

##### **1. Definisi**

Spiritual ialah hal yang berkaitan dengan spirit dan motivasi dalam memperoleh suatu kepercayaan, keinginan serta makna hidup. Sedangkan spiritualitas ialah eksplorasi diri dalam mempelajari respon menjadi usaha terakhir dalam hidup, mengenai arti, serta berkaitan dengan Tuhan, hal ini merupakan bagian ritual keagamaan (Yusuf, 2016).

Spiritualitas merupakan nilai, makna, dan tujuan menjadi manusia yang memiliki integritas, rasa suka, memiliki perhatian, arif, pengendalian diri terhadap hal negatif, serta perasaan sayang, menyadari akan nilai hidup yang lebih baik mampu membentuk kepercayaan, spirit atau semangat kepada Tuhan, berjalan dengan penuh semangat dan alamiah sehingga menciptakan kebugaran fisik, akal dan jiwa (Yusuf, 2016).

##### **2. Dimensi Spiritualitas**

Kesejahteraan spiritual mempunyai 2 dua komponen yaitu dimensi vertikal (*religious well-being*) dan dimensi horizontal (*exitential well-being*).

###### **a. Dimensi vertikal (*religious well-being*)**

*Religious well-being* adalah hubungan antara seseorang terhadap Tuhannya.



b. Dimensi horizontal (*existential well-being*)

*Existential well-being* merupakan hubungan seseorang terhadap diri sendiri dan masyarakat. Aspek ini menjelaskan persepsi seorang terhadap arti hidup dan tujuan serta kepuasaanya hidupnya terlepas dari aspek keagamaan (Nursalam, 2020).

### 3. Ekspresi Spiritual

Spiritual seorang bisa terlihat dari aspek spiritual meliputi: *mystery, love, suffering, hope, forgiveness, peace and peacemaking, grace, and prayer.*

a. *Mystery*

Misteri adalah pengalaman hidup pribadi dan kualitas kepercayaan pada Tuhan di dalam diri setiap orang. Dengan percaya pada kehidupan selanjutnya inilah kualitas spiritualitas seseorang, mereka mampu mengukur nilai tindakan dalam kehidupan di luar kesehatan dan penyakit, menciptakan ketegaran atau ketabahan dalam proses penyembuhan, dan mengatasi rasa sakit dan kesengsaraan. Kehidupan di dunia ini singkat, kehidupan di akhirat akan abadi, dan persiapan untuk akhirat dicapai dengan kehidupan di bumi (Yusuf, 2016).

b. Cinta

Rasa suka adalah nilai spiritual yang berasal dari hati. Cinta adalah bagian dari proses pemulihan karena ada kaitannya dengan menerima rasa sakit. Cinta di sini berarti mencintai diri sendiri,

menerima cinta dari orang lain, mencintai sesama, mencintai Nabi Muhammad SAW, mencintai dalam kegiatan keagamaan, serta mencintai dalam segala aspek kehidupan. Cinta menciptakan spiritualitas manusia (Yusuf, 2016).

c. *Suffering*

Penderitaan dapat diakibatkan oleh gangguan fisik, psikologis, emosional, atau mental. Namun, hal tersebut dipengaruhi oleh konsep rasa sakit, arti penderitaan, kebiasaan, latar belakang keluarga, aktivitas keagamaan, serta nilai spiritual tentang kepribadian seseorang, sehingga orang dalam situasi yang sama tidak mengalami penderitaan yang sama. Perawat harus memperhatikan reaksi orang tersebut terhadap penderitaan. Karena hal itu mempengaruhi konsepsi kita tentang kesehatan dan penyakit, serta pendekatan kita terhadap penyembuhan (Yusuf, 2016).

d. *Hope*

Harapan adalah tentang masa depan, membiarkan pikiran menebak apa yang akan terjadi selanjutnya serta cara membuatnya lebih berharga. Dengan demikian, makna spiritualitas sama dengan keinginan. Ini karena ada hubungan mutlak antara keinginan, kesejahteraan spiritual, kualitas keyakinan, dan respons positif lainnya (Yusuf, 2016).

e. *Pemaaf*

Memaafkan adalah bagian dari pengobatan penyembuhan diri sendiri. Dengan memberikan maaf bisa menjadi aspek paling utama

dalam proses pemulihan tubuh serta mampu menghilangkan rasa sakit dengan percaya bahwa Tuhan adalah Maha Pemaaf (Yusuf, 2016).

f. *Peace and Peacemaking*

Tentram serta menciptakan ketentraman merupakan keadaan dimana manusia bisa bermanfaat bagi orang lain, saling menghormati, beriringan, memperjuangkan kehidupan beragama berdasarkan pada keyakinan yang maknanya sama yaitu Tuhan, maka akan tercipta kehidupan yang damai bagi semuanya (Yusuf, 2016).

g. *Grace*

Anggun, lemah lembut merupakan bentuk dalam kehidupan dalam berterima kasih pada segala sesuatu yang sudah dikasih Sang Pencipta kepada kita. Bersyukur yaitu rasa ungkapan terimakasih pada Sang Pencipta atas nikmat yang sudah diberikan. Bersyukur menunjukkan keimanan dan pengakuan kekuasaan Tuhan (Yusuf, 2016).

h. *Prayer*

Berdo'a menunjukkan spiritualitas seseorang. Berdo'a adalah meminta pada Yang Mahakuasa supaya diberikan yang baik, kebahagiaan, kelapangan, kebugaran, diberikan jalan penyelesaian dari berbagai masalah dan lainnya (Yusuf, 2016).

#### 4. Indikator Spiritual

Tanda-tanda terpenuhinya keperluan spiritual individu apabila :

- a. Menunjukkan pentingnya orang baik untuk tujuan berada di bumi.
- b. Menumbuhkan pemahaman mengenai rasa sakit serta percaya akan

anugrah disetiap masalah dan kesulitan.

- c. Menjalin hubungan yang positif serta energik melalui keyakinan, kepercayaan serta rasa menyayangi yang tinggi.
- d. Meningkatkan nilai kejujuran dan menghargai diri sendiri.
- e. Merasakan kehidupan terarah terlihat melalui keinginan seseorang.
- f. Menumbuhkan ikatan satu sama lainnya secara positif.
- g. Terciptanya keharmonisan, saling berdampingan antara diri sendiri, sesama manusia, semesta serta ikatannya terhadap Tuhan.
- h. Dapat menumbuhkan rasa berterimakasih, lapang dada serta ikhlas (Yusuf, 2016).

#### 5. Hal yang mempengaruhi spiritual

- a. Perkembangan

Keluarga merupakan sarana yang paling utama pada perkembangan spiritual sejak dini. Seseorang harus merasakan bahwa apa yang diciptakan didunia ini berharga dan bernilai tanpa terkecuali, peran individu yaitu mencari akan arti ciptaan Yang Mahakuasa yang ada di dunia. Seluruhnya terwujud mulai pertama proses *growth* (Yusuf, 2016).

- b. Peran keluarga

Banyak kejadian bisa dipelajari di dalam sebuah keluarga salah satunya meliputi kegiatan beragama, bersikap pada sesama, serta kegiatan personal. Maka dari itu, keluarga menjadi tempat terdekat serta menjadi dunia pertama dimana individu memiliki pengetahuan, wawasan terhadap dunia dengan pengalaman dari

keluarganya (Yusuf, 2016).

c. Ras atau Suku

Etnisitas adalah seperangkat kondisi tertentu milik sekelompok orang tertentu. Sedangkan budaya itu kompleks, tetapi mencakup unsur wawasan, seni, kepercayaan, moralitas, hukum, serta adat. Secara umum, seseorang mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarganya. Di dalam keluarga, anak belajar pentingnya terlibat dalam aktivitas keagamaan. Ini meliputi nilai moral hubungan keluarga dan partisipasi dalam berbagai bentuk aktivitas religi (Yusuf, 2016).

d. Pengalaman kehidupan sebelumnya

Pengalaman akan menjadi guru yang terbaik. Dimana pengalaman baik atau buruk bisa berdampak pada spiritualitas individu, serta sebaliknya mempengaruhi bagaimana seseorang secara mental memaknai pengalamannya. Ketika seseorang ceroboh, hidup tanpa aturan, dan hanya mengikuti keinginannya sendiri, ketika dia mengalami cobaan penderitaan, itu menjadi penderitaan baginya. Pengalaman hidup seperti itu dapat mempengaruhi pemahaman seseorang tentang (Yusuf, 2016).

e. Krisis dan metamorfosis

Krisis serta perubahan bisa memperkuat atau melemahkan kondisi spiritual seseorang. Tergantung perilaku positif atau negatif yang biasanya berkembang. Ketegangan biasanya dialami dalam

menghadapi penyakit, penderitaan, usia tua, kehilangan bahkan kematian. Biasanya terjadi pada penyakit kronis, stadium lanjut atau prognosis jelek. Perubahan yang terjadi dalam kondisi ini bisa menjadikan spiritual yang bersifat emosional (Yusuf, 2016).

f. Terisolasi dari rangkaian spiritual

Mengidap penyakit bisa menjadikan seseorang mengalami rasa terasingkan, kehilangan keleluasaan serta bentuk *support* masyarakat. Gaya hidup keseharian terjadi metamorfosis misalnya, tak mampu mengunjungi kegiatan resmi, menghadiri acara keagamaan, ataupun bergabung bersama keluarga dan sahabat yang mana dapat memberi suport sewaktu-waktu sesuai yang diinginkan (Yusuf, 2016).

g. Isu Moral berkaitan pada pengobatan

Proses pemulihan dipandang menjadi kaidah Sang Pencipta dalam memperlihatkan kekuasaan-Nya. Keyakinan tersebut mampu menciptakan sistem keyakinan terhadap kesehatan, memilih cara mendapatkan kesembuhan, serta motivasi dalam menciptakan model kesembuhan atau pemulihan. Meskipun sudah berkembang terapi terbaru dimana muncul obat-obatan baru, radiasi serta pembedahan, terapi berlawanan berlandaskan kolaborasi kekuatan, spirit, serta pikiran (*body, mind, and spirit*) dengan faktor mukjizat atau *Miracle*. Dan berbagai macam terapi tersebut bertumbuh berdasarkan sifat dari masyarakat (Yusuf, 2016).

Empat aspek dari spiritualitas seseorang, yaitu:

- a. Aspek Personal, berhubungan dengan diri sendiri, mencari arti diri sendiri, mencari tujuan dan nilai hidup. Aspek personal ini berhubungan dengan kesadaran diri, yaitu penggerak mental manusia untuk mendapatkan identitas dan harga diri.
- b. Aspek Communal, yaitu kemampuan seseorang untuk berhubungan dengan orang lain serta tingkat kesanggupan yang lebih dalam kaitannya dengan aspek umum, yaitu moralitas serta budaya. Memiliki kemampuan untuk mewujudkan cinta, pengampunan, kepercayaan, harapan, serta kepercayaan pada orang lain.
- c. Aspek Lingkungan, yaitu ketertarikan pada ekosistem secara alamiah, senang ketika menemui pengetahuan puncak (*peak experience*), memanjakan diri pada keelokan semesta, keahlian akan merawat ekosistem supaya bisa membantu fungsi disekitarnya.
- d. Aspek Transendental, yaitu kepiawaian dalam meningkatkan hubungan pada Tuhan, menyangkut keteguhan hati, ibadah serta penghormatan pada asas transenden yakni Sang Pencipta. Terdapat keyakinan (*faith*) kepada Sang Pencipta (Tumanggor, 2019).

## 6. Peran Spiritual

Beberapa peran yang memerlukan spiritual menurut (Sulityowati, 2017:141) yaitu:

- a. Klien Kesepian

Pasien kesepian, tanpa pendamping, serta memerlukan pertolongan spiritual karena merasa tidak berdaya kecuali kuasa Tuhan, yang tidak memiliki pendamping selain Tuhan.

b. Ketakutan dan kecemasan klien

Adanya rasa takut dan cemas bisa menimbulkan perasaan bingung dan pasien mungkin membutuhkan kedamaian batin dalam dirinya dan kedamaian terbesar adalah dengan Tuhan.

c. Klien akan menghadapi operasi.

Khawatir dalam menjalani operasi sebab muncul pandangan antara hidup dan mati. Pada saat ini, pasien sangat membutuhkan bantuan spiritual karena kehadiran Tuhan sangat penting dalam situasi ini.

d. Klien dengan perubahan gaya hidup

Pola gaya hidup bisa menimbulkan kerancuan dalam keyakinan, namun pasien membutuhkan dukungan emosional yang lebih banyak ketika gaya hidupnya berubah.

## 7. Perubahan Fungsi Spiritual

Berbagai perilaku dan aktualisasi diri yang diungkapkan oleh perawat harus diperhatikan, mungkin klien memiliki masalah spiritual menurut (Sulityowati, 2017) yaitu:

1. Verbalisasi distress atau rasa sakit

Individu yang menderita disfungsi spiritual umumnya mengungkapkan kesusahan yang mereka alami atau mengungkapkan kebutuhan akan pertolongan. Misalnya, seorang wanita “merasa bersalah karena seharusnya saya tahu lebih awal bahwa suami saya terkena serangan jantung.”



## 2. Perubahan sikap

Perubahan sikap adalah perwujudan dari gangguan fungsi spiritual. Klien khawatir tentang hasil diagnosis atau hanya mengalami tekanan emosional. Beberapa orang memeriksa diri sendiri untuk mencari tahu mengapa situasi itu terjadi dan mencoba mencari informasi yang dapat mengatasi situasi tersebut, sementara yang lain bereaksi secara emosional dan mencari berita dan dukungan dari keluarga dan teman. Rasa bersalah, kecemasan, depresi, serta kecemasan menunjukkan perubahan fungsi mental.

## 8. Beberapa Keadaan yang Mengakibatkan Masalah Spiritual

Menurut (Sulityowati, 2017: 142) kondisi yang menyebabkan masalah spiritual adalah:

### a. Penyakit Akut

Penyakit tiba-tiba, tidak terduga merupakan ancaman pribadi atau dampak jangka panjang pada kesehatan bahkan kesejahteraan klien, serta bisa mengakibatkan tekanan psikologis yang signifikan.

### b. Penyakit Kronis

Orang dengan penyakit kronis biasanya muncul tanda-tanda yang merusak atau mengganggu kehidupan sehari-hari mereka. Kemandirian sangat terganggu, dapat menyebabkan kecemasan dan kesedihan. Mengandalkan orang lain untuk perawatan diri secara teratur bisa menyebabkan perasaan tidak mampu serta penurunan batin yang dirasakan. Seorang mungkin kehilangan tujuan hidup

yang ditentukan oleh kekuatan berdasarkan pada apa yang diharapkan untuk mengatasi perubahan alami dalam fungsi dapat menjadi hal penting dalam mengatasi metamorfosis. Keberhasilan dalam melewati perubahan yang disebabkan oleh penyakit kronis bisa membuat seseorang lebih kuat secara spiritual.

c. Penyakit Terminal

Penyakit terminal biasanya mengakibatkan rasa takut akan rasa sakit pada tubuh, ketidaktahuan, dan ancaman terhadap integritas. Klien sangat rentan terhadap distress spiritual karena cemas akan arti kematian.

d. Individualis

Ketika seorang menjalani kehidupan, tak jarang mengajukan pertanyaan untuk menemukan arti hidup menjadi hal yang tidak sama dan interaksi terhadap orang lain. Saat kita menjalani hidup, mengajukan pertanyaan untuk menemukan makna dalam hidup, untuk melakukan sesuatu secara berbeda, dan untuk berinteraksi dengan orang lain. Individuasi disebut krisis paruh baya, individualisme biasa dialami di usia paruh baya. Individualisme merupakan perasaan hampa dalam hidup atau ketidakmampuan dalam memotivasi diri sendiri. Individualisme adalah pengalaman manusia yang diidentifikasi dengan kebingungan, konflik, putus asa, serta kekosongan. Individualisme memicu orang untuk mempertahankan aspek positif dari karakter mereka, seperti stres, kesuksesan atau kegagalan di tempat kerja, masalah pernikahan, atau

kesehatan yang menurun. Spiritualitas harus dipertahankan untuk mencari diri yang lebih besar.

e. Pengalaman Mendekati Kematian

Seorang perawat atau bidan mungkin menemui klien yang memiliki pengalaman mendekati kematian (NDE/ *Near-death experience*). NDE sudah diidentifikasi menjadi kenyataan psikologis mengenai individu yang dekat dengan kematian atau pulih sesudah dinyatakan mati.

f. Perubahan Denominasi atau Agama

Menikah dengan orang yang tidak memiliki latar belakang agama yang sama atau pindah ke suatu daerah tanpa komunitas tertentu dianggap kerugian bagi seseorang.

**9. Spiritualitas Pada Klien Jantung Koroner**

Spiritual adalah bagian dari kekuatan yang ada dalam diri manusia untuk memberi makna pada kehidupan. Spiritualitas yang tinggi membantu individu menjadi lebih kuat, memiliki stamina yang lebih besar (Zulvana, 2018), serta cenderung lebih bersyukur dan proaktif, yang pada akhirnya mengarah pada peningkatan harga diri spiritualitas (Rias, Yohannes Andi, 2021). Perasaan percaya diri dan harga diri memberi klien PJK tujuan. Hal ini bisa terlihat melalui kemampuan membangun harapan dan interaksi yang positif.

Manusia adalah orang yang diciptakan oleh Tuhan sebagai manusia yang holistik serta unik, dan manusia mempunyai komponen

bio-psiko-sosial-budaya serta spiritual. Kebutuhan psikologis PJK dipengaruhi banyak hal. Satu diantaranya yaitu faktor keluarga, dukungan keluarga memotivasi PJK terutama kebutuhan spiritual. Upaya yang bisa dijalankan untuk memenuhi kebutuhan spiritual PJK yaitu dengan mengikutsertakan tugas keluarga sebagai orang terdekat. Diharapkan keluarga bisa memberikan perhatian penuh terhadap kesejahteraan PJK, terutama kesejahteraan spiritualnya.

## **B. Kualitas hidup**

### **1. Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup adalah kesan dari seseorang mengenai kehadirannya di kehidupannya yang berhubungan pada adat atau kebiasaan serta cara menilai di ekosistem dia tinggal terkait pada maksud, keinginan pada umumnya, serta kejadian yang menarik lainnya (Nursalam, 2020).

### **2. Aspek Kualitas Hidup**

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) melalui WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) terdapat empat aspek yang digunakan untuk mengetahui kualitas hidup yaitu:

- a. Aspek fisik terdiri dari nyeri serta ketidaknyamanan, stamina serta letih, tidur dan rehat, kesibukan, kegiatan keseharian, ketergantungan terhadap obat-obatan atau bantuan medis, dan kemampuan dalam bekerja.

- b. Aspek psikologis terdiri dari perasaan yang baik, berfikir, menuntut ilmu, harga diri, penampilan, perasaan buruk, serta spiritualitas.
- c. Aspek hubungan sosial terdiri dari hubungan personal, dorongan dari masyarakat, dan perilaku seksual.
- d. Aspek lingkungan terdiri dari keamanan tubuh, lingkungan rumah, sumber pendapatan, kebugaran, keahlian, wisata, lingkungan fisik, kepedulian sosial, kebebasan, serta kendaraan (Nursalam, 2020).

### 3. Hal yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

#### a. Gender (Jenis Kelamin)

Jenis kelamin merupakan hal yang mempengaruhi kualitas hidup pada klien dengan PJK. Tertinggi berjenis kelamin pria sebanyak 56%. Kondisi ini disebabkan karena secara umum perbandingan pria dan wanita, jika pria beresiko paling tinggi terkena penyakit jantung koroner. Kualitas hidup antara pria dan wanita memiliki perbedaan yang mana rerata kualitas hidup pria sebanyak 54,12% serta kualitas hidup wanita 64,31%. Dari analisis multivariat memperlihatkan bahwa terdapat keterkaitan antara gender dengan kualitas hidup (Rochmayanti, 2017).

#### b. Umur

Rata-rata umur klien PJK di Poliklinik Jantung Rumah Sakit Pelnii yaitu 58,74 tahun dengan standar deviasi 11,737 tahun. Usia termuda 34 tahun dan tertua 84 tahun. Kondisi tersebut memperlihatkan jika umur klien PJK ada dimasa dewasa muda dan dewasa akhir. Usia ini menjadi usia yang memiliki risiko tinggi

terserang bermacam-macam penyakit yang salah satunya yaitu PJK. Beberapa penelitian menyatakan bahwa PJK paling tinggi terjadi pada klien yang berumur lebih tua, akan tetapi PJK lebih cenderung terjadi di masa muda yang produktif seperti yang terjadi pada responden paling muda dalam riset tersebut yaitu berumur 34 tahun. Dari hasil analisa bahwa keterkaitan umur dengan kualitas hidup diperoleh  $p\text{ value} = 0,001$  maksudnya ada keterkaitan yang berarti antara umur klien PJK dengan kualitas hidup. maka dapat disimpulkan dari penelitian tersebut bahwa semakin tua umur individu maka kualitas hidup semakin rendah, keadaan ini dipengaruhi adanya transfigurasi karena penyempitan pembuluh arteri dan penyumbatan suplai darah ke jantung (Rochmayanti, 2017). Berikut kelompok umur menurut Depkes RI (2009): usia balita : 0-5 tahun , kanak- kanak : 5-11 tahun , remaja awal : 12-16 tahun, remaja akhir : 17-25 tahun, dewasa awal : 26-35 tahun, dewasa akhir : 36-45 tahun, lansia awal : 46-55 tahun, lansia akhir : 56-65 tahun, manula : > 65 tahun (Hakim, 2020).

c. Tingkat Pendidikan

Jenjang pendidikan responden terbanyak ditemukan pada tamatan SMA yaitu sejumlah 39% dan lulusan Perguruan Tinggi sejumlah 34% serta sisanya tamatan SD, SMP, dan tidak bersekolah. Maka dapat disimpulkan dalam penelitian tersebut jika paling banyak responden yang memiliki PJK berpendidikan rendah (Rochmayanti, 2017).

d. Pekerjaan

Pekerjaan berpengaruh pada kualitas hidup PJK mulai dari responden yang tidak bekerja atau pensiunan, tani atau pedagang atau karyawan, PNS atau TNI atau POLRI dan lain - lain (BUMN atau swasta) kesimpulan dari hasil univariat menunjukkan bahwa jumlah klien PJK disetiap status pekerjaan paling banyak bekerja di BUMN atau swasta dengan jumlah 44% serta tidak bekerja/ atau pensiunan dengan jumlah 41% pada umur rata-rata 61,11 tahun (Rochmayanti, 2017).

e. Status Perkawinan

Status pernikahan dari klien PJK masih mempunyai pasangan sebanyak 82% dan yang sudah tidak mempunyai pasangan sebesar 18%, teman hidup menjadi penyemangat yang baik dimana mampu menaikkan kualitas hidup PJK. Dari penelitian sebelumnya menyatakan bahwa klien yang tidak memiliki teman hidup cenderung lebih cemas daripada klien yang berpasangan. Walaupun status pernikahan tidak berpengaruh terhadap tingkat resiko terkena PJK akan tetapi, status pernikahan menjadi *support* sosial pada klien serta dengan adanya teman hidup mampu meningkatkan *support* pada pasangannya untuk melakukan aktivitas yang sehat dan positif (Rochmayanti, 2017).

f. Pendapatan

Status pekerjaan yang dijalankan klien dengan PJK adalah 59% klien dengan bekerja ataupun yang pensiunan dengan rata-rata

pendapatan sebanyak Rp 1.722.920. Beberapa penelitian sebelumnya, menyatakan bahwa klien dengan *financial* rendah akan lebih cemas dibandingkan dengan *financial* yang lebih tinggi, keadaan ini berpengaruh terhadap kualitas hidupnya (Rochmayanti, 2017). Penghasilan dalam penelitian ini digolongkan berdasarkan UMK (*Upah Minimum Kabupaten/Kota*) Semarang Jawa Tengah 2022 yaitu Rp 2.835.021.29,00 (Pranowo, 2022).

## C. Kenyamanan

### 1. Definisi

Kenyamanan yang dikembangkan oleh Kolcaba merupakan persepsi yang sangat relevan dengan bidang keperawatan. Peningkatan kenyamanan merupakan pencapaian keperawatan yang paling penting dalam konsep teori kenyamanan.

### 2. Konsep Kenyamanan

Konsep teori *Comfort* Kolcaba memfokuskan pada konsep utamanya yaitu:

#### a. *Health Care Needs*

Kebutuhan perawatan adalah kebutuhan akan kenyamanan yang timbul dari kondisi perawatan yang penuh tekanan yang belum bisa dipenuhi oleh penerima sistem pendukung tradisional. Keperluan ini terdiri dari kebutuhan jasmani, mental, relasional sosial, serta lingkungan, yang semuanya memerlukan pengawasan, pelaporan verbal atau nonverbal, serta dukungan finansial dan motivasi (Alligood, 2017).



b. Kenyamanan

*Comfort* adalah konsep terkait dalam ilmu keperawatan. Kenyamanan adalah keadaan di mana seorang klien menghasilkan rasa nyaman, meliputi empat aspek fisik, mental, sosial, serta lingkungan.

Jenis kenyamanan didefinisikan sebagai :

- 1) *Relief (kelegaian)*, merupakan keadaan individu sebagai penerima yang memenuhi kebutuhan yang lebih spesifik.
- 2) *Ease* (kenyamanan), merupakan kondisi damai dan bahagia.
- 3) *Transedence*, merupakan kondisi seseorang yang mengatasi kesulitan (Alligood, 2017).

Kemudian Kolcaba menurunkan kondisi tersebut ke dalam hal berikut ini:

- 1) Fisik, meliputi persepsi tubuh.
- 2) Psikospiritual, meliputi pemahaman batin tentang harga diri, citra diri, seksualitas, makna hidup, dll.
- 3) Lingkungan, meliputi kondisi alam sekitar, keadaan, serta pengaruh dari luar.
- 4) Sosial budaya, meliputi pergaulan, keluarga, serta masyarakat (Alligood, 2017).

c. *Comfort Measures*

Intervensi *Comfort* didefinisikan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk memberikan rasa nyaman tertentu pada klien. Ini termasuk intervensi fisik, sosial, budaya, ekonomi, mental, spiritual, lingkungan dan somatik. (Alligood, 2017).

d. *Enhanced Comfort*

Hasil yang diinginkan dalam pemberian asuhan keperawatan baik bagi klien ataupun keluarga, berdasarkan pada konsep *comfort* tersebut (Alligood, 2017).

e. *Intervening variables*

Diartikan sebagai interaksi yang mempengaruhi persepsi klien tentang kenyamanan. Ini termasuk pengalaman sebelumnya, umur, perilaku serta bentuk dukungan, semua faktor motivasi, keadaan emosional, ekonomi, budaya, antisipasi serta pengalaman klien. Variabel ini mempengaruhi kriteria untuk perencanaan perawatan dan hasil yang dicapai dalam perawatan. (Alligood, 2017).

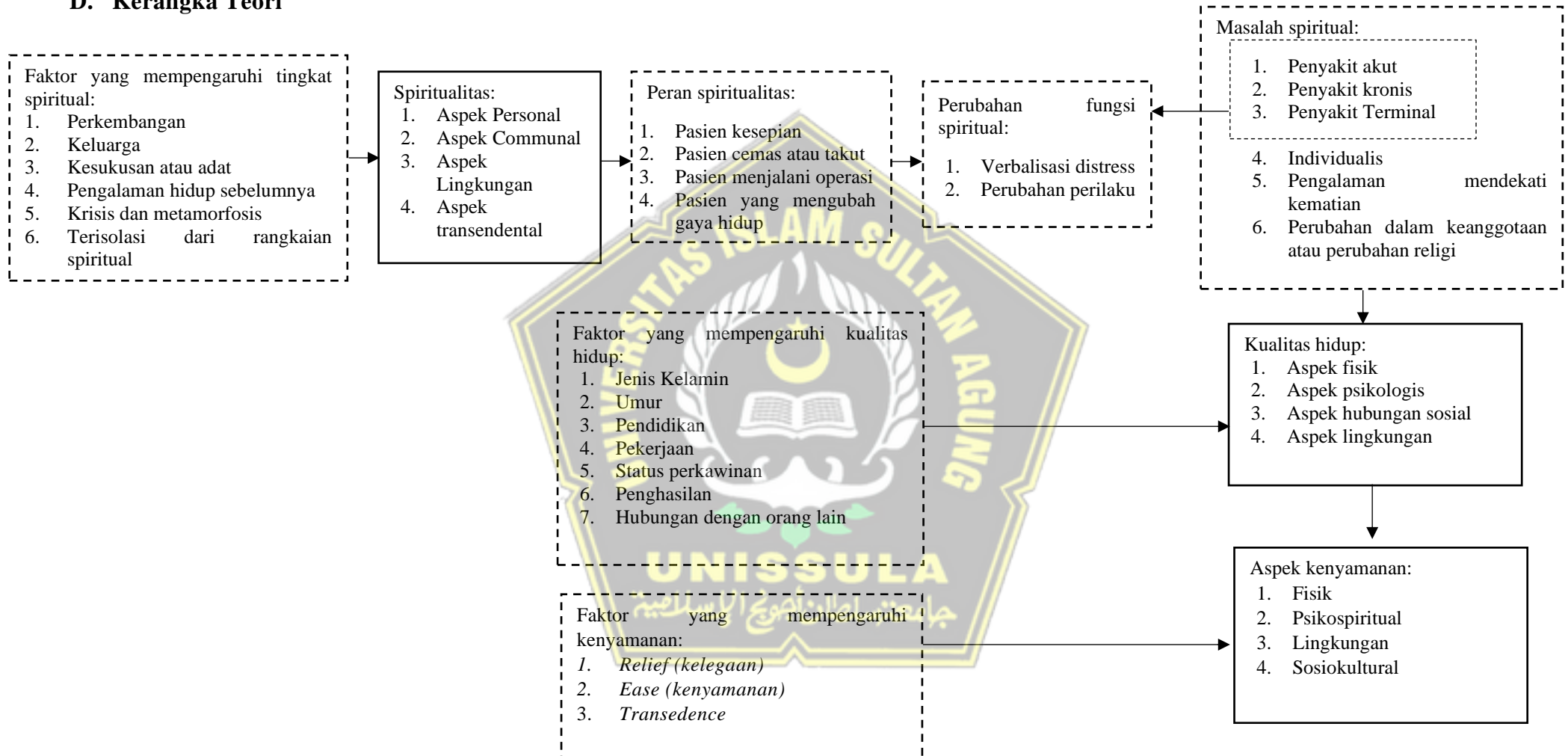
f. *Health Seeking Behaviours (HSBs)*

Yakni hasil yang ingin didapatkan dari kesehatan misalnya klien yang ingin berdiskusi dengan perawat tentang masalah kesehatannya. Hal ini bisa berasal dari luar (kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan), dari dalam (pemulihan, peran sistem kekebalan tubuh, dan sebagainya), atau meninggal dengan tenang (*peaceful death*) (Alligood, 2017).

g. *Institutional integrity*

Merupakan taraf, kestabilan ekonomi, serta semua dari institusi pelayanan kesehatan di wilayah domestik, teritorial, serta nasional. Konsep organisasi diartikan sebagai pelayanan medis umum, pelayanan perawatan di rumah, dan sebagainya (Zulvana, 2018).

## D. Kerangka Teori



**Skema 2.1. Kerangka Teori**

(Sumber: Yusuf, 2016; Sapriyanti, 2021; Sulityowati, 2017; Alligood, 2017).

## E. Hipotesa

Hipotesa penelitian ini meliputi:

- Ha<sub>1</sub> : Ada hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pada pasien jantung koroner di rumah sakit.
- Ha<sub>2</sub> : Ada hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kenyamanan pada pasien jantung koroner di rumah sakit.
- H0<sub>1</sub> : Tidak ada hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pada pasien jantung koroner di rumah sakit.
- H0<sub>2</sub> : Tidak ada hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kenyamanan pada pasien jantung koroner di rumah sakit.

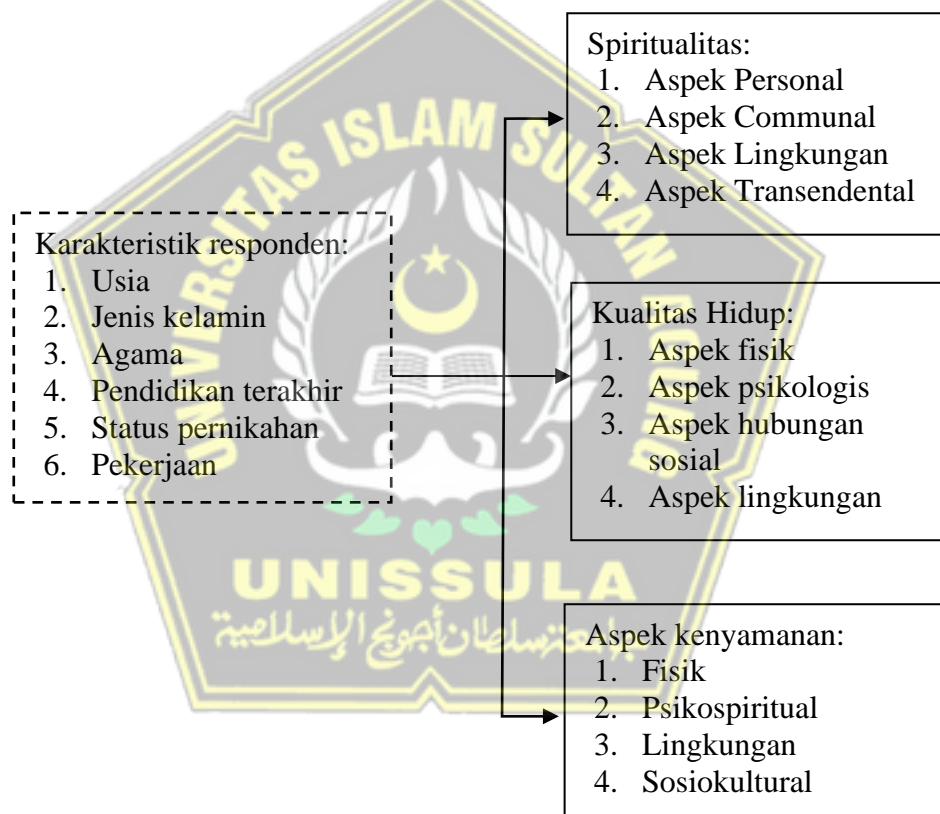


## BAB III

### METODE PENELITIAN

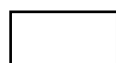
#### A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan penjelasan terkait variabel-variabel yang akan dilakukan penelitian dan bagaimana hubungan dari konsep-konsep yang diteliti (Swarjana, 2015).

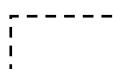


**Gambar 3.1. Kerangka Konsep**

Keterangan :



: Variabel yang diteliti



: Variabel yang tidak diteliti

## B. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah sebuah ciri-ciri yang ada pada populasi, bervariasi satu sama yang lainnya, dapat diukur, serta bisa dipelajari dalam suatu penelitian (Swarjana, 2015).

### 1. Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel bebas (*independent variable*) yaitu variabel yang nilainya bisa memberikan pengaruh pada variabel lainnya (Sayidah, 2018). Variabel independen pada penelitian ini yaitu hubungan spiritualitas.

### 2. Variabel Terikat/Tergantung (*Dependent Variable*)

Variabel terikat (*dependent variable*) yaitu variabel yang nilainya dipengaruhi atau tergantung dari nilai variabel lain (Sayidah, 2018). Variabel dependent pada penelitian ini yaitu kualitas hidup dan kenyamanan pada klien jantung koroner yang berada di rumah sakit.

## C. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analisis observasional dimana peneliti akan melakukan analisa terhadap hubungan antara 2 variabel atau lebih (Dharma, 2013). Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional* yakni jenis penelitian yang menggunakan pengamatan ataupun pengukuran supaya mengetahui adanya suatu hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat pada waktu sekali dan sekaligus pada waktu yang sama. Dalam desain penelitian *cross sectional* tidak semua responden harus di ukur atau di amati pada waktu yang sama, tetapi pada penelitian *cross sectional* semua responden dilakukan observasi hanya sekali dan pengukuran variabel narasumber dilaksanakan pada

saat pemeriksaan tersebut, selanjutnya peneliti tidak melaksanakan tindakan lanjutan pada pengukuran yang dilakukan (Adiputra, Made Sudarma, 2021)

## D. Populasi dan Sampel Penelitian

### 1. Populasi

Populasi ialah seluruh dari subyek penelitian yang akan diteliti serta sesuai dengan karakteristik atau sifat yang telah ditentukan (Hidayat, 2015). Populasi pada penelitian ini yaitu semua penderita dengan sakit jantung koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung. Total populasi diambil 1 bulan terakhir pada bulan Agustus 2022 sebanyak 135 orang.

### 2. Sampel

Sampel ialah bagian dari keseluruhan objek yang akan dilakukan penelitian serta disebut bisa mewakili populasi (Kurniawan & Agustini, 2021). Peneliti mengambil data pasien jantung koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung sebanyak 101 orang selama 1 bulan.

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini berdasarkan rumus Yamane (Sugiyono, 2019). Adapun perhitungan sampel yang diambil berdasarkan rumus Yamane sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

Keterangan :

n : Total sampel yang dibutuhkan.

N : Total populasi.

d : Peluang kesalahan sampel 5 % (0,05)

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

$$n = \frac{135}{135(0,05^2) + 1}$$

$$n = \frac{135}{135(0,0025) + 1}$$

$$n = \frac{135}{0,34 + 1}$$

$$n = \frac{135}{1,34}$$

n = 100,7 responden

Jadi, jumlah sampel minimal yang diambil sebanyak 101 responden.

### 3. Teknik Sampling

Teknik sampel adalah teknik untuk menentukan sampel. Ada dua jenis teknik pengambilan sampel yakni *probability sampling* dan *non-probability sampling*. Metode *probability sampling* digunakan jika populasi yang diambil secara random serta peluang untuk dijadikan sampel adalah sama, sedangkan metode *non-probability sampling* digunakan jika populasi yang diambil bukan secara random dan peluang untuk dijadikan sampel tidak sama (Sugiyono, 2019).

Penelitian ini peneliti menerapkan metode sampel *non probability sampling* yakni menentukan sampel secara tidak acak. Hal ini memberikan kesempatan yang berbeda bagi individu dalam populasi untuk dipilih menjadi sampel. Sampel dipilih dari suatu populasi sesuai dengan keinginan peneliti (tujuan atau masalah penelitian) sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang ada (Sugiyono, 2019).



Dari perhitungan besar sampel minimal sejumlah 101 responden dengan memenuhi kriteria seperti dibawah ini:

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi ialah ciri-ciri dari subyek penelitian yang bisa mewakilkan sebagai sampel penelitian dan sesuai dengan ketentuan menjadi sampel (Kurniawan & Agustini, 2021). Adapun yang termasuk kedalam kriteria inklusi penelitian ini yaitu:

- 1) Klien yang telah terdiagnosa jantung koroner.
- 2) Klien yang bersedia menjadi responden penelitian.
- 3) Klien PJK yang bisa menulis dan membaca.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi yaitu ciri-ciri pada subyek penelitian yang tidak bisa mewakilkan sebagai sampel dikarenakan tidak bisa memenuhi ketentuan sebagai sampel dan akan menyebabkan bias pada hasil penelitian (Kurniawan & Agustini, 2021). Adapun yang termasuk kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu:

- 1) Klien yang mengalami penurunan daya ingat.
- 2) Klien tidak kooperatif seperti ada kelemahan motorik.

## **E. Tempat dan Waktu Penelitian**

### **1. Tempat Penelitian**

Tempat penelitian dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

### **2. Waktu penelitian**

Waktu penelitian akan dilaksanakan pada bulan September-Desember 2022.

## F. Definisi Operasional

Definisi operasional yaitu penjabaran tentang variabel yang diteliti, alat ukur yang digunakan, metode pengukuran, hasil pengukuran serta skala yang digunakan dalam suatu penelitian (Sugiyono, 2019).

**Tabel 3.1. Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Variabel independen Spiritualitas	Spiritualitas adalah pencapaian pribadi dalam menemukan arti, dan makna hidup.	Menggunakan <i>Daily Spiritual Experience Scale</i> dengan 16 pertanyaan, jawaban: 1. tidak pernah 2. jarang 3. kadang-kadang 4. sering 5. selalu	Interpretasi skor dapat dilihat sebagai berikut : 1. Tinggi jika skor (66-90) 2. Sedang jika skor (41-65) 3. Rendah jika skor (15-40)	Ordinal
2	Variabel dependen kualitas hidup PJK	Kualitas hidup yaitu kesan dari seseorang terhadap kehadirannya di kehidupannya dengan maksud, keinginan, standar, serta hal-hal menarik lainnya.	Menggunakan WHOQOL-BREF dengan 26 pertanyaan, skor jawaban: 1. tidak pernah 2. jarang 3. kadang-kadang 4. sering 5. selalu Skor jawaban pertanyaan nomer 1 1. sangat baik sekali 2. sangat baik 3. baik 4. cukup baik 5. buruk Skor pertanyaan nomer 2 1. sangat tidak puas 2. tidak puas 3. biasa saja 4. puas 5. sangat puas	Interpretasi skor dapat dilihat sebagai berikut : 1. Baik jika skor $\geq 60$ 2. Buruk jika skor $\leq 60$	Ordinal
3	Variabel dependen kenyamanan	Kenyamanan adalah terpenuhinya kebutuhan dasar dari manusia yang meliputi kelegaan, ketentrangan dan <i>transedence</i> .	Menggunakan SGCQ dengan 28 pertanyaan, skor jawaban: 1. tidak setuju 2. kurang setuju 3. ragu-ragu 4. setuju 5. sangat setuju	Interpretasi skor dapat dilihat sebagai berikut : 1. Nyaman jika skor $\geq 84$ 2. Tidak nyaman jika skor $\leq 84$	Ordinal

## G. Instrumen atau Pengumpulan Data

### 1. Instrumen Data

Instrumen penelitian yang dipakai untuk pengumpulan data yaitu dengan kuesioner. Kuesioner yaitu serangkaian pertanyaan atau pernyataan tertulis yang diisi langsung oleh seorang responden untuk mengumpulkan informasi dari responden (Sugiyono, 2019). Instrumen riset ini terdiri dari :

#### a. Kuesioner A

Kuisisioner A digunakan untuk melihat karakteristik demografi pada responden yang meliputi inisial dari nama responden (inisial), pendidikan, usia, pekerjaan, status pernikahan, agama, lama terdiagnosa, diagnosa medis, rutin kontrol, jaminan kesehatan, riwayat rawat inap, serta pendapatan.

#### b. Kuesioner B (*Daily Spiritual Experience Scale*)

Kuisisioner B merupakan pernyataan mengenai spiritualitas pada pasien jantung koroner. Skala yang digunakan adalah skala likert dimana setiap jawaban diberi bobot. Instrumen *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) dengan skala 1-5 yang terdiri dari 4 domain yaitu domain personal diwakili oleh pertanyaan 6 dan 12, domain komunal diwakili oleh pertanyaan 13 dan 14, domain lingkungan diwakili oleh pertanyaan 2 dan 11, domain transendental diwakili oleh pertanyaan 1,3,4,5,7,8,9,10,15, dan 16. Pernyataan *favorable* diberi skor 5 pada jawaban selalu (S), skor 4 pada jawaban sering (SR), skor 3 pada jawaban kadang-kadang (KK), skor 2 pada jawaban jarang (J), skor 1 pada jawaban tidak pernah (TP). Pengukuran tingkat spiritualitas dinilai

dengan skor 66-90 dalam rentang baik, skor 41- 65 dalam rentang sedang, dan skor 15-40 dalam rentang kurang (Bestari et al., 2022). Memahami penelitian dari Setyowati (2021) bahwa kuesioner spiritualitas *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) versi bahasa indonesia sudah dilakukan uji validitas ( $r = 0,98$ ) dan reliabilitas ( $r = 0,519$ ) (Setyowati, 2021).

**Tabel 3.2. Kisi-kisi kuesioner DSES**

No	Variabel	Item pertanyaan	Jumlah item pertanyaan
1.	Domain personal	6,12	2
2.	Domain komunal	13,14	2
3.	Domain lingkungan	2,11	2
4.	Domain transendental	1,3,4,5,7,8,9,10,15,16	10

c. Kuesioner C (*World Health Organization Quality of Life-BREF*)

Kuisisioner C merupakan pernyataan terkait kualitas hidup pada pasien jantung koroner. Instrumen WHOQOL-BREF yang terdiri dari 26 pertanyaan. WHOQOL-BREF terdiri dari empat aspek yaitu aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial, serta lingkungan. Aspek fisik terdapat 7 pertanyaan diwakili oleh pertanyaan nomer 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Aspek psikologis terdapat 6 pertanyaan diwakili oleh pertanyaan nomer 5, 6, 7, 11, 19, 26. Aspek sosial terdapat 3 pertanyaan diwakili oleh pertanyaan nomer 20, 21, 22. Aspek lingkungan terdiri dari 8 pertanyaan diwakili oleh pertanyaan nomer 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25.

Pernyataan *favorable* diberi skor 5 pada jawaban selalu (S), skor 4 pada jawaban sering (SR), skor 3 pada jawaban kadang-kadang (KK), skor 2 pada jawaban jarang (J), skor 1 pada jawaban tidak pernah (TP).

Pertanyaan nomer 1 diberi skor 5 pada jawaban sangat baik sekali (SBS), skor 4 pada jawaban sangat baik (SB), skor 3 pada jawaban baik (B), skor 2 pada jawaban cukup baik (CB), skor 1 pada jawaban buruk (BR), sedangkan pertanyaan nomer 2 diberi skor 5 pada jawaban sangat puas (SP), skor 4 pada jawaban puas (P), skor 3 pada jawaban biasa saja (BS), skor 2 pada jawaban tidak puas (TP), skor 1 pada jawaban sangat tidak puas (STP). Dalam penelitian ini mengonversi skor (skor mentah) untuk setiap aspek (*raw score*) menjadi nilai antara 0 dan 100.

Hasil ukur yaitu jumlah skor kumulatif dari jawaban para responden mengenai kualitas hidup yang terdiri dari dampak dan kepuasan dibagi jumlah dari item pertanyaan. Kualitas hidup diartikan baik apabila diperoleh skor  $x \geq 60,00$  dan dikatakan buruk apabila skor  $x < 60,00$  (Azhar et al., 2020). Memahami penelitian dari Resmiya (2019) bahwa kuesioner kualitas hidup Indonesia telah dilakukan uji validitas ( $r = 0,734$ ) dan uji reabilitas ( $r = 0,88$ ) (Resmiya, 2019).

**Tabel 3.3. Kisi-kisi kuesioner WHOQOL-BREF**

No	Variabel	Item pertanyaan	Jumlah item pertanyaan
1.	Aspek fisik	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18	7
2.	Aspek psikologis	5, 6, 7, 11, 19, 26	6
3.	Aspek sosial	20, 21, 22	3
4.	Aspek lingkungan	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	8

d. Kuesioner D (*Short General Comfort Questionnaire*)

Kuisisioner D merupakan pernyataan mengenai tingkat kenyamanan pada pasien jantung koroner. Skala yang digunakan yakni skala likert dengan memberikan bobot nilai disetiap jawaban. Instrumen

SGCQ dengan skala 1-5 yang terdiri dari 28 pertanyaan. Kuesioner SGCQ meliputi empat domain yaitu domain fisik diwakili oleh pertanyaan 2, 9, 12, 13, 16, aspek psikospiritual diwakili oleh pertanyaan 3, 4, 5, 6, 11, 15, 17, 20, 24, 26, 27, 28, aspek sosial diwakili oleh pertanyaan 1, 8, 10, 22, 23 dan aspek lingkungan diwakili oleh pertanyaan 7, 14, 18, 19, 21, 25. Kategori pernyataan *favorable* diberi skor 5 pada jawaban sangat setuju (SS), skor 4 pada jawaban setuju (S), skor 3 pada jawaban ragu-ragu (RR), skor 2 pada jawaban tidak setuju (TS), skor 1 pada jawaban sangat tidak setuju (STS). Kuesioner kenyamanan ada 28 pertanyaan dengan subskala meliputi domain fisik, psikospiritual, sosial serta lingkungan dengan skor penjumlahan untuk skor SGCQ adalah >84 dikatakan nyaman dan <84 dikatakan tidak nyaman. Memahami penelitian dari Artanti (2018) bahwa kuesioner SGCQ versi Indonesia sudah teruji validitas ( $r = 0,78$ ) dan reabilitas ( $r = 0,76$ ) (Artanti et al., 2018).

**Tabel 3.4. Kisi-kisi kuesioner SGCQ**

No	Variabel	Item pertanyaan	Jumlah item pertanyaan
1	Aspek fisik	2,9,12,13,16,	5
2	Aspek psikospiritual	3, 4, 5, 6, 11, 15, 17, 20, 24, 26, 27, 28	12
3	Aspek sosial	1, 8, 10, 22, 23	5
4	Aspek lingkungan	7, 14, 18, 19, 21, 25	6

## 2. Uji Validitas

Validitas merupakan kesesuaian dalam melakukan pengolahan pada instrumen (Dharma, 2013). Dan keadaan *split-half* ( $r$ ) pengujian dan analisis faktor dilakukan untuk menetapkan keandalan dan validitas konstruk skala. Pada uji validitas, komponen dimana  $r$  hitungannya akan lebih tinggi

dibandingkan dengan  $r$  tabel maka komponen itu disebut valid, sebaliknya ketika  $r$  hitungnya lebih kecil daripada  $r$  tabel maka komponen itu disebut tidak valid untuk diterapkan di kuesioner riset. Jika nilai  $r$  tabel diperoleh dari  $n-2$  dengan menggunakan distribusi nilai  $r$  tabel sebesar 5 %. Apabila nilai  $r$  hitung  $\leq r$  tabel artinya, instrument tidak memenuhi uji validitas. Hasil uji validitas pada pertanyaan disetiap variabelnya akan dikatakan valid secara keseluruhan (Notoatmodjo, 2018).

Keputusan uji:

- a. Jika hasil  $r$  hitung  $<$  hasil  $r$  tabel (0,05) maka pertanyaannya dikatakan tidak valid.
- b. Jika hasil  $r$  hitung  $>$  hasil  $r$  tabel (0,05) maka pernyataannya dikatakan valid.

Kuesioner spiritualitas *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) versi Indonesia telah dilakukan uji keandalannya di Yogyakarta dengan sampel 50 lansia. Dari penelitian tersebut diperoleh hasil hubungan yang kuat dengan nilai  $r = 0,519 - 0,913$ , maka bisa disimpulkan bahwa alat ukur DSES valid untuk mengukur tingkat spiritualitas (Setyowati, 2021).

Instrumen WHOQOL-BREF versi Indonesia sudah dilakukan uji keandalannya di Bandung Jawa Barat dengan sampel sebanyak 250 orang pada masyarakat umum berusia 18 tahun ke atas dari berbagai berlatar belakang. Dari penelitian tersebut didapatkan hasil korelasi yang cukup kuat ( $r = 0,57-0,87$ ) menunjukkan bahwa alat ukur WHOQOL-BREF valid dalam menilai kualitas hidup di Indonesia (Resmiya, 2019).

Kuesioner SGCQ versi Indonesia telah dilakukan uji keandalannya di salah satu rumah sakit Yogyakarta dengan sampel sebanyak 71 orang pada pasien hemodialisa. Dari penelitian tersebut diperoleh hasil hubungan yang cukup kuat dengan nilai  $r = 0.7-0.95$  ini menunjukkan instrumen SGCQ valid untuk mengukur tingkat kenyamanan (Artanti et al., 2018).

### 3. Uji Reliabilitas

Reliabilitas artinya kestabilan dari suatu pengukuran, yang mana data yang dihasilkan stabil sama jika digunakan kembali secara berulang (Dharma, 2013). Keandalan instrumen dianggap baik jika nilai *Alpha Chronbach*  $> 0,06$  (Asmara, 2016). Mengadopsi dari penelitian Setyowati (2021) dengan judul “Spiritualitas Berhubungan Dengan Kesepian Pada Lanjut Usia” telah dilakukan uji keandalan dan kesahihan terhadap kuesioner spiritualitas *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) dengan nilai *Cronbach Alpha* 0,768, sehingga alat ukur DSES dikatakan reabel (Setyowati, 2021).

Mengadopsi dari penelitian Rismaya (2019) yang berjudul “Pengembangan Alat Ukur Kualitas Hidup Indonesia” sudah melakukan uji keandalan dan kesahihan pada kuesioner WHOQOL-BREF versi Indonesia dengan nilai *Cronbach Alpha* 0.88 (Resmiya, 2019). Mengadopsi dari penelitian Artanti (2018) yang berjudul “*Validity And Reliabilty Of Shortened General Comfort Questionnaire In Indonesian Version*” bahwa sudah dilakukan keandalan dan kesahihan terhadap kuesioner SGCQ dengan nilai *Cronbach's alpha* 0,769 (Artanti et al., 2018).



## H. Metode Pengumpulan Data

Tahap-tahap dalam pengumpulan data sebagai berikut :

1. Mengajukan permohonan izin penelitian kepada Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Sesudah memperoleh izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan selanjutnya, peneliti mengajukan permohonan izin penelitian ke Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang setelah mendapat izin, peneliti memulai penelitiannya.
3. Setelah memperoleh izin dari Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, selanjutnya peneliti memilih serta menentukan sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dari penelitian.
4. Menyampaikan penjelasan pada sampel mengenai rencana serta tujuan dari peneliti.
5. Memberikan *Informed Consent* sebagai bentuk persetujuan dengan sampel, dan meminta sampel untuk memberikan tanda tangan pada lembar persetujuan tersebut.
6. Setelah sampel bersedia, selanjutnya peneliti membagikan kuesioner dan responden dipersilahkan mengisi kuesioner tentang hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pasien jantung koroner.
7. Selanjutnya peneliti mengumpulkan kembali kuesioner yang sudah diisi sampel penelitian untuk selanjutnya akan dilakukan analisa data.

## I. Rencana Analisis / Pengolahan Data

Pengerjaan data pada penelitian ini menurut Notoatmodjo (2018) dilakukan sebagai berikut:

### 1. Pengelolaan data

#### a. *Editing*

Suatu pemeriksaan atau validasi data dengan cara meninjau hasil data yang sudah dikumpulkan, isi serta alat pengumpulan data.

#### b. *Scoring*

Suatu kegiatan dalam mengklarifikasikan data dengan memberikan skor terhadap data berdasarkan dari jenisnya.

#### c. *Coding*

Suatu tindakan untuk mengklarifikasikan data dengan memberikan suatu kode terhadap data berdasarkan dari jenisnya.

#### d. *Processing (Entry data)*

Memasukkan data yaitu suatu aktivitas didalam menginput data yang sudah didapatkan pada master tabel atau database komputer, dan akan dilakukan pembuatan distribusi frekuensi yang lebih simpel.

#### e. *Tabuling*

Penyusunan data dengan mengorganisir data sedemikian rupa untuk memberikan kemudahan ketika dilakukan penjumlahan, penyusunan, dan penyajian dalam wujud grafik ataupun tabel.

## 2. Analisa Data

### a. Analisis Deskriptif (*Univariate*)

Analisa univariat dimaksudkan untuk mendeskripsikan ataupun menguraikan mengenai sifat karakter pada variabel penelitian (Notoatmodjo, 2018). Pada penelitian ini digunakan untuk mendeskripsikan variabel hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan penderita jantung koroner yang berada di rumah sakit. Analisis univariat di dalam penelitian ini yakni distribusi frekuensi responden yang didasarkan pada usia, jenjang pendidikan, status pernikahan, lama terdiagnosa, diagnosa medis, agama, rutin kontrol, jaminan kesehatan, riwayat rawat inap serta pekerjaannya.

### b. Analisa *Bivariate*

Analisa *bivariate* digunakan untuk mengetahui keterkaitan antara variabel independen dan dependen, yaitu hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pada pasien jantung koroner. Pada penelitian ini memakai komputerisasi. Sebelum dicoba uji beda, peneliti menerapkan uji normalitas data terlebih dahulu menggunakan nilai *kolmogorov*, karena sampel yang digunakan lebih dari 50. Pada penelitian data tidak normal, maka penulis menggunakan uji *Spearman rank* (Sugiyono, 2019). Dasar pengambilan keputusan adalah apabila nilai signifikansi  $< 0.05$ , maka berkorelasi sedangkan apabila nilai signifikansi  $> 0,05$ , maka tidak berkorelasi (Nursalam,

2020). Pedoman dalam memberikan interpretasi kekuatan korelasi ( $r$ ) menurut (Sugiyono, 2019) sebagai berikut:

**Tabel 3.5. Pedoman interpretasi interval kekuatan korelasi**

Interval korelasi ( $r$ )	Tingkat Hubungan
0,00 – 0,199	Sangat lemah
0,20 – 0,399	Lemah
0,40 – 0,599	Sedang
0,60 – 0,799	Kuat
0,80 – 1,000	Sangat Kuat

## J. Etika Penelitian

Tata cara dalam penelitian merupakan prinsip yang harus ada pada seorang peneliti dalam melaksanakan penelitian dengan berprinsip kepada menghormati otonomi partisipan, mencegah maupun mengurangi terjadinya bahaya, dan yang terpenting yaitu menjaga kerahasiaan partisipan (Swarjana, 2015). Etika penelitian yang mendasari penyusunan penelitian ini adalah :

### 1. *Autonomy* (Kebebasan)

*Autonomy* adalah prinsip etik dimana dalam melakukan penelitian harus memberikan kebebasan pada responden yang meliputi hak responden dan menjaga privasi atau identitas responden (Notoatmodjo, 2018). Peneliti merahasiakan identitas responden serta membebaskan para responden dalam mengikuti atau tidak mengikuti pada tindakan keperawatan.

### 2. *Beneficence* dan *Non-maleficence* (Prinsip Kemanfaatan)

*Beneficence* dan *non-maleficence* adalah suatu prinsip dalam penelitian dengan memberikan suatu kebaikan atau memberikan hal bermanfaat bagi responden (Swarjana, 2015). Peneliti memberikan asuhan

keperawatan yang menguntungkan responden serta tidak ada faktor yang merugikan.

3. *Justice* ( Prinsip Adil)

*Justice* adalah etika dalam penelitian dimana seorang peneliti tidak boleh membeda-bedakan derajat antar responden yang akan menjadi subjek penelitian (Swarjana, 2015). Peneliti dalam memberikan intervensi keperawatan akan melakukan secara adil dan tidak membedakan status sosial responden dan tidak memandang status ekonomi yang dimiliki oleh responden.

4. *Respect for human dignity* (Menghargai hak-hak subjek)

Peneliti menghormati martabat manusia sebagai manusia yang memiliki kehendak bebas atau hak pilihan serta mengambil tanggung jawab pribadi atas keputusan mereka. Apabila calon responden bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian, mereka dapat menandatangani formulir persetujuan (Dharma, 2013).

5. *Veracity and fidelity* (Prinsip kebenaran)

Prinsip kejujuran berkaitan dengan kemampuan untuk mengatakan yang sebenarnya. Kebenaran adalah dasar untuk membangun kepercayaan. Peneliti memberikan informasi sebenarnya kepada responden mengenai intervensi atau jenis data penelitian yang dikumpulkan serta proses pemberian intervensi sehingga hubungan antara peneliti dan responden dapat terjalin dengan baik serta penelitian dapat dilakukan sesuai pada tujuan penelitian meliputi waktu pelaksanaan, jenis perawatan, ruang yang digunakan, durasi intervensi, serta menepati janji yang diberikan kepada

responden mengenai proses perawatan atau pengambilan data (Zulvana, 2018).

6. *Anonimity* (tanpa nama)

Nama responden tidak dimasukkan dalam kuesioner. Ini untuk melindungi kerahasiaan responden. Partisipasi responden dalam penelitian dirahasiakan dalam bentuk kode-kode pada setiap formulir pendataan (Swarjana, 2015).



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Pengantar Bab

Penelitian ini membahas hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang dilakukan pada tanggal 23 November sampai dengan tanggal 31 Desember 2022 selama 1 bulan 8 hari. Sebanyak 110 responden menggunakan kuesioner yang valid untuk mengetahui hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan rumah sakit.

#### B. Analisa Univariat

##### 1. Karakteristik Responden

Pada penelitian ini karakteristik responden meliputi usia, tingkat pendidikan, status pernikahan, lama diagnosis, diagnosa medis, agama, rutin kontrol, jaminan kesehatan, riwayat rawat inap serta pekerjaan. Rincian masing-masing responden pada penelitian ini disajikan pada tabel dibawah ini :

**Tabel 4.1. Hasil distribusi frekuensi karakteristik demografi responden berdasarkan usia, jenis kelamin, agama, status pernikahan, pendidikan terakhir, pendapatan, pekerjaan, check up/ kontrol, diagnosa medis, lama terdiagnosa, jaminan kesehatan dan riwayat rawat inap di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan November 2022- Desember 2022 (n=110)**

No	Karakteristik Demografi Responden	Kategori	Jumlah	Prosentase
1	Usia	12-16 tahun	1	0,90%
		17-25 tahun	2	1,80%
		26-35 tahun	1	0,90%
		36-45 tahun	3	2,70%
		46-55 tahun	30	27,30%
		56-65 tahun	44	40,0%
		≥65 tahun	29	26,40%

1	Jenis Kelamin	Laki-laki	64	58,20%	
		Perempuan	46	41,80%	
2	Agama	Islam	110	100%	
		Status Pernikahan	Sudah menikah	95	86,40%
			Belum Menikah	2	1,80%
			Duda	12	10,90%
Janda	1	0,90%			
4	Pendidikan Terakhir	Tidak Sekolah	1	0,90%	
		SD	13	11,80%	
		SLTP/SMP	9	8,20%	
		SLTA/SMA	57	51,80%	
		D3	1	0,90%	
		S1	19	17,30%	
		S2	10	9,10%	
5	Pendapatan	$\leq 2.835.021.29$	94	85,50%	
		$\geq 2.835.021.29$	16	14,50%	
6	Pekerjaan	Bekerja	44	40%	
		Tidak Bekerja/ Pensiunan	66	60%	
7	Chek Up/Kontrol	Rutin Kontrol	99	90%	
		Tidak Rutin Kontrol	11	10%	
8	Diagnosa Medis	STEMI	5	4,50%	
		N.STEMI	2	1,80%	
		IHD	16	14,50%	
		CHF	78	70,90%	
		UAP	9	8,20%	
9	Lama Terdiagnosa	$\leq 5$ tahun	73	66,40%	
		$\geq 5$ tahun	37	33,60%	
10	Jaminan Kesehatan	Ya	109	99,10%	
		Tidak	1	0,90%	
11	Riwayat Rawat Inap	Ya	97	88,20%	
		Tidak	13	11,80%	

Tabel 4.1 menjelaskan bahwa jumlah responden dalam penelitian ini responden PJK paling banyak di usia 56-65 tahun (40,0%), terbanyak berjenis kelamin laki-laki dengan 64 responden (58,20%) yang 100% beragama Islam. Sebagian besar responden sudah menikah dan masih mempunyai pasangan hidup sebanyak 95 orang (86,40%). Berdasarkan responden sebagian besar berpendidikan SLTA/SMA sebanyak 57 orang (51,80%), sedangkan penghasilan tertinggi  $\leq 2.835.021.29$  per bulan ada 94 responden (85,50%). Dilihat dari pekerjaan mayoritas responden tidak bekerja atau pensiunan berjumlah 66 responden (60%).



Selain itu, jika dilihat dari riwayat *Chek Up*/kontrol sebagian besar responden melakukan pemeriksaan kesehatan rutin dengan jumlah 99 orang (90%), dengan diagnosa medis terbanyak yaitu gagal jantung kongestif (*Congestive Heart Failure*) sebanyak 78 responden (70,90%). Sedangkan dari lama terdiagnosa paling banyak tidak lebih dari 5 tahun sakit dengan 73 responden (66,40%) serta sebagian besar responden menggunakan asuransi kesehatan dengan 109 responden (99,10%). Adapun dari riwayat rawat inap yang paling banyak sudah pernah opname dirumah sakit ada 97 orang (88,20%).

**Tabel 4.2. Distribusi frekuensi karakteristik Tingkat Spiritualitas PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan November-Desember 2022 (n=110)**

Kategori Variabel	Frequency	Percent
Tinggi (Skor 66-90)	106	96,40 %
Sedang (Skor 41-65)	3	2,70 %
Rendah (Skor 15-40)	1	0,90 %
Total	110	100 %

Berdasarkan tabel 4.2 hasil penelitian memperlihatkan bahwa tingkat spiritualitas PJK di rumah sakit terbanyak adalah kategori tinggi sebanyak 106 responden (96,40%), kategori sedang ada 3 responden (2,70 %), serta dalam kategori rendah 1 responden (0,90%).

**Tabel 4.3. Distribusi frekuensi karakteristik Kualitas Hidup PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan November-Desember 2022 (n=110)**

Kategori Variabel	Frequency	Percent
Baik (Skor $\geq 60$ )	102	92,70 %
Buruk (Skor $\leq 60$ )	8	7,30 %
Total	110	100 %

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan bahwa penelitian kualitas hidup PJK di rumah sakit terbanyak mempunyai kualitas hidup yang baik

sebanyak 102 responden (92, 70 %) dan kualitas buruk ada 8 responden (7, 30 %).

**Tabel 4.4. Distribusi frekuensi karakteristik kenyamanan pada PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan November-Desember 2022 (n=110)**

Kategori Variabel	Frequency	Percent
Nyaman (Skor $\geq$ 80)	26	23,60 %
Tidak Nyaman (Skor $\leq$ 80)	84	76,40 %
Total	110	100 %

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa hasil penelitian tingkat kenyamanan PJK di rumah sakit paling banyak merasa tidak nyaman sejumlah 84 responden (76,40%), sedangkan 26 responden (23,60%) merasa nyaman.

## 2. Uji Bivariat

Analisis bivariat *Spearman rank* ini berisi tabel data distribusi frekuensi yang menjelaskan tentang pola hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pada pasien jantung koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Di bawah ini adalah tabel hubungan antara variabel-variabel tersebut:

**Tabel 4.5. Hasil Uji Statistik *Spearman Rank* Hubungan antara Tingkat Spiritualitas dengan Kualitas Hidup Pasien PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung**

	Mean $\pm$ SD	95%CI		n	r	p
		lower	upper			
<b>Variabel Tingkat Spiritualitas</b>	73,39 $\pm$ 6,175	72,22	74,56	110	0,313	0,001
<b>Variabel Kualitas Hidup</b>	80,00 $\pm$ 5,649	78,93	81,07	110		

Berdasarkan Tabel 4.5 menunjukkan bahwa tingkat spiritualitas ada hubungan dengan kualitas hidup PJK di rumah sakit Islam Sultan

Agung Semarang. Hasil uji *Spearman rank* pada tabel 4.5 memperlihatkan bahwa hasil uji didapatkan  $p\text{ value} = 0,001 < 0,05$ , nilai ini menjelaskan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Hasil uji didapatkan nilai  $r$  hitung 0,313 dari  $r$  tabel 0,195, yang berarti kekuatan hubungan kedua variabel lemah (0,20-0,399). Arah korelasi positif menunjukkan bahwa semakin baik tingkat spiritualitas, maka bertambah tinggi pula kualitas hidupnya.

**Tabel 4.6. Hasil Uji Statistik Spearman Rank Hubungan antara Tingkat Spiritualitas dengan Kenyamanan Pasien PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung**

	Mean $\pm$ SD	95%CI		n	r	p
		lower	upper			
<b>Variabel Tingkat Spiritualitas</b>	73,39 $\pm$ 6,175	72,22	74,56	110	-0,426	0,000
<b>Variabel Kenyamanan</b>	80,00 $\pm$ 5,649	78,93	81,07	110		

Hasil uji *Spearman rank* yang ditunjukkan pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa nilai uji diperoleh  $p\text{ value} = 0,000 < 0,05$ , nilai tersebut menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat spiritualitas dengan tingkat kenyamanan PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Hasil uji diperoleh nilai  $r$  hitung -0,426 dari  $r$  tabel 0,195, hasil ini bermakna kekuatan hubungan kedua variabel adalah sedang (0,40-0,599). Arah korelasi negatif menjelaskan bahwa semakin baik spiritualitas maka semakin rendah tingkat kenyamanannya.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengantar Bab**

Bab ini peneliti membahas hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dengan judul Hubungan Tingkat Spiritualitas dengan Kualitas Hidup dan Kenyamanan pada Pasien Penyakit Jantung Koroner.

#### **B. Interpretasi dan Diskusi Hasil**

##### 1. Karakteristik Responden

###### a. Umur

Penelitian ini di dapatkan data tentang umur dari responden. Hasil dari penelitian menunjukkan usia responden yang terdiagnosis penyakit jantung koroner pada rentang usia 56-65 tahun, dengan usia paling muda 14 tahun dan usia tertua 78 tahun. Menurut (Rochmayanti, 2017) menjelaskan bahwa klien yang terdiagnosis PJK di usia 58,74 tahun, dimana usia yang termuda 34 tahun dan tertua 84 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa usia PJK bervariasi dari dewasa muda hingga dewasa akhir. Kelompok usia ini adalah kelompok umur yang berisiko terhadap berbagai penyakit, termasuk penyakit jantung koroner. Namun, PJK biasanya terjadi pada usia muda yang masih produktif, seperti yang dialami oleh responden termuda dalam penelitian ini, yaitu berusia 14 tahun.

Penelitian lain dari Jumayanti (2020) menjelaskan bahwa klien yang didiagnosis penyakit kardiovaskuler berusia antara 55 dan 64 tahun. Hal ini terkait dengan umur, kerentanan terhadap risiko penyakit kardiovaskular meningkat karena elastisitas pembuluh darah arteri menurun, yang meningkatkan terjadinya hipertensi. Temuan ini didukung oleh data Kementerian Kesehatan RI (2014), dimana pada tahun 2013 klien dengan penyakit kardiovaskular seperti jantung koroner, gagal jantung, serta stroke sebagian besar berusia antara 45-54, 55-64 dan 65-74 tahun (Rochmayanti, 2017).

Penelitian sebelumnya oleh Purnama (2020) menjelaskan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup klien jantung koroner ialah usia. Kualitas hidup seseorang menurun seiring bertambahnya usia. PJK sendiri mulai ditemukan di bawah umur 45 tahun.

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa klien yang berusia diatas 45 tahun memiliki resiko tinggi terkena PJK karena pada usia tersebut mereka memasuki usia dewasa akhir dimana fungsi tubuhnya mengalami penurunan sehingga rentan terhadap berbagai penyakit terutama masalah kardiovaskuler. Akan tetapi, di usia muda produktif juga beresiko mengalami PJK apabila tidak diimbangi dengan gaya hidup sehat.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin terbanyak pada penelitian ini yaitu laki-laki sebanyak 64 responden (58,20%). Secara umum, proporsi pria dengan penyakit jantung koroner lebih tinggi dibandingkan wanita, dan pria memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit jantung koroner (Rochmayanti, 2017). Penelitian sebelumnya oleh Rochmayanti (2017) bahwa mayoritas klien PJK adalah laki-laki dengan jumlah 56 orang (56%) sedangkan perempuan 44 orang (44%). Menurut penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa klien PJK pria 62 orang (71,3%) serta wanita 25 orang (28,7%) (Amarullah & Rosyid, 2021).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin berpengaruh pada kualitas hidup. Penelitian sebelumnya juga menemukan bahwa jenis kelamin mempengaruhi kualitas hidup. Laki-laki memiliki kualitas hidup yang lebih baik di bandingkan perempuan (Rahmat et al., 2020). Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa pria memiliki kualitas hidup lebih baik daripada wanita, karena pria lebih produktif daripada wanita (Amarullah & Rosyid, 2021).

Jenis kelamin dalam penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata kualitas hidup antara laki-laki dan perempuan bernilai 80 artinya antara pria dan wanita memiliki rata-rata kualitas hidup yang baik. Penelitian sebelumnya oleh Rochmayanti (2017) yang menemukan

rerata kualitas hidup laki-laki dengan penyakit arteri koroner adalah 54,12 dan 64,31 untuk perempuan, menunjukkan kualitas hidup laki-laki lebih rendah daripada perempuan.

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa jenis kelamin mempengaruhi kualitas hidup seseorang, khususnya PJK baik pada pria maupun wanita. Proporsi laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan karena laki-laki mempunyai faktor pemberat lainnya.

c. Agama

Penelitian ini menunjukkan bahwa semua klien PJK adalah 100% muslim. Menurut penelitian sebelumnya, 85 responden (97,7%) PJK beragama Islam dan Kristen 2 responden (2,3%) (Amarullah & Rosyid, 2021).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa agama mampu menaikkan kualitas hidup klien, dari riset Nuraeni (2016) yang menemukan bahwa agama atau pendekatan spiritual kepada Tuhan juga berpengaruh pada peningkatan kualitas hidup dari klien dengan penyakit jantung koroner (Amarullah & Rosyid, 2021). Tidak hanya riset dari Nuraeni (2016) di penelitian sebelumnya juga yang diteliti oleh Jumayanti (2020) di Yogyakarta yang menyatakan bahwa mayoritas lansia di kabupaten Yogyakarta yang mengidap penyakit jantung koroner percaya akan peran agama dalam kehidupannya serta mempunyai aspek mental spiritual yang tinggi dalam hubungannya dengan masa depan.

Hal ini bisa mencerminkan spiritualitas yang tinggi dari klien jantung koroner pada lansia di Yogyakarta. Religius atau spiritual dapat meningkatkan kualitas dalam hidup serta peningkatan kesehatan. Karena pendekatan spiritual mampu meningkatkan kualitas hidup klien jantung koroner (Jumayanti et al., 2020).

Kesimpulan dari peneliti adalah bahwa spiritualitas memegang peranan penting dalam kehidupan, dimana spiritualitas dapat mendekatkan seseorang kepada Tuhan, menjadikan individu tersebut lebih bersyukur atau sabar dalam menghadapi penyakit dan spiritualitas bisa menaikkan kualitas hidup menjadi lebih baik.

d. Status Pernikahan

Penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden sudah menikah serta masih mempunyai pasangan yaitu sebanyak 95 orang (86,40%). Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa 87 responden semuanya masih berstatus menikah. Pernikahan dapat menaikkan kualitas hidup klien jantung koroner, menurut penelitian sebelumnya, perkawinan merupakan salah satu faktor yang meningkatkan kualitas hidup klien (Amarullah & Rosyid, 2021). Penelitian dari Rohmayanti (2017) menemukan bahwa dari 100 responden, 82 % orang sudah menikah dan 18% belum memiliki pasangan.

Kesimpulan yang bisa diambil peneliti adalah pasangan hidup pada klien PJK dapat membantu meningkatkan kualitas hidup serta



proses penyembuhan, karena teman hidup adalah *support system* yang baik dalam meningkatkan kualitas hidup klien.

e. Pendidikan

Pendidikan terakhir pada penelitian ini adalah mayoritas berpendidikan SLTA/SMA sebanyak 57 orang (51,80%). Tingkat pendidikan juga bisa meningkatkan tingkat kualitas hidup klien jantung koroner. Hal ini sejalan dengan penelitian Rohmayanti (2017) bahwa tingkat pendidikan responden terbanyak ditingkat pendidikan SMA sebanyak 39%, diikuti pendidikan Perguruan Tinggi sebanyak 34% dan sisanya berpendidikan rendah. Sedangkan penelitian dari Amarullah (2021) menemukan bahwa tingkat pendidikan PJK SMA 42 orang (48,3%), Sarjana 19 orang (21,7%), SMP 23 orang (26,4 %) dan SD 3 orang (3,4%).

Penelitian sebelumnya oleh Tsalissavrina (2018) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi kualitas hidupnya, semakin tinggi pendidikannya maka bertambah tinggi kualitas hidupnya, sebaliknya semakin rendah pendidikannya maka semakin buruk pula kualitas hidupnya (Tsalissavrina et al., 2018). Karena semakin tinggi tingkat pendidikan maka bertambah baik pemahamannya, semakin tinggi pula kualitas hidup, dan tingkat wawasan yang tinggi diketahui dapat mengarah pada tingkat pemahaman dan kesadaran yang tinggi terkait pola hidup sehat serta bahaya penyakit seperti penyakit jantung koroner. Sebaliknya pendidikan yang rendah bisa menyebabkan pemahaman tentang kesehatan rendah (Amarullah & Rosyid, 2021).

Kesimpulan yang bisa diambil peneliti adalah bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi bagaimana seseorang memahami serta mengetahui pentingnya kesehatan. Dan kemampuan untuk berperilaku serta mengatur pola hidup yang baik.

f. Pendapatan

Dilihat dari penghasilan yang diperoleh dari penelitian ini yaitu klien berpenghasilan  $\leq 2.835.021.29$  per bulan dengan 94 responden (85,50%). Penelitian sebelumnya dari Rohmayanti (2017) yang menunjukkan bahwa rata-rata pendapatan responden berkisar antara Rp 1.501.925 hingga Rp 1.943.915. Penelitian sebelumnya oleh Nuraeni (2016) menyatakan bahwa pendapatan PJK adalah 1 – 3 juta per bulan (51%). Klien dengan sosial ekonomi rendah lebih cemas dibandingkan dengan status sosial ekonomi tinggi, dan mempengaruhi kualitas hidup mereka (Rochmayanti, 2017).

Kesimpulan peneliti yaitu bahwa pendapatan PJK berpengaruh pada kualitas hidup klien karena klien berpenghasilan rendah lebih khawatir daripada klien berpenghasilan tinggi. Hal ini juga mempengaruhi gaya hidup serta pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Pendapatan rendah dikaitkan dengan faktor risiko perilaku karena ada kendala yang lebih tinggi untuk mengubah perilaku berisiko seperti berhenti merokok, diet serta aktivitas fisik.

g. Pekerjaan

Pekerjaan klien dalam penelitian ini, mayoritas responden adalah tidak bekerja atau pensiunan PNS, berjumlah 66 responden (60%). Penelitian dari Jumayanti (2020), dimana 71 responden (66,36%) klien PJK tidak bekerja dan 36 responden (33,64%) bekerja. Sebagian besar status pekerjaan dalam penelitian sebelumnya adalah menganggur yaitu 68 orang (65,4%) meliputi ibu rumah tangga dan pensiunan, sehingga mayoritas mempunyai uang dari gaji pensiun, sehingga keadaan keuangan yang cukup juga memiliki kualitas hidup yang baik pula (Haryati et al., 2020). Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa rerata usia responden yang menganggur berada pada kelompok risiko mengalami penyakit jantung koroner (Rochmayanti, 2017).

Kesimpulan yang bisa diambil peneliti yaitu status pekerjaan sangat mempengaruhi kualitas hidup PJK. Hal tersebut dikarenakan pekerjaan yang dilakukan oleh responden bisa mengindikasikan pendapatan yang didapatkan untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Dalam penelitian ini, mayoritas responden berusia lanjut serta tidak bekerja atau sudah pensiun. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya dibantu oleh anak-anaknya.

h. Riwayat Chek Up/kontrol

Mayoritas responden dalam penelitian ini melakukan pemeriksaan rutin dengan total 99 orang (90%) berdasarkan riwayat pemeriksaan/kontrol. Penelitian sebelumnya oleh Muliantino et al

(2022) menunjukkan rerata jumlah perawatan diri klien penyakit kardiovaskular yaitu 77,7 (SD  $\pm$  9,96) bisa dalam kategori perawatan diri baik. Gambaran dari setiap aspek *self care* di penelitian ini adalah dimensi perawatan diri memiliki lima sikap perawatan diri yaitu skor tertinggi adalah mengunjungi petugas kesehatan (konsultasi rutin), minum aspirin atau obat pengencer darah lainnya, minum obat sesuai *advise* dokter, mengukur tekanan darah serta cara minum obat untuk mengingat minum obat. Faktor pendidikan responden dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan klien untuk melaksanakan perawatan diri (Syaibatul 2019).

Kesimpulan peneliti adalah semakin lama klien sakit maka semakin besar kesadaran akan perawatan diri dan semakin besar pula kepedulian terhadap kesehatan.

i. Diagnosa Medis

Diagnosa medis terbanyak pada penelitian ini adalah gagal jantung kongestif (*Congestive Heart Failure*) dengan 78 responden (70,90%). Penelitian sebelumnya yang menjelaskan bahwa gagal jantung kongestif (GJK) yaitu salah satu penyakit yang masuk daftar 10 besar penyakit di Instalasi Rawat Inap RS. St. Elisabeth Semarang dengan sampel 60 responden (Rukminingsih, 2020). Berdasarkan penelitian terdahulu menyatakan bahwa jumlah klien gagal jantung kongestif di RSPAD Gatot Soebroto tahun 2017, pada klien perawatan jantung rawat inap lantai 2 adalah 158 orang per

tahun, sedangkan jumlah klien rawat jalan dipoli Jantung pada tahun 2017 adalah 1952 orang dalam setahun (Sugiyanti et al., 2020).

Gagal jantung kongestif adalah penyebab kematian kedua di Indonesia setelah stroke. Selain itu, data dari *American Heart Association* (AHA) menunjukkan bahwa prevalensi gagal jantung bisa bertambah 46% dari tahun 2012 sampai 2030, dengan lebih dari 8 juta orang berumur  $\geq 18$  tahun menderita gagal jantung (Anggraeni, 2022).

Kesimpulan yang bisa diambil peneliti yaitu menurut data *American Heart Association* (AHA), penyakit jantung kongestif diprediksi naik sebesar 46 persen dari tahun 2012 hingga 2030 dengan faktor usia sebagai faktor risiko.

j. Lama Terdiagnosa

Hasil penelitian ini diperoleh hasil bahwa waktu diagnosis klien PJK paling banyak  $\leq 5$  tahun dengan 73 responden (66,40%). Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa lamanya sakit responden adalah 1,5 tahun - 2 tahun (54,9%). Lamanya sakit yang dihadapi responden berhubungan dengan *eksaserbasi*, yang pada akhirnya memunculkan gangguan psikologis berupa kecemasan (Hasibuan, 2018).

Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa dari 104 responden, 18 responden dengan lama sakit lebih dari 5 tahun, dimana 2 orang (1,9%) mempunyai kualitas hidup buruk serta 16

orang (15,4%) mempunyai kualitas hidup yang baik, sedangkan pada responden dengan lama sakit kurang dari 5 tahun ada 86 orang (82,7%), dimana 9 orang (8,7 %) mempunyai kualitas hidup buruk serta 77 orang (74,0%) mempunyai kualitas hidup baik (Haryati et al., 2020).

Mayoritas responden yang mengalami gagal jantung kurang dari 5 tahun memiliki skor rendah karena perubahan fisik, psikologis dan sosial, sehingga rata-rata mempunyai kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang sakit lebih dari 5 tahun. Semakin lama klien sakit gagal jantung, bisa terjadi perubahan yang dapat menurunkan kualitas hidup klien. Lamanya sakit tidak hanya berdampak terhadap fisik, melainkan pada aspek psikologis, sosial, serta finansial (Haryati et al., 2020).

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa semakin lama seorang klien didiagnosis dengan PJK, maka semakin buruk kualitas hidup mereka karena kebosanan pada perawatan, pengobatan rutin, ataupun pola hidup.

k. Asuransi Kesehatan

Penelitian ini didapatkan data dari responden terbanyak yang menggunakan asuransi kesehatan sejumlah 109 responden (99,10%). Penelitian sebelumnya yang menerangkan bahwa sebagian besar responden memperoleh biaya pengobatan dari Askes atau Jamkesmas (Akhmad, 2016). Penelitian sebelumnya menemukan

bahwa mayoritas responden mengambil fasilitas asuransi kesehatan agar pengeluaran untuk kunjungan rawat jalan serta pengobatan tidak sepenuhnya menguras keuangan klien (Haryati et al., 2020). Dengan dukungan finansial yang baik, persepsi diri yang baik serta tidak ada keluhan yang mengganggu maka masalah psikologis akibat gagal jantung kongestif (GJK) dapat berkurang sehingga kualitas hidup responden bisa bertambah (Akhmad, 2016).

Kesimpulan yang bisa diambil peneliti yaitu asuransi kesehatan memudahkan klien secara finansial untuk mengakses layanan kesehatan. Sebagian besar responden dalam penelitian ini memanfaatkan fasilitas asuransi kesehatan sehingga biaya kunjungan rawat jalan dan pengobatan tidak menjadi beban keuangan klien.

#### 1. Rawat Inap

Berdasarkan hasil penelitian ini, mayoritas responden sudah pernah opname dirumah sakit yaitu 97 orang (88,20%). Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa hampir seluruh responden (87%) mengalami rawat inap berulang dalam kategori rendah. Rawat inap kategori rendah untuk jangka waktu 1 tahun, terjadi rehospitalisasi sebanyak 1 kali. Sedangkan rehospitalisasi kategori tinggi terjadi dalam kurun waktu 1 tahun dengan lebih dari satu rehospitalisasi (Khasanah, 2020).

Penelitian sebelumnya memaparkan bahwa 20 orang (74,1%) dirawat kembali lebih dari satu kali rehospitalisasi serta responden

yang tidak patuh minum obat ada 17 orang (94,4%) dengan rawat inap ulang lebih dari satu kali, sedangkan yang patuh pada penggunaan obat ada 2 orang (22,2%) dengan jumlah rehospitalisasi lebih dari satu kali (Hidayah, 2018).

Rehospitalisasi dilakukan karena terjadi kekambuhan pada klien, dalam artian klien kembali mengalami tanda gejala CHF (*Congestive Heart Failure*). Terdapat keluhan tentang tanda dan gejala CHF yang mendorong klien untuk berobat dan dirawat di rumah sakit kembali (Khasanah, 2020).

Peneliti dapat menyimpulkan bahwa kedatangan ke pusat pelayanan kesehatan seperti rumah sakit bisa menaikkan kepatuhan pengobatan serta perawatan medis klien jantung koroner. Hal ini mengurangi tingkat hospitalisasi dan meningkatkan kualitas hidup serta kenyamanan pada klien PJK dalam menjalani aktivitas sehari-harinya.

## 2. Hubungan Tingkat Spiritualitas Dengan Kualitas Hidup

Hasil analisa membuktikan bahwa ada hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup PJK di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Hasil uji *Spearman rank* yang disajikan dalam tabel 4.5 menunjukkan bahwa hasil uji diperoleh  $p\text{ value} = 0,001 < 0,05$ , nilai ini menjelaskan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup PJK di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang. Arah korelasi positif menjelaskan bahwa semakin



tinggi tingkat spiritualitas maka semakin tinggi pula kualitas hidupnya. Rerata kualitas hidup PJK pada penelitian ini yaitu 80,00 yang berarti dalam kategori baik dengan standar deviasi  $\pm 5,649$ .

Spiritualitas adalah sikap seseorang dalam menghadapi dan memecahkan masalah-masalah kehidupannya, untuk hidup yang lebih baik dan bermakna. Spiritualitas dapat dijadikan pedoman untuk menilai bahwa tindakan seseorang lebih baik dan lebih berarti dari yang lain (Setyowati, 2021).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa sebagian besar lansia di wilayah Yogyakarta percaya dengan fungsi agama dalam kehidupannya serta mempunyai aspek spiritual yang tinggi terkait masa depan. Hal ini dapat menunjukkan tingginya spiritualitas lansia di Yogyakarta. Religius atau spiritual mampu menaikkan penyesuaian diri, meningkatkan kepuasan hidup serta kesehatan, hal ini ada keterkaitan antara peningkatan kecerdasan spiritual dengan kesehatan mental yang lebih baik (Jumayanti et al., 2020).

Kualitas hidup adalah kemampuan seseorang untuk memaknai peluang-peluang yang mereka terima dalam hidup sebagai hasil berinteraksi dengan lingkungan dan mencapai keharmonisan dalam hidup. Salah satunya adalah keselarasan keyakinan akan adanya Sang Pencipta, yaitu kebutuhan untuk menggali secara spiritual. Perubahan status fisik, psikososial dan spiritual klien PJK mengganggu kualitas hidup klien. Kesejahteraan spiritual mencerminkan sejauh mana orang

hidup selaras dengan tujuan, sasaran serta nilai kehidupan. Semuanya menunjukkan kualitas hidup, setiap orang mempunyai kualitas hidup yang berbeda tergantung bagaimana setiap individu menghadapi masalahnya. Apabila memiliki sikap positif, maka kualitas hidup juga akan baik (Sapriyanti, 2021).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Nuraeni, et al (2016), yang menemukan bahwa kesejahteraan spiritual yang tinggi pada klien PJK berhubungan dengan kualitas hidup yang tinggi juga. Klien dengan PJK mengalami berbagai perubahan pada tubuh yang bisa mempengaruhi aspek lain seperti aspek psikologis dan spiritual. Secara fisik, terjadi nyeri dada, sesak, kelelahan dan disfungsi seksual, serta secara psikologis klien PJK sering menderita kecemasan dan depresi.

Kecemasan, depresi dan revaskularisasi jantung merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup klien penyakit arteri koroner, dan depresi merupakan hal yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup pada klien PJK dibandingkan dengan dua faktor lainnya (Nuraeni et al., 2016). Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa kualitas hidup klien PJK baik karena adaptasi terhadap perubahan fisik dan sistem dukungan keluarga (Haryati et al., 2020).

Keterkaitan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup PJK yaitu nilai spiritual yang baik pada seseorang bisa membentuk pikiran positif mengenai masa depan. Sehingga mengurangi kekhawatiran atau beban pikiran dalam menghadapi suatu permasalahan terutama klien yang

terdiagnosis sakit jantung koroner. Hal tersebut mampu meningkatkan kualitas hidup yang baik pada klien.

### 3. Hubungan Tingkat Spiritualitas Dengan Kenyamanan

Hasil uji *Spearman rank* yang disajikan dalam tabel 4.6 menunjukkan bahwa hasil uji didapatkan nilai  $p\ value = 0,000 < 0,05$ , yang bisa diartikan ada hubungan yang bermakna antara tingkat spiritualitas dengan tingkat kenyamanan klien PJK di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang. Arah korelasi negatif memperlihatkan bahwa semakin besar nilai satu variabel, semakin kecil nilai variabel lainnya. Penelitian ini menunjukkan tingkat spiritualitas yang tinggi maka semakin rendah tingkat kenyamanannya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menjelaskan kelompok intervensi 105.45 dan kelompok kontrol 78.2, yang berarti kelompok intervensi dikategorikan nyaman dibandingkan dengan kelompok kontrol. Rata-rata kelompok intervensi skor  $> 84$ , yang berarti bahwa kelompok intervensi merasa nyaman dan rata-rata keseluruhan kelompok kontrol skor  $< 84$  yang berarti kelompok kontrol mempunyai tingkat kenyamanan yang tidak nyaman (Idris et al., 2018).

Agama adalah sistem kehidupan yang memberikan jalan spiritual menuju keselamatan di dunia dan akhirat, seorang Muslim tidak dapat mencapai tingkat spiritual yang tinggi tanpa mengamalkan agamanya dengan baik. Nilai-nilai yang berkaitan dengan rasa syukur diajarkan dalam agama. Menurut ajaran Islam, hidup itu bahagia ketika kita

menjadi orang yang bersyukur, karena rasa syukur selalu mengajarkan kita untuk memaknai setiap kejadian dalam hidup dari sudut pandang yang positif, oleh karena itu rasa syukur membuat hati kita selalu tenang dan damai. (Nuraeni et al., 2016).

Kenyamanan merupakan suatu kondisi psikologis yang nyaman serta aman terbebas dari perasaan takut dan cemas. Setiap orang ingin merasa nyaman. Nyaman melakukan aktivitas sehari-hari, nyaman bekerja, nyaman berinteraksi dengan orang lain dan nyaman berada dilingkungannya. Kondisi sakit bisa mengganggu karena seseorang tidak bisa hidup normal karena penyakitnya. Ada batasan yang tidak boleh dibuat individu yang sedang sakit (Idris et al., 2018).

Domain fisik klien AMI (*Acute Myocardial Infarction*) diperlukan karena ketidaksempurnaan yang pada akhirnya menimbulkan masalah fisik maupun emosional. Artinya, individu mengalami gangguan fisik akan terjadi masalah kesehatan yang menurunkan kualitas hidup. Salah satu ketidaknyamanan pada aspek psikospiritual adalah rasa takut. Kenyamanan sosial bagi klien AMI seperti kebutuhan interpersonal (keluarga dan sosial), sosial ekonomi (keuangan), konsep diri serta kebutuhan informasi (Idris et al., 2018).

Aspek lingkungan melalui ruangan yang tenang, sirkulasi udara yang baik serta penerangan cukup (nyalakan lampu). Tentunya hal tersebut secara tidak langsung bisa menambah kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural maupun lingkungan. Secara tidak langsung

hal tersebut bisa mempengaruhi kenyamanan klien (Zulvana, 2018). Nilai spiritual pada seseorang membawa kedamaian atau ketentraman sehingga menciptakan kenyamanan pada individu yang mampu meningkatkan kualitas hidup lebih baik khususnya pada PJK.

Penelitian ini menunjukkan tingkat spiritualitas yang tinggi semakin rendah tingkat kenyamanannya. Nilai spiritual yang tinggi pada individu belum bisa memberikan kenyamanan yang baik pada seseorang. Dikarenakan setiap orang memiliki kenyamanan yang berbeda. Spiritual mampu menciptakan ketenangan hati dan rasa senang yang bisa memunculkan rasa nyaman. Akan tetapi, hati yang tenang belum tentu menciptakan kenyamanan pada fisik, sosial, atau lingkungan. Misalnya, ada yang bisa beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit, ada yang bisa tidur dengan lampu mati atau menyala, ada yang bisa menyesuaikan perubahan fisik selama sakit, kebutuhan lingkungan yang tenang, tidak bisa berkumpul dengan teman atau keluarga lainnya, dan lain sebagainya.

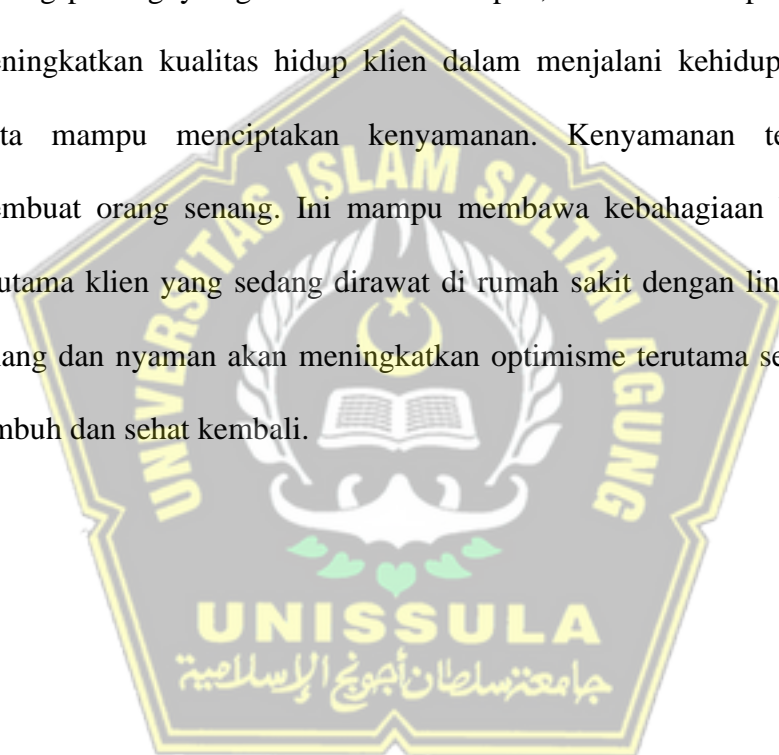
### C. Keterbatasan Penelitian

1. Pengumpulan data belum melakukan homogenitas responden dikarenakan untuk memenuhi jumlah sampel yang diperlukan.
2. Responden yang dipakai pada penelitian ini adalah klien rawat jalan dan klien rawat inap, sehingga responden yang digunakan bervariasi.
3. Responden yang digunakan tidak hanya dari bangsal, namun juga responden di rawat jalan. Dimana responden di poli jantung sedang

menunggu panggilan ke ruang pemeriksaan, sehingga konsentrasi responden tidak hanya terfokus untuk mengisi kuesioner.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Hasil dari penelitian ini diharapkan bisa menambah pengetahuan ilmu keperawatan dewasa dalam memberikan dukungan serta promosi kesehatan tentang pentingnya agama dalam kehidupan, dimana nilai spiritual ini dapat meningkatkan kualitas hidup klien dalam menjalani kehidupan sehari-hari serta mampu menciptakan kenyamanan. Kenyamanan tersebut dapat membuat orang senang. Ini mampu membawa kebahagiaan bagi individu, terutama klien yang sedang dirawat di rumah sakit dengan lingkungan yang tenang dan nyaman akan meningkatkan optimisme terutama semangat untuk sembuh dan sehat kembali.



## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara Tingkat Spiritualitas dengan Kualitas Hidup dan Kenyamanan Pada Pasien Jantung Koroner di Rumah Sakit Islam Sultan Agung, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Karakteristik klien PJK terbanyak pada penelitian ini yaitu berusia antara 56-65 tahun, berjenis kelamin laki-laki, masih mempunyai pasangan hidup, berpendidikan SLTA/SMA, berpenghasilan dibawah UMK Jateng tahun 2022 (Rp 2.835.021.29,00), tidak bekerja/pensiunan, rutin memeriksakan kesehatan, diagnosis medis UAP, lama sakit kurang dari 5 tahun, memanfaatkan jaminan kesehatan, sudah pernah dirawat di rumah sakit, serta beragama Islam.
2. Sebagian besar responden memiliki tingkat spiritualitas dalam kategori tinggi.
3. Mayoritas kualitas hidup PJK di rumah sakit yaitu mempunyai kualitas hidup yang baik.
4. Mayoritas responden memiliki tingkat kenyamanan merasa tidak nyaman.
5. Terdapat hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup PJK di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang. Analisa *Spearman rank* didapatkan hasil *p value* = 0,001 < 0,05. Artinya, pada penelitian ini

tingkat spiritualitas yang tinggi pada klien PJK memiliki kualitas hidup yang baik pula.

6. Terdapat hubungan antara tingkat spiritualitas dengan tingkat kenyamanan PJK di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang. Hasil uji *Spearman rank* diperoleh nilai  $p\text{ value} = 0,000 < 0,05$ .
7. Keeratan hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup PJK mempunyai hubungan lemah berdasarkan hasil uji bivariat diperoleh nilai  $r = 0,313$ . Arah korelasi positif menunjukkan semakin besar nilai satu variabel, semakin besar pula nilai variabel lainnya. Sehingga tingkat spiritualitas yang tinggi pada PJK mempunyai kualitas hidup yang baik pula.
8. Keeratan hubungan tingkat spiritualitas dengan kenyamanan PJK mempunyai hubungan sedang dari hasil uji bivariat diperoleh nilai  $r = -0,426$ . Arah korelasi negatif artinya, semakin besar satu variabel maka semakin kecil variabel lainnya, dapat disimpulkan bahwa tingkat spiritualitas yang tinggi belum tentu bisa menciptakan rasa nyaman pada klien PJK.

## B. Saran

### 1. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan kepada petugas kesehatan supaya lebih memperhatikan pengkajian klien secara komprehensif meliputi *bio-psiko-sosiokultural-spiritual*, terutama mengenai spiritual, dimana spiritualitas berperan penting dalam proses penyembuhan.



2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini bisa menambah wawasan tentang ilmu keperawatan tentang bagaimana gambaran tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup dan kenyamanan pasien jantung koroner.

3. Bagi pasien dan masyarakat

Diharapkan selalu optimis dan semangat menjalani hidup, memperhatikan pola makan dan pola hidup yang sehat, serta selalu bertawakal, bersabar dan mensyukuri nikmat yang sudah diberikan Allah SWT.

4. Bagi Peneliti selanjutnya

a. Pada penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dan menggunakan kuesioner sehingga hasil penelitian dibatasi pada permasalahan yang disebutkan dalam survei. Ketika peneliti menemukan hal-hal yang menarik, sulit bagi penelitian untuk memperdalam materi, maka peneliti lain disarankan menggunakan rancangan penelitian *mix methode* (metode campuran) untuk memperdalam materi penelitian. *Mix methode* adalah upaya terencana, sistematis, terstruktur, dan terukur untuk menggunakan dua metode penelitian secara bersama-sama (kuantitatif dan kualitatif), sehingga bisa menekankan keunggulan masing-masing metode dan meminimalkan kelemahannya.

- b. Diharapkan semua informasi yang dibahas dalam penelitian ini bisa dikembangkan serta didiskusikan dengan peneliti selanjutnya serta dapat melakukan homogenitas pada respondennya.



## DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, Made Sudarma, D. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Akhmad, A. N. A. dkk. (2016). Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung Kongestif (GJK) Berdasarkan Karakteristik Demografi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, 2(1), 17–23.
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka; Vol. 2. Edited by A. Y. S. Hamid and Kusman Ibrahim (Edisi Indo)*. Elsevier Applied Science Publisher.
- Amarullah & Rosyid, N. F. (2021). Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner. *Seminar Nasional Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta (SEMNASKEP)*, 7–17.
- Anggraeni, A. R. (2022). *Pengaruh Pemberian Edukasi Manajemen Kesehatan Pasien Gagal Jantung Kongestif*. 14(2), 7–18.
- Anggraini, D., & Andani, T. Z. (2018). Kualitas Hidup Pasien Pasca-Perkutaneous Coronary Intervention (Pci). *Jurnal Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nursing Journal)*, 4(2), 98–105. <https://doi.org/10.33755/jkk.v4i2.117>
- Artanti, E. R., Nurjannah, I., & Subroto, S. (2018). Validity and Reliability of Shortened General Comfort Questionnaire in Indonesian Version. *Belitung Nursing Journal*, 4(4), 366–372. <https://doi.org/10.33546/bnj.437>
- Azhar, M. M., Muttaqien, F., & Marisa, D. (2020). Perbedaan Kualitas Hidup Antara Pasien Penyakit Jantung Koroner yang Rutin dan Tidak Rutin Melakukan Senam Jantung Sehat. *Jurnal Mahasiswa Pendidikan Dokter*, 3 No. 1, 147–153.
- Balela, S. A. (2015). Metode Transformasi Skor Saya yang bertanda tangan dibawah ini : Nama : Suyatni Asmira Balela NRP Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya , akan melakukan penelitian dengan judul : “ Hubungan Antara Kualitas Hidup. *Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya*.
- Bestari, D. P., Ulliya, S., Sulisno, M., Dwidiyanti, M., & Nurmalia, D. (2022). Gambaran Tingkat Spiritualitas Anggota Paduan Suara Mahasiswa. *Holistic Nursing and Health Science*, 5(1), 34–42. <https://doi.org/10.14710/hnhs.5.1.2022.34-42>

- Dharma, K. K. (2013). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Hakim, L. N. (2020). Urgensi Revisi Undang-Undang tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial*, 11(1), 43–55. <https://doi.org/10.46807/aspirasi.v11i1.1589>
- Haryati, H., Saida, S., & Rangki, L. (2020). Kualitas Hidup Penderita Gagal Jantung Kongestif Berdasarkan Derajat Kemampuan Fisik dan Durasi Penyakit. *Faletehan Health Journal*, 7(02), 70–76. <https://doi.org/10.33746/fhj.v7i02.134>
- Hasibuan, M. T. D. (2018). Gambaran Kecemasan Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Yang Menjalani Rawat Inap Di Murni Teguh Memorial Hospital. *Indonesian Trust Health Journal*, 1(1), 38–43. <https://doi.org/10.37104/ithj.v1i1.8>
- Hidayah, N. (2018). Hubungan Kepatuhan Penggunaan Obat Dengan Rehospitalisasi Pasien Congestive Heart Failure (CHF) di ICCU RSUD Tidar Kota Magelang: The Relationship Between Compliance Use of Drugs and Readmission Case on Congestive Heart Failure (CHF) Patients at ICCU Tida. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 4(1), 1–6.
- Hidayat, A. A. (2015). *Metode Penelitian Paradigma Kuantitatif*. Surabaya: Health Books Publishing.
- Idris, D., Dewi, A., & Sari, N. K. (2018). Tingkat Kenyamanan Pasien Acute Myocardial Infarction Dengan Rehabilitasi Jantung Fase 1 Di Ipi Rumah Sakit Bapris Kediri. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 4(1). <https://doi.org/10.32660/jurnal.v4i1.343>
- Jumayanti, J., Wicaksana, A. L., & Akhmad Budi Sunaryo, E. Y. (2020). Kualitas Hidup Pasien Dengan Penyakit Kardiovaskular Di Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan*, 13(1), 1–12. <https://doi.org/10.23917/jk.v13i1.11096>
- Kasanah, E. S. (2017). *Hubungan Budaya Organisasi Rumah Sakit Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. 87(July), 1–23.
- Khasanah, S. (2020). Analysis Of Factors Related To Rehospitalization Events Of Congestive Heart Failure Patients. *PROFESI (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian*, 17(2), 30–36.
- Kurniawan & Agustini, A. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan dan Keperawatan*. Jawa Barat: CV. Rumah Pustaka.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Nuraeni, A., Mirwanti, R., Anna, A., Prawesti, A., & Emaliyawati, E. (2016). *Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner Factors Influenced the Quality of Life among Patients Diagnosed with Coronary Heart Disease*. 4, 107–116.
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 5*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Pranowo, G. (Gubernur J. T. (2022). *Surat Keputusan UMK Jateng 2022*. Akses online 15 Februari 2023 pukul 07:48. URL: <https://pt.scribd.com/document/543745874/Sk-Umk-Jateng-2022>.
- Rahmat, B., Priyambodo, S., Sari, D. P., Susani, Y. P., & Agung, A. (2020). Gambaran Kualitas Hidup Penderita Penyakit Jantung Koroner Pasca Serangan Jantung. *Jurnal Kedokteran*, 9(2), 90–99.
- Resmiya, L. dan M. I. (2019). Pengembangan Alat Ukur Kualitas Hidup Nelayan. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Lingkungan Dan Pembangunan*, 17(01), 34–41. <https://doi.org/10.21009/plpb.171.04>
- Rias, Yohannes Andi, D. (2021). *Psikososial dan Budaya Dalam Keperawatan*. Bandung: CV. MEDIA SAINS INDONESIA.
- Riskesdas. (2018). Riset Kesehatan Dasar. *Departemen Kesehatan RI*.
- Rochmayanti. (2017). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup pada Pasien PJK di Rumah Sakit Pelni Jakarta 2011. *Jurnal Ilmiah Widya*, 4(1), 249–255.
- Rosidawati, I. (2016). Kualitas Hidup Pasien Pasca Bedah Pintas Arteri Koroner (BPAK). *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v4(n2), 151–161. <https://doi.org/10.24198/jkp.v4n2.5>
- Rukminingsih, F. (2020). Pengukuran Tekanan Darah Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit St . Blood Pressure Measurement of Inpatients Congestive Heart Failure Patients in St . Elisabeth Hospital Semarang. *Jurnal Riset Kefarmasian Indonesia*, 2(1), 10–16.
- Sapriyanti. (2021). *Kesejahteraan Spiritualitas (Spiritual Well being) dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit*. 12(April), 78–82.
- Sayidah, N. (2018). *Metodologi Penelitian Disertai Dengan Contoh Penerapannya Dalam Penelitian*. Sidoarjo: Zifatama Jawara.

- Setyowati, S. dkk. (2021). Spiritualitas Berhubungan Dengan Kesepian Pada Lanjut Usia. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Jiwa*, 4(9), 67–78.
- Sugiyanti, A., Agustina, D., & Rahayu, S. (2020). Dukungan Keluarga Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Rspad Gatot Soebroto. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 16(2), 67. <https://doi.org/10.26753/jikk.v16i2.371>
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Sulityowati, H. & R. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media.
- Swarjana, I. . (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan (Edisi Revisi)*. Yogyakarta: ANDI.
- Tsalissavrina, I., Tritisari, K. P., Handayani, D., Kusumastuty, I., & Ariestiningih, A. D. (2018). Hubungan lama terdiagnosa diabetes dan kadar glukosa darah dengan fungsi kognitif penderita diabetes tipe 2 di Jawa Timur. *AcTion: Aceh Nutrition Journal*, 3(1), 28. <https://doi.org/10.30867/action.v3i1.96>
- Tumanggor, R. O. (2019). Analisa Konseptual Model Spiritual Well-Being Menurut Ellison Dan Fisher. *Jurnal Muara Ilmu Sosial, Humaniora, Dan Seni*, 3(1), 43. <https://doi.org/10.24912/jmishumsen.v3i1.3521>
- Yusuf, D. (2016). *Kebutuhan Spiritual Konsep dan Aplikasi Dalam Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Zulvana. (2018). *Tesis Pengaruh Relaksasi Spirotif Terhadap Tingkat Kecemasan dan Kualitas Tidur Pada Lansia Dengan Pendekatan Teori Comfort Kolcaba*. 182 halaman.