



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIFITAS EDUKASI TERSTRUKTUR BERBASIS TEORI
PERILAKU TERENCANA TERHADAP PEMBERDAYAAN DAN
KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER
DI RUMAH SAKIT PONDOK INDAH JAKARTA**

TESIS

Oleh

**ANI WIDIASTUTI
1006800711**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**EFEKTIFITAS EDUKASI TERSTRUKTUR BERBASIS TEORI
PERILAKU TERENCANA TERHADAP PEMBERDAYAAN
DAN KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT JANTUNG
KORONER
DI RUMAH SAKIT PONDOK INDAH JAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

Oleh

**ANI WIDIASTUTI
1006800711**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Ani Widiastuti

NPM : 1006800711

Tanda tangan : 

Tanggal : 16 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Ani Widiastuti
NPM : 1006800711
Program Studi : Magister Fakultas Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Efektifitas Edukasi Terstruktur Berbasis Teori Perilaku Terencana Terhadap Pemberdayaan Dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Pasca sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dra. Elly Nurachmah, SKp, M.App.Sc, D.N.Sc, RN ()

Pembimbing : DR. Besral, SKM, M.Sc. ()

Penguji : Debbie Dahlia, S.Kp., MHSM ()

Penguji : Linda Amiyanti, SKp.M.Kes ()

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 16 Juli 2012

KATA PENGANTAR

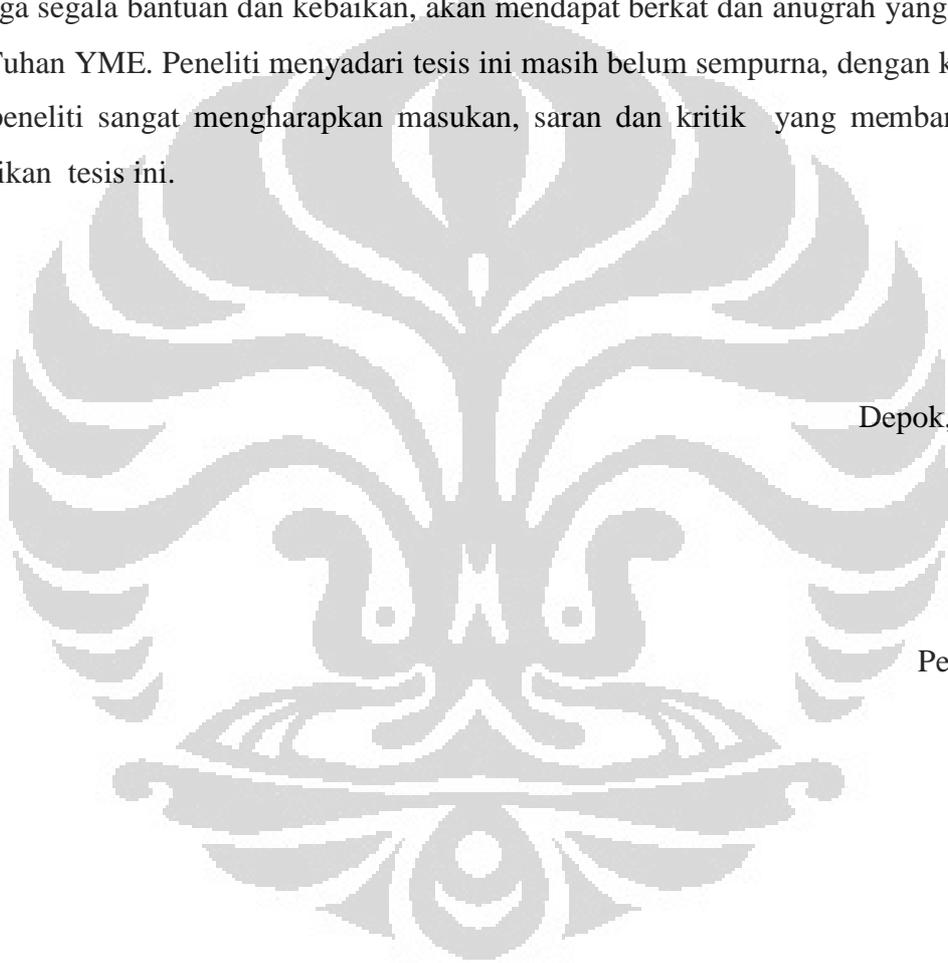
Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan YME karena atas kasih dan karunia-Nya, akhirnya peneliti dapat menyelesaikan tesis dengan judul “ Efektifitas edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner di rumah sakit Pondok Indah Jakarta.

Dalam penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN. selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Dra. Elly Nurachmah, SKp, M.App.Sc, D.N.Sc, RN, selaku pembimbing I yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan tesis ini.
4. DR. Besral, SKM., M.Sc. selaku pembimbing II yang telah memberikan arahan dan masukan selama penyusunan tesis.
5. Debie Dahlia, S.Kp., MHSM, selaku penguji sekaligus pembimbing akademik yang telah memberikan arahan dan masukan dalam perbaikan tesis
6. Linda Amiyanti, S.Kp. M.Kes, selaku penguji yang telah memberikan arahan dan masukan dalam perbaikan tesis
7. Staf akademik dan staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
8. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2010, khususnya Program Magister Keperawatan Medikal Bedah, yang telah saling mendukung dan membantu selama proses pendidikan.
9. Pimpinan dan rekan-rekan kerjaku di unit Edukasi dan keperawatan rumah sakit Pondok Indah Jakarta yang telah memberi dukungan dan pengertian yang sangat besar selama penulis menjalani pendidikan.

10. Pimpinan dan rekan-rekan kerjaku di Fakultas Ilmu-ilmu kesehatan Universitas Pembangunan Nasional Jakarta program studi ilmu keperawatan yang telah memberi dukungan selama penulis menjalani pendidikan.
11. Keluarga besarku terutama putra-putri kecilku tercinta **Andru dan Naomi** yang telah bersabar menemani, memberi semangat dan membuat peneliti dapat tetap tersenyum dan optimis menyelesaikan pendidikan dan tesis ini.
12. Serta semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Semoga segala bantuan dan kebaikan, akan mendapat berkat dan anugrah yang berlimpah dari Tuhan YME. Peneliti menyadari tesis ini masih belum sempurna, dengan kerendahan hati peneliti sangat mengharapkan masukan, saran dan kritik yang membangun demi perbaikan tesis ini.



Depok, Juli 2012

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ani Widiastuti
NPM : 1006800711
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

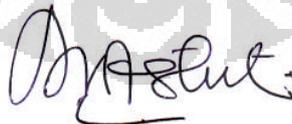
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : **Efektifitas Edukasi Terstruktur Berbasis Teori Perilaku Terencana Terhadap Pemberdayaan Dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta**, beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 16 Juli 2012

Yang Menyatakan



(Ani Widiastuti)

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ani Widiastuti
NPM : 1006800711
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Tahun Akademik : 2012

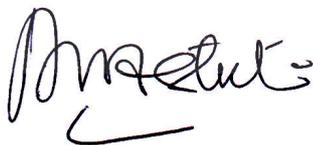
Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

EFEKTIFITAS EDUKASI TERSTRUKTUR BERBASIS TEORI PERILAKU TERENCANA TERHADAP PEMBERDAYAAN DAN KUALITAS HIDUP PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RUMAH SAKIT PONDOK INDAH JAKARTA

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 16 Juli 2012



(Ani Widiastuti)

ABSTRAK

Ani Widiastuti

Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Medikal Bedah FIK-UI

Efektifitas edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di rumah sakit Pondok Indah Jakarta

xiv + 82 + 5 tabel + 8 skema + 2 diagram + 8 lampiran

Intervensi keperawatan berupa edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana (*planned behavior*) diharapkan dapat meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup pasien paska serangan penyakit jantung koroner. Penerapan teori meliputi prinsip *behavioral beliefs*, *normative beliefs*, *control beliefs*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain quasi eksperimen dengan rancangan *pre-test and post-test with control group design*. Jumlah sampel 24 orang terbagi atas 12 orang pada kelompok kontrol dan 12 orang pada kelompok intervensi. Hasil penelitian didapatkan adanya pengaruh yang bermakna edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan ($p= 0.00$) dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner ($p= 0.001$). Berdasarkan penelitian ini, edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana dapat dilakukan sebagai intervensi keperawatan secara optimal sehingga pasien paska serangan penyakit jantung koroner tetap dapat hidup sehat, berdaya guna serta memiliki kualitas hidup yang baik.

Kata kunci : edukasi terstruktur, pemberdayaan, kualitas hidup penyakit jantung koroner

Daftar pustaka 63 (1991-2012)

ABSTRACT

Ani Widiastuti

Master of Nursing Science, specialty in Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing, UI

The effects of structured education based on planned behavior theory to empowerment and quality of life patient with coronary heart disease at Pondok Indah Hospital Jakarta.

xiv + 82 pages + 5 tables + 8 scheme + 8 chart + 9 enclosure

Nursing intervention in the form of structured education based on planned behavior theory (PBT) is expected to increase empowerment and quality of life of patient post coronary heart disease. The application of planned behavior theory involved the strengthening of three principles, including *behavioral beliefs*, *normative beliefs* and *control beliefs*. The purpose of this study was to identify the effects of structured education on empowerment and quality of life the patients with coronary heart disease. This study was a quantitative research with a quasi-experimental design conducted by using a pre-test and post-test with control group design. The number of samples was 24 people divided into 2 groups: 12 people in the control group and 12 people in the intervention group. The result showed that there is a significant influence of structured preoperative education, on both empowerment ($p = 0.001$) and the quality of life ($p = 0.001$). Based on this findings, the structured education should be provided by nurses optimally as a part of nursing interventions so after coronary heart disease the patient could achieve a healthy life, empowered, and eventually could maintain a good quality of life.

Keywords : structured education, empowerment, quality of life coronary heart disease

Bibliography, 63 (1998-2007)

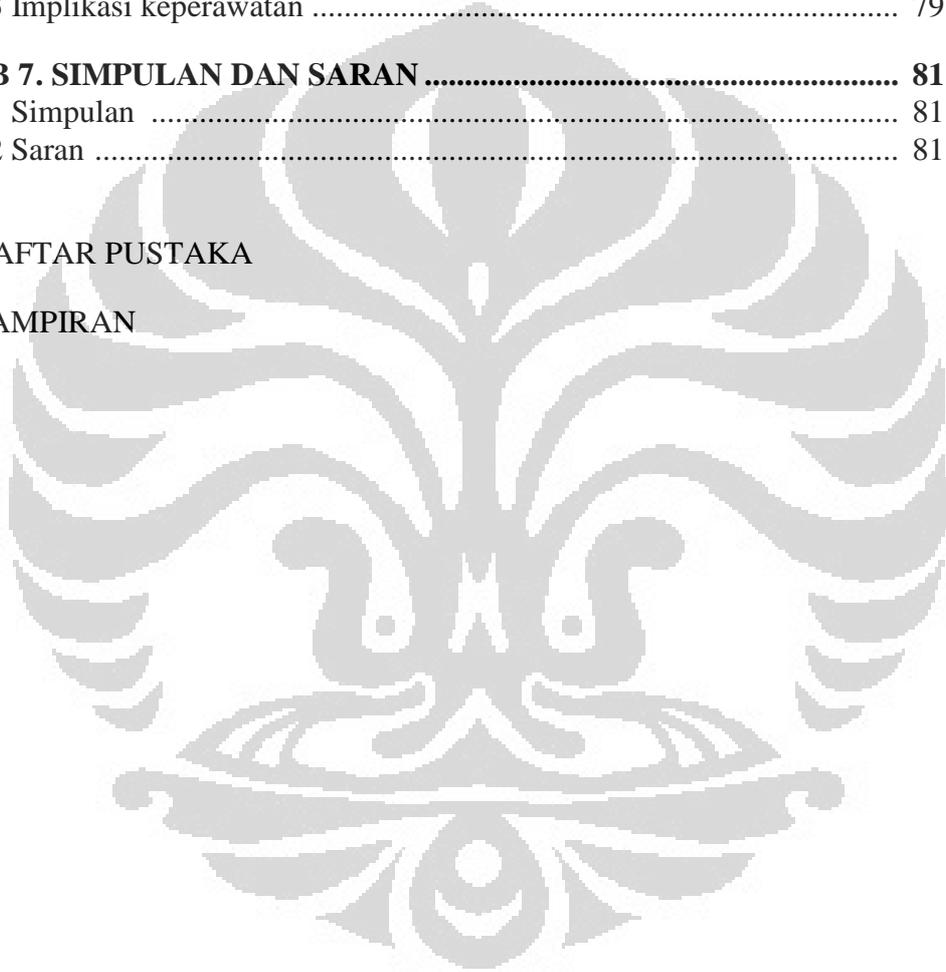
DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PEENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
SURAT PERNYATAAN	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR DIAGRAM	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.4 Manfaat Penelitian	12
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Konsep penyakit jantung koroner	14
2.2 Edukasi	24
2.3 Pemberdayaan	37
2.4 Kualitas hidup	41
2.5 Kerangka Teori	47
BAB 3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	48
3.1 Kerangka Konsep	48
3.2 Hipotesis Penelitian	50
3.3 Definisi Operasional	50
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN	52
4.1 Desain Penelitian	52
4.2 Populasi dan Sampel	53
4.3 Tempat Penelitian	55
4.4 Waktu Penelitian	55
4.5 Etika Penelitian	56
4.6 Alat Pengumpulan Data	57

4.7	Prosedur Pengumpulan Data	57
4.8	Analisis Data	5
BAB 5. HASIL PENELITIAN		62
5.1	Karakteristik responden	62
5.2	Pemberdayaan dan kualitas hidup	64
5.3	Analisis kesetaraan	65
5.4	Analisis pemberdayaan dan kualitas hidup	66
BAB 6. PEMBAHASAN		70
6.1	Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	70
6.2	Keterbatasan Penelitian	78
6.3	Implikasi keperawatan	79
BAB 7. SIMPULAN DAN SARAN		81
7.1	Simpulan	81
7.2	Saran	81

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



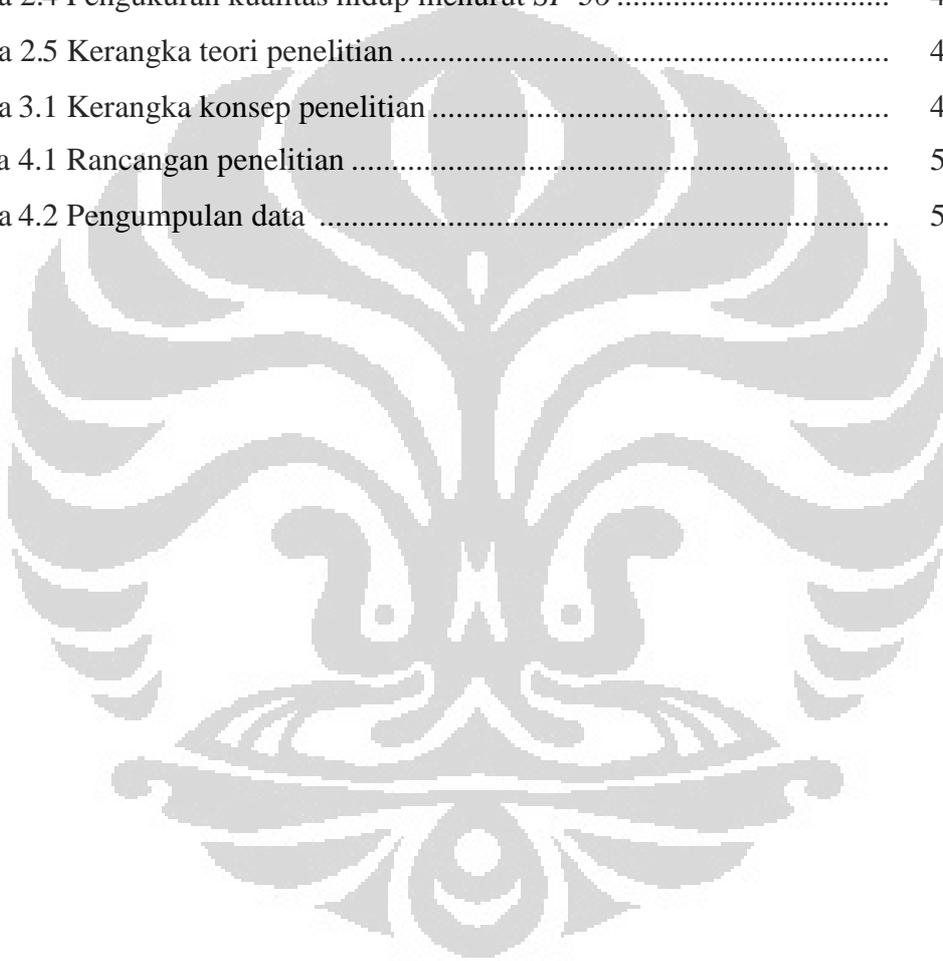
DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Klasifikasi myokard infark menurut waktu kejadian.....	17
Tabel 2.2 Lokasi infark, lead EKG dan arteri koroner.....	17
Tabel 3.1 Tabel Definisi operasional Variabel Penelitian.....	50
Tabel 4.1 Uji statistik analisis bivariat, analisis homogenitas variabel konfounding kelompok intervensi dan kelompok kontrol.....	60
Tabel 4.2 Analisis Bivariat perbedaan pemberdayaan dan kualitas hidup kelompok intervensi dan kelompok kontrol	61



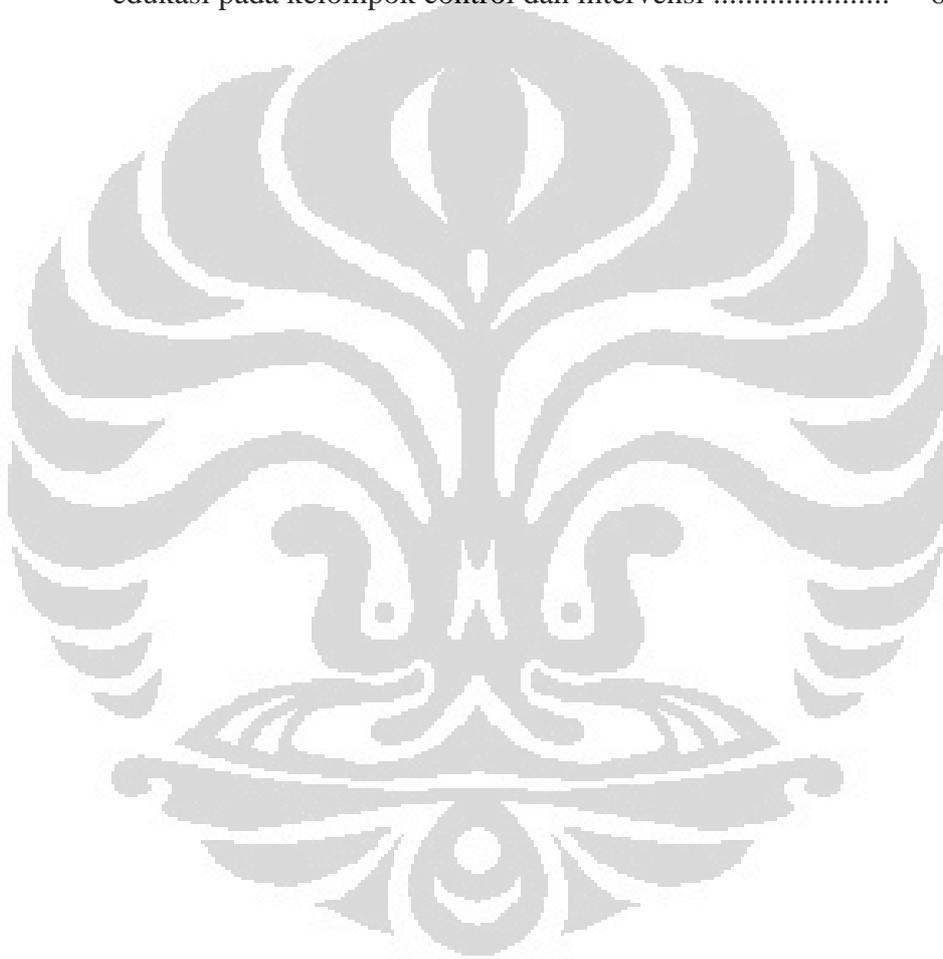
DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Teori Kognitif Sosial	32
Skema 2.2 Teori Perilaku terencana	32
Skema 2.3 Pengukuran kualitas hidup menurut WHO	43
Skema 2.4 Pengukuran kualitas hidup menurut <i>SF-36</i>	44
Skema 2.5 Kerangka teori penelitian	47
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian	48
Skema 4.1 Rancangan penelitian	52
Skema 4.2 Pengumpulan data	57



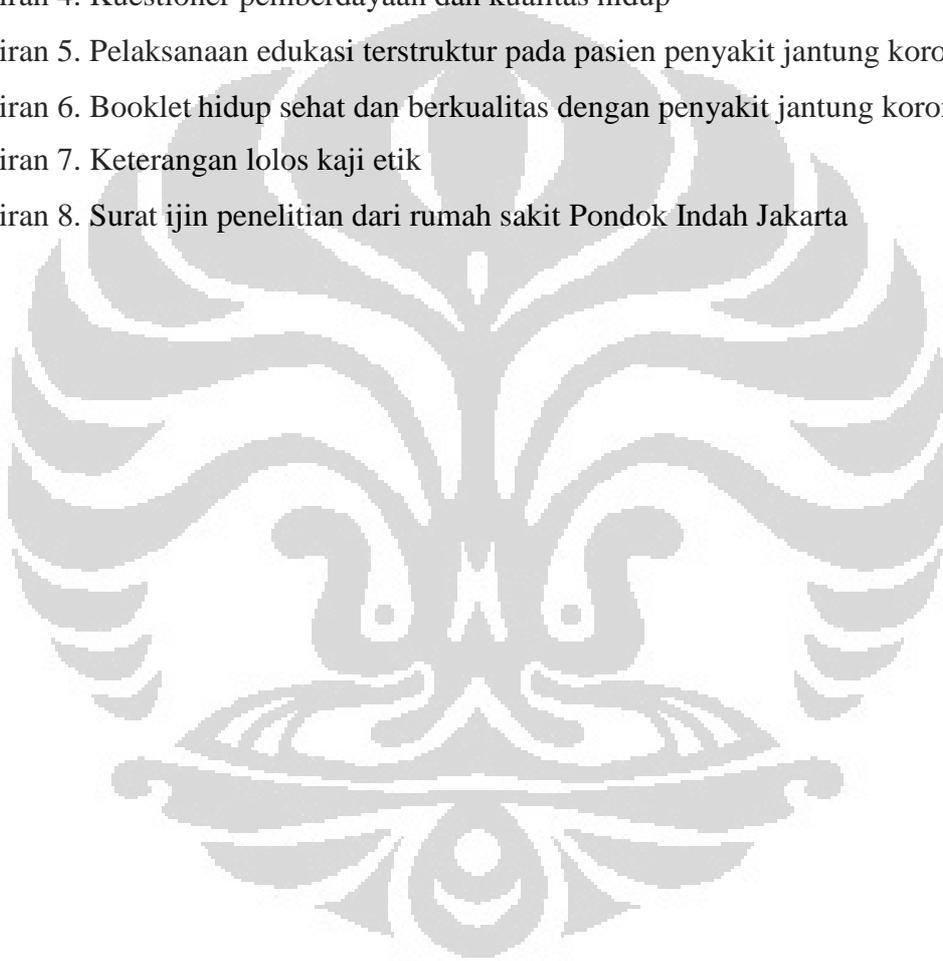
DAFTAR DIAGRAM

	Hal
Diagram 5.1. Peningkatan rata-rata pemberdayaan sebelum dan sesudah edukasi pada kelompok control dan intervensil	68
Diagram 5.2. Peningkatan rata-rata kualitas hidup sebelum dan sesudah edukasi pada kelompok control dan intervensi	69



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan
- Lampiran 3. Kuestioner penelitian
- Lampiran 4. Kuestioner pemberdayaan dan kualitas hidup
- Lampiran 5. Pelaksanaan edukasi terstruktur pada pasien penyakit jantung koroner
- Lampiran 6. Booklet hidup sehat dan berkualitas dengan penyakit jantung koroner
- Lampiran 7. Keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 8. Surat ijin penelitian dari rumah sakit Pondok Indah Jakarta



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit jantung koroner atau *coronary heart disease* adalah penyakit yang disebabkan oleh stenosis arteri koroner akibat adanya plaque aterosklerosis yang menyebabkan penyempitan lumen arteri koroner sehingga jantung mengalami iskemia atau infark. Iskemia terjadi ketika jantung tidak mendapat suplai darah yang cukup sesuai kebutuhan. Sedangkan infark atau kematian otot jantung terjadi ketika iskemia berlangsung lama dan kerusakan jaringan yang ditimbulkan bersifat *irreversible* (Ignatavicius & Workman, 2006).

Kejadian penyakit jantung koroner pada pria lebih dini di banding wanita. Pada usia 40-49 tahun pria memiliki risiko dua kali lebih sering menderita penyakit ini dibanding wanita, tetapi pasca menopause, rasio menjadi *equivalent* antara pria dan wanita. Kecenderungan aterosklerosis juga berkembang pada keluarga dengan riwayat penyakit jantung koroner. Keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita penyakit jantung koroner sebelum usia 55 tahun, maka anggota keluarga yang lain memiliki risiko 2-6 kali untuk terjadi masalah yang sama (Elliot Doug, 2007). Faktor resiko lainnya meliputi faktor yang dapat dimodifikasi seperti hipertensi, merokok, hyperkolesterol, obesitas dan diabetes melitus serta faktor yang tidak dapat dimodifikasi yaitu selain usia, jenis kelamin dan keturunan, ras tertentu juga menjadi faktor resiko.

Aterosklerosis dapat mengalami rupture akibat mekanisme turbulensi aliran darah yang berakibat terbentuknya thrombus. Kondisi inilah yang menyebabkan pembuluh darah koroner tiba-tiba mengalami blok atau sumbatan total yang disebut thrombosis dan menimbulkan serangan jantung atau *heart attack*. Gejala awal penyakit jantung koroner adalah nyeri dada, nafas pendek dan dada rasa berat. Nyeri dada biasanya dirasakan pasien seperti tertindih beban berat, kaku, rasa terbakar, tertekan, dada seperti diremas-remas, menjalar ke punggung, lengan, leher, atau rahang. Tetapi beberapa orang tidak mengalami gejala yang

khas tersebut, misalnya pada pasien diabetes mellitus. Pada serangan jantung nyeri tidak akan hilang dengan istirahat (Texas Heart Institute, 2005). Serangan jantung sering disebut sebagai *acute coronary syndrome* (ACS). ACS merupakan suatu spektrum pasien-pasien yang mengalami nyeri dada atau angina serta keluhan lain akibat ischemic atau infark miokard. Terdiri dari Angina Pektoris Tidak Stabil, Infark Miokard dengan gambaran EKG ST elevasi dan non ST elevasi. Ketiga keadaan tersebut merupakan keadaan kegawatan dalam sistem kardiovaskuler yang memerlukan tatalaksana yang baik untuk menghindari terjadinya kematian mendadak.

Penyakit jantung koroner merupakan bentuk yang paling umum dari penyakit jantung. Menurut data *American Heart Association* (AHA), 2006, lebih dari 13 juta penduduk Amerika menderita penyakit jantung, dan 700 ribu diantaranya meninggal dunia setiap tahun, sementara pencegahan yang optimal belum juga dilakukan. (Shiplett, Barbara, 2007). Di Indonesia sendiri berdasarkan Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Nasional (SKRTN) tahun 2001, diketahui bahwa penyakit jantung koroner merupakan penyebab kematian nomor 1 atau sekitar 26,4 % angka kematian disebabkan oleh penyakit jantung koroner. (Anggraeni, 2008).

Penanganan pasien dengan penyakit jantung koroner harus dilaksanakan secara serius mengingat komplikasi yang ditimbulkannya. Setelah terjadi serangan jantung koroner, maka bila infark luas dan miokard yang harus berkompensasi sudah buruk akibat iskemia atau infark lama maka daerah miokard akan memperlihatkan penurunan *ejection fraction, stroke volume* dan peningkatan volume akhir distolik ventrikel kiri. Kondisi ini akan menyebabkan tekanan atrium kiri juga naik yang akan menyebabkan transudasi cairan ke jaringan interstisium paru dan terjadi gagal jantung. Perburukan hemodinamik akan terjadi bila iskemia berkepanjangan atau infark meluas, serta fibrilasi ventrikel yang akan menyebabkan kematian.

Penatalaksanaan yang dilakukan terhadap penyakit jantung koroner semakin berkembang. Tujuan utama penatalaksanaan adalah memperbaiki perfusi ke

myokard dan memperkecil kerusakan yang ditimbulkannya. Untuk memperbaiki perfusi myokard dapat menggunakan tiga cara yaitu pemberian trombolitik, *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) dan CABG (*coronary artery bypass graft*). Perawat turut berperan penting dalam setiap keberhasilan terapi atau tindakan invasive tersebut. Monitoring terhadap perubahan kondisi kesehatan pasien harus dilakukan secara intensif baik oleh dokter maupun perawat agar penanganan yang cepat terhadap komplikasi yang timbul dapat segera diambil. Dukungan terhadap pasien serta pemberian informasi yang tepat juga sangat dibutuhkan pasien baik selama perawatan maupun setelah pulang ke rumah pasca perawatan.

Diagnosa penyakit jantung koroner merupakan sesuatu yang sangat menakutkan bagi pasien yang terdiagnosa penyakit tersebut. Kekawatiran akan kehidupan selanjutnya yang akan dijalani menimbulkan perasaan tidak berdaya dan tidak mampu. Hal ini menjadi masalah tersendiri bagi pasien dengan penyakit jantung koroner. Usia pasien yang makin bergeser menjadi lebih muda saat terdiagnosa, turut memberi asumsi bahwa hilangnya produktivitas kerja juga makin meningkat yang berdampak pada menurunnya semangat dan kualitas hidup pasien.

Pasien dengan diagnosa penyakit jantung cenderung pasif terhadap kehidupan dan aktifitas yang telah dijalani selama ini. Ketidaktahuan tentang prognosis penyakit serta bagaimana mengatasinya membuat pasien memilih mundur dari kesibukan bahkan pekerjaannya. Stigma masyarakat tentang penyakit jantung membuat pasien enggan bersosialisasi dan menambah wawasan. Pasien biasanya merasa putus asa dan tidak mampu melakukan aktifitas atau pekerjaan dengan tuntutan *knowledge dan skill* yang tinggi. Faktor psikologis yang penting untuk menghadapi masalah tersebut adalah meningkatkan semangat dan harapan hidup pasien. Penguatan dapat dilakukan jika pasien memiliki motivasi untuk memberdayakan diri sehingga dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam mengambil keputusan dan memilih yang terbaik bagi hidupnya pasca serangan jantung.

Empowerment atau pemberdayaan merupakan istilah yang diperkenalkan oleh Freire, 1970 sebagai salah satu konsep dalam pembelajaran. Kemudian pada tahun 1996, Rodwell menjelaskan pengertian empowerment merupakan bentuk partnership, yaitu proses memampukan orang untuk memilih dan mengambil kendali serta mengambil keputusan atas hidupnya. Dalam konsep kesehatan, pemberdayaan memampukan pasien memilih dan mengambil tanggung jawab atas kebutuhan kesehatannya. Pasien yang memiliki pemberdayaan akan memiliki kemampuan yang lebih besar dalam mengontrol dan berpartisipasi pada proses pengambilan keputusan tentang manajemen penyakit sekaligus hidupnya. Pemberdayaan bukan menyarankan suatu proses yang berakhir pada satu titik, tetapi lebih kepada sebuah paradigma yang akan membawa pasien mencapai kemandirian yang lebih besar dan mampu mengendalikan hidupnya dengan baik. (Dornan, 2002; Finfgeld, 2004; Marchinko, Shelley, 2008).

Penelitian tentang efektifitas pemberdayaan telah dilakukan terhadap manajemen pasien diabetes mellitus. Pada penelitian tersebut, pengobatan dan manajemen pasien dilakukan menggunakan pendekatan pemberdayaan. Pada akhir intervensi, pasien mengatakan bahwa pendekatan dengan pemberdayaan telah membuatnya dapat lebih aktif mengambil peran dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatannya. (Michael A. Weiss, 2006). Penelitian lain tentang pemberdayaan juga dilakukan terhadap pekerja social tentang komitmentnya merawat pasien. Pekerja yang mempunyai pemberdayaan memiliki *self efficacy* yang kuat dan dapat mempengaruhi lingkungan dan pasien-pasiennya untuk mencapai tujuan hidupnya. (Morison, 2006). Pemberdayaan merupakan suatu proses yang dapat membangun kapasitas pasien untuk memenuhi kebutuhannya secara mandiri, mengurangi perasaan sedih, meningkatkan rasa percaya diri dan meningkatkan kualitas hidup. (Marchinko Shelley, 2008). Penyakit jantung koroner sebagai penyebab morbiditas dan mortalitas utama di beberapa negara termasuk Indonesia, memberi efek psikologis tersendiri bagi penderitanya. Meningkatkan semangat dan harapan hidup pasien sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dalam menjalani kehidupan selanjutnya.

Kualitas hidup (*quality of life*) menurut WHO (2008) adalah persepsi individu terhadap peran mereka dalam hidup pada konteks system nilai dan budaya dimana mereka tinggal dan membina hubungan untuk mencapai tujuan, harapan dan standar hidup. WHO juga mendefinisikan kualitas hidup sebagai konsep multidisiplin yang berdasarkan pada pengalaman subyektif. Terdapat enam domain *quality of life* menurut WHO yaitu fisik, psikologi, kemandirian, social, lingkungan dan spiritual. (Marchinko Shelley, 2008). Menurut data secara global pada tahun 2004, setidaknya, terdapat 12.1 juta orang hidup dengan penurunan kualitas hidup akibat tidak adekuatnya aliran darah ke myokard atau penyakit jantung koroner. (Schadewalt, 2010).

Meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner merupakan salah satu peran dan tanggung jawab perawat. Selain melakukan intervensi keperawatan, monitoring secara intensif terhadap perkembangan penyakit pasien dan mencegah komplikasi, perawat juga bertanggung jawab mempersiapkan kemampuan pasien dalam perawatan diri di rumah. Kemampuan menjalankan program terapi, mempertahankan diet, menjalankan aktifitas dan mengambil keputusan serta mengontrol hidupnya pasca menjalani perawatan. Perawat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif baik bio, psiko, sosio maupun spiritual. Untuk meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup, pasien membutuhkan dukungan dan informasi melalui edukasi yang jelas dan terstruktur sehingga pasien memiliki semangat dan harapan hidup yang tinggi. Salah satu tujuan edukasi adalah memperdayakan pasien, membantu pasien mengambil keputusan terhadap perawatan kesehatan dan mengatur hidupnya. Pasien memiliki pemberdayaan ketika pasien mempunyai pengetahuan, skill dan kesadaran diri yang baik. (Anderson, 1991 ; Johansson. 2004).

Beberapa penelitian menjelaskan bahwa pasien sangat membutuhkan edukasi selama dirawat di rumah sakit. Pemahaman pasien terhadap kondisi kesehatan yang sebenarnya serta bagaimana menjalani kehidupan pasca didiagnosa penyakit jantung koroner dapat membawa pasien pada pemberdayaan dan kualitas hidup yang lebih tinggi. Akan tetapi pasien seringkali tidak mendapat edukasi yang sesuai terkait kebutuhan informasi tersebut. Penelitian yang dilakukan kepada 187

pasien dengan penyakit jantung koroner di tiga rumah sakit di Ankara city didapatkan bahwa 93.6% pasien yang akan pulang rawat mengatakan kurang mendapat informasi selama dirawat. Edukasi informasi yang mereka butuhkan belum terpenuhi seperti kondisi penyakit, komplikasi, penatalaksanaan, pengobatan, perawatan, dampak yang mungkin terjadi akibat tindakan, aktifitas yang dianjurkan serta kebiasaan dan gaya hidup yang disarankan atau dihindari pasca serangan jantung. Keyakinan yang kuat dalam menjalani kehidupan selanjutnya pasca serangan jantung juga dapat ditingkatkan melalui edukasi yang jelas dan tepat tentang bagaimana upaya-upaya mengatasi masalah yang timbul pasca serangan jantung. (Yilmaz, 2005).

Kurangnya edukasi juga berpengaruh terhadap meningkatnya rehospitalisasi. Menurut Wolinsky, 1999, setidaknya, dari 1.5 juta penduduk Amerika dengan myokard infark, memiliki 2.1 juta episode dirawat di rumah sakit dengan penyakit sama. Data tersebut berarti bahwa pasien dengan penyakit jantung koroner berisiko untuk terjadi serangan berulang atau mengalami komplikasi sehingga perlu perawatan kembali di rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan data bahwa tingkat edukasi yang kurang berpengaruh pada 1.35 kali meningkatnya *rehospitalization*. Penelitian lain menurut Kelly, 2009, Pengetahuan seseorang berpengaruh terhadap meningkatnya resiko seseorang menderita penyakit jantung koroner. Hasil penelitian yang dilakukannya pada komunitas di Amerika Serikat menunjukkan bahwa tingkat edukasi yang rendah memiliki 3.09 kali lebih sering menderita myokard infark dibanding tingkat pendidikan tinggi.

Penelitian tentang edukasi dan konseling telah dilakukan terhadap pasien CAD di Turki pada tahun 2011. Dari penelitian tersebut diperoleh data bahwa pemberian edukasi dan konseling tentang gaya hidup yang benar pasca serangan jantung dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Hasil lain yang diperoleh pada penelitian tersebut adalah bahwa edukasi dan konseling juga dapat memperbaiki aktifitas fisik, program diet yang sehat, bahkan menurunkan tekanan darah diastole secara bermakna. (Kurçer, M. A., & Özbay, A. 2011)

Edukasi kesehatan atau *Health Education* adalah mengembangkan dan menyediakan instruksi melalui pengalaman belajar untuk memfasilitasi adaptasi terkontrol pada perilaku yang kondusif untuk hidup sehat, pada individu, keluarga, grup atau komunitas. (Dotcherman & Bulechek, 2008). Sedangkan menurut Smeltzer & Bare, 2008; Potter & Perry, 2009, Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan baru, sikap, dan keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu.

Edukasi kepada pasien dapat lebih efektif jika menggunakan teori pembelajaran. Terdapat beberapa teori dan model untuk memberikan edukasi kepada pasien. Penggunaan teori yang sesuai dengan kebutuhan pasien akan membantu edukasi yang efektif. Salah satu teori pembelajaran yang bertujuan mengembangkan perilaku seperti yang diharapkan melalui pengembangan intervensi adalah teori *planned behavior* (TPB) atau teori perilaku terencana. Teori ini dikembangkan oleh Ajzen tahun 1967 dengan nama *Theory of Reasoned Action* (TRA), dan terus dikembangkan dalam berbagai penelitian hingga berubah nama menjadi *Theory of Planned Behavior* (TPB) atau perilaku terencana pada tahun 1988 melalui penambahan model. Inti teori ini mencakup 3 hal yaitu; keyakinan tentang kemungkinan hasil dan evaluasi dari perilaku tersebut (*behavioral beliefs*), keyakinan tentang norma yang diharapkan dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*normative beliefs*), serta keyakinan tentang adanya faktor yang dapat mendukung atau menghalangi perilaku dan kesadaran akan kekuatan faktor tersebut (*control beliefs*). Teori ini merupakan salah satu teori pembelajaran yang efektif dan sering digunakan untuk pembelajaran dalam bidang kesehatan.

Teori pembelajaran dinilai efektif, jika pasien dapat memakai bahkan menjadikannya sebagai sebuah panduan dalam menjalani kehidupannya paska perawatan. Pasien pasca serangan jantung secara psikologis berdampak pada perilaku yang diambil pasien. Pemberian edukasi informasi yang benar, akurat dan terstruktur tentang penyakit jantung koroner dan bagaimana menjalaninya merupakan sesuatu yang dibutuhkan pasien pada kondisi seperti ini. Edukasi terstruktur diharapkan dapat meningkatkan kemampuan pasien secara optimal

sehingga dapat meningkatkan pemberdayaan pasien yang pada akhirnya akan meningkatkan kemandirian pasien, kepercayaan diri, *self efficacy*, *self responsibility*, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. (Marchinko Shelley, 2008).

Edukasi pasien merupakan standar perawatan pasien dengan penyakit jantung koroner yang harus dilaksanakan perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pemberian edukasi dapat dilakukan perawat secara informal maupun terstruktur. Edukasi informal biasanya dilakukan perawat tanpa menggunakan materi yang disusun secara sistematis serta seringkali tidak membutuhkan waktu khusus melainkan bersamaan dengan aktifitas perawatan. Sedangkan edukasi terstruktur menurut kamus besar bahasa Indonesia merupakan edukasi yang sudah dalam keadaan disusun atau diatur rapi sebelum proses pemberian edukasi dijalankan. (Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional, 2008).

Edukasi terstruktur bermanfaat dalam meningkatkan keberhasilan proses pembelajaran. Menurut hasil penelitian yang dilakukan Mann, Karen S. (2011) edukasi terstruktur dapat meningkatkan kualitas hidup pasien kanker di Florence. Pada penelitian tersebut, kualitas hidup pasien meningkat pada 81 % pasien kanker terdiagnosa baru dan 40% pada pasien kanker yang sudah terdiagnosa lama setelah diberikan edukasi. Pada penelitian Bosworth, 2000 di *Duke University Medical Center*, diungkapkan bahwa dari beberapa factor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien CAD, faktor edukasi dan dukungan social menjadi faktor yang paling dominan.

Yilmaz(2005) menemukan bahwa pasien pasca serangan jantung yang diberikan informasi sesuai dengan yang mereka butuhkan melalui *discharge planning*, sangat efektif mempengaruhi mereka dalam pengambilan keputusan yang tepat dan kembali menjalankan kehidupan yang aktif dan positif seperti sebelumnya. Edukasi kesehatan pada mereka juga meningkatkan rata-rata pasien berhenti merokok, menurunkan berat badan ke normal, menjaga diet yang disarankan dan kembali kontrol ke dokter secara rutin.

Penulis menyusun edukasi terstruktur pada pasien penyakit jantung koroner dengan melakukan penguatan pada ketiga dasar keyakinan dari teori perilaku terencana yaitu; *behavioral beliefs*, *normative beliefs* serta *control belief*. Tujuan pemberian edukasi ini adalah dapat meningkatkan pemberdayaan pasien yaitu dengan meningkatkan kemandirian pasien dan kemampuan pasien mengambil keputusan yang tepat dalam menjalani kehidupan pasca serangan penyakit jantung koroner sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner.

Diketahui dari fenomena pasien- pasien yang menderita penyakit jantung koroner menjadi pasif menjalani kehidupannya pasca perawatan, tidak memiliki semangat hidup, lebih tergantung dan tidak dapat memilih serta mengambil keputusan yang tepat untuk dirinya sendiri yang berdampak pada menurunnya kualitas hidup pasien. Melalui edukasi terstruktur yang mengaplikasikan teori perilaku terencana pasien akan melalui fase-fase penguatan terhadap ketiga keyakinan melalui edukasi terstruktur. Materi edukasi meliputi gambaran penyakit, menjalani hidup sehat bagi pasien penyakit jantung koroner seperti pengelolaan diet, latihan fisik atau olah raga dan aktifitas harian, program pengobatan, penguatan spiritual dan psikososial, pencegahan serangan berulang serta persiapan keluarga dan pasien di rumah.

Pada pengkajian pemberdayaan, penulis menggunakan “*the empowerment scale (making decisions)*” dari Boston University yang telah digunakan dalam penelitian Diana Clarke pada tahun 2008, dari university of Manitoba (Marchinko,2008). Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa pasien yang memiliki *empowerment* atau pemberdayaan lebih baik, juga menunjukkan respon psikologi yang baik, hubungan social dan lingkungan personal yang menyenangkan. Untuk pengkajian kualitas hidup, penulis menggunakan WHOQOL yaitu *world health organization quality of life* yang juga digunakan dalam penelitian Diana Clarke dengan hasil korelasi positif yaitu pasien yang memiliki kesehatan fisik yang baik juga memiliki hubungan sosial serta persepsi yang lebih baik terhadap lingkungannya.

Salah satu rumah sakit yang memberikan pelayanan secara lengkap bagi pasien dengan penyakit jantung koroner adalah rumah sakit Pondok Indah. Dengan kapasitas ICCU (*intensive coronary care unit*) 6 tempat tidur dan berbagai alternatif ruang perawatan, serta didukung pemeriksaan penunjang yang lengkap, menjadikan Rumah Sakit Pondok Indah juga menjadi pilihan bagi pasien untuk berobat atau memeriksakan kesehatannya. Rata-rata pasien rawat dengan penyakit jantung koroner adalah 35 perbulan, dengan kunjungan poliklinik mencapai rata-rata 170 perbulan. Pasien yang datang berobat juga sebagian besar memiliki tingkat social ekonomi dan pendidikan yang tinggi.

Berdasarkan pengalaman peneliti selama bekerja di unit perawatan jantung Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta, tingkat kecemasan pasien sangat tinggi pada awal masuk dan didiagnosa penyakit jantung koroner. Pada hari pertama dan kedua pasien masih *denial* dan *anger*. Pasien menolak dikatakan menderita penyakit jantung. Pada hari ketiga pasien mulai banyak bertanya tentang penyakit, penatalaksanaan, prognosis serta bagaimana aktifitasnya selanjutnya. Edukasi yang tepat dan jelas dapat membantu pasien mengatasi kecemasannya. Tetapi belum semua perawat dapat memberikan edukasi dengan baik sesuai kebutuhan pasien. Pelaksanaan edukasi oleh perawat seringkali menemui berbagai kendala seperti waktu, tenaga dan kemampuan perawat memberikan edukasi. Level kompetensi perawat dan pendidikan perawat yang mayoritas masih D3 keperawatan (95%) juga menjadi salah satu alasan kurangnya kemampuan dan kepercayaan diri perawat memberikan edukasi.

Kurangnya edukasi dapat meningkatkan kejadian rehospitalisasi. Meskipun tidak setinggi hasil penelitian Wolinsky (1999) yang menyatakan bahwa 35% pasien dengan edukasi yang kurang berisiko mengalami serangan berulang dan rehospitalisasi, tetapi kejadian tersebut juga terjadi pada setidaknya 5% pasien yang dirawat dengan penyakit jantung koroner di Rumah Sakit Pondok Indah. Tingginya tingkat pendidikan tidak menjadi alasan untuk tidak memberikan edukasi. Edukasi terstruktur tentang kegiatan *health promotion* dan aktifitas paska serangan penyakit jantung koroner dengan mengaplikasikan teori perilaku terencana dapat meningkatkan pemberdayaan pasien sehingga pasien memiliki

kemandirian, kepercayaan diri serta memiliki kekuatan dan kontrol yang baik atas hidupnya. Pada akhirnya hal tersebut akan berdampak pada meningkatnya kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner.

1.1 Rumusan Masalah

Penyakit jantung koroner merupakan penyakit penyebab utama kematian di beberapa negara di dunia termasuk Indonesia. Stigma masyarakat selama ini terhadap penyakit ini, menimbulkan kecemasan yang tinggi bagi penderitanya. Bayangan kehidupan yang menakutkan tergambar didepan mata, pasien takut kehilangan semua aktivitas, kegiatan bahkan kesuksesannya selama ini. Pasien kehilangan semangat hidup dan tidak bergairah menjalani hidupnya pasca serangan jantung. Padahal pasien dengan penyakit jantung koroner dapat menjalani kehidupan yang lebih teratur pasca perawatan tanpa meninggalkan aktivitas harian yang positif yang dijalannya selama ini jika pasien memiliki pemberdayaan. Informasi dan dukungan terhadap pasien diharapkan dapat meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup pasien.

Pendekatan melalui edukasi terstruktur dapat membantu pasien menerima keadannya dan memiliki pemberdayaan untuk menjalani kehidupannya.

Pemberian edukasi secara terstruktur menjadi hal penting yang dibutuhkan pasien sehingga pasien akan tetap dapat produktif dan memiliki kualitas hidup yang tinggi. Meskipun pasien dapat dengan mudah mengakses informasi, namun tatap muka dan penjelasan yang terstruktur akan mempermudah pasien mengadopsi hal-hal baru yang belum diketahui pasien.

Program Edukasi pasien pasca serangan jantung koroner ini menggunakan teori pembelajaran *planned behavior* (TPB) yang didesain sedemikian rupa dan diharapkan menjadi sumber informasi yang mampu meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner. Teori ini diharapkan dapat membawa pasien kedalam pola kehidupan yang lebih baik yang akan membantu pasien hidup lebih berkualitas dan produktif.

Dari permasalahan diatas maka penulis merasa perlu melakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana pengaruh edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi efektifitas edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di RS pondok indah Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan ,dukungan keluarga).

1.3.2.2 Mengidentifikasi rata-rata pemberdayaan responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi

1.3.2.3 Mengidentifikasi kualitas hidup responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan intervensi

1.3.2.4 Mengidentifikasi efektifitas edukasi terstruktur terhadap peningkatan pemberdayaan dan kualitas hidup responden.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan berguna dalam meningkatkan pelaksanaan edukasi secara terstruktur oleh perawat didalam pelayanan keperawatan pada pasien penyakit jantung koroner dengan tujuan meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup pasien yang berdampak pada meningkatkan mutu pelayanan.

1.4.2 Perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu rujukan yang bermanfaat bagi ilmu keperawatan medikal bedah khususnya keperawatan kardiovaskuler tentang upaya peningkatan pemberdayaan dan kualitas hidup melalui edukasi terstruktur sehingga implementasi edukasi lebih efektif dan efisien.

1.4.3 Penelitian keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data untuk penelitian selanjutnya, memperkaya riset keperawatan di Indonesia, sehingga dapat mengembangkan ilmu keperawatan dengan berbagai inovasi intervensi sesuai kebutuhan pasien. Melalui hasil penelitian ini akan memberikan kejelasan pemberian edukasi dengan menggunakan teori pembelajaran perilaku terencana guna meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner. Dengan demikian dapat dijadikan data untuk penelitian selanjutnya untuk mengembangkan intervensi yang tepat dalam memicu potensi diri pasien melalui pemberian edukasi.



BAB II.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit jantung koroner

2.1.1 Pengertian

Penyakit jantung koroner (*coronary heart disease*) merupakan sekumpulan gejala akut pada pembuluh darah koroner akibat suplai darah yang tidak adekuat pada pembuluh darah koroner, mencakup angina pectoris tidak stabil, infark miokard dengan gelombang ST elevasi dan tanpa gelombang ST elevasi (Brunner & Suddarth, 2002). Gejala akut ini muncul akibat penyempitan pembuluh darah koroner. Pembuluh darah koroner adalah pembuluh darah yang berfungsi menyuplai oksigen dan zat makanan ke otot jantung, pembuluh ini dapat menyempit akibat pertumbuhan plak sehingga diameter pembuluh darah tersebut menyempit dan pasokan darah ke otot jantung menjadi berkurang dan otot jantung mengalami ischemic atau infark. Infark Miokard adalah nekrosis miokard akibat gangguan aliran darah ke otot jantung karena adanya sumbatan atau thrombus arteri koroner. Prosesnya mula-mula berawal dari rupturnya plak yang kemudian diikuti pembentukan thrombus oleh trombosit. Lokasi dan luasnya infark miokard tergantung pada jenis arteri yang oklusi dan aliran darah kolateral pada area tersebut.

2.1.2 Klasifikasi

Penyakit jantung koroner akut atau *acute coronary syndome (ACS)* merupakan salah satu dari tiga penyakit jantung yang terjadi akibat gangguan pada arteri koroner. Penggabungan ketiga hal tersebut dalam satu istilah ACS, didasarkan kesamaan dalam pathofisiologi, proses terjadinya arteriosklerosis serta rupturnya plak atherosklerosis yang menyebabkan trombosis intravaskular dan gangguan suplay darah miokard, ketiga diagnosa tersebut adalah :

2.1.2.1. Angina Pectoris tidak stabil (UAP)

Angina pectoris adalah nyeri dada hebat yang terjadi sebagai respon terhadap suplai oksigen yang tidak adekuat ke sel – sel miokardium. Nyeri yang timbul pada kasus angina pectoris tidak stabil dapat muncul kapan saja, pada aktifitas maupun istirahat. Nyeri angina dapat menyebar ke lengan kiri, ke punggung, ke rahang, atau ke daerah abdomen. Jika beban kerja suatu jaringan meningkat maka kebutuhan oksigen juga meningkat; pada

jantung yang sehat, arteri koroner berdilatasi dan mengalirkan lebih banyak darah dan oksigen ke otot jantung; namun jika arteria koroner mengalami kekakuan atau menyempit akibat arterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai respon peningkatan kebutuhan akan oksigen, maka terjadi iskemi miokardium; sel-sel miokardium mulai menggunakan glikolisis anaerob untuk memenuhi kebutuhan energi mereka. Cara ini tidak efisien dan menyebabkan terbentuknya asam laktat. Asam laktat menurunkan pH miokardium dan menimbulkan nyeri yang berkaitan dengan angina pektoris. Apabila kebutuhan energi sel-sel jantung berkurang, maka suplai oksigen menjadi adekuat dan sel-sel otot kembali ke proses fosforilasi oksidatif untuk membentuk energi. Proses ini tidak menghasilkan asam laktat. Dengan hilangnya penimbunan asam laktat, maka nyeri angina pektoris mereda. Dengan demikian, angina pektoris merupakan suatu keadaan yang berlangsung singkat. (Elizabeth J. Corwin, 2009, 492)

Angina pectoris tidak stabil dijumpai pada individu dengan perburukan penyakit arteri koroner. Angina ini biasanya terjadi akibat arterosklerosis koroner, yang ditandai oleh trombus yang tumbuh dan mudah mengalami spame. Nyeri seperti tertekan di daerah perikardium, atau substernum dada, kemungkinan menyebar ke lengan, rahang atau thoraks. Nyeri biasanya berkurang dengan istirahat dan pemberian nitrat.

2.1.2.2. Infark miokard non ST elevasi (NONSTEMI)

Merupakan kematian sel – sel miokardium yang terjadi akibat kekurangan oksigen berkepanjangan, hal ini adalah respon letal terakhir terhadap iskemia miokard yang tidak teratasi. Sel – sel miokardium mulai mati sekitar 20 menit mengalami kekurangan oksigen. Setelah periode ini, kemampuan sel untuk menghasilkan ATP secara aerobik lenyap, dan sel tidak dapat memenuhi kebutuhan energinya. Pada kasus infark myokard ini, gambaran EKG tidak mengalami perubahan, tetapi enzyme jantung biasanya meningkat dan nyeri dadanya khas infark myokard..

2.1.2.3. Infark miokard dengan ST elevasi (STEMI)

Merupakan infark myokard yang memiliki tanda dan gejala yang khas yaitu muncul gambaran EKG ST elevasi atau gelombang QS disertai nyeri dada retrosternal, seperti diremas-remas, ditekan, ditusuk atau ditindih barang berat. Nyeri dapat menjalar ke lengan (umumnya kiri), bahu leher, rahang bahkan ke punggung epigastrium. Nyeri

berlangsung lebih lama dari angina pectosis dan tidak responsive terhadap nitrogliserin. Kadang-kadang terutama pada pasien diabetes dan orang tua, tidak ditemukan nyeri sama sekali. Nyeri dapat disertai perasaan mual, muntah sesak, pusing keringat dingin, berdebar-debar atau sinkope. Pasien sering tampak ketakutan, cemas dan gelisah. Kelainan pada pemeriksaan fisik tidak ada yang spesifik dan dapat normal. Takikardia, kulit yang pucat, dingin dan hipotensi ditemukan pada kasus yang relative lebih berat kadang-kadang ditemukan pulsasi diskinetik yang tampak atau berada di dinding dada pada Infark Miokard inferior

2.1.3. Tanda dan Gejala Penyakit jantung koroner

2.1.3.1. Nyeri

Nyeri dada hebat yang terjadi secara mendadak, sangat sakit, dan seperti tertusuk-tusuk yang dapat menjalar ke bahu dan terus kebawah menuju lengan kiri, dan leher. Biasanya diatas region sternal bawah dan abdomen bagian atas. Terjadi lebih intensif dan menetap daripada angina (lebih dari 30 menit), tidak sepenuhnya menghilang dengan istirahat maupun pemberian nitrogliserin, sering disertai nausea, berkeringat, dan sangat menakutkan pasien. Pada pemeriksaan fisik didapatkan muka pucat, takikardi, dan bunyi jantung III (bila disertai gagal jantung kongestif).

2.1.3.2. Enzym jantung

Jika bagian yang mati cukup besar, enzim akan dilepaskan dari sel miokardium dalam aliran darah. Pada diagnosis myokard infarka, yang penting bukan banyaknya kadar konsentrasi enzim, tetapi nilai maksimalnya yang terjadi hanya sementara.

a. CPK-MB/CPK

Kreatinin kinase miokardium akan meningkat 4-6 jam, memuncak pada 12-24 jam, kembali normal dalam 36-48 jam

b. LDH

Laktat Dehidrogenasi miokardium meningkat dalam 12-24 jam dan memakan waktu lama untuk kembali normal.

c. ASAT/SGOT

Aspartan aminotransferase meningkat dalam 6-12 jam, memuncak dalam 24 jam, kembali normal dalam 3-4 hari.

2.1.3.3. EKG

Gambaran EKG dapat dibedakan menurut zona yang terjadi yaitu

a. Zona nekrosis.

Ditandai gelombang Q patologis pada elektroda yang berhadapan dengan daerah nekrosis

b. Zona perlukaan/injuri.

Ditandai oleh deviasi segmen ST yaitu: pada daerah infark ditemukan elevasi segmen ST yang cembung keatas pada daerah yang berlawanan ditemukan depresi segmen ST.

c. Zona iskemik.

Ditandai oleh T terbalik atau *inverted* yang berbentuk “kepala anak panah”.

Tabel 2.1. Pembagian miokard infark menurut kejadiannya

Deskripsi	Karakteristik ekg	Waktu setelah serangan
Hyperacute	- ST segmen elevasi - T wave inverted	Menit sampai jam
Acute	- ST segmen elevasi - T Wave inverted - Gelombang Q patologis.	24 jam sampai 7 hari
Recent	- T wave Inverted - Gelombang Q patologis.	1 minggu sampai 3 bulan.
Old	- Patologis Q Wave	Setelah 2 sampai 3 bulan

Tabel 2.2. Lokasi infark, lead EKG dan arteri koroner yang terkena.

Lokasi Infark	Lead	Arteri koroner
Anterior	(V2), V3, V4	L A D
Septal	V1, V2	L A D
Anteroseptal	V1, V2, V3, (V4)	L A D
Lateral	I, aVL (high lateral) V5, V6 (low lateral)	L C X
Anterolateral	V3, V4, V5, V6, (I, aVL)	L C X
Inferior	II, III, aVF	R C A

Posterior	V7, V8, V9 atau Resiprokal di V1, V2, V3	R C A dan atau L C X
Ventrikel kanan (RV Infark)	V3R, V4R	R C A

2.1.4. Faktor resiko

Terdapat enam faktor risiko utama untuk terjadinya aterosklerosis / penyakit jantung meliputi :

- Hiperlipidemia (trigliserida). Trigliserida merupakan lemak di dalam tubuh yang terdiri dari 3 jenis lemak yaitu lemak jenuh, lemak tidak jenuh tunggal dan lemak tidak jenuh ganda. Kadar trigliserida yang tinggi akan memicu pembentukan aterosklerosis dan menimbulkan penyakit jantung koroner. Nilai normal trigliserida adalah < 150 mg/dl.
- Diabetes Mellitus. Kadar gula dalam darah yang tidak terkontrol akan menyebabkan penurunan aliran darah sehingga mempermudah pembentukan aterosklerosis pada arteri koroner yang menyebabkan penyakit jantung koroner.
- Hipertensi. Tekanan darah yang terus menerus tinggi akan menyebabkan pembesaran ventrikel kiri dan meningkatkan kerja jantung sehingga menurunkan pompa jantung termasuk ke otot jantung sendiri. Selain itu hipertensi juga memudahkan terjadinya aterosklerosis yang akan menimbulkan sumbatan koroner jantung.
- Merokok - Tembakau mengandung komponen tertentu yang dapat merusak dinding pembuluh darah. Efek rokok menyebabkan beban jantung bertambah, pembuluh darah menyempit dan menurunkan kadar kolesterol baik (HDL
- Jenis kelamin. Pria beresiko mengalami penyakit jantung koroner lebih dini di banding wanita. Pada usia 40-49 tahun pria memiliki risiko dua kali lebih sering menderita penyakit ini dibanding wanita, tetapi pasca menopause, rasio menjadi sama antara pria dan wanita.
- Genetik. Faktor keturunan tidak dapat diabaikan pada penyakit jantung koroner, karena jika ada riwayat jantung koroner dini pada orang tua atau anggota keluarga yang lain, maka akan meningkatkan resiko terjadinya penyakit yang sama.

2.1.5. Patofisiologi

Terdapatnya aterosklerosis atau plak di arteri koroner, akan meningkatkan aktivasi platelet dan menyebabkan pembentukan thrombus atau penyempitan di daerah arteri

koroner sehingga suply oksigen menjadi berkurang atau tidak mendapatkan oksigen dan makanan sama sekali. Hal inilah yang menyebabkan jaringan menjadi nekrotik/kematian jaringan miokard dan akibatnya dapat terjadi gangguan repolarisasi. Melalui pelepasan berbagai enzim intra sel dan ion kalium serta penimbunan asam laktat, jalur hantaran listrik jantung terganggu, hal ini dapat menyebabkan hambatan depolarisasi atrium dan ventrikel atau terjadinya distritmia, dengan matinya sel otot dan karena pola listrik jantung berubah, pemompaan jantung menjadi kurang terkoordinasi sehingga kontraktilitasnya menurun, volume sekuncup menurun sehingga terjadi penurunan tekanan darah sistemik. Pada gambaran EKG terlihat gambaran EKG gelombang ST segmen elevasi dan muncul Q wave, dan juga dapat menyebabkan peningkatan enzim lisosom seperti CPK, CKMB dan LDH. Selain itu, terjadi glikolisis anaerob yang menyebabkan produksi asam laktat meningkat, timbul nyeri/angina.

Penurunan tekanan darah merangsang respon baroreseptor. Sehingga terjadi pengaktifan system saraf simpatis, system rennin angiotensin, dan peningkatan pelepasan hormone antidiuretik, hormone stress (ACTH dan kortisol). Juga dilepaskan, disertai peningkatan produksi glukosa, pengaktifan system saraf simpatis berkurang. Dengan berkurangnya perangsangan saraf parasimpatis dan meningkatnya perangsangan simpatis, ke nodus SA, kecepatan denyut jantung meningkat, demikian juga perangsangan simpatis dan angiotensin pada arteriol menyebabkan peningkatan TPR. Aliran darah ke ginjal berkurang sehingga produksi urine berkurang dan ikut berperan merangsang system rennin angiotensin. Konstriksi arteriol menyebabkan penurunan tekanan kapiler sehingga menurunkan gaya – gaya yang mendorong filtrasi.

Semakin banyak darah (peningkatan preload) di salurkan ke jantung, jantung akan memompa lebih cepat untuk melawan arteri yang menyempit (peningkatan afterload). Hasil pengaktifan semua refleks tersebut, yang terjadi akibat penurunan kontaktilitas jantung dan tekanan darah, adalah meningkatnya beban kerja jantung yang telah rusak. Kebutuhan oksigen jantung meningkat. Apabila kebutuhan oksigen lebih banyak sel tidak dapat dipenuhi, maka terjadi perluasan daerah sel yang cedera dan iskemik di sekitar zona nekrotik (mati). Kemampuan memompa jantung semakin berkurang dan terjadi hipoksia semua jaringan dan organ, termasuk bagian jantung yang masih sehat. Akhirnya, karena darah di pompa secara tidak efektif, dan kacau maka darah mulai mengalir secara lambat

dalam pembuluh jantung. Hal ini, disertai akumulasi trombosit dan factor pembekuan lainnya yang meningkatkan resiko pembentukan bekuan darah. (Elizabeth J. Corwin, 2009, 496)

2.1.6. Komplikasi

2.1.6.1. Edema paru akut

Edema paru adalah timbunan cairan abnormal dalam paru, baik di rongga interstitial maupun didalam alveoli. Edema paru adalah merupakan tanda adanya kongesti paru tingkat lanjut, dimana cairan mengalami kebocoran melalui dinding kapiler, menembus keluar, dan menimbulkan dispneu yang sangat berat. Kongesti paru terjadi bila dasar vaskuler paru menerima darah yang berlebihan dari ventricle kanan, yang tidak mampu diakomodasikan dan diambil oleh jantung kiri.

2.1.6.2. Gagal jantung

Gagal jantung sering disebut juga gagal jantung kongestif, adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Istilah gagal jantung kongestif paling sering disebut gagal jantung kiri atau gagal jantung kanan.

2.1.6.3. Kardiogenik shock

Shok kardiogenik adalah merupakan stadium akhir disfungsi ventricle kiri atau gagal jantung kongestif, terjadi bila ventrikel kiri mengalami kerusakan yang luas. Otot jantung kehilangan kontraktilitasnya menimbulkan penurunan curah jantung dengan perfusi jaringan yang tidak adekuat ke organ vital (jantung, otak, ginjal). Derajat shok sebanding dengan disfungsi ventricle kiri, meskipun kardiogenik shock biasanya terjadi sebagai komplikasi miokard infark, namun bisa juga terjadi pada tamponade jantung, emboli paru, kardiomyopati dan disritmia.

2.1.7. Penatalaksanaan

2.1.7.1. Therapi

Obat-obatan yang biasa digunakan untuk meningkatkan suplai oksigen, yaitu vasodilator (khususnya nitrat), antikoagulan, dan trombolitik. Sedangkan analgetik dapat menghilangkan nyeri namun tidak diketahui apakah bisa memperbaiki aliran koroner secara langsung.

- a. Aspirin dan antiplatelet secara oral dapat membantu sebelum diberikan streptokinase. Dosis aspirin yang diberikan adalah 325 mg dikunyah/ditelan lalu diteruskan 160 mg-325 mg/hari.
- b. Pemberian Oksigen dengan nasal kanule pada semua pasien yang dicurigai Miokard infark, Dan dapat diberikan secara facemask atau endotrakheal tube terutama pada pasien yang mengalami edema paru atau kardigenik shock. Pemberian besarnya oksigen tergantung dari keadaan klien dan hasil laboratorium AGD dan saturasi oksigen/oxymetri.
- c. Vasodilator
Vasodilator pilihan untuk mengurangi nyeri jantung adalah nitoglicerin (NTG) intravena.
- d. Antikoagulan
Heparin adalah antikoagulan pilihan untuk membantu mempertahankan integritas jantung. Heparin memperpanjang waktu pembekuan darah, sehingga dapat menurunkan kemungkinan pembentukan thrombus yang selanjutnya menurunkan aliran darah. Dosis yang diberikan adalah bolus 5000 unit intravena dilanjutkan dengan infuse 1000 unit/jam selama 4-5 hari dengan menyesuaikan APTT 1,5 sampai 2 kali nilai normal.
- e. Trombolitik
Trombolitik bertujuan melarutkan setiap thrombus yang telah terbentuk di arteri koroner, memperkecil penyumbatan dan juga luasnya infark. Agar efektif obat ini harus diberikan pada awal terjadinya nyeri dada, paling efektif diberikan sebelum 8 jam sejak nyeri dada dan maksimal 12 jam setelah kejadian. Tiga macam obat trombolitik yang terbukti bermanfaat melarutkan thrombus (trombolisis) adalah streptokinase, aktifator plasminogen jaringan, dan anistreptase. Tetapi obat streptokinase bekerja secara sistemik pada mekanisme pembekuan darah, meskipun obat ini terbukti dapat melarutkan bekuan darah namun ada resiko terjadi potensial perdarahan sistemik dan juga mempunyai faktor resiko reaksi alergi dan terbukti lebih efektif bila diberikan langsung pada arteri koroner. Pemberian langsung pada arteri koroner memerlukan fasilitas katerisasi jantung. Sebelum pemberian trombolisis diberikan aspirin 160 mg dikunyah, dan streptokinase diberikan dalam dosis 1,5 juta unit dalam NaCl 100 cc melalui infuse selama 1 jam.

f. Analgetik

Pemberian analgetik dibatasi hanya untuk pasien yang tidak efektif diobati dengan nitrat dan antikoagulan, analgetik pilihan masih tetap morfin sulfat yang diberikan secara intravena dengan dosis 1-2 mg. Respon kardiovaskuler terhadap morfin dipantau dengan cepat khususnya tekanan darah yang dapat sewaktu-waktu turun. Tetapi morfin dapat menurunkan preload dan afterload dan merelaksasi bronchus sehingga oksigenasi meningkat, maka tetap ada keuntungan terapeutik dengan pemberian obat ini selain menghilangkan nyeri.

2.1.7.2. **Tindakan Medis Yang Bertujuan Untuk reperfusi myokard**

a. PTCA (*Percutaneous Coronary Angioplasty*)

Yaitu pemasangan *stent* atau cukup dengan meniupkan balon pada lokasi stenosis

b. CABG (*Coroner arteri bypass Graft*)

yaitu pembedahan dilakukan dengan tehnik terbuka di daerah thorax untuk membuat aliran darah baru pada jantung dengan menanam pembuluh darah pindahan dari lokasi lain sehingga terjadi bypass ke aorta.

2.1.7.3. Tindakan Edukasi pasien

- a. Program diet jantung
- b. Latihan fisik
- c. Gaya hidup sehat : tidak merokok, istirahat, mengurangi stress
- d. Program pengobatan
- e. Perawatan di rumah
- f. Pencegahan serangan berulang

2.1.7.3. **Tahap respon psikologi pasien penyakit jantung koroner**

Respons psikologis yang dialami seseorang karena kehilangan oleh Kubler-Ross (1969) dikemukakan dalam teori yang disebut "*The Five Stages of Grief*". Teori ini membagi respons psikologis dalam lima tahap, yaitu penyangkalan (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi (*depression*) dan penerimaan (*acceptance*). Teori ini berkembang lebih luas dan dapat digunakan untuk memahami reaksi pasca kejadian serangan jantung yang dialami pasien.

1. Tahap Penyangkalan (*Denial*)

Reaksi pertama individu yang kehilangan adalah terkejut, tidak percaya, merasa terpukul dan menyangkal pernyataan bahwa kehilangan itu benar-benar terjadi. Secara sadar maupun tidak sadar seseorang yang berada pada tahap ini menolak semua fakta, informasi dan segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit jantung koroner. Individu merasa hidupnya menjadi tidak berarti lagi. Pada saat itu dia dalam keadaan terguncang dan pengingkaran, merasa ingin mati saja. Pada tahap ini seseorang tidak mampu berpikir apa yang seharusnya dia lakukan untuk keluar dari masalahnya.

2. Tahap Marah (*Anger*)

Kemarahan yang dialami oleh seseorang dapat diungkapkan dengan berbagai cara. Individu mungkin menyalahkan dirinya sendiri dan atau orang lain atas apa yang terjadi padanya, serta pada lingkungan tempat dia tinggal. Pada kondisi ini individu tidak memerlukan nasihat, baginya nasihat adalah sebuah bentuk pengadilan (*judgement*) yang sangat membuatnya menjadi lebih terganggu.

3. Tawar-Menawar (*Bargaining*)

Apabila individu telah mampu mengungkapkan rasa marahnya, maka ia maju ke tahap tawar-menawar. Pada tahap ini seseorang berpikir seandainya dia dapat menghindari penyakit yang dideritanya saat ini. Seringkali seseorang yang berada tahap ini berusaha tawar menawar dengan Tuhan agar merubah apa yang telah terjadi supaya tidak menimpanya.

4. Tahap Depresi (*Depression*)

Individu pada tahap ini mengalami disorganisasi dalam batas tertentu dan merasa bahwa mereka tidak mampu melakukan tugas yang di masa lalu dilakukan dengan sedikit kesulitan. Individu sering menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau berbicara, takut, perasaan tidak menentu dan putus asa. Seseorang yang berada pada tahap ini setidaknya sudah mulai menerima apa yang terjadi padanya adalah kenyataan yang memang harus dia hadapi

5. Tahap Penerimaan (*Acceptance*)

Tahap ini berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan. Individu akan menyadari bahwa hidup mereka harus terus berlanjut meskipun dengan penyakit jantung koroner dan mereka harus mencari makna baru dari keberadaan mereka. Seseorang yang berada pada tahap ini mulai menyusun rencana yang akan dilakukan pasca serangan jantung.

2.2. Edukasi

2.2.1. Pengertian edukasi

Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya menambah pengetahuan baru, sikap, serta keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu (Smeltzer & Bare, 2008; Potter & Perry, 2009). Salah satu lingkup edukasi adalah edukasi kesehatan yang diberikan terhadap pasien. Edukasi kesehatan adalah sesuatu yang penting dalam semua bidang keperawatan, meskipun merupakan hal yang sulit untuk membuktikan efektifitas edukasi bagi pasien. Edukasi pasien dipengaruhi oleh harapan, pengetahuan serta kebutuhan pasien terhadap edukasi. Ada banyak study yang meneliti manfaat edukasi tetapi tidak banyak yang menggunakan methodology yang tepat serta menunjukkan secara jelas dampak yang diperoleh. (Poskiparta, 2003 ;Johansson, 2004).

Menurut Notoatmodjo (2007) pendidikan (*educational*) secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga melakukan apa yang diharapkan oleh pendidik. Dalam konteks kesehatan, maka edukasi diberikan kepada pasien atau keluarganya sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat untuk meningkatkan kesehatannya. Edukasi pasien adalah bagian integral dari asuhan keperawatan. Tindakan tersebut merupakan tanggung jawab perawat untuk mengkaji dan mengidentifikasi kebutuhan pembelajaran dan sumber-sumber yang akan memperbaiki dan mempertahankan fungsi yang optimal. (Abigail Adams dalam Delaune, 2006).

Edukasi pasien merupakan intervensi keperawatan yang meningkatkan empower pasien. Tidak cukup jika perawat hanya menyediakan informasi saja, tetapi lebih dari itu, informasi tersebut dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang materi yang berkaitan dengan penyakit serta membantu mereka untuk lebih aktif dalam perawatan diri. Edukasi pasien dipengaruhi oleh perbedaan situasi, cara pandang serta tujuan yang berbeda. Salah satu tujuan edukasi adalah untuk empower pasien, membantu mereka mengambil keputusan. Intervensi Edukasi banyak didasarkan pada kebutuhan belajar pasien dan metode pemberian informasi yang digunakan, yang penekanannya adalah keaktifan pasien terlibat dalam proses edukasi. (Johansson, 2004). Sedangkan edukasi kesehatan atau *Health Education* mengacu pada NIC (*Nursing Interventions Classification*) adalah

mengembangkan dan menyediakan instruksi dan merupakan pengalaman belajar untuk memfasilitasi adaptasi terkontrol pada perilaku yang kondusif untuk hidup sehat, pada individu, keluarga, grup atau komunitas (Dotcherman & Bulechek, 2008)

Terstruktur menurut kamus besar bahasa Indonesia adalah sudah dalam keadaan disusun atau diatur rapi (Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional, 2008). Terstruktur juga menunjukkan bahwa materi edukasi disiapkan dengan baik sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai. Dengan materi yang tersusun rapi akan memudahkan petugas melakukan intervensi edukasi sehingga lebih optimal dan efektif.

2.2.2 Standar Edukasi

Edukasi pasien merupakan bentuk asuhan keperawatan yang berkualitas, intervensi yang bertanggung jawab yang bertujuan meningkatkan kesehatan pasien, mempertahankan perawatan diri dan mengembangkan pelaksanaan gaya hidup sehat. Pada tatanan pelayanan keperawatan, edukasi merupakan bagian dari standar praktik keperawatan professional. Seluruh peraturan keperawatan di negara bagian Amerika Serikat mengakui bahwa edukasi merupakan cakupan praktik keperawatan (Bastable, 2006). The Joint Commision (TJC 2006 dalam Potter & Perry, 2009) memberikan standar bagi edukasi pasien dan keluarga. Standar ini mewajibkan perawat dan tim kesehatan untuk menilai kebutuhan pembelajaran pasien dan menyediakan edukasi tentang berbagai topik. Pencapaian yang berhasil membutuhkan kolaborasi antar profesi kesehatan dan meningkatkan pemulihan pasien. Usaha edukasi harus menyertakan nilai psikososial, spiritual dan budaya yang dimiliki pasien (Potter & Perry, 2009).

2.2.3 Tujuan edukasi pasien

Menurut Edelman dan Mandle tahun 2002 dalam Delaune, 2006, tujuan edukasi kesehatan adalah membantu individu mencapai tingkat kesehatan yang optimal melalui tindakannya sendiri. Memberikan edukasi adalah salah satu fungsi penting perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien terhadap informasi. Tanggung jawab perawat adalah menjembatani kesenjangan yang terjadi antara pengetahuan pasien dengan kebutuhan pasien akan informasi untuk mencapai kesehatan yang optimal.

Edukasi pasien dilakukan untuk berbagai tujuan seperti meningkatkan derajat kesehatan pasien, mencegah penyakit dan injury, memperbaiki atau mengembalikan kesehatan, meningkatkan kemampuan coping pasien terhadap masalah kesehatannya seperti pemberdayaan. Edukasi pasien berfokus pada kemampuan pasien untuk melakukan perilaku sehat. Kemampuan pasien untuk merawat dirinya dapat ditingkatkan melalui edukasi yang efektif.

Tujuan edukasi pada pasien dengan penyakit jantung koroner bertujuan meningkatkan kemampuan pasien mengambil keputusan yang terbaik bagi kesehatannya sehingga pasien dapat mencapai kesehatan yang diharapkan. Adapun secara spesifik tujuan edukasi terhadap pasien dengan penyakit jantung koroner adalah

1. Pasien memahami kondisi penyakit atau kesehatannya.
2. Pasien memahami program pengobatan pasca perawatan
3. Pasien menjaga pola makan sesuai diet yang disarankan
4. Pasien dapat melakukan aktifitas fisik sesuai tahapan rehabilitasi
5. Pasien menghindari faktor resiko terjadi serangan berulang
6. Pasien memahami tindakan yang dilakukan dan akses yang dapat dihubungi jika timbul keluhan
7. Pasien dapat menjalani kehidupan seperti sebelumnya dengan perilaku yang sehat.
8. Pasien memiliki semangat hidup, kepercayaan diri, dan kualitas hidup yang baik.

2.2.4. Manfaat edukasi pasien penyakit jantung koroner

Edukasi terhadap pasien penyakit jantung koroner memiliki beberapa manfaat baik langsung maupun tidak langsung yaitu:

1. Health promotion

Edukasi pada pasien penyakit jantung koroner membantu pasien meningkatkan derajat kesehatannya (Schadewalth, 2010)

2. Meningkatkan self efficacy

Edukasi terhadap pasien dengan penyakit jantung koroner membantu meningkatkan self efficacy pasien (Hiltunen, 2005).

3. Mempertahankan diet rendah lemak

Edukasi telah menurunkan intake total lemak sehingga menurunkan kolesterol, *lipid profile* dan berat badan pasien. (Gleason, 2002).

4. Meningkatkan kualitas hidup dan kapasitas fungsional
Edukasi perawat terhadap pasien telah meningkatkan kualitas hidup, status kesehatan serta kemampuan pasien melakukan aktifitas fisik sehari-hari. (Kutzleb, 2006)
5. Mendorong perubahan gaya hidup yang lebih baik
Edukasi mendorong pasien untuk tidak merokok, diet rendah lemak, mengurangi depresi atau stress. (Govil, 2009).
6. Meningkatkan pemberdayaan pasien
Melalui edukasi, kemampuan pasien dan kepercayaan diri mengambil keputusan dalam perawatan kesehatannya meningkat. (Marchinko, 2008).
7. Mempercepat proses penyembuhan
Pasien dengan edukasi yang baik akan membantu mengurangi lama rawat dan mempercepat proses penyembuhan (Hiltunen, 2005).

1.2.4. Domain pembelajaran

1. Pembelajaran kognitif. Merupakan pembelajaran untuk memperoleh data atau fakta. Digunakan dalam pemecahan masalah dan pengambilan keputusan (Delaune, 2006). Pada hirarki perilaku kognitif perilaku termudah adalah perolehan pengetahuan, sedangkan yang paling kompleks adalah evaluasi. Pembelajaran kognitif meliputi hal-hal berikut (Potter & Perry, 2009) :
 - 1) Pengetahuan pembelajaran fakta atau informasi baru dan mampu mengingatnya
 - 2) Komprehensif: Kemampuan memahami arti dari materi ajar
 - 3) Aplikasi: menggunakan ide abstrak yang baru dipelajari ke dalam situasi yang kongkret
 - 4) Analisis: menguraikan informasi menjadi bagian- bagian yang terorganisasi.
 - 5) Sintesis: Kemampuan menerapkan pengetahuan dan ketrampilan untuk menghasilkan bentuk baru
 - 6) Evaluasi : penilaian tentang nilai informasi bagi tujuan tertentu.

Contoh pencapaian pembelajaran kognitif kepada pasien adalah pasien dapat menyebutkan nama dan tujuan pemberian obat.

2. Pembelajaran Afektif

Pembelajaran yang meliputi perubahan sikap, emosi, dan kepercayaan. Digunakan dalam membuat suatu ketentuan. (Delaune, 2006). Pembelajaran ini berhadapan dengan ekspresi perasaan, dan penerimaan sikap, opini, atau nilai (Potter & Perry, 2009). Komponen pembelajaran afektif meliputi:

- 1) Menerima: bersedia menerima perkataan orang lain
- 2) Merespon: Partisipasi aktif melalui kegiatan mendengarkan dan bereaksi secara verbal dan nonverbal
- 3) Memberi nilai : menentukan nilai pada suatu objek atau perilaku yang diperlihatkan oleh pelajar
- 4) Mengorganisasi: membangun system nilai dengan Menganalisis dan mengorganisasi nilai dan memecahkan konflik.
- 5) Karakterisasi beraksi dan merespons dengan sistem nilai yang konsisten.
Contoh pembelajaran afektif adalah Pasien dapat menerima bahwa dirinya menderita penyakit kronis.

3. Pembelajaran psikomotor

Pembelajaran dengan tujuan mencapai ketrampilan motorik, mengaplikasikan pengetahuan dalam praktek. (Delaune, 2006). Menurut Potter & Perry, 2009, pembelajaran psikomotor meliputi:

- 1) Persepsi : Menyadari adanya objek atau kualitas melalui penggunaan indra.
- 2) Penetapan: Kesiapan untuk mengambil aksi tertentu. Terdapat tiga penetapan yaitu: mental, fisik dan emosional.
- 3) Respon yang dibimbing: Pelaksanaan suatu pernyataan dibawah bimbingan instruktur yang melibatkan peniruan aksi yang didemonstrasikan.
- 4) Mekanisme: Perilaku dengan tingkat yang lebih tinggi dimana individu memperoleh kepercayaan diri dan ketrampilan dalam melakukan perilaku yang lebih kompleks atau melibatkan beberapa langkah yang lebih banyak.
- 5) Respon terbuka yang kompleks melakukan ketrampilan motorik yang membutuhkan pola gerakan kompleks yang lancar dan akurat.
- 6) Adaptasi: kemampuan mengubah respons motorik saat terjadi masalah yang tidak terduga.

- 7) Originasi: menggunakan ketrampilan dan kemampuan psikomotor untuk melakukan aksi motorik kompleks yang melibatkan penciptaan pola gerakan baru

Contoh pembelajaran psikomotor adalah pasien dapat menyuntikan sendiri obatnya.

1.2.5. Metode Edukasi

Metode edukasi yang digunakan harus disesuaikan dengan tujuan dan sasaran pembelajaran. Metode edukasi dapat dibagi menjadi 3 yaitu : metode edukasi untuk individual; metode edukasi untuk kelompok; dan metode edukasi untuk massa. Pada edukasi terstruktur metoda yang bisa digunakan adalah metode edukasi individual dan kelompok, berikut ini penjelasannya:

1. Metode edukasi individu dipakai untuk memotivasi perilaku baru atau membina individu agar tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Bentuk pendekatan ini antara lain (Notoatmodjo, 2007)
 - 1) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and Councelling*). Pada metode pendekatan ini terjadi kontak antara perawat dengan pasien lebih intensif, pasien dibantu dalam menyelesaikan masalahnya. Perubahan perilaku pada pasien akan terjadi dengan sukarela dan kesadaran penuh.
 - 2) Wawancara (*Interview*). Pada metode pendekatan ini terjadi dialog antara perawat dan pasien untuk menggali informasi tentang penerimaan pasien terhadap perubahan, ketertarikannya terhadap perubahan serta sejauh mana pengertian dan kesadaran pasien dalam mengadopsi perubahan perilaku.
2. Metode edukasi kelompok perlu memperhatikan besarnya kelompok sasaran dan tingkat pendidikan sasaran. Berikut ini metode yang bisa diterapkan
 - 1) Ceramah, lebih tepat digunakan untuk kelompok besar, yang perlu diperhatikan dari metode ini pertama adalah penguasaan materi yang disampaikan dan penyampaian menarik serta tidak membosankan. Kedua adalah pelaksana harus menguasai sasaran meliputi sikap, suara cukup keras dan jelas, pandangan tertuju kepada peserta, posisi berdiri, dan sebaiknya menggunakan alat bantu lihat *Audio Visual Aid (AVA)*.

- 2) Diskusi, lebih tepat untuk kelompok kecil, kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi. Formasi duduk dapat diatur berhadapan-hadapan atau saling memandang dan bebas mengeluarkan pendapat.
- 3) Curah pendapat (*Brain Storming*), adalah modifikasi metode diskusi, pada metode ini disini peserta diberikan satu masalah dan kemudian dilakukan curah pendapat.

1.2.6. Prinsip Edukasi

Berikut ini adalah beberapa prinsip yang harus diperhatikan perawat dalam memberikan intervensi edukasi

1. Kemampuan pasien. Setiap pasien memiliki kapasitas untuk belajar, kemampuan belajar bervariasi antara satu dengan lainnya serta bersifat situasional (Delaune, 2006). Penting untuk mempertimbangkan kemampuan intelektual pasien agar mendapatkan pembelajaran yang sukses (Potter & Perry, 2009). Pada kemampuan fisik adalah penting memperhatikan kesehatan fisik pasien, karena untuk mempelajari psikomotor diperlukan kekuatan, ketajaman sensorik pada tingkat tertentu.
2. Gaya belajar pasien, sebelum mengajar secara efektif perawat harus memahami dulu cara belajar individu (Black,2004). Gaya belajar seseorang mempengaruhi pilihan metode yang digunakan untuk belajar. Beberapa dapat belajar secara bertahap sedangkan orang lain belajar secara sporadic.
3. Perhatian, merupakan keadaan mental yang memungkinkan pelajar berfokus dan memahami kegiatan belajar. Sebelum belajar pasien harus mampu berkonsentrasi pada informasi yang akan dipelajari. Kemampuan ini dipengaruhi oleh gangguan fisik kegelisahan dan lingkungan (Potter & Perry, 2009)
4. Motivasi adalah suatu kekuatan yang beraksi pada atau didalam diri seseorang (emosi, ide, atau kebutuhan fisik, yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu (Redman, 2007).
5. Teori pembelajaran. Penggunaan teori yang sesuai dengan kebutuhan pasien akan membantu edukasi yang efektif. Salah satu teori yang efektif dalam merubah perilaku adalah teori planned behavior atau perilaku terencana (TPB).

6. Adaptasi psikososial terhadap penyakit. Kesiapan belajar biasanya berhubungan dengan kondisi psikososial pasien. pasien tidak akan dapat belajar jika mereka tidak bersedia atau tidak mampu menerima kenyataan tentang penyakit. Pengajaran pada waktu yang tepat akan memfasilitasi penyesuaian terhadap penyakit (Potter & Perry, 2009).
7. Partisipasi aktif. Pembelajaran terjadi ketika pasien terlibat secara aktif didalam sesi edukasi (Edelman & Mandle. 2006).
8. Lingkungan belajar. Lingkungan yang tepat dapat membantu pasien fokus pada tugas pembelajaran. Faktor pemilihan lingkungan yang tepat adalah jumlah peserta, kebutuhan akan privasi dan fasilitas penunjang lainnya.

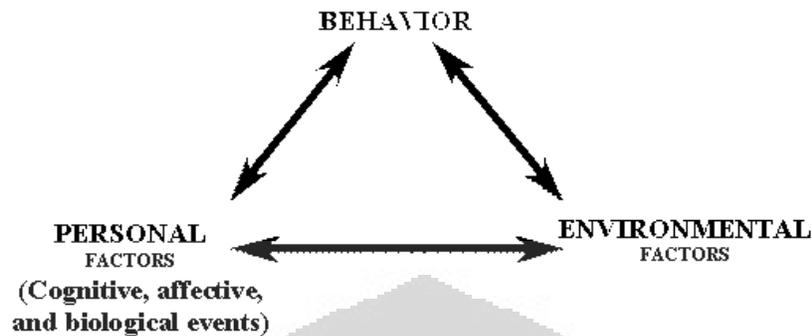
1.2.7. Teori pembelajaran

Proses edukasi dapat lebih efektif jika perawat memahami teori pembelajaran yang dibutuhkan. Ada berbagai teori tentang bagaimana orang belajar. Setiap perawat perlu mengembangkan philosophy pembelajaran yaitu bagaimana individu memandang pembelajaran. Berikut ini akan dibahas dua macam teori pembelajaran yang sering digunakan dalam keperawatan yaitu teori social kognitif dan teori *planned behavior* serta aplikasinya dalam konteks asuhan keperawatan

2.2.8.1 Teori kognitif social

Menurut Albert Bandura, 2001, Perilaku diatur oleh mekanisme internal, seperti self efficacy. Pasien harus memiliki self efficacy untuk dapat mencapai tujuan hidupnya. Edukasi merupakan salah satu cara untuk mencapainya. Teori edukasi kognitif sosial merupakan teori yang dikembangkan oleh Bandura sebagai salah satu pendekatan yang menjelaskan karakteristik pelajar dan educator dalam menetapkan intervensi pengajaran yang efektif, dan akan menghasilkan peningkatan pembelajaran dan motivasi.

Skema 2.1 skema teori sosial kognitif



Sumber: Pajares (2002).

Teori kognitif sosial (*social cognitive theory, SCT*) yang dikemukakan oleh Albert Bandura menyatakan ada tiga faktor yang berperan penting dalam pembelajaran yaitu: perilaku, person (kognitif) dan lingkungan. Bandura mengembangkan model deterministik resipkoral yang terdiri dari tiga faktor tersebut. Faktor ini bisa saling berinteraksi dalam proses pembelajaran. Faktor lingkungan mempengaruhi perilaku, perilaku mempengaruhi lingkungan, faktor person (kognitif) mempengaruhi perilaku.

Dalam model pembelajaran Bandura, faktor person (kognitif) memainkan peranan penting. Faktor person (kognitif) yang dimaksud saat ini adalah *self-efficacy*. Menurut Bandura (2001) proses mengamati dan meniru perilaku dan sikap orang lain sebagai model merupakan tindakan belajar. Pada penelitian psikologik sudah ada hasil *systematic review* mengenai intervensi yang mampu merubah *self-efficacy* dalam rangka meningkatkan gaya hidup dan aktivitas fisik. Ashford, Edmund & French, (2010) hasil review 27 intervensi fisik untuk meningkatkan gaya hidup dan aktifitas fisik rekreasi menunjukkan hubungan yang signifikan antara intervensi dan perubahan *self-efficacy*.

2.2.8.2 Teori *Planned Behaviour*

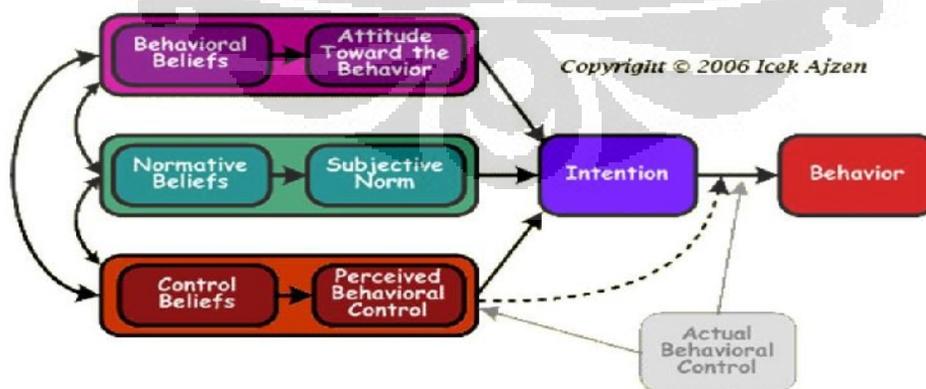
Teori ini bermula dari ketertarikan dua orang professor dalam bidang psikologi social terhadap peran sikap dalam mempengaruhi perilaku. Icek Ajzen adalah seorang professor psikologi yang telah banyak menulis artikel dan buku-buku. Salah satunya adalah menulis teori yang mendasari seseorang dalam mengambil perilaku yaitu *Theory of Reasoned Action* (TRA), yang dikembangkan di tahun 1967, selanjutnya teori tersebut berkembang dan dilakukan perbaikan. Teori perilaku beralasan diperluas dan dimodifikasi oleh Ajzen

(1988) bersama Martin Fishbein yang juga seorang professor psikologi dan dinamai Teori Perilaku Terencana (*theory of planned behavior*).

Inti teori ini mencakup 3 hal yaitu keyakinan tentang kemungkinan hasil dan evaluasi dari perilaku tersebut (*behavioral beliefs*), keyakinan tentang norma yang diharapkan dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*normative beliefs*), serta keyakinan tentang adanya faktor yang dapat mendukung atau menghalangi perilaku dan kesadaran akan kekuatan faktor tersebut (*control beliefs*). *Behavioral beliefs* menghasilkan sikap suka atau tidak suka berdasarkan perilaku individu tersebut. *Normative beliefs* menghasilkan kesadaran akan tekanan dari lingkungan sosial atau norma subyektif, sedangkan *control beliefs* menimbulkan kontrol terhadap perilaku tersebut. Dalam perpaduannya, ketiga faktor tersebut menghasilkan intensi perilaku (*behavior intention*). Secara umum, apabila sikap dan norma subyektif menunjuk ke arah positif serta semakin kuat kontrol yang dimiliki maka akan lebih besar kemungkinan seseorang akan cenderung melakukan perilaku tersebut.

Tahapan intervensi tingkah laku berdasarkan *Theory of Planned Behavior* (TPB) secara singkat dapat dilihat pada gambar dibawah ini yang merupakan hipotesis atau variabel laten. Variabel – variabel tersebut tidak dapat langsung diperoleh tetapi melalui tanggapan atau respon yang terlihat dan dapat diteliti.

Skema 2.2. Teori perilaku terencana



Sumber : Icek Ajzen Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211

Target perilaku dalam Theory of Plan Behavior

Target perilaku yang diinginkan harus didefinisikan berdasarkan 4 (empat) elemen yaitu; *Target, Action, Context* dan *Time* (TACT). Target perilaku yang diinginkan memiliki prinsip kesesuaian, kekhususan maupun keadaan umum, seperti dijelaskan berikut ini :

1. *Compatibility* (Kesesuaian)

Walaupun keempat elemen TACT dari perilaku tersebut dapat didefinisikan, namun sangat penting untuk diteliti atau diamati tentang prinsip keserasian/kesesuaian (*principle of compatibility*) dari seluruh variabel yang membangun teori perilaku terencana ini (sikap, norma subyektif, kontrol terhadap perilaku, dan maksud / tujuan) untuk didefinisikan juga kedalam empat elemen TACT. Selain itu, juga harus dinilai atau diperkirakan maksud dan tujuan dalam menjalankan perilaku tersebut.

2. *Specificity dan Generality* (Kekhususan dan keadaan umum)

Melihat perilaku hanya dalam satu peristiwa atau kesempatan biasanya terlalu terbatas untuk menjadi nilai praktis yang lebih. Elemen konteks yang lebih umum dapat dimuat dengan merekam seberapa sering perilaku tersebut dilakukan pada semua konteks yang relevan.

Teori ini digunakan untuk mempelajari perilaku manusia dan untuk mengembangkan intervensi-intervensi yang lebih tepat. Teori ini dapat diaplikasikan kesemua bidang termasuk kesehatan antara lain : Tang dan Wong, (2005) meneliti faktor- factor yang mempengaruhi perilaku pencegahan SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) pada populasi di China; Higgins dan Marcum (2005) meneliti Apakah TPB dapat menjadi mediasi untuk mengatasi rendahnya kontrol diri dari pengguna alcohol; McMillan, Higgins & Corner, 2005 juga meneliti bahwa sikap, norma subyektif dan *perceived behavioral control* mempengaruhi perilaku merokok pada anak sekolah. (Sharma, Manoj, 2007).

Theory of Planned Behavior (TPB) didasarkan pada asumsi bahwa manusia adalah makhluk yang rasional dan menggunakan informasi-informasi yang mungkin baginya, secara sistematis. Orang memikirkan implikasi dari tindakan mereka sebelum mereka memutuskan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku-perilaku tertentu. TPB memperhitungkan bahwa tidak semua perilaku di bawah kendali dan bahwa perilaku-

perilaku tersebut berada pada suatu titik dalam suatu kontinum dari sepenuhnya di bawah kendali sampai sepenuhnya di luar kendali. Individu mungkin memiliki kendali sepenuhnya ketika tidak terdapat hambatan apapun untuk menampilkan suatu perilaku. Dalam keadaan ekstrim yang sebaliknya, mungkin sama sekali tidak terdapat kemungkinan untuk mengendalikan suatu perilaku karena tidak adanya kesempatan, karena tidak adanya sumber daya atau ketrampilan.

Faktor-faktor pengendali perilaku terdiri atas faktor internal dan eksternal. Faktor-faktor internal antara lain ketrampilan, kemampuan, informasi, emosi, stres, dsb. Faktor-faktor eksternal meliputi situasi dan faktor-faktor lingkungan. Untuk mengatasi keterbatasan tersebut, Ajzen memodifikasi TRA dengan menambahkan anteseden intensi yang ke tiga yang disebut *perceived behavioral control* (PBC) sebagai hasil control beliefs. Dari penjelasan di atas, maka TPB bermanfaat untuk meramalkan dan memahami pengaruh-pengaruh motivasional terhadap perilaku yang dibawah kendali maupun yang bukan dibawah kendali atau kemauan seorang individu, yaitu untuk menjelaskan aspek beberapa perilaku manusia dan menganalisis perubahan perilaku. Jika seseorang mempersepsi bahwa hasil dari menampilkan suatu perilaku tersebut positif, ia akan memiliki sikap positif terhadap perilaku tersebut.

2.2.8. Media Edukasi

Proses edukasi pasien adalah interaksi yang terencana yang bertujuan memampukan pasien memilih perilaku yang terbaik bagi kesehatannya. (Delaune, 2006). Sebagai intervensi yang terencana, maka edukasi membutuhkan persiapan media dalam pelaksanaannya sehingga dapat meningkatkan pencapaian tujuan edukasi. Edukasi adalah proses yang aktif dimana terdapat sharing informasi untuk membuat perilaku berubah. Media edukasi kesehatan adalah alat- alat yang merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan (Notoatmodjo,2007).

Secara umum orang mempergunakan tiga metode dalam belajar yaitu *visual*, *auditory*, dan *kinesthetic* (Gunarya, 2006). Sehingga indra yang sering terlibat adalah pendengaran, penglihatan dan perabaan, tetapi dari ketigannya indra penglihatan adalah yang paling dominan. Menurut penelitian para ahli, mata adalah indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak yaitu sekitar 75% sampai 87%, sedangkan

melalui yang lainnya hanya sekitar 13% sampai 25% (Notoatmodjo, 2007). Oleh karena itu media dalam edukasi yang utama adalah yang bisa dilihat. Media tersebut adalah berupa media cetak (*booklet, leaflet, flip chart*, poster, tulisan), media elektronik (televise, slide, film), media papan / *billboard* (Notoatmodjo, 2007). Media yang digunakan dalam penelitian ini adalah *booklet* yang dibuat untuk memudahkan pasien mempergunakan kapan saja dibutuhkan informasinya.

2.2.9. Materi Edukasi penyakit Jantung koroner

- a. Pengetahuan tentang penyakit jantung koroner meliputi tanda dan gejala, factor resiko, pemeriksaan diagnostic, penatalaksanaan
- b. Program diet dan pola makan yang sesuai untuk pasien penyakit jantung koroner
- c. Aktifitas fisik fungsional sehari-hari dan kemampuan bekerja sesuai tahapan rehabilitasi
- d. Gaya hidup sehat pasca serangan penyakit jantung koroner
- e. Pencegahan serangan berulang jantung koroner
- f. Pentingnya olah raga, istirahat dan rekreasi
- g. Managemen stress, mengatasi perasaan cemas, takut, *self esteem*, pikiran negative.
- h. Pentingnya mempertahankan hubungan baik dengan keluarga, lingkungan, semangat hidup, kemandirian, dukungan sosial dan aktivitas seksual.
- i. Program pengobatan berkelanjutan, jenis dan fungsi obat
- j. Penanganan terhadap keluhan yang muncul sebelum datang ke rumah sakit.
- k. Pentingnya kehidupan rohani atau religi.
- l. Sumber informasi dan akses komunikasi ke pelayanan kesehatan jika perlu bantuan.
- m. Peningkatan pemberdayaan diri (*self esteem, self efficacy, confidence, responsibility, autonomy*)
- n. Peningkatan kualitas hidup (fisik, psikologi, dukungan social, lingkungan)

2.3. Pemberdayaan (*Empowerment*)

2.3.1. Pengertian

Pemberdayaan adalah salah satu tujuan atau hasil intervensi edukasi yang dilakukan terhadap pasien (Spalding,2004). Pemberdayaan merupakan istilah yang diperkenalkan oleh Freire, 1970 sebagai salah satu konsep dalam pembelajaran. Rodwell juga menjelaskan pengertian pemberdayaan lebih lanjut pada tahun 1996, yaitu merupakan bentuk partnership, proses memampukan orang untuk memilih dan mengambil kendali serta mengambil keputusan atas hidupnya. Sedangkan menurut Martin, 1998 dalam Spalding, 2004, edukasi merupakan bagian utama yang sangat penting dari proses pemberdayaan, karena sebagian besar pasien masih kekurangan pengetahuan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan serta system pelayanan kesehatan. Dalam konsep kesehatan, pemberdayaan memampukan pasien memilih dan mengambil tanggung jawab atas kebutuhan kesehatannya. Sebagian pasien tidak percaya bahwa mereka dapat mengambil tanggung jawab dalam mengatasi masalah kesehatannya sendiri. (MCGonigal, 1998 ; Spalding, 2004). Pasien yang memiliki pemberdayaan akan memiliki kemampuan yang lebih besar dalam mengontrol dan berpartisipasi pada proses pengambilan keputusan tentang manajemen penyakit sekaligus hidupnya. Pemberdayaan bukan menyarankan suatu proses yang berakhir pada satu titik, tetapi lebih kepada sebuah paradigma yang akan membawa pasien mencapai kemandirian yang lebih besar dan mampu mengendalikan hidupnya dengan baik. (Dornan, 2002; Finfgeld, 2004; Marchinko, Shelley, 2008).

2.3.2. Manfaat atau hasil pemberdayaan

Menurut Corrigan, 2002 dalam Marchinko, 2008, pemberdayaan merupakan suatu proses atau konsep yang kompleks, dimana pasien harus memiliki factor-faktor interpersonal yang selektif yang bertujuan meningkatkan pengendalian diri terhadap masalah yang terjadi. Adapun manfaat atau hasil dari pemberdayaan terhadap pasien adalah

2.3.2.1. Meningkatkan autonomy atau kemandirian

Dengan memiliki pemberdayaan, pasien akan memiliki kemandirian dalam perawatan diri serta dalam memilih dan mengambil keputusan terkait masalah kesehatannya.

2.3.2.2. Meningkatkan *self confidence* atau kepercayaan diri

Melalui pemberdayaan, pasien memiliki kepercayaan diri yang baik dalam menjalani kehidupan pasca serangan jantung. Pasien dapat kembali bekerja dan melakukan aktivitas positif lainnya tanpa perasaan takut dan kuatir serta memiliki harga diri yang baik.

2.3.2.3. Meningkatkan *self efficacy*

Pemberdayaan dapat meningkatkan *self-efficacy* sehingga pasien akan berusaha lebih keras dan mempunyai daya yang kuat dalam mengerjakan sesuatu. *Self-efficacy* lebih mengarahkan penilaian pasien akan kemampuannya. Pasien dengan *self-efficacy* yang tinggi akan lebih ulet dan tahan menghadapi situasi sekitarnya (Brannon & Jeist, 2007).

2.3.2.4. Meningkatkan kualitas hidup pasien

Pemberdayaan merupakan suatu proses yang dapat membangun kapasitas pasien untuk memenuhi kebutuhannya secara mandiri, mengurangi perasaan sedih, meningkatkan harapan hidup serta meningkatkan kualitas hidup pasien. (Marchinko Shelley, 2008).

2.3.3. Upaya meningkatkan pemberdayaan

Untuk meningkatkan pemberdayaan pasien membutuhkan dukungan dari orang-orang terdekat dan informasi melalui edukasi yang jelas dan terstruktur sehingga pasien memiliki semangat dan harapan hidup yang tinggi. Salah satu tujuan edukasi adalah memberdayakan pasien, membantu pasien mengambil keputusan terhadap perawatan kesehatan dan mengatur hidupnya. Pasien memiliki empower ketika pasien mempunyai pengetahuan, skill dan kesadaran diri yang baik. (Anderson, 1991 ; Johansson. 2004). Jadi upaya meningkatkan pemberdayaan dapat diperoleh melalui :

a. Edukasi

Pengetahuan yang diperoleh melalui edukasi, dapat meningkatkan pemberdayaan pasien sehingga mampu mengambil keputusan bagi perawatan kesehatannya (Sumsion, 1999 ; Spalding, 2004).

b. *Continuity of care* (perawatan berkelanjutan)

Continuity of care dan edukasi tentang manajemen perawatan di rumah meningkatkan kepercayaan diri pasien dan keluarga serta meningkatkan kepuasan pasien (Mittal, 1999 ; Yilmas, 2005)

c. *Decision making literacy*

Health literacy adalah satu tingkat dimana individu mempunyai kemampuan untuk mendapatkan, memproses dan memahami informasi kesehatan dasar serta kebutuhan pelayanan kesehatan untuk dapat mengambil keputusan atas masalah kesehatannya. Literacy juga mengandung pengertian suatu usaha untuk berada pada level yang lebih maju misalnya dalam bahasa, sehingga dapat memahami informasi atau edukasi yang diterima (Joe Gattuso, 2010).

d. **Konseling**

Konseling khusus tentang masalah kesehatan dan perawatan dirumah paska serangan penyakit jantung koroner dapat membantu meningkatkan rasa percaya diri serta kemampuan pasien mengambil keputusan yang tepat bagi kesehatannya. Menurut, Mahvash Iram, 2010, konseling dan edukasi dapat meningklatkan managemen yang lebih baik terhadap penyakit pada pasien diabetes.

2.3.4. Mengukur pemberdayaan

Salah satu jembatan mencapai tujuan proses edukasi untuk meningkatkan kesehatan pasien adalah melalui empowerment. Pemberdayaan dapat diukur melalui beberapa aspek. Menurut Linhorst , 2002 : Marchinko, 2008) aspek-aspek pemberdayaan meliputi:

1. **Kemandirian (*autonomy*)**
Individu memiliki kemandirian dalam menentukan apa yang akan terjadi dan dilakukan dalam hidupnya.
2. **Kepercayaan diri (*self confidence*)**
Individu memiliki kepercayaan diri yang baik dalam mengambil keputusan terhadap masalah kesehatan yang terjadi serta cara penanganannya.
3. **Rasa tanggung jawab (*self responsibility*)**
Individu memandang dirinya sebagai orang yang bertanggung jawab dan memiliki kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatannya. Individu juga yakin mampu melakukan sesuatu sebaik yang orang lain lakukan.
4. **Keyakinan diri (*self efficacy*)**
Individu memiliki keyakinan terhadap masa depannya dan keyakinan telah memiliki kemampuan untuk dapat mengerjakan setiap rencana yang telah disusunnya.
5. **Perbaikan kualitas hidup (*quality of life*)**

Individu memiliki kualitas hidup yang baik, dapat bersosialisasi dengan lingkungan dan bekerjasama dalam kelompok serta mampu mengambil keputusan dan mengambil tindakan yang tepat.

Menurut Spalding, 2004 aspek lain dari pemberdayaan adalah :

1. *Confidence*

Pasien memiliki kepercayaan diri yang tinggi dalam menghadapi setiap permasalahan kesehatan yang terjadi dan terhadap keputusan yang diambilnya.

2. *Trust*

Pasien mempercayai informasi dan sumber kesehatan yang tepat untuk dapat meningkatkan kualitas kesehatannya.

3. *Control*

Pasien dapat mengontrol atau mengendalikan dengan baik diri dan kesehatannya sehingga dapat mengatasi masalah kesehatan dengan baik.

4. *Responsibility*

Pasien memiliki tanggung jawab yang baik terhadap masalah kesehatan dan kualitas hidupnya paska mengalami penyakit jantung koroner.

5. *Improvement*

Pasien memiliki motivasi yang kuat untuk menjadi lebih baik dalam kualitas hidup meskipun memiliki masalah kesehatan.

6. *Support*

Pasien memiliki dukungan yang tinggi baik dari keluarga maupun lingkungannya untuk mencapai kesehatan optimal.

7. *Knowledge*

Pasien memiliki pengetahuan yang baik tentang penyakit, gaya hidup sehat, program pengobatan dan perawatan di rumah.

8. *Reassurance*

Pasien mampu mengatasi setiap masalah dengan tenang dan tidak emosi atau marah.

9. *Understanding*

Pasien memiliki pemahaman terhadap masalah kesehatannya dan cara menangani serta mencari tempat pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

2.4. Kualitas hidup (*Quality of life*)

2.4.1. Pengertian

Menurut WHO, 1998, dalam Marchinko, 2008, kualitas hidup adalah persepsi individu terhadap posisinya dalam hidup pada konteks budaya dan system nilai dimana mereka tinggal dan berhubungan dengan tujuan, harapan hidup dan standard. Definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.(Silitonga, 2007).

Bagi pasien dengan penyakit jantung koroner, pemikiran terhadap banyaknya tindakan dengan biaya yang mahal serta masa hidup yang mungkin tidak lama sangat mempengaruhi kualitas hidupnya. (Apple, 1998). Pengertian kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, belum ada suatu pengertian yang tepat yang dapat digunakan sebagai acuan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak, yang tidak terikat oleh waktu atau tempat: bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling tumpang tindih (Kinghorn & Gamlin, 2004).

Kualitas hidup seseorang tidak dapat didefinisikan dengan pasti, hanya orang tersebut yang dapat mendefinisikannya, karena kualitas hidup merupakan sesuatu yang bersifat subyektif. Cella (1992, dalam Kinghorn & Gamlin, 2004). Terdapat dua komponen dasar dari kualitas hidup yaitu subyektifitas dan multidimensi. Subyektifitas mengandung arti bahwa kualitas hidup hanya dapat ditentukan dari sudut pandang pasien itu sendiri dan ini dapat diketahui hanya dengan bertanya langsung pada pasien sedangkan multidimensi bermakna bahwa kualitas hidup dipandang dari seluruh aspek kehidupan seseorang secara holistik meliputi aspek biologis atau fisik, psikologis, sosiokultural dan spiritual.

2.4.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

Penelitian tentang kualitas hidup pada pasien penyakit kardial maupun non kardial telah banyak dilakukan. Pada pasien dengan penyakit jantung koroner termasuk pasien dengan

tindakan reperfusi miokard seperti PTCA (*percutaneous transluminal coronary angioplasty*) atau pasien CABG juga beberapa telah dilakukan. Adapun faktor-faktor yang dapat diidentifikasi mempengaruhi kualitas hidup mereka antara lain :

2.4.2.1. Usia

Usia seseorang mempengaruhi kualitas hidupnya. Pasien dengan usia sangat tua atau lansia memiliki kualitas hidup yang makin menurun dibanding usia muda atau produktif. Meningkatnya usia berdampak pada menurunnya fungsi fisik dan fungsi peran fisik serta meningkatnya emosi pasien penyakit jantung koroner. (Bosworth, 2001).

2.4.2.2. Jenis kelamin

Wanita memiliki tingkat kualitas hidup yang lebih rendah dibanding pria pada hasil penelitian Bosworth, 2001 terhadap pasien penyakit jantung koroner di Netherlands

2.4.2.3. Tingkat Pendidikan

Individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibanding dengan pendidikan yang rendah. (Klepac, 2009).

2.4.2.4. Dukungan sosial

Dukungan social yang kurang berpengaruh terhadap menurunnya kesehatan mental, sementara pasien dengan dukungan social yang tinggi memiliki kesehatan mental yang lebih baik yang berdampak pada meningkatnya kualitas hidup pasien. (Bosworth, 2001). Dukungan social penting bagi pasien dalam menjalani kehidupan pasca serangan jantung. Dukungan dari pasangan hidup, orang tua, anak-anak dan keluarga dekat member semangat dan kekuatan bagi pasien dalam mengambil setiap keputusan yang baik pada masalah kesehatannya.

2.4.2.4. Beratnya penyakit

Pasien dengan kondisi sakit yang berat memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibanding pasien dengan kondisi sakit yang ringan. Pasien dengan keluhan nyeri dada yang sering memiliki kualitas hidup yang kurang baik dibanding pasien tanpa nyeri dada. Demikian juga pasien dengan komplikasi atau penyakit penyerta lain seperti diabetes mellitus dengan glukosa darah tidak stabil memiliki kualitas hidup yang rendah dibanding pasien yang tanpa komplikasi.

2.4.2.5. Edukasi

Pasien dengan edukasi yang tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibanding pasien dengan edukasi yang rendah. (Bosworth, 2001). Intervensi edukasi serta modifikasi gaya

hidup dan latihan yang langsung dilakukan perawat terhadap pasien gagal jantung dapat meningkatkan kualitas hidup dan kemampuan fisik pasien setelah perawatan. (Kutzleb, 2006). Pemberian edukasi dan konseling tentang gaya hidup yang benar pada pasien penyakit jantung koroner dapat meningkatkan kualitas hidup pasien, memperbaiki aktifitas fisik dan program diet yang sehat. (Kurçer, M. A., & Özbay, A. 2011)

2.4.3. Mengukur kualitas hidup

Mengukur kualitas hidup membutuhkan data dari beberapa aspek atau domain yang dapat menggambarkan kualitas hidup seseorang. Ada beberapa alat ukur atau instrument yang sudah baku dan teruji validitas serta reliabilitasnya, diantaranya adalah :

2.4.3.1. *The world health organization's quality of life (WHOQOL)*

Kualitas hidup menurut WHO meliputi 4 (empat) bidang atau domain yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologik, hubungan social dan lingkungan. (Marchinko, 2008). Instrument kualitas hidup telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Ratna Mardiaty dan Satya Joewana dari universitas Katholik Indonesia pada tahun 2004 yang terdiri atas 26 item pertanyaan, dimana setiap item memiliki score 1-5 dan 5-1 meliputi 4 domain.

Komponen pertanyaan antara lain 2 pertanyaan umum yang tidak masuk pada salah satu domain. Domain kesehatan fisik (*physical health*) terdiri atas 7 pertanyaan tentang rasa nyeri, energy, istirahat tidur, mobilisasi, aktifitas, pengobatan dan pekerjaan. Domain psikologi (*psychological health*) terdiri atas 6 pertanyaan tentang perasaan positif dan negative, cara berpikir, harga diri, body image dan spiritual. Domain hubungan social (*social relationship*) dengan 3 pertanyaan tentang hubungan individu, dukungan social dan aktivitas seksual. Domain lingkungan (*environment*) dengan 8 area pertanyaan yang meliputi keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, fasilitas kesehatan, mudahnya mendapat informasi kesehatan, rekreasi, transportasi. Perhitungan untuk menentukan skor kualitas hidup merupakan penjumlahan dari semua skor yang didapat setiap item pertanyaan.

2.4.3.2. SF- 36

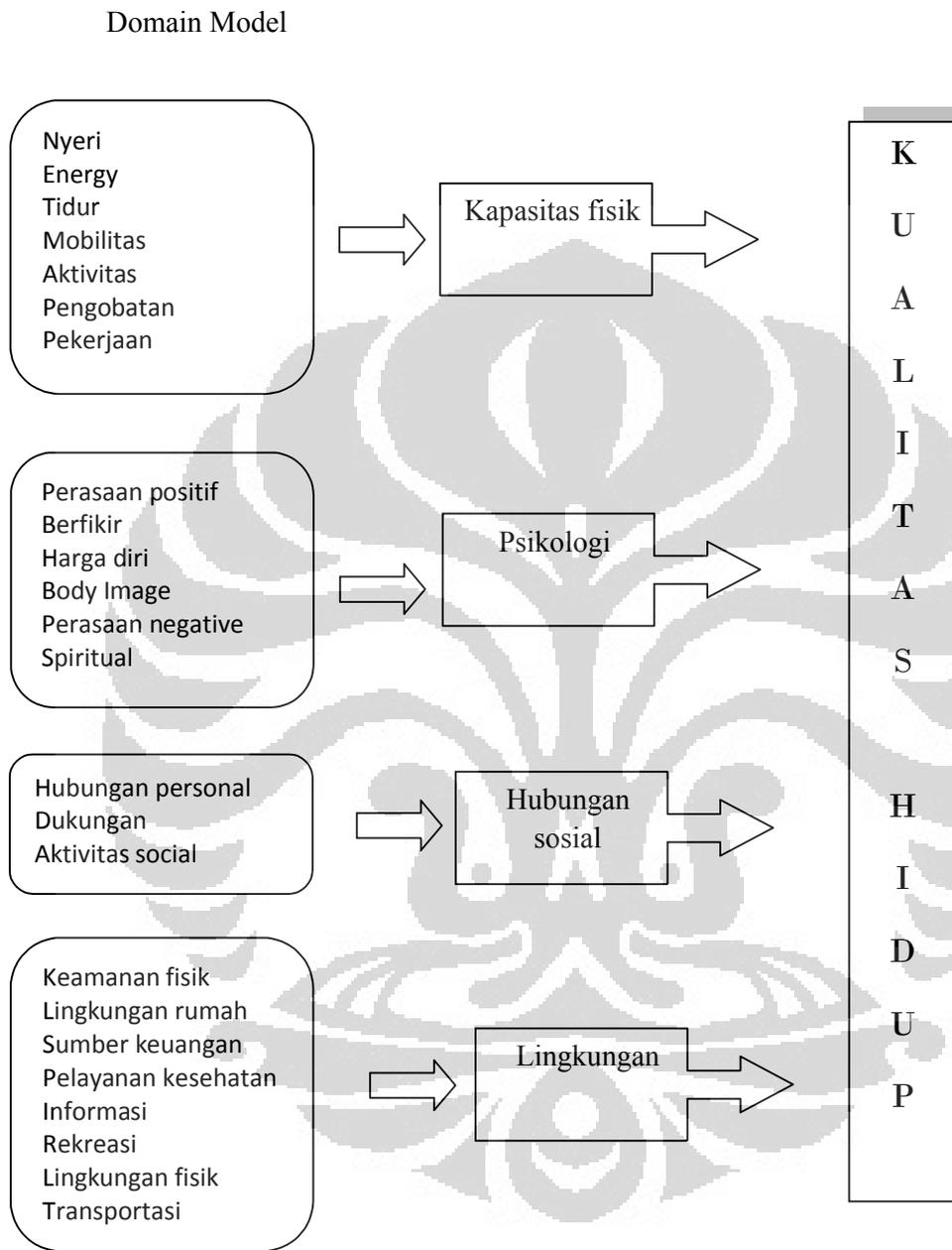
The Medical Outcome Study (MOS) 36-item short-form Health Survey (SF-36) merupakan survey kesehatan yang singkat sebagai salah satu contoh instrumen pengukuran kualitas hidup yang dipakai secara luas untuk berbagai macam penyakit, merupakan suatu isian berisi 36 pertanyaan yang disusun untuk melakukan survey terhadap status kesehatan yang digunakan sejak tahun 1970 oleh McDowell dan Newell dan distandarkan pada tahun 1990, selanjutnya dikembangkan oleh para peneliti dari Santa Monica.

SF -36, terdiri atas 2 domain yaitu domain fisik dan domain mental. Setiap domain terdiri atas 4 sub area, setiap sub area domain fisik terdiri dari physical function, (dengan 10 pertanyaan tentang semua aktivitas fisik termasuk mandi dan berpakaian), role physical dengan 4 pertanyaan tentang pekerjaan atau aktivitas sehari-hari), bodily pain (dengan 2 pertanyaan tentang rasa sakit yang dirasakan) dan general health (dengan 5 pertanyaan tentang kesehatan individu) sedangkan domain mental terdiri dari mental health (dengan 5 pertanyaan tentang perasaan seperti depresi, senang dll), role emotional (dengan 3 pertanyaan tentang masalah pekerjaan yang berdampak pada status emosi), social function (dengan 3 pertanyaan tentang aktivitas sosial yang berkaitan dengan perasaan oleh pasien masalah fisik (emosi) dan vitality (dengan 4 pertanyaan tentang vitalitas yang dirasakan oleh pasien). Uji reliabilitas untuk skor fisik dan mental adalah 0.80 dan $r : 0.40$ atau lebih. (Ware, J.E., 2000 : Sopiani, 2008)

Jadi Setiap domain dari sub area terbagi dalam 8 bidang, yaitu :

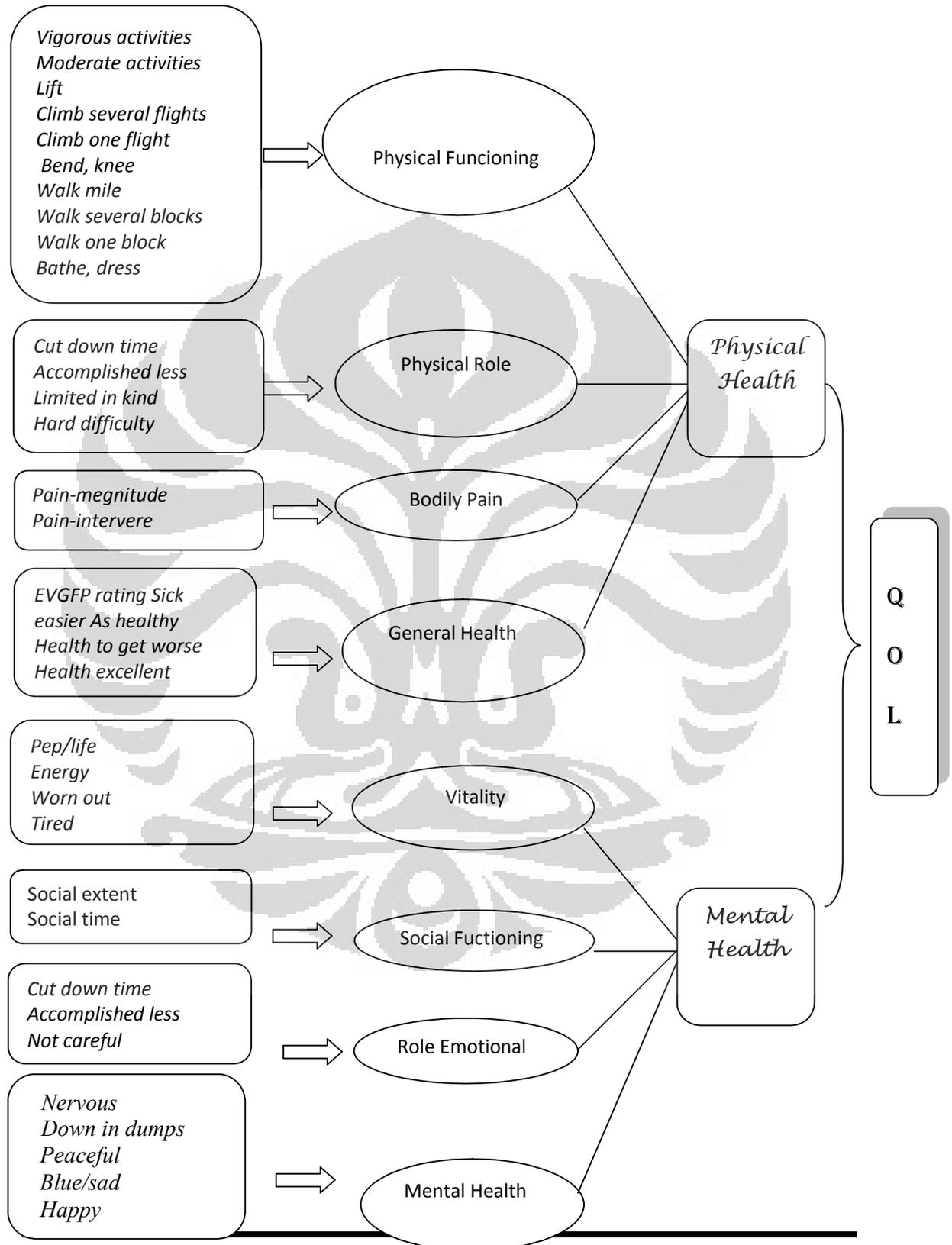
1. Pembatasan aktifitas fisik karena masalah kesehatan yang ada.
2. Pembatasan aktifitas sosial karena masalah fisik dan emosi.
3. Pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah fisik.
4. Nyeri seluruh badan.
5. Kesehatan mental secara umum.
6. Pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah emosi.
7. Vitalitas hidup.
8. Pandangan kesehatan secara umum

Skema 2.3. Skala pengukuran kualitas hidup menurut WHO



Sumber : WHO Quality of Life BREF, Marchinko, 2008

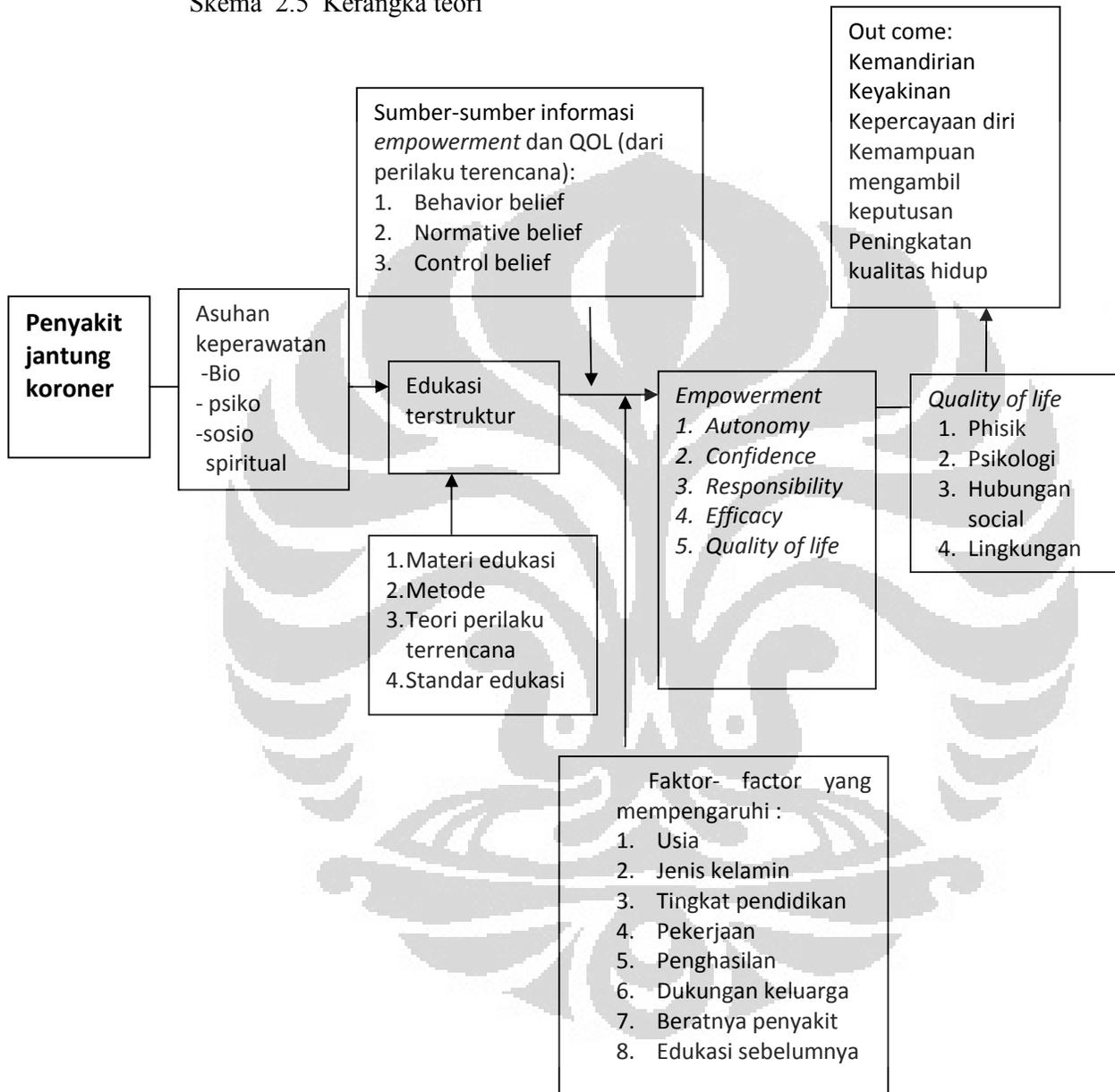
2.3. Skema 2.4. Skala pengukuran kualitas hidup menurut SF-36



2.5. Kerangka Teori

Berdasarkan landasan teori di atas, maka kerangka teori penelitian sebagai berikut:

Skema 2.5 Kerangka teori



Sumber : Bandura,1997; Pajares, 2002 ; Notoatmodjo, 2007; Potter & Perry, 2009, Delaune, 2006

BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan abstraksi dari suatu realita agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antara variable baik yang diteliti maupun yang tidak diteliti. (Nursalam 2003). Kerangka konsep penelitian ini mencakup intervensi keperawatan berupa edukasi tentang hidup sehat pasca diagnosa penyakit jantung koroner, perawatan di rumah, program pengobatan, aktifitas fungsional dan cara mengatasi masalah paska perawatan. Edukasi terstruktur diharapkan akan meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner. Adapun variabel yang dapat diukur adalah sebagai berikut :

1. Variabel bebas (*independent variable*)

Variabel independennya adalah edukasi terstruktur tentang hidup sehat pasca diagnosa penyakit jantung koroner, perawatan di rumah, program pengobatan, aktifitas fungsional dan cara mengatasi masalah paska perawatan

2. Variabel terikat (*dependent variable*)

Variabel dependennya penelitian ini adalah pemberdayaan dan kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner

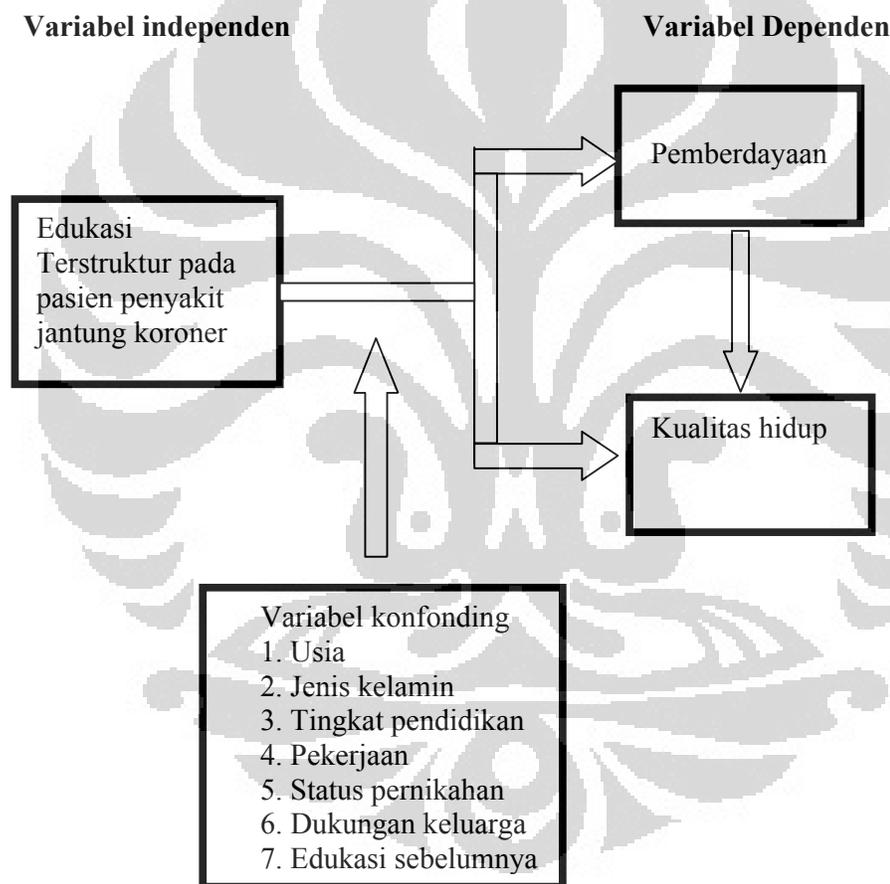
3. Variabel *Confounding*

Sebagai variabel *confounding* pada penelitian ini adalah faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, edukasi sebelumnya dan dukungan keluarga.

Adapun hubungan antar variabel tersebut dapat dilihat pada kerangka konsep sebagai berikut:

Skema 3.1 KERANGKA KONSEP

Pengaruh edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup



3.2 Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Mayor

Ada pengaruh edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner.

2. Hipotesis Minor

- a. Ada peningkatan skor pemberdayaan dan kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner sesudah dilakukan edukasi terstruktur pada kelompok intervensi
- b. Skor pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner sesudah edukasi terstruktur pada kelompok intervensi lebih tinggi dari pada kelompok kontrol

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Tabel Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1	Independen Edukasi terstruktur dengan teori perilaku terencana	Pemberian informasi tentang penyakit jantung koroner dengan design menggunakan teori perilaku terencana meliputi <i>behavioral beliefs, normative beliefs dan control beliefs</i>	Observasi	1= tidak diberikan edukasi (kontrol) 2= diberikan edukasi (intervensi)	Nominal
2	Dependent Pemberdayaan	Kemampuan mengambil kontrol dan keputusan atas penyakitnya atau hidupnya yang diukur melalui aspek : 1. <i>Autonomy</i> 2. <i>Confidence</i> 3. <i>Responsibility</i> 4. <i>Efficacy</i> 5. <i>Quality of life</i>	Pernyataan responden dalam menjawab kuisisioner <i>the empowerment scale</i> "making decisions" yang berisi 28 pertanyaan skala 1-4 dalam range (1= sangat setuju, 4= sangat tidak setuju)	Dinyatakan dengan skor 28-112 skor terendah 28 dan tertinggi 112	Interval

	Quality of life	Evaluasi subyektif tentang dampak dari penyakit dan pengobatan pasien penyakit jantung koroner yang diukur dalam 4 domain : fisik, psikologis, hubungan social dan lingkungan	Kepercayaan $1 = \text{Dinyatakan Ordinal}$ Quality of life dari WHO (WHOQOL) dengan 26 item pertanyaan dari 4 domain pengukuran, dengan skore tiap pertanyaan 1-5	Dinyatakan dengan skor 26-130 skor terendah 26 dan tertinggi 130	Ordinal 1
Konfounding					
1	Umur	Lama hidup berdasarkan tanggal lahir	Kuisisioner tentang umur	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2	Jenis Kelamin	Penggolongan menurut ciri biologis dibagi menjadi laki-laki dan perempuan.	Kuisisioner tentang jenis kelamin	1 : laki-laki 2: perempuan	Nominal
3	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal responden yang terakhir berdasarkan ijazah	Kuisisioner tentang pendidikan	1. SLTA 2. PT	Ordinal
4	Status pernikahan	Status menikah responden yang sedang dijalani	Kuestioner tentang status pernikahan	1. Menikah 2. Tidak menikah	Nominal
5	Pekerjaan	Jenis pekerjaan yang dilakukan responden untuk memperoleh pengasilan secara rutin	Kuestioner tentang jenis pekerjaan	1. Pengusaha 2. Swasta 3. Pensiun 4. PNS 5. TNI 6. Ibu rumah tangga	Nominal
6	Dukungan keluarga	Suatu bantuan dari keluarga (suami, istri, orang tua, anak, saudara) baik secara fisik maupun mental.	Pernyataan berupa numerik rating scale dari 0-10 dalam range (0= keluarga tidak mendukung sampai dengan 10=keluarga mendukung)	Dinyatakan dalam skor dari nilai 0 sampai 10	interval
7	Edukasi sebelumnya	Edukasi tentang penyakit koroner dan perawatan di rumah yang telah diterima responden sebelum menjadi responden	Kuesioner tentang edukasi sebelumnya	1 : sudah 2 : belum	Nominal

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

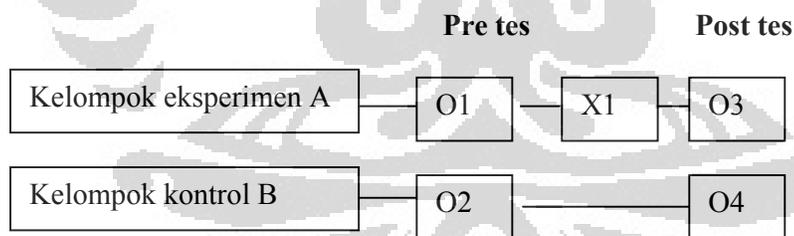
Uraian dalam metodologi ini meliputi desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data, dan analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain *quasi* eksperimen yaitu memberikan perlakuan atau intervensi pada subyek penelitian kemudian efek perlakuan tersebut diukur dan dianalisis. Rancangan penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan desain *pre post test group design* dengan kelompok kontrol. Desain ini digunakan untuk membandingkan hasil intervensi edukasi yaitu pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner pada kelompok yang diukur sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Adapun disain penelitian ini digambarkan dalam skema sebagai berikut

Skema 4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Keterangan :

O1 = pengukuran pemberdayaan dan kualitas hidup kelompok intervensi sebelum diberikan edukasi terstruktur

O2 = pengukuran pemberdayaan dan kualitas hidup kelompok kontrol sebelum (pre test)

O3 = pengukuran pemberdayaan dan kualitas hidup kelompok intervensi setelah diberikan edukasi terstruktur

O4 = pengukuran pemberdayaan dan kualitas hidup kelompok kontrol sesudah (pos test) sesudah edukasi standar

X = Intervensi edukasi terstruktur yang diberikan kepada kelompok intervensi

Perbedaan antara sebelum dan sesudah intervensi diasumsikan merupakan efek dari intervensi (Beck & Hungler, Polit, 2001), Hal ini sesuai dengan tujuan penelitian yaitu mengetahui pengaruh Edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner.

4.2 Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu yang disesuaikan dengan ranah dan tujuan penelitian (Sastroasmoro, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien penyakit jantung koroner yang dirawat di ruang ICCU (*intensive coronary care unit*) maupun di ruang perawatan umum di Rumah Sakit pondok indah Jakarta

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien penyakit jantung koroner yang dirawat di ruang ICCU maupun di ruang perawatan umum di rumah sakit pondok indah Jakarta. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan *tekhnik non probability* yaitu teknik sampling yang memberi peluang atau kesempatan tidak sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Adapun jenis samplingnya adalah consecutive sampling yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro, 2002).

Berdasarkan data pada penelitian sebelumnya (Marchinko, 2008) tentang pemberdayaan dan kualitas hidup pasien setelah pemberian edukasi dan perencanaan yang baik, maka dapat diperoleh jumlah sampel sebagai berikut :

Rumus penghitungan sampel :

$$n = \frac{\sigma^2 (Z1_{\alpha/2} + Z1_{\beta})^2}{(\mu_0 - \mu_a)}$$

- Ket: n : Jumlah sampel
 σ : standar deviasi
 Z1-a : derajat kepercayaan 5% (1,96)
 Z1- β : kekuatan uji 80 % (0,842)
 μ_0 : nilai mean 1 dari penelitian sebelumnya
 μ_a : nilai mean 2 dari penelitian sebelumnya

$$n = \frac{(10)^2(1,96 + 0,842)^2}{(86-94)^2}$$

$$n = 12,26 \text{ di bulatkan menjadi } 12 \text{ orang}$$

Dengan demikian jumlah sampel yang di perlukan untuk masing-masing kelompok yaitu kontrol dan intervensi adalah 12 orang. Untuk menghindari adanya sampel yang drop out maka dilakukan koreksi sebesar 10% (sastroasmoro & Ismael, 2010), maka besar sampel yang dibutuhkan adalah

$$n' = \frac{n}{(1 - f)}$$

$$n' = \frac{12}{(1 - 0.1)}$$

$$n' = 13$$

Keterangan:

n = Perkiraan besar sampel yang dihitung

f = Perkiraan proporsi drop out (10%).

Hasil perhitungan di atas menunjukkan bahwa sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 13 orang untuk masing-masing kelompok. Jadi besar sampel yang dibutuhkan untuk kelompok control dan intervensi adalah 26 orang pasien dengan penyakit jantung koroner.

Pada proses penelitian, peneliti harus memilih responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eklusi sehingga sampel yang benar-benar mewakili persyaratan umum

yang dapat dimasukkan sebagai subyek dalam penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 2008). Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini sebagai berikut :

Kriteria inklusi :

- a. Bersedia menjadi responden
- b. Bisa membaca dan menulis
- c. Pasien sudah 48 jam atau lebih paska serangan jantung
- d. Kesadaran kompos mentis dan kooperatif
- e. Tanda-tanda vital stabil, yaitu: suhu 36-38 °C; nadi 60- 100 kali permenit; pernafasan 12- 20 kali permenit; tekanan darah rerata \leq 120/80 mmHg (untuk tekanan darah pada lansia 120-139/80-89 mmHg)(Perry & Potter, 2009).

Kriteria eksklusi :

- a. Pasien sedang dalam keadaan nyeri dada, sesak atau keluhan lain yang mengganggu pasien.
- b. Pasien dalam kondisi tidak stabil seperti gangguan irama jantung yang mengancam jiwa, penurunan kesadaran, hemodinamik tidak stabil.

4.3 Tempat Penelitian

Pada penelitian ini peneliti menggunakan Rumah sakit Pondok indah Jakarta. Alasan menggunakan rumah sakit tersebut, karena rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit yang sangat fokus memperhatikan kebutuhan pasien termasuk kebutuhan informasi Meskipun bukan rumah sakit pendidikan, rumah sakit pondok indah sampai saat ini masih terus mengembangkan metode edukasi pasien meskipun belum cukup spesifik. Rumah sakit ini juga memiliki pelayanan kardiovaskuler yang lengkap dari non invasive diagnostic seperti echocardiography dan MSCT (*multi-slice computer tomography*) sampai invasive diagnostic seperti angiography atau cateterisasi koroner serta tindakan invasive seperti PTCA dan pembedahan jantung seperti CABG. Jumlah pasien kunjungan untuk echocardiography ke poliklinik jantung setiap bulannya rata-rata 170 pasien. Sedangkan jumlah pasien penyakit jantung koroner yang dirawat setiap bulan rata-rata 35 pasien untuk semua unit.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan Juni 2012.

4.5 Etika Penelitian

Sebelum melakukan sebuah penelitian, penting untuk dipertimbangkan etika penelitian yang meyakini bahwa responden dilindungi, dengan memperhatikan aspek *self determination, privacy and dignity, anonymity and confidentiality, informed consent and protection from discomfort* (Polit & Hungler, 2005). Sebelum penelitian, peneliti mengajukan permohonan uji etik dari komite etik peneliti FIK-UI.

4.5.1 *Self determination,*

Pasien dan keluarga diberi informasi tentang tujuan edukasi terstruktur, manfaat dan harapan peneliti terhadap responden. Responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak bersedia mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela. Jika bersedia, responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi subyek penelitian atau *informed consent*.

4.5.2 *Privacy dan Anonymity*

Kerahasiaan informasi terjaga dengan mengganti nama dengan inisial dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian

4.5.3. *Confidentially*

Kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan responden harus dijaga. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian. Data yang sudah selesai diteliti dan tidak diperlukan lagi dalam proses penelitian, maka data tersebut dimusnahkan.

4.5.4 *Protection from discomfort*

Dalam melakukan penelitian, responden harus bebas dari rasa tidak aman. Sebelum penelitian dilakukan, peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian kepada responden.

4.5.5 *Justice*

Pasien mendapat keadilan, yaitu untuk responden pada kelompok kontrol mendapatkan intervensi sesuai standar operasional prosedur (SOP) yang ada di rumah sakit dan peneliti memberikan intervensi edukasi terstruktur setelah selesai penelitian.

4.6 . Alat Pengumpulan Data

4.6.1 Instrumen data demografi dan data perancu

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini, berdasarkan jenis data yang dikumpulkan meliputi : data demografi (umur, jenis kelamin), data perancu (penghasilan, dukungan keluarga, beratnya penyakit) menggunakan metode wawancara dan kuesioner.

6.6.2 Instrumen data edukasi

Instrumen data edukasi berupa booklet yang berisi tentang bagaimana pasien menjalani kehidupan yang baik dan terarah setelah dinyatakan menderita penyakit jantung koroner. Edukasi didasarkan pada teori pembelajaran perilaku terencana dengan tiga prinsip keyakinan yaitu keyakinan tentang kemungkinan hasil dan evaluasi dari perilaku tersebut (*behavioral beliefs*), keyakinan tentang norma yang diharapkan dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*normative beliefs*), serta keyakinan tentang adanya faktor yang dapat mendukung atau menghalangi perilaku dan kesadaran akan kekuatan faktor tersebut (*control beliefs*).

6.6.3 Instrumen data pemberdayaan

Pada penelitian ini, instrumen pemberdayaan menggunakan the *empowerment scale "making decisions"* yang dikembangkan oleh Sally Rogers dari centre for rehabilitation, Boston university (Marchinko, 2008) terdiri dari 28 pertanyaan dengan skala dari 1 sampai dengan 4. Instrument asli menggunakan bahasa Inggris sehingga penulis menterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dengan bekerjasama dengan *native speaker* untuk memahami maksud setiap kaimat. Seluruh perolehan responden akan ditotal sehingga maksimal total skor adalah 112.

6.6.4 Instrumen data quality of life.

Data kualitas hidup diukur menggunakan instrument World Health Organization's Quality of life (WHOQOL-BREF) yang terdiri dari 26 pertanyaan dengan skala 1 sampai dengan 5. Seluruh perolehan responden akan ditotal dengan skor minimal 26 dan maksimal 130.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1 Tahap administrasi

Pelaksanaan penelitian dilaksanakan setelah lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dan mendapatkan ijin penelitian dari kepala pendidikan dan latihan

rumah sakit pondok indah Jakarta. Data pasien akan dikumpulkan oleh peneliti sendiri bekerjasama dengan perawat ruangan, dokter yang menangani responden, responden dan keluarga.

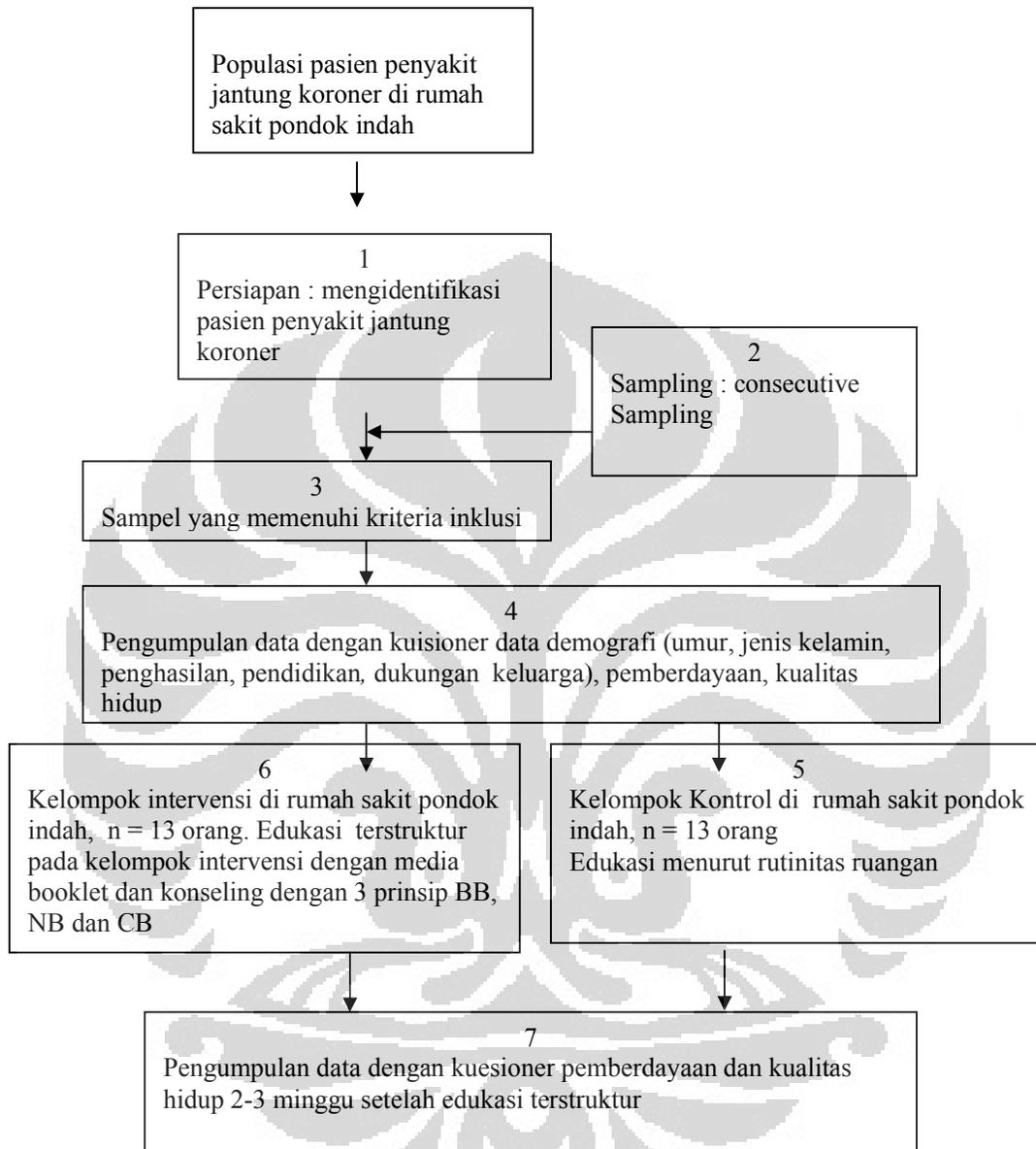
4.7.2 Tahap Pemilihan sampel

Peneliti mengidentifikasi pasien yang dirawat dengan penyakit jantung koroner di unit perawatan umum maupun di unit khusus perawatan jantung. Setelah responden memenuhi kriteria inklusi, pada tahap awal dilakukan pengukuran tanda- tanda vital yang meliputi tensi, suhu, nadi, pernafasan, dan kesadaran. Responden yang memenuhi kriteria inklusi diberi penjelasan tentang prosedur penelitian dan keuntungan serta kerugian penelitian. Jika responden menyetujui untuk mengikuti penelitian maka responden diberi lembar persetujuan untuk ditandatangani.

4.7.3 Tahap Pelaksanaan

1. Penelitian dimulai dengan kelompok intervensi lebih dahulu, setelah 13 responden untuk kelompok intervensi terpenuhi, peneliti melanjutkan dengan 13 responden untuk kelompok control.
2. Responden pada kelompok intervensi menerima intervensi edukasi terstruktur design dari peneliti selama 20 menit setiap intervensi.
3. Responden pada kelompok intervensi diberikan booklet sebagai panduan selanjutnya bagi responden di rumah
4. Pada hari kedua, yaitu pada saat pasien mau pulang, peneliti kembali memberikan edukasi dan konseling kepada responden berdasarkan booklet yang sudah dibagi sebelumnya
5. Responden pada kelompok kontrol menjalankan prosedur edukasi yang berlaku di ruangan tersebut.
6. Peneliti menghubungi responden dengan cara menelpon responden melalui nomor telpon yang telah diberikan responden pada pertemuan pertama yaitu 1-2 minggu setelah responden pulang rawat untuk menanyakan kondisi responden dan memastikan kedatangan untuk kontrol.
7. Peneliti mengkaji kembali pemberdayaan dan kualitas hidup pasien 2-3 minggu kemudian yaitu pada saat responden kontrol ke dokter.
8. Untuk kelompok kontrol, setelah peneliti mengukur data pemberdayaan dan kualitas hidup responden, peneliti juga memberikan edukasi dan booklet pada saat responden datang untuk kontrol paska rawat.

Skema 4.2 Pengumpulan data



4.8 Analisis Data

4.8.1 Pengolahan Data

Proses pengolahan data meliputi proses; editing, coding, tabulating, entry data, dan cleaning data

4.8.2 Analisis Data

4.8.2.1 Analisis Univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Untuk data numerik (umur, penghasilan, pemberdayaan dan kualitas hidup) digunakan nilai mean, median, simpangan baku, nilai minimal dan maksimal. Sedangkan data kategorik (jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan dukungan keluarga) dijelaskan dengan nilai persentasi dan proporsi masing-masing kelompok.

8.8.2.2 Analisis Bivariat

Untuk menentukan jenis uji yang akan digunakan, terlebih dahulu dilakukan uji homogenitas dan normalitas data. Kemudian uji hipotesis untuk perbedaan pemberdayaan dan kualitas hidup dua kelompok tersebut dilakukan uji independen t-test.

Tabel 4.1 Uji Statistik Analisis Bivariat
Analisis homogenitas variabel konfounding
kelompok intervensi dan kelompok control

No	Variabel	Kelompok	Cara analisis
1.	Umur	Intervensi - Kontrol	Independen t- test
2.	Jenis Kelamin	Intervensi - Kontrol	Chi square
3.	Pendidikan	Intervensi - Kontrol	Chi square
4.	Status pernikahan	intervensi-kontrol	Chi square
5.	Pekerjaan	intervensi-kontrol	Chi square
6.	Dukungan keluarga	Intervensi - Kontrol	Chi square
7.	Pemberdayaan	Intervensi - Kontrol sebelum perlakuan	Independen t-test
8.	Kualitas hidup	Intervensi - Kontrol sebelum perlakuan	Independen t-test

Tabel 4.2 Analisis bivariat Perbedaan pemberdayaan dan kualitas hidup kelompok kontrol dan intervensi

No	Variabel		Analisis
1.	Pemberdayaan kontrol sebelum perlakuan	- Pemberdayaan kontrol sesudah perlakuan	<i>paired t-test</i>
2.	Pemberdayaan intervensi sebelum perlakuan	- Pemberdayaan intervensi sesudah perlakuan	<i>paired t-test</i>
3.	Pemberdayaan intervensi sesudah perlakuan	- Pemberdayaan kontrol sesudah perlakuan	Independen t-test
4.	Pemberdayaan kontrol sebelum perlakuan	- Pemberdayaan kontrol sesudah perlakuan	<i>paired t-test</i>
5.	Kualitas hidup intervensi sebelum perlakuan	- Kualitas hidup intervensi sesudah perlakuan	<i>paired t-test</i>
6.	Kualitas hidup intervensi sesudah perlakuan	- Kualitas hidup kontrol sesudah perlakuan	Independen t-test

Untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 95%, artinya jika $p \text{ value} < 0,05$ maka hasilnya bermakna yang berarti H_0 ditolak atau ada hubungan. Tetapi jika $p \text{ value} > 0,05$ maka hasilnya tidak bermakna yang artinya H_0 gagal ditolak atau tidak ada hubungan.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian tentang pengaruh edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner di rumah sakit Pondok Indah Jakarta. Pengumpulan data dilakukan selama enam minggu yaitu pada bulan Mei sampai bulan Juni 2012. Responden pada penelitian ini terbagi 2 kelompok dengan jumlah 12 orang tiap kelompok, dan pada penelitian ini jumlah tersebut tercapai. Dua kelompok tersebut terdiri dari kelompok intervensi yang mendapatkan edukasi terstruktur dengan media booklet tentang hidup sehat dan berkualitas pada penyakit jantung koroner dengan dasar teori pembelajaran perilaku terencana. Edukasi dilakukan satu persatu kepada setiap pasien sebanyak 2 kali pertemuan masing-masing 20 menit meliputi pemahaman tentang penyakit, gaya hidup sehat paska serangan jantung seperti pengaturan aktifitas, diet, istirahat, pencegahan serangan berulang dan penatalaksanaan serta perawatan di rumah. Sedangkan kelompok kontrol mendapatkan edukasi sesuai standar rumah sakit. Kedua kelompok dilakukan *pre test* dan *post test* pemberdayaan dan kualitas hidup, kemudian hasilnya dibandingkan antara pre dan post test pada kelompok yang sama serta hasil post test antara kelompok kontrol dan intervensi.

Analisis statistik data hasil penelitian ditampilkan sebagai berikut :

5.1 Karakteristik responden.

Pada tabel dibawah ini akan disajikan karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, edukasi sebelumnya serta dukungan keluarga pada 24 responden di rumah sakit Pondok Indah Jakarta.

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur, dukungan keluarga, pemberdayaan dan kualitas hidup (12 kontrol dan 12 intervensi).

No. Variabel/ Kelompok	Mean	Median	SD	Min – Mak	CI 95% Lower; Upper
1. Umur					
Kontrol	60.5	63.5	13.7	40-83	51.7 ; 69.2
Intervensi	58.1	55.5	12.9	32-78	49.9 ; 66.3
2. DK perhatian					
Kontrol	7.6	8.0	1.0	6-9	6.9 ; 8.3
Intervensi	7.1	7.5	1.1	5-9	6.4 ; 7.9
3. DK penghargaan					
Kontrol	6.0	6.00	0.8	5-7	5.4 ; 6.5
Intervensi	5.5	5.5	1.1	4-7	4.7 ; 6.2
4. DK informasi					
Kontrol	3.0	3.00	0.79	2-4	2.5 ; 3.5
Intervensi	3.0	3.00	0.85	2-4	2.5 ; 3.5
5. DK waktu					
Kontrol	2.9	3.0	0.79	2-4	2.4 ; 3.4
Intervensi	3.0	3.0	0.79	2-4	2.5; 3.5
6. DK tenaga					
Kontrol	5.0	5.0	0.85	4-6	4.4 ; 5.5
Intervensi	5.4	5.5	1.08	4-7	4.7 ; 6.1
7. DK Fasilitas					
Kontrol	7.5	7.5	1.1	6-9	6.7 ; 8.2
Intervensi	7.5	8.0	1.9	5-9	6.6 ; 8.3

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata umur responden termuda 32 tahun dan tertua 83 tahun. Dukungan keluarga yang tinggi berupa dukungan perhatian dan fasilitas, sedangkan dukungan keluarga yang kurang adalah dukungan waktu dan informasi.

Tabel 5.2 Proporsi responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, jenis pekerjaan dan edukasi sebelumnya

No.Variabel	Kontrol		Jumlah Intervensi		Total	
	n	%	n	%	n	%
1. Jenis kelamin						
perempuan	6	50	3	25	9	37.5
Laki-laki	6	50	9	75	15	62.5
2. Tingkat pendidikan						
SLTA	4	33.3	5	41.7	9	37.5
PT	8	66.7	7	58.3	15	62.5

3. Status pernikahan						
Menikah	9	75	8	66.7	17	70.8
Tidak menikah	3	25	4	33.3	7	29.2
4. Pekerjaan						
Pengusaha	4	33.3	4	33.3	8	33.3
Swasta	3	25	2	16.7	5	28.8
Pensiun	2	16.7	2	16.7	4	16.6
PNS	0	0	1	8.3	1	4.1
TNI	0	0	1	8.3	1	4.1
Ibu rumah tangga	3	25	2	16.7	5	28.8
5. Edukasi sebelumnya						
Sudah	4	33.3	5	41.7	9	37.5
Belum	8	66.7	7	58.3	15	62.5

Tabel 5.2 menunjukkan sebagian besar responden adalah laki-laki (62.5%), status pernikahan sebagian besar menikah (70.8%), sebagian besar responden bekerja sebagai pengusaha (33.3%) dan sebagian besar belum mendapat edukasi sebelumnya tentang penyakit jantung koroner (62.5%).

5.2. Pemberdayaan dan kualitas hidup

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pemberdayaan dan kualitas hidup (12 kontrol dan 12 intervensi).

No Variabel/ Kelompok	Mean	Median	SD	Min – Mak	CI 95% Lower; Upper
1. Pemberdayaan pre					
Kontrol	44.5	43.5	3.8	39-52	42.1 ;47.0
Intervensi	43.5	43.0	7.5	33-56	38.6 ; 48.3
2. Pemberdayaan post					
Kontrol	68.0	70.5	6.0	62-79	65.9-73.5
Intervensi	99.6	99.0	4.9	91-109	96.0; 102.0
3. Kualitas hidup pre					
Kontrol	68.0	67.5	6.9	58-76	63.6 ; 72.4
Intervensi	70.1	73.5	8.3	58-81	64.8 ; 75.5
4. Kualitas hidup post					
Kontrol	85.8	86.5	4.3	78-92	83.0 ; 88.5
Intervensi	106.4	106.0	5.2	100-114	103.0 ; 109.7

Tabel 5.3 menunjukkan hasil rata-rata pemberdayaan dan kualitas hidup responden sesudah edukasi baik pada kelompok kontrol maupun intervensi mengalami peningkatan.

5.3. Analisis kesetaraan

Berikut ini akan dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui kesetaraan variabel antara kelompok intervensi dan kontrol melalui uji homogenitas yang meliputi: umur responden, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, dukungan keluarga, pada responden kelompok kontrol dan intervensi

Tabel 5.4 Kesetaraan karakteristik responden berdasarkan umur, dukungan keluarga, pemberdayaan dan kualitas hidup(12 kontrol dan 12 intervensi).

Variabel/ Kelompok	Mean	SD	SE	t	P value
1. Umur					
Kontrol	60.5	13.7	3.9	0.429	0.551
Intervensi	58.1	12.9	3.7		
2. DK perhatian					
Kontrol	7.6	1.0	3.0	1.079	0.631
Intervensi	7.1	1.1	3.3		
3. DK penghargaan					
Kontrol	6.0	0.85	0.24	1.19	0.122
Intervensi	5.5	1.16	0.33		
4. DK informasi					
Kontrol	3.0	0.79	0.22	0.248	0.780
Intervensi	3.0	0.85	0.24		
5. DK waktu					
Kontrol	2.8	0.85	0.24	-0.752	0.649
Intervensi	3.0	0.79	0.22		
6. DK tenaga					
Kontrol	5.0	0.85	0.24	-1.047	0.234
Intervensi	5.4	1.08	0.31		
7. DK Fasilitas					
Kontrol	7.5	1.10	0.33	0.000	0.764
Intervensi	7.5	1.38	0.39		
8. Pemberdayaan pre					
Kontrol	44.5	3.8	1.1	0.441	0.109
Intervensi	43.5	7.5	2.1		
9. Kualitas hidup pre					
Kontrol	68.0	6.9	2.0	-0.662	0.262
Intervensi	70.1	8.3	2.4		

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa hasil analisis terhadap variable umur, dukungan keluarga, pemberdayaan dan kualitas hidup antara kelompok kontrol dan intervensi terdapat kesetaraan ($p > 0.05$, $\alpha = 0,05$)

Tabel 5.5 Kesetaraan karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, edukasi sebelumnya.

Variabel	Kontrol		Intervensi		Total		P Value
	n	%	n	%	n	%	
1. Jenis kelamin							
Perempuan	6	50	3	25	9	37.5	0.399
Laki-laki	6	50	9	75	15	62.5	
2. Tingkat pendidikan							
SLTA	4	33.3	5	41.7	9	37.5	1.000
PT	8	66.7	7	58.3	15	62.5	
3. Status pernikahan							
Menikah	9	75	8	66.7	17	70.8	1.000
Tidak menikah	3	25	4	33.3	7	29.2	
4. Pekerjaan							
Bekerja	7	58.3	8	66.7	15	62.5	1.000
Tidak bekerja	5	41.7	4	33.3	9	37.5	
5. Edukasi sebelumnya							
Sudah	4	3.3	5	41.7	9	37.5	1.000
Belum	8	66.7	7	58.3	15	62.5	

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa hasil analisis terhadap variable jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan dan edukasi sebelumnya tentang penyakit jantung koroner antara kelompok kontrol dan intervensi terdapat kesetaraan ($p > 0.05$, $\alpha = 0,05$).

5.4. Perbedaan pemberdayaan dan kualitas hidup sebelum dan sesudah edukasi terstruktur pada kelompok kontrol dan intervensi

Berikut ini akan disajikan perbedaan pemberdayaan dan kualitas hidup pada pengukuran pre dan post pemberian edukasi pada kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi.

Tabel 5.6 . Perbedaan pemberdayaan dan kualitas hidup sebelum dan sesudah edukasi (12 kontrol dan 12 intervensi)

No	Kelompok	Mean	SD	t	Pvalue	
1.	Pemberdayaan					
		Kontrol				
		pre test	44.5	3.89	-12.7	0.001*
		post test	69.75	6.04		
		Intervensi				
		pre test	43.5	7.56	-32.77	0.001*
	post test	99.6	4.9			

2. Kualitas Hidup					
Kontrol					
pre test	68.0	6.94	-8.95	0.001*	
post test	85.8	4.3			
Intervensi					
pre test	70.16	8.39	-24.19	0.001*	
post test	106.41	5.28			
3. Pemberdayaan selisih					
Kontrol(post-pre)	25.1	6.83	-11.8	0.001*	
Intervensi(post-pre)	56.1	5.9			
4. Kualitas hidup selisih					
Kontrol(post-pre)	17.75	6.8	-7.448	0.001*	
Intervensi(post-pre)	36.25	5.9			

* Bermakna pada $\alpha = 0.05$

Berdasarkan tabel 5.6 terdapat perbedaan yang bermakna rata-rata pemberdayaan dan kualitas hidup responden antara sebelum dan sesudah pemberian edukasi terstruktur $p < 0,05$ ($p = 0,001$ pada $\alpha = 0,05$). Tabel tersebut juga menunjukkan perbedaan yang bermakna pemberdayaan dan kualitas hidup selisih antara kelompok kontrol dan intervensi $p < 0,05$ ($p = 0,001$ pada $\alpha = 0,05$).

1.2.3 Analisis perbedaan pemberdayaan dan kualitas hidup sesudah edukasi terstruktur antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Berikut ini akan disajikan perbedaan pemberdayaan dan kualitas hidup pasien sesudah edukasi pada kelompok kontrol dan intervensi.

Tabel 5.7 Perbedaan pemberdayaan dan kualitas hidup pada pengukuran sesudah edukasi terstruktur (12 kontrol dan 12 intervensi)

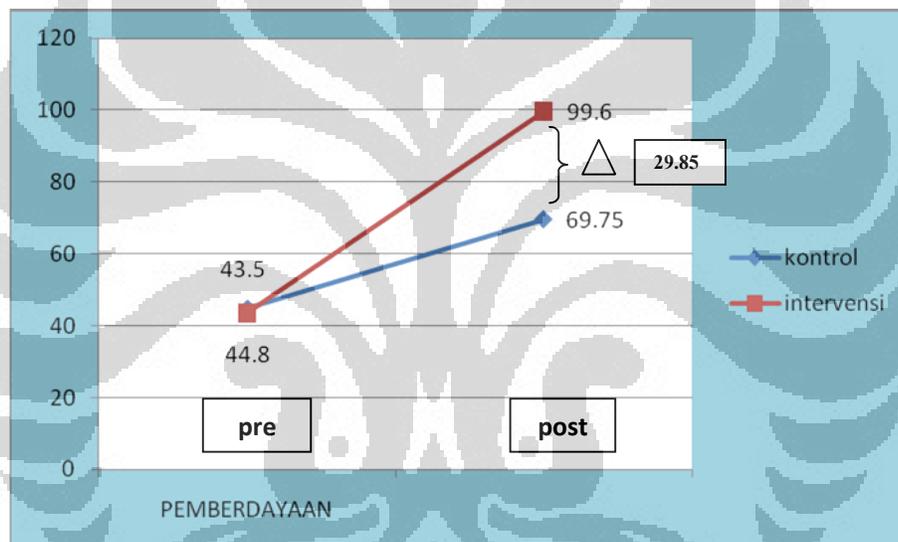
N0	Variabel/ Kelompok	Mean	SD	SE	t	P value
1.	Pemberdayaan kontrol	69.7	6.04	1.74	-13.3	0.001*
	Intervensi	99.6	4.9	5.12		
2.	Kualitas hidup kontrol	85.8	4.3	1.24	-10.4	0.001*
	Intervensi	106.4	5.2	1.52		

* Bermakna pada $\alpha = 0.05$

Berdasarkan tabel 5.7 rata-rata pemberdayaan dan kualitas hidup responden pada pengukuran sesudah pemberian edukasi terstruktur terdapat peningkatan yang bermakna $p < 0,05$ ($p = 0,001$ pada $\alpha = 0,05$).

Perbedaan peningkatan rata-rata pemberdayaan dan kualitas hidup sebelum dan sesudah edukasi serta selisih score sesudah edukasi pada kelompok kontrol dan intervensi dapat digambarkan dalam diagram sebagai berikut :

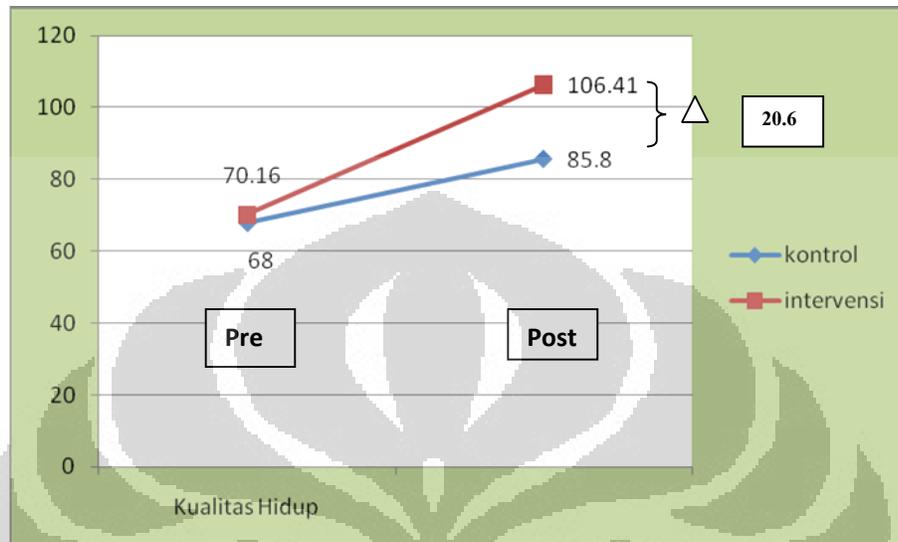
Diagram 5.1. Peningkatan rata-rata pemberdayaan sebelum dan sesudah edukasi pada kelompok kontrol dan intervensi



Berdasarkan diagram 5.1 rata-rata pemberdayaan kelompok kontrol sebelum edukasi adalah 44.8 dan sesudah edukasi 69.75, sedangkan rata-rata pemberdayaan pada kelompok intervensi sebelum edukasi adalah 43.5 dan sesudah edukasi adalah 99.6. Selisih rata-rata pemberdayaan (Δ) sesudah edukasi antara kelompok kontrol dan intervensi adalah 29.85.

Dari nilai delta (Δ) tersebut dapat dihitung prosentase efektifitas edukasi terhadap peningkatan pemberdayaan pasien adalah 42.7% yang diperoleh dari $(29.85 : 69.75) \times 100\%$. Dapat disimpulkan bahwa intervensi edukasi efektif 42.7% meningkatkan pemberdayaan pasien.

Diagram 5.2. Peningkatan rata-rata kualitas hidup sebelum dan sesudah edukasi pada kelompok kontrol dan intervensi



Berdasarkan diagram 5.2 rata-rata kualitas hidup kelompok kontrol sebelum edukasi adalah 68 dan sesudah edukasi 85.8, sedangkan rata-rata kualitas hidup pada kelompok intervensi sebelum edukasi adalah 70.16 dan sesudah edukasi adalah 106.41. Selisih rata-rata kualitas hidup (Δ) sesudah edukasi antara kelompok kontrol dan intervensi adalah 20.6

Dari nilai delta (Δ) tersebut dapat dihitung prosentase efektifitas edukasi terhadap peningkatan kualitas hidup pasien adalah 24% yang diperoleh dari $(20.6 : 85.8) \times 100\%$. Dapat disimpulkan bahwa intervensi edukasi efektif 24% meningkatkan kualitas hidup pasien.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab pembahasan ini menjabarkan tentang interpretasi hasil dan diskusi, keterbatasan penelitian, serta implikasi hasil penelitian untuk pelayanan keperawatan di rumah sakit dan penelitian selanjutnya.

6.1 Interpretasi dan diskusi hasil penelitian

6.1.1 Karakteristik responden

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, edukasi sebelumnya dan dukungan keluarga responden kelompok intervensi dan kontrol adalah homogen. Hal ini menunjukkan sebelum perlakuan kedua kelompok adalah dalam kondisi yang setara.

6.1.1.1. Karakteristik umur

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata responden berusia 59.33, dengan rentang usia termuda 32 tahun dan usia tertua 83 tahun. Pada usia tersebut masuk dalam katagori usia produktif, katagori usia produktif di Indonesia yaitu usia antara 15 – 60 tahun (Biro Statistik Indonesia, 2011). Rentang usia responden yang sangat jauh juga menunjukkan kalau penyakit jantung koroner makin banyak diderita oleh usia yang masih sangat muda. Perubahan gaya hidup, merokok, stress yang tinggi, pola makan tidak sehat turut memicu meningkatnya kasus jantung koroner. Jika dahulu penyakit jantung identik dengan penyakit degenerative yang diderita usia tua, saat ini sudah terjadi degradasi yang jelas berkaitan dengan usia penderitanya yang bergeser ke usia muda.

Penelitian yang dilakukan oleh Bosworth (2000) tentang dukungan social dan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit jantung koroner di Durham, USA, didapatkan usia rata-rata responden adalah 61.97 tahun, dengan standar deviasi 10.80, tidak jauh berbeda dengan rata-rata usia responden pada penelitian ini yaitu 59.33 dengan standar deviasi 2.67. Menurut Potter & Perry (2006) usia 40-65 tahun disebut juga tahap keberhasilan, yaitu waktu untuk pengaruh maksimal, membimbing diri sendiri dan

menilai diri sendiri, sehingga pasien seharusnya memiliki pemberdayaan dan kualitas hidup yang baik.

6.1.1.2. . Karakteristik jenis kelamin

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami penyakit jantung koroner adalah laki-laki (62.5%). Hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien dapat dijelaskan melalui beberapa jurnal. Penelitian Skodova, 2010, pada pasien penyakit jantung koroner menemukan bahwa sebagian besar pasien berjenis kelamin laki-laki (78.3%).

Berbagai faktor resiko banyak dimiliki laki-laki seperti merokok dan stress akibat kerja yang banyak terdapat pada laki-laki. Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa usia termuda responden penyakit jantung koroner adalah laki-laki sedangkan pada usia tua atau lansia, penderita penyakit jantung koroner didominasi oleh perempuan. Hal ini sesuai dengan pernyataan bahwa pada usia 40-49 tahun pria memiliki risiko dua kali lebih sering menderita penyakit ini dibanding wanita, tetapi pasca menopause, rasio menjadi *equivalent* antara pria dan wanita. (Elliot Doug, 2007).

6.1.1.3. . Karakteristik pendidikan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Skodova,(2010) terhadap pasien penyakit jantung koroner di Swiss, mendukung hasil penelitian peneliti yaitu bahwa 46 pasien dengan penyakit jantung koroner yang memiliki status sosial tinggi, 62% memiliki pendidikan yang tinggi.

Tingkat pendidikan merupakan indikator seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal dan umumnya berpengaruh terhadap kemampuan dalam mengolah informasi. Menurut Kelly, 2009, Pengetahuan seseorang berpengaruh terhadap meningkatnya resiko seseorang menderita penyakit jantung koroner. Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa tingkat edukasi yang rendah memiliki 3.09 kali lebih sering menderita myokard infark dibanding tingkat pendidikan. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian peneliti dimana sebagian besar responden yang menderita penyakit jantung koroner berpendidikan tinggi. Perbedaan ini dapat terjadi mengingat pasien yang berobat

ke rumah sakit Pondok Indah memiliki status sosial dan pekerjaan yang baik yang dibarengi dengan tingkat pendidikan yang baik pula. Hal ini juga menunjukkan bahwa pasien dengan pendidikan tinggi tidak selalu memiliki pengetahuan yang baik tentang penyakit, penyebab dan pencegahannya. Faktor lain dapat juga disebabkan ketidakpatuhan pasien terhadap pola hidup sehat didukung lingkungan perkotaan dengan berbagai ragam makanan dan tingkat stress yang tinggi mendorong meningkatkan resiko penyakit jantung koroner. Dari hasil penelitian ini juga menunjukkan perlunya edukasi terstruktur bagi pasien dengan penyakit jantung koroner meskipun mereka memiliki pendidikan formal yang tinggi.

6.1.1.4. Karakteristik status pernikahan

Pada penelitian ini didapatkan status pernikahan responden sebagian besar menikah yaitu 70.8%, sedangkan selebihnya tidak menikah, meliputi komponen janda, duda atau memang tidak menikah yaitu sebesar 29.2%. Hal ini mengingat pasien dengan penyakit jantung koroner adalah pasien dengan usia dewasa sampai lansia yang sudah selayaknya berada pada fase berumah tangga bahkan beberapa sudah masuk fase berpisah dari pasangan karena kematian.

6.1.1.5. Karakteristik pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan berdasarkan pekerjaan responden sebagian besar responden bekerja sebagai pengusaha (33.3%). Selebihnya bekerja sebagai karyawan swasta , pensiun, PNS, angkatan dan ibu rumah tangga. Ibu rumah tangga yang menderita penyakit jantung koroner, 80% telah masuk fase menopause, sehingga beresiko lebih sering untuk menderita penyakit tersebut.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Skodova, 2010, menemukan bahwa 25.4% pasien dengan penyakit jantung koroner didominasi oleh pasien dengan tingkat sosial yang tinggi, sedangkan 48.4% didominasi oleh mereka yang berpenghasilan menengah ke atas. Tingkat sosial ekonomi yang baik bahkan berlebih seringkali membuat orang dapat melakukan apa saja sesuai keinginan termasuk kebiasaan makan, merokok, dan gaya hidup tidak sehat lainnya.

6.1.1.6. Karakteristik edukasi sebelumnya

Hasil penelitian menunjukkan responden yang sudah pernah mendapat edukasi tentang jantung koroner, sebanyak 4 orang (33.3%) sudah pernah mendapat edukasi sedangkan lebih dari setengahnya 8 orang (66.7%) belum pernah mendapat edukasi tentang penyakit jantung koroner. Edukasi sudah diperoleh terutama dari dokter secara global dan tidak terstruktur pada saat mereka datang ke pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Yilmaz, 2005, mendapatkan bahwa 93.6% pasien yang akan pulang rawat tidak mendapat informasi selama dirawat di RS Ankara city. Hasil ini mengingatkan kita sebagai petugas kesehatan untuk lebih memperhatikan kebutuhan pasien terhadap edukasi selama di rawat. Pasien sebagai orang yang awam terhadap masalah kesehatan membutuhkan informasi dan edukasi yang tepat untuk dapat menjawab setiap masalah dan ketidaktahuan sehubungan dengan penyakitnya.

6.1.1.7. Karakteristik dukungan keluarga

Data hasil penelitian untuk dukungan keluarga rata-rata dukungan keluarga yang tertinggi adalah dukungan fasilitas (7.5) disusul dengan dukungan perhatian (7.3). Sementara dukungan terendah yang diberikan keluarga berupa dukungan tenaga (2.95) disusul dukungan waktu (3.0). Hal ini disebabkan karena tingkat kesibukan yang tinggi pada masyarakat dengan social ekonomi tinggi akan mengurangi dukungan keluarga berupa perhatian, waktu dan tenaga kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan dalam hal ini adalah penyakit jantung koroner.

Penelitian Wantiyah (2010) pada pasien jantung koroner bahwa seseorang yang mendapatkan dukungan dari keluarga yang baik akan memiliki *self-efficacy* yang lebih baik. Penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga penting bagi pasien penyakit jantung koroner. Responden dengan dukungan keluarga yang baik juga dapat membantu pasien melalui masa-masa yang sulit menghadapi masalah kesehatannya. Perawat dapat melibatkan keluarga dalam memberikan intervensi edukasi sehingga keluarga juga memahami masalah yang terjadi pada pasien dan dapat memberi dukungan dalam perawatan di rumah.

6.1.1.8. Karakteristik pemberdayaan

Berdasarkan hasil pemberdayaan post edukasi didapatkan rata-rata skor responden adalah 99.6, (skor maksimum 112) dari score awal 77.56. Terdapat rata-rata peningkatan score pemberdayaan sebesar 56.1 point setelah dilakukan edukasi pada kelompok intervensi. Dari hasil ini disimpulkan bahwa edukasi terstruktur berpengaruh secara bermakna dalam meningkatkan pemberdayaan diri pasien ($t=32.77$, $p < 0.001$). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Marchinko (2008), dengan mendapatkan peningkatan rata-rata pemberdayaan pasien dari 59.08, setelah diberikan edukasi menjadi 80.64 ($t= -8.05$; $P < 0.001$).

Dari karakteristik responden yang diperoleh dari penelitian ini dapat menggambarkan kondisi pasien ketika akan diberikan edukasi oleh perawat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan pasien. Sebagaimana diketahui edukasi merupakan salah satu peran keperawatan yang penting dan merupakan standar perawatan pasien penyakit jantung koroner. Manfaat edukasi adalah dapat menyiapkan kondisi fisik dan mental pasien dalam menghadapi kehidupan selanjutnya pasca serangan jantung. Melalui edukasi yang tepat pemberdayaan diri dan kualitas hidup pasien dapat ditingkatkan secara bermakna.

Demikian juga menurut Yilmaz, 2005, keyakinan dan kepercayaan diri pasien yang kuat dalam menjalani kehidupan selanjutnya setelah serangan jantung juga dapat ditingkatkan melalui edukasi yang tepat tentang bagaimana upaya-upaya mengatasi masalah yang timbul pasca serangan jantung sehingga pemberdayaan diri pasien meningkat.

6.1.1.9. Karakteristik kualitas hidup

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan kualitas hidup responden sebelum edukasi adalah 68.0 pada kelompok kontrol dan 70.16 pada kelompok intervensi. Kualitas hidup pasien menurun pada saat didiagnosa menderita penyakit jantung koroner. Pasien membutuhkan dukungan dan pengetahuan yang tepat untuk dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Apple, 1999, juga menyatakan pasien dengan penyakit jantung koroner dengan penyakit jantung koroner memiliki rata-rata kualitas hidup yang rendah pada saat dinyatakan menderita penyakit jantung koroner (score rata-rata 50). Perasaan sedih dan tidak berdaya seringkali dirasakan pasien setelah mengetahui menderita penyakit jantung koroner. Peran perawat sangat penting dalam membantu pasien menghadapi kesulitan tersebut.

6.1.2 Pengaruh edukasi terstruktur dengan teori perilaku terencana terhadap pemberdayaan

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata skor pemberdayaan post tes pada kelompok kontrol adalah 69.75 sedangkan pada kelompok intervensi 99.6 (dari total skore 112). Hasil tersebut jika diinterpretasikan menurut Arikunto (2010) bahwa acuan baik jika hasil lebih dari 76% dari skor total (150) maka didapatkan angka skor pemberdayaan pada 85.12. Sedangkan pada hasil penelitian ini didapatkan rata-rata skor pemberdayaan responden kontrol 69.75 maka dapat disimpulkan hasil post test pemberdayaan pada responden kontrol masih dalam katagori kurang baik, sementara responden intervensi didapatkan rata-rata skor 99.6 sehingga disimpulkan dalam katagori baik.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan pasien. Data menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna dari pengukuran pre test dan post test pemberdayaan baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi, tetapi dijumpai mean selisih peningkatan pemberdayaan kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol.

Selanjutnya data juga menyebutkan adanya perbedaan yang bermakna pada pengukuran kualitas hidup pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi tetapi dijumpai mean rata-rata post test pada kelompok intervensi lebih tinggi dari pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan bahwa kedua proses edukasi baik pada responden kontrol maupun intervensi menunjukkan kontribusi pada peningkatan pemberdayaan namun pada kelompok intervensi lebih efektif karena mendapatkan hasil skor pemberdayaan lebih tinggi.

Pelaksanaan edukasi pada responden kontrol adalah sesuai standar rumah sakit yang dilakukan oleh dokter dalam bentuk penjelasan penyakit, tanpa persiapan atau media

khusus, sehingga responden kontrol hanya mendapatkan informasi melalui penjelasan dokter secara singkat tersebut. Penambahan informasi seperti ini juga meningkatkan pemberdayaan pada kelompok kontrol, namun pada skor yang tidak tinggi jika dibandingkan dengan skor pada kelompok intervensi.

Peningkatan pemberdayaan merupakan ranah intervensi keperawatan, seperti yang dilakukan oleh Pellino, 1998, melakukan edukasi untuk meningkatkan pemberdayaan pasien post pembedahan orthopedic. Pada penelitian tersebut didapatkan hasil pasien pada kelompok perlakuan dapat menerima intervensi tersebut dan mengalami pemberdayaan yang lebih baik dibanding kelompok kontrol.

Perihal waktu yang digunakan dalam penelitian ini, peneliti menggunakan waktu 2 hari pada kelompok intervensi, pada hari pertama tiga sesi yaitu BB, NB, CBP, serta pada hari kedua peneliti menguatkan materi diskusi dan konseling untuk mempersiapkan pasien pulang ke rumah serta memperjelas komponen yang terdapat dalam booklet yang sudah diberikan kepada pasien

Dari pelaksanaan penelitian di lapangan, peneliti mengamati beberapa kelebihan metode yang diterapkan dari respon pasien ketika mendapatkan edukasi terstruktur dengan teknik pembelajaran perilaku terencana, karena pasien lebih memiliki keyakinan akan kemampuannya merubah pola pikir dan hidupnya selanjutnya paska serangan jantung. Pasien menyadari bahwa dirinya memiliki kemampuan yang cukup untuk mencapai kemandirian yang diharapkan. Disamping itu dengan edukasi melalui booklet memudahkan responden menggunakan setiap saat jika membutuhkan informasi atau materi terkait.

Keunggulan lain dari media booklet ini adalah dapat mengatasi keterbatasan klien dalam membuka informasi melalui media lain, mendekatkan media tersebut kepada pasien karena dapat diakses setiap saat bahkan dapat menjadi panduan bagi pasien kapanpun pasien membutuhkan. Metode lembar balik pada awal edukasi yang diberikan satu persatu kepada pasien juga membantu pasien lebih memahami tujuan edukasi tersebut.

Booklet dan lembar balik yang juga berisi gambar-gambar juga dibuat untuk lebih menarik perhatian pasien. Sesuai pendapat Notoatmodjo (2007) media edukasi kesehatan adalah alat- alat yang merupakan saluran untuk menyampaikan informasi kesehatan.

Sehingga indra yang sering terlibat adalah pendengaran, penglihatan dan perabaan, tetapi dari ketiganya indra penglihatan adalah yang paling dominan. Mata adalah indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak yaitu sekitar 75% sampai 87%, sedangkan melalui yang lainnya hanya sekitar 13% sampai 25% (Notoatmodjo, 2007).

6.1.3 Pengaruh edukasi erstruktur terhadap kualitas hidup

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan rata-rata kualitas hidup pada pengukuran sesudah pemberian edukasi terstruktur pada responden kontrol lebih rendah daripada rata-rata pengukuran pada responden intervensi, hasil analisis lebih lanjut menyimpulkan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup yang bermakna pada pengukuran post edukasi terstruktur pada kelompok intervensi dan kontrol. Hal ini membuktikan bahwa kualitas hidup dipengaruhi oleh edukasi terstruktur yang diberikan oleh peneliti.

Hasil penelitian juga menunjukkan rata-rata skor kualitas hidup pada kelompok kontrol adalah 85.80 sedangkan pada kelompok intervensi 106.41. Hasil tersebut jika diinterpretasikan menurut Arikunto (2010) bahwa acuan baik jika hasil lebih dari 76% dari skor total (130) maka didapatkan angka skor kualitas hidup pada 98.8. Sedangkan pada hasil penelitian ini didapatkan rata-rata skor perilaku latihan responden kontrol 85.80 maka dapat disimpulkan hasil post test perilaku latihan pada responden kontrol masih dalam katagori kurang baik, sementara responden intervensi didapatkan rata-rata skor 106.41 sehingga disimpulkan dalam katagori baik.

Kualitas hidup yang baik tersebut dapat terjadi karena suatu proses pembelajaran melalui edukasi terstruktur, terutama menggunakan booklet yang didesign khusus oleh peneliti sesuai kebutuhan pasien penyakit jantung koroner. Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan baru, sikap, dan keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu (Smeltzer & Bare, 2008; Potter & Perry, 2009).

Kualitas hidup juga dipengaruhi oleh peningkatan keyakinan diri pasien terhadap kemampuannya dalam menjalani kehidupan paska serangan jantung koroner. Melalui beberapa penelitian, edukasi dan kualitas hidup menjadi bagian yang tidak terpisahkan karena membentuk hubungan yang kuat dan dinamis. Penelitian Govil, (2007),

menyatakan bahwa pengetahuan yang baik tentang gaya hidup yang sehat dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner.

Melalui penelitian ini dapat menjadi dasar bahwa materi edukasi dan pasien harus disiapkan sebelum pelaksanaan edukasi. Umpan balik yang jujur tentang pendapat dan cara perbikir pasien tentang kualitas hidupnya serta memberi kesempatan pasien untuk mengutarakan kekawatiran atau kecemasannya menghadapi kehidupan paska serangan jantung dan paska rawat di rumah sakit merupakan hal yang sangat penting, karena hal ini juga memupuk keyakinan diri pasien akan kemampuannya.

6.2. Keterbatasan penelitian

6.2.1. Seleksi awal (*screening*)

Seleksi awal adalah tahap awal yang sebaiknya dilakukan sebelum penelitian edukasi dilakukan. Seleksi awal dilakukan dengan cara menilai pengetahuan dan pemahaman responden terhadap materi yang akan diberikan. Pada penelitian ini, proses pemilihan sampel sebagai responden penelitian tidak melalui seleksi awal atau *screening* sehingga peneliti tidak mendapatkan score secara jelas pengetahuan responden terhadap materi edukasi. Peneliti hanya membuat kategori sudah dan belum pernah mendapatkan edukasi sebelumnya yang tidak cukup kuat menggambarkan pemahaman responden terhadap materi edukasi. Hal ini dapat mempengaruhi hasil penelitian mengingat tingkat pengetahuan seseorang berpengaruh terhadap pencapaian hasil edukasi. Kelly, (2009), melalui penelitiannya menyatakan bahwa pengetahuan seseorang berpengaruh terhadap meningkatnya resiko seseorang menderita penyakit jantung koroner.

6.2.2. Generalisasi

Penelitian ini tidak dapat digeneralisasi untuk semua pasien penyakit jantung koroner di rumah sakit seluruh Indonesia. Hal ini disebabkan mayoritas responden memiliki pendidikan tinggi atau perguruan tinggi. Sementara data pendidikan di Indonesia saat ini mayoritas masih berpendidikan rendah. Hasil penelitian yang dilakukannya pada komunitas di Amerika Serikat menunjukkan bahwa tingkat edukasi yang rendah memiliki 3.09 kali lebih sering menderita myokard infark dibanding tingkat pendidikan tinggi. (Kelly, 2009). Tingginya pendidikan tidak selalu berbanding lurus dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki pasien. Masalah kesehatan dimana pasien terdiagnosa penyakit

jantung koroner adalah masalah yang berat bagi pasien sehingga meskipun pendidikan pasien tinggi, edukasi tetap diperlukan bagi pasien.

6.2.3. Pengukuran

Instrumen penelitian yang digunakan mengadopsi instrument berbahasa asing. Instrumen pemberdayaan berasal dari *the empowerment scale "making decisions"* yang dikembangkan oleh Sally Rogers dari *centre for rehabilitation, Boston university* (Marchinko, 2008). Penulis belum menemukan instrumen tersebut dalam bahasa Indonesia sehingga penulis menterjemahkan sendiri dengan kemampuasn penulis yang terbatas, maka penyusunan kalimat dapat saja mempengaruhi pemahaman responden. Instrumen kualitas hidup menggunakan instrument World Health Organization's Quality of life (WHOQOL-BREF) yang terdiri dari 26 pertanyaan dengan skala 1 sampai dengan 5. Penulis menggunakan instrumen yang sudah diterjemahkan oleh Mardiaty & Joewana tahun 2004 dengan uji reliabilitas $r = 0.91$.(Sofiani, 2008). Intrumen pemberdayaan dan kualitas hidup adalah instrumen yang berasal dari Negara asing yang belum tentu dapat menggambarkan kondisi psikologis masyarakat Indonesia sebenar-benarnya.

6.3 . Implikasi dalam pelayanan keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian mendapatkan bahwa 62.5% responden memiliki pendidikan tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa tidak selalu identik pendidikan tinggi dengan tingkat pengetahuan seseorang khususnya tentang penyakit, penyebab dan pencegahannya. Perawat sebagai petugas kesehatan yang banyak bersama pasien memberikan asuhan keperawatan, perlu memahami kebutuhan pasien terhadap edukasi. Untuk mengetahui kebutuhan pasien terhadap edukasi, maka perlu dilakukan pengkajian awal mengenai edukasi apa saja yang dibutuhkan pasien. Saat ini form pengkajian awal sedang dalam proses sosialisasi di rumah sakit Pondok Indah untuk dilaksanakan secara menyeluruh di semua unit keperawatan. Pemberian edukasi terstruktur dapat berkontribusi untuk mengatasi masalah keperawatan. Edukasi terstruktur dengan menggunakan teori pembelajaran perilaku terencana terbukti dapat meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner. Edukasi terstruktur menjadi standar perawatan pasien dengan penyakit jantung koroner dirumah sakit namun hal ini tidak terselenggara dirumah sakit karena kesibukan perawat dan alasan keterbatasan lainnya. Sedangkan dari pihak perawat mengungkapkan bahwa kesibukan ruangan dengan kegiatan pelayanan

asuhan keperawatan baik mandiri maupun kolaborasi serta dokumentasi dan administrasi pasien, dimana lebih kearah peran kolaborasi daripada peran mandiri perawat.

Hal-hal lainnya seperti banyaknya tenaga perawat yang masih junior sehingga belum memenuhi level kompetensi yang diharapkan yaitu 60% perawat ruangan dan 70% perawat unit intensif harus berada pada level kompeten. Hal ini menjadi salah satu penyebab belum semua perawat mampu memberikan edukasi yang sesuai pada pasien penyakit jantung koroner. Sehingga perlu juga diketahui pemberdayaan perawat dalam memberikan edukasi pada pasien jantung koroner dan selanjutnya dilakukan kegiatan training bagi perawat untuk dapat meningkatkan kemampuannya. Peningkatan kompetensi perawat melalui pelatihan sangat diperlukan sehingga perawat mampu memberikan edukasi sesuai kebutuhan pasien.

Dari hasil penelitian ini juga menunjukkan adanya kepuasan pasien dalam perawatan dimana saat peneliti mewawancarai pasien intervensi dan mereka mengatakan sangat senang dan puas terhadap edukasi yang peneliti berikan. Bahkan beberapa pasien mengatakan “ini yang saya butuhkan” setelah peneliti memberikan booklet yang telah peneliti siapkan. Melalui booklet tersebut, pasien menjadi tahu dan dapat menjadi panduan menjalani hidup sehat dan berkualitas paska serangan jantung.

Perlu dibuat program edukasi terstruktur dengan perencanaan dan koordinasi yang matang serta sistematis agar efektifitas edukasi perawat selanjutnya akan lebih efektif. Program ini sekaligus merupakan suatu *missing treatment* untuk meningkatkan kemampuan mandiri. Tentunya program ini harus didukung dengan kemampuan dan kemauan perawat dalam melakukan edukasi, untuk itu perlu dikembangkan program pelatihan/ penyegaran bagi perawat dalam mengembangkan edukasi terstruktur secara optimal khususnya bagi pasien dengan penyakit jantung koroner.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut

- 1) Karakteristik responden penyakit jantung koroner meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pernikahan, pekerjaan dan dukungan keluarga responden kelompok intervensi dan kontrol adalah homogen
- 2) Terdapat perbedaan yang bermakna pemberdayaan dan kualitas hidup pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan edukasi terstruktur pada pasien penyakit jantung koroner.
- 3) Terdapat perbedaan yang bermakna pemberdayaan dan kualitas hidup pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah perlakuan edukasi terstruktur pada pasien penyakit jantung koroner. Diketahui skor rata-rata kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol
- 4) Terdapat perbedaan yang bermakna pemberdayaan pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah perlakuan edukasi terstruktur pada pasien penyakit jantung koroner.
- 5) Diketahui Terdapat perbedaan yang bermakna pemberdayaan dan kualitas hidup pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sesudah perlakuan edukasi terstruktur pada pasien. Diketahui mean selisih kelompok intervensi lebih tinggi daripada kelompok kontrol
- 6) Edukasi terstruktur efektif meningkatkan pemberdayaan dan kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner.

5.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas saran peneliti sebagai berikut

- 1) Bagi pelayanan keperawatan
 - a. Perlu dilakukan pelatihan perawat tentang edukasi terstruktur kepada pasien serta pengetahuan tentang penyakit dan manajemen pasien dengan target output meningkatkan pemberdayaan, mengevaluasi kemampuan dan kemandirian pasien setelah pemberian edukasi.

- b. Perlu dibuat media edukasi untuk sepuluh besar kasus di setiap unit sehingga memudahkan perawat dalam melakukan kegiatan edukasi.
- c. Hasil penelitian ini dapat dilanjutkan sebagai intervensi edukasi pada pasien penyakit jantung koroner sehingga pelaksanaannya lebih optimal dan efektif.

2) Bagi Rumah Sakit

- a. Disediakan ruang khusus untuk melaksanakan kegiatan edukasi bagi pasien dan keluarga dengan fasilitas audio visual serta media edukasi secara lengkap.
- b. Pengkajian awal tentang kebutuhan pasien terhadap edukasi dapat segera diaplikasikan sehingga edukasi dapat lebih efektif dan sesuai sasaran.

3) Bagi penelitian selanjutnya

- a. Diperlukan penelitian tentang efektifitas edukasi terstruktur dengan melakukan *screening* awal terhadap pengetahuan responden sehingga hasil yang diperoleh dapat lebih akurat.
- b. Diperlukan penelitian tentang perbedaan hasil edukasi terstruktur menurut level kompetensi perawat sehingga dapat diketahui signifikansi level kompetensi perawat terhadap efektifitas edukasi terstruktur yang dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I & Driver, B.L. (1991). *Prediction of leisure participation from behavioral, normative and control beliefs: an application of theory of planned behavior. Leisure sciences, Vol. 13, 185 – 204*
- Ajzen, I & Fishbein, M. (2005). *Theory-based behavior change interventions: comments on hobbs and sutton. Journal of Health Psychology Vol. 10, No. 1, 27–31*
- Anggraeni(2008). *Pengaruh terapi music terhadap tingkat persepsi nyeri pada pasien infark myokard di RS dr. M Djamil Padang*, Depok: FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Apple, M. S. (1998). *Quality of life in persons undergoing percutaneous coronary revascularization*. The Catholic University of America). *ProQuest Dissertations and Theses*, 108 p. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/3044>
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek, edisi revisi v*, Jakarta : Rineka Cipta
- Biro Statistik Indonesia. (2011) *konsep dan definisi usia*. Up load 28 April 2012 http://www.datastatistik-indonesia.com/content/view/210/210/1/4/diakses_tanggal_28_April_2012
- Bandura, A. (2001). *Social cognitive theory An Agentive Perspective. Annual Review of Psychology* 52:1-26.
- Bastable, B.,S. (2006). *Essential of patient education*. Sudbury: MA.Jones & Bartlett publishers.
- Black, M.,J.,& Hawks, H.,J.(2009). *Medical surgical nursing : clinical management for positive outcomes*. 8th ed. Singapore: Elsevier
- Boueri, F. M. V., Bucher-Bartelson, B., Glenn, K. A., & Make, B. J. (2001). *Quality of life measured with a generic instrument (short form-36) improves following pulmonary rehabilitation in patients with COPD. Chest, 119(1), 77-84*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/200451935?accountid=17242>
- Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B.,& Mark, D. B. (2000). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research, 9(7)*, 829-39.
doi:10.1023/A:1008960308011

- Casper, E. S. (2007). The theory of planned behavior applied to continuing education for mental health professionals. *Psychiatric Services*, 58 (10), 1324-9. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/213079279?accountid=17242>
- Dahlan, M. S. (2008). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan : Deskriptif, bivariat dan multivariat, dilengkapi aplikasi dengan menggunakan SPSS*. Jakarta : Salemba Medika.
- Dotchtermann, J & Bulechek. (2008). *Clinical application of Nursing ; Adult, child, woman, Nursing Interventions . Classification Nursing Interventions . Classification* The international Journal of Nursing
- Corwin, J. E. (2009) *Buku saku patofisiologi*. Jakarta : EGC
- Delaune & Ladner (2006). *Fundamental of nursing standards & practice*, third edition, Thomsom Delmar Learning, Clifton Park, New York
- Doenges, Moorhouse & Murr (2006). *Nursing Care Plan Guidelines for Individualizing Client Care Across The Life Span*. Philadelphia : FA Davis co
- Eliot, Doug (2007). *ACCCN,s Critical Care Nursing, National Library of Australian*, Smidmore street, Marrickville, NSW
- Gast, J., & Leatham, M. (2005). Theory jeopardy: A fun interactive approach to teaching theory. *American Journal of Health Education*, 36(1), 54-57. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/212631215?accountid=17242>
- Gattuso, J. (2010). Patient empowerment by decision making literacy. *Pharmaceutical Executive*, 30(12), 90-91. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/853628607?accountid=17242>
- Govil, S. R., M.P.H., Weidner, G., Merritt-Worden, T., & Ornish, D. (2009). Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: The multisite cardiac lifestyle intervention program. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1263-70.
- Higgins, George E. & Marcum, C. D. (2005). Can the theory of planned behavior mediate the effects of low self-control on alcohol use? *college student. Journal*, Vol. 39, Issue: 1.
- Hiltunen, F.E., Winder, A.P., Rait A. M., Buselli, F. E., Carrol, L.D., & Rankin, H.S. (2005). Implementation of efficacy enhancement nursing intervention with cardiac elders. *Journal Rehabilitation nursing*, Vol. 30 no 6. Nov/ Dec. ANCC.COA
- Ignatavicius & Workman (2006). *Medical Surgical Nursing : Critical thinking for hycollaborative care*, fifth edition, St. Louis, Missouri 63146
- Iram, M., Rani, S. R. H., & Pais, N. (2010). Impact of patient counseling and education of diabetic patients in improving their quality of life. *Archives of Pharmacy Practice*, 1(2), 18-22.

- Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., Salanterä, S. (2005). Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review, *Journal of Advanced Nursing* 50(2). 212–223
- Kelly, Michael J, Sherry Weitzen.(2009). *The Association of lifetime education with the prevalence of myocardial infarction : an analysis of the 2006 behavioral risk factor surveillance system*, Springer Science + Business Media, LLC
- Koehn, K., Holay, S., & Schaefer, E. J. (2002). Cardiovascular risk reduction and dietary compliance with a home-delivered diet and lifestyle modification program. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 102(10), 1445-51. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/218401812?accountid=17242>
- Kouthouris, CH. & Spontis A. (2005). Outdoor Recreation Participation: An Application of the Theory of Planned Behavior. *The Sport Journal*, Vol. 8, Number 3, United States Sport Academy
- Krethong, P., Jirapaet, V., Jitpanya, C., & Sloan, R. (2008). A causal model of health-related quality of life in Thai patients with heart-failure. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 254-60. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/236354647?accountid=17242>
- Kurçer, M. A., & Özbay, A. (2011). Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitimi ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi/Effects of patient education and counseling about life style on quality of life in patients with coronary artery disease. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi : AKD*, 11(2), 107-113. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/857845264?accountid=17242>
- Kutzleb, J., & Reiner, D. (2006). The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(3), 116-23. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/212888007?accountid=17242>
- Lavie, C. J., & Milani, R. V. (1999). Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs on coronary patients with high levels of hostility. *Mayo Clinic Proceedings*, 74(10), 959-66. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/216875682?accountid=17242>
- LeMone, P. & Burke, K. (2008). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care*. (4th ed). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Lewin, David & Piper (2006), Patient empowerment within a coronary care unit: Insights for health professionals drawn from a patient satisfaction survey. Homerton School of Health Studies, Education Centre, Peterborough District Hospital, Cambridgeshire PE3 6DA, UK

- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R., O'Brien, P. G., & Bucher, L. (2007). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : Mosby Elsevier Inc.
- Morrison, V. V., & Hostetter, C. (2006). The impact of msw education on social worker empowerment and commitment to client empowerment through social justice advocacy. *Journal of Social Work Education*, 42(1), 105-121. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/209791430?accountid=17242>
- Moudgil, H., Marshall, T., & Honeybourne, D. (2000). Asthma education and quality of life in the community: A randomised controlled study to evaluate the impact on white european and indian subcontinent ethnic groups from... *Thorax*, 55(3), 177-83. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/195921843?accountid=17242>
- Marchinko, S. (2008). *The wellness planner: Testing an intervention designed to increase empowerment and improve quality of life in individuals with mental illness*. University of Manitoba (Canada)). *ProQuest Dissertations and Theses*, , n/a. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304402398?accountid=17242>
- Mann, K.S, RN,D.N.P., C.R.N.P. (2011). Education and health promotion for new patients with cancer: A quality improvement model. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 55-61.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan & ilmu perilaku*, Jakarta, Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta
- Pellino, T., Tluczek, A., Collins, M., & Trimborn, S. (1998). Increasing self-efficacy through empowerment: Preoperative education for orthopaedic patients. *Orthopaedic Nursing*, 17(4), 48-51, 54-9.
- Price A. S., & Wilson M.L., (2006). *Patofisiologi Konsep klinis Proses- proses Penyakit, edisi 6 vol 2*. Jakarta :EGC
- Potter, P., A., & Perry, A.G. (2009). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7 buku 1 & 2. Jakarta: Salemba Medika
- Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional, 2008 <http://pusatbahasa.diknas.go.id/kbbi/index.php>, diakses tanggal 20 Maret 2012).
- Rankin H. S., & Stallings D.,K.(2001). *Patient education: principles & practice*, edisi 4, Lippincott Williams & Wilkins, ISBN 0-7817-2022-2.
- Schadewaldt, V., & Schultz, T. (2010). *A systematic review on the effectiveness of nurse-led cardiac clinics for adult patients with coronary heart disease [2010]*. Adelaide, Australia, Adelaide: Joanna Briggs Institute. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/356841717?accountid=17242>

- Sastroasmoro S,dan Ismael S. (2010). *Dasar- dasar metodologi penelitian klinis*, edisi 3, sagung seto Jakarta
- Sharma, M., & Kanekar, A. (2007). Theory of reasoned action & theory of planned behavior in alcohol and drug education. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 51(1), 3-7. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/217439394?accountid=17242>
- Smeltzer,S.,C., & Bare, G (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelpia : Lippincott.
- Sofiani, Yani. (2008). Tesis analisis hubungan karakteristik dan budaya pasien diabetes mellitus yang mengalami amputasi kaki dengan kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus di DKI Jakarta, Depok: FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Spalding (2004). *Preoperative education ; empowering patients with confidence*. International Journal Rehabilitation. N(4); 147-153
- Texas Heart Institute, 2005, <http://www.Texheartsurgeon.com>.
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*.
- Wantiyah. (2010). Tesis factor- factor yang memepengaruhi efikasi diri pasien penyakit jantung koroner dalam konteks asuhan keperawatan di RSD dr. Soebandi Jember.Depok: FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Wiethoff, C. (2004). *Motivation to Learn and Diversity Training: Application of the Theory of Planned Behavior*. *Human Resource Development Quarterly*, Vol. 15 No. 3
- Weiss, M. A. (2006). *Empowerment: A patients perspective*. *Diabetes Spectrum*, 19(2), 116-118. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/228646844?accountid=17242>
- Widimsky, at all. (2012) *Acute myocardial infarction due to the left main coronary artery occlusion: Electrocardiographic patterns, angiographic findings, revascularization and in-hospital outcomes*, volume 54, halaman e3-e7
- Wolff, M., Spens, R., Young, S., & Lucey, P. (2003). *Patient empowerment strategies for a safety net*. *Nursing Economics*, 21(5), 219-25, 207. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/230745461?accountid=17242>
- Wolinsky, Fredic, et all.(1999). *The risk of rehospitalization for acute myocardial infarction among older*. The Journal of Gerontology M254-61
- Yilmaz, Melek & Emiroglu, Oya.(2005). *The need assessment of Myocard infark patients in discharge planning and home health care ; a sample from Turkey*. The internet Journal of advanced Nursing Practice.



PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner Di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

Peneliti : Ani Widiastuti

NPM : 1006800711

Peneliti adalah mahasiswa Program Pascasarjana Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pada Pasien penyakit jantung koroner. Bapak/Ibu/Saudara yang berpartisipasi dalam penelitian ini, akan dilakukan pemberian edukasi terstruktur tentang hidup sehat pasca diagnosa penyakit jantung koroner, perawatan di rumah, program pengobatan, aktifitas fungsional dan cara mengatasi masalah pasca perawatan.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pelayanan keperawatan khususnya pada pasien penyakit jantung koroner. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif, dan bila mengalami ketidaknyamanan, maka Bapak/Ibu/Saudara mempunyai hak untuk berhenti dan mendapatkan intervensi keperawatan. Kami akan menjunjung tinggi hak responden dengan menjaga kerahasiaan yang diperoleh selama proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data.

Dengan penjelasan ini, peneliti mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara. Atas kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, peneliti ucapkan terima kasih. Semoga bantuan Bapak/Ibu/Saudara mendapat imbalan dari Tuhan Yang Maha Kuasa serta dapat memberi manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Jakarta,2012

Peneliti

Ani Widiastuti



LEMBAR PERSETUJUAN

Judul Penelitian : Pengaruh edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner Di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta

Peneliti : Ani Widiastuti

NPM : 1006800711

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian yang akan dilaksanakan sesuai judul di atas, saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, terutama pasien penyakit jantung koroner. Saya memahami bahwa risiko yang dapat terjadi sangat kecil dan saya berhak untuk menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini tanpa mengurangi hak-hak saya dalam mendapatkan perawatan di rumah sakit.

Saya juga mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya, dan berkas yang mencantumkan identitas hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi akan dimusnahkan dan kerahasiaan data tersebut hanya diketahui peneliti.

Selanjutnya saya secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta,2012

Responden

Peneliti

(.....)

(Ani Widiastuti)

KUISIONER PENELITIAN

Pengaruh edukasi terstruktur terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner di rumah sakit Pondok Indah Jakarta.

Petunjuk:

Mohon kesediaan bapak/ ibu untuk mengisi jawaban sesuai dengan keadaan yang sebenarnya atau melingkari jawaban pilihan yang tersedia.

A. Karakteristik responden

1. Initial responden :
2. Umur :
3. Jenis kelamin : 1. Laki 2. Perempuan
4. Tingkat Pendidikan :
 1. SD
 2. SMP
 3. SMA
 4. PT
5. Pekerjaan :
6. Status pernikahan :
7. Edukasi sebelumnya : pernah/tidak (coret yang tidak perlu)

B. Dukungan keluarga (Sumber : House dalam Smet, 1998 ; Ambari, 2010)

Petunjuk : Lingkarilah nomer dari 0 sampai dengan 10 yang menunjukkan bagaimana kondisi dukungan keluarga anda

Pertanyaan:

Apakah keluarga anda memberi dukungan berupa perhatian saat Anda membutuhkan?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
tidak mendukung				cukup				sangat mendukung		
mendukung				mendukung						

Apakah keluarga anda memberi dukungan berupa penghargaan, pada saat Anda membutuhkan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
tidak mendukung cukup sangat mendukung
mendukung mendukung

Apakah keluarga anda memberi dukungan berupa informasi pada saat Anda membutuhkan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
tidak mendukung cukup sangat mendukung
mendukung mendukung

Apakah keluarga anda memberi dukungan berupa waktu saat Anda membutuhkan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
tidak mendukung cukup sangat mendukung
mendukung mendukung

Apakah keluarga anda memberi dukungan berupa tenaga saat Anda membutuhkan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
tidak mendukung cukup sangat mendukung
mendukung mendukung

Apakah keluarga anda memberi dukungan berupa fasilitas saat Anda membutuhkan?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
tidak mendukung cukup sangat mendukung
mendukung mendukung

C. SKALA PEMBERDAYAAN “ PENGAMBILAN KEPUTUSAN :

Dibawah ini terdapat beberapa pernyataan tentang persepsi Anda dalam hidup dan dalam mengambil keputusan. Berilah tanda check list (v) pada pilihan jawaban yang paling menggambarkan bagaimana perasaan Anda terhadap pernyataan tersebut saat ini. Sebaiknya anda tidak menghabiskan banyak waktu untuk satu pertanyaan, karena jawaban lebih baik menurut perasaan Anda yang pertama.

NO	PERNYATAAN	PILIHAN JAWABAN			
		SANGAT SETUJU	SETUJU	TIDAK SETUJU	SANGAT TIDAK SETUJU
1	Saya dengan mudah dapat menentukan apa yang akan terjadi dalam hidupku				
2	Orang membatasi dengan sesuatu yang mereka pikir mungkin				
3	Orang memiliki kekuatan lebih jika bekerjasama dalam kelompok				
4	Bersikap marah dalam menghadapi sesuatu tidak akan membantu apapun				
5	Saya memiliki sikap positif terhadap diri saya				
6	Saya selalu percaya diri terhadap keputusan yang saya ambil				
7	Orang tidak punya hak untuk marah jika tidak menyukai sesuatu				
8	Sebagian besar kemalangan yang terjadi disebabkan karena factor ketidakberuntungan				
9	Saya memandang diri saya sebagai orang yang memiliki kemampuan (capable).				
10	Membuat masalah tidak akan membuatmu menjadi lebih maju				
11	Dengan bekerjasama orang dapat mempengaruhi lingkungannya				
12	Saya merasa mampu untuk mengatasi masalah yang terjadi				
13	Saya selalu bersikap optimis dengan masa depan				
14	Ketika saya membuat rencana saya yakin dapat				

	mengerjakannya				
15	Menjadi marah karena sesuatu sering merupakan langkah awal menuju perubahan				
16	Saya sering merasa sendiri				
17	Saya dapat memutuskan apa yang saya harus lakukan atau pelajar!				
18	Saya mampu melakukan sesuatu sebaik yang orang lain lakukan.				
19	Saya secara umum meyakini dapat mengerjakan apa yang saya rencanakan				
20	Orang selalu berusaha untuk hidup sesuai yang mereka inginkan				
21	Saya tidak mampu melawan kekuatan yang sangat besar				
22	Saya seringkali merasa tidak berdaya				
23	Ketika saya tidak yakin terhadap sesuatu, saya selalu pergi menemui kelompok				
24	Saya berpikir saya orang yang kuat, setidaknya sama dengan yang lain				
25	Orang mempunyai hak untuk mengambil keputusan untuk dirinya, sekalipun bukan orang yang baik				
26	Saya merasa mempunyai kualitas yang baik				
27	Sangat sering masalah dapat diselesaikan dengan mengambil tindakan				
28	Bekerja dengan orang lain sangat membantu mengubah menjadi lebih baik				

D. Kualitas hidup (sumber WHOQOL)

Berilah tanda check list (√) pada jawaban yang menurut anda paling sesuai. Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikirkan pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik. Camkanlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda. Kami akan

bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda pada dua minggu terakhir

		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
1	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?					

		Sangat tidak puas	Tidak puas	Biasa-biasa saja	Puas	Sangat puas
2	Seberapa puas Anda terhadap kesehatan Anda?					

Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa sering anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam dua minggu terakhir

		Tdk pernah	jarang	sedang	Sering	Sangat sering
3	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?					
4	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dpt berfungsi dlm kehidupan sehari-hari?					
5	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?					
6	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?					
7	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?					
8	Secara umum, Seberapa aman anda rasakan dlm kehidupan anda sehari-hari?					
9	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)					

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir?

		Tdk sama sekali	sedikit	sedang	Sering kali	Sepenuhnya dialami
10	Apakah anda memiliki vitalitas yg cukup untuk beraktivitas sehari-hari?					
11	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda					
12	Apakah anda memiliki cukup uang utk memenuhi kebutuhan anda?					
13	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?					

14	Seberapa sering anda memiliki kesempatan utk bersenang-senang/rekreasi?					
----	---	--	--	--	--	--

		Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
15	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?					

		Sgt tdk memuaskan	Tdk memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16	Seberapa puaskah anda dgn tidur anda?					
17	Seberapa puaskah anda dgn kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?					
18	Seberapa puaskan anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?					
19	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?					
20	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal / sosial anda?					
21	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?					
22	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?					
23	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?					
24	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?					
25	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?					

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam dua minggu terakhir

		Tdk pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26	Seberapa sering anda memiliki perasaan negative seperti 'feeling blue' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?					

**PELAKSANAAN EDUKASI TERSTRUKTUR PADA PASIEN
PENYAKIT JANTUNG KORONER**

N O	FASE	HARI	TUJUAN UMUM	TUJUAN KHUSUS	IMPLEMENTASI	MATERI	MEDIA/ METODE	WAKTU
1	Fase Orientasi	1	Pasien memiliki pemahaman penyakit, memiliki kepercayaan diri, kemandirian serta keyakinan akan kemampuan mengambil kontrol atas hidupnya. (C1-C3), (A1-A3)	Pasien mempunyai kemampuan dan kesiapan untuk menerima edukasi dan konseling	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengkaji kemampuan dan kebutuhan belajar pasien 2) Mengkaji perasaan pasien atas penyakit jantung koroner yang dialaminya 3) Membantu dengan menetapkan tujuan spesifik jangka pendek dan jangka panjang. 3) Memberikan umpan balik untuk mencapai tujuan jangka pendek. 	<ol style="list-style-type: none"> 1). Pengetahuan tentang penyakit jantung koroner, program pengobatan, factor resiko, perawatan di rumah 2). Peningkatan pemberdayaan diri (self esteem, self efficacy, autonomy, optimism, 	Media : lembar balik	5 menit
2	BB	1		Pasien meyakini bahwa dapat menjalankan program pengobatan dengan baik, menjalani hidup sehat secara mandiri dan produktif	<ol style="list-style-type: none"> 1) Menginformasikan pasien pengalaman orang lain yang sukses menjalani kehidupannya paska serangan jantung. 2) Menyadarkan pasien 		Booklet dan lembar balik Metode: Diskusi dan	10 menit

			serta dapat mengatasi setiap permasalahan kesehatannya	<p>bahwa pasien masih memiliki potensi yang besar untuk hidup produktif seperti sebelumnya.</p> <p>3) Memotivasi pasien dengan meningkatkan pemberdayaan diri pasien</p> <p>4) Memberikan dukungan dengan menggali kemandirian dan kepercayaan diri pasien dalam mengatasi masalah kesehatannya</p>	<p>responsibility</p> <p>3).Peningkatan kualitas hidup (physic, psikologi, dukungan social, lingkungan)</p>	<p>konseling</p>	
3	NB	1	<p>1. Pasien meyakini dapat memenuhi harapannya untuk kembali hidup dan beraktifitas normal dan mandiri, bertanggung jawab dan berkualitas seperti sebelum dinyatakan sakit jantung koroner</p>	<p>1) Mengingatkan pasien akan dukungan yang dimilikinya baik secara fisik maupun mental dari keluarga dan orang-orang didekatnya.</p> <p>2) Menggunakan booklet sebagai panduan pasien di rumah setelah selesai masa perawatan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya.</p>		<p>Booklet</p> <p>Metode:</p> <p>Diskusi pribadi dan Konseling</p>	5 menit

4	CB	2		<p>1. Pasien menyadari kalau memiliki kekuatan dan dukungan yang besar mengatasi masalah kesehatan serta mengontrol hidupnya secara positif dan berkualitas.</p>	<p>1) Memberikan umpan balik positif pada pasien tentang bagaimana keyakinan, kepercayaan diri serta kemandirian pasien dalam bersikap dan berpikir.</p> <p>2) Memberikan dukungan dan dorongan atas kemampuan pasien mengambil control atas penyakit dan masalahnya</p> <p>3) Mereview kemajuan yang diharapkan meliputi pemahaman tentang penyakit, keyakinan, kepercayaan diri dan kemandirian pasien untuk siap menjalani hidup sehat dan berkualitas paska rawat penyakit jantung koroner</p>		<p>Metode:</p> <p>Diskusi pribadi dan konseling</p>	20 menit
5	Termi nasi		Pasien pulang rawat dengan keyakinan yang baik terhadap	<p>1. Pasien bersedia menjalankan hidup sehat dan berkualitas sesuai booklet serta</p>	<p>3. Menguatkan dan mendorong pasien mampu menjalani kehidupan paska serangan jantung.</p> <p>4. Meyakinkan pasien</p>		<p>Metode :</p> <p>Diskusi dan konseling</p> <p>Kontrak waktu</p>	20 menit

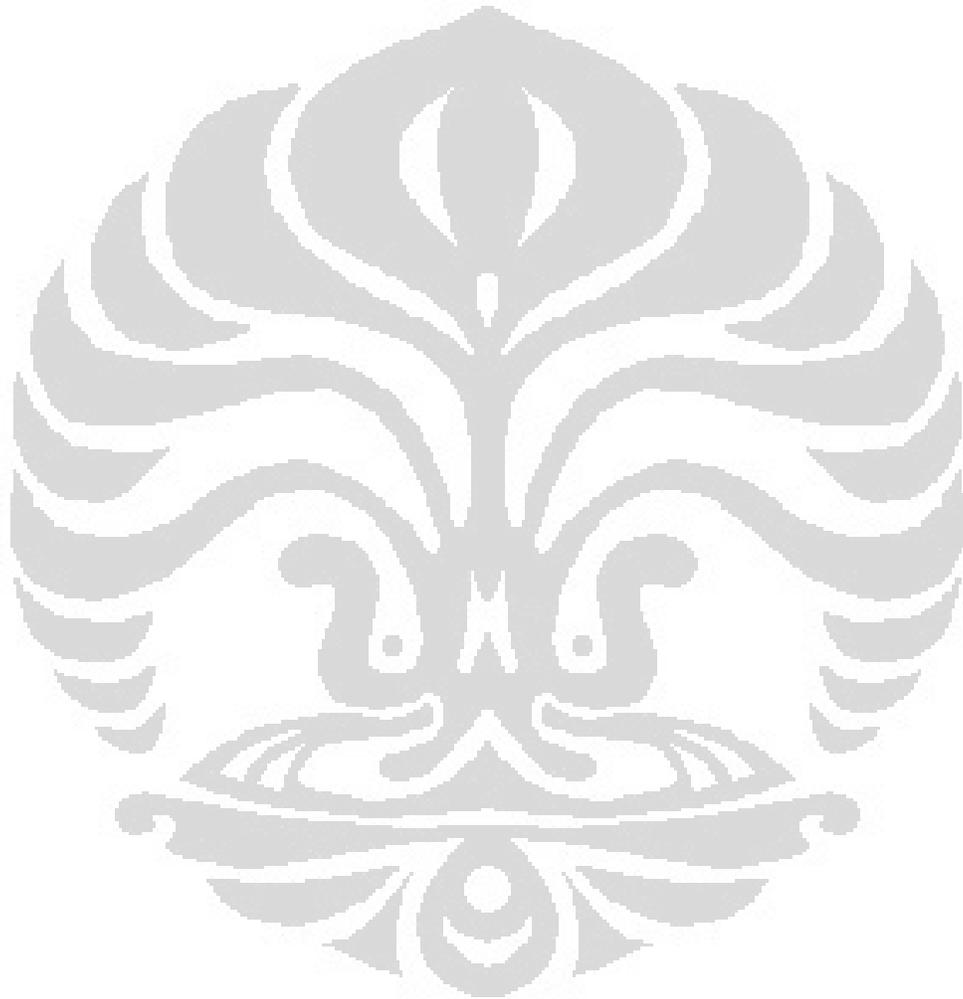
			pemberdayaan dan kualitas hidupnya paska serangan jantung koroner	diskusi dan konseling yang sudah dijalani 2. Pasien memiliki pemberdayaan dan kualitas hidup yang baik	memiliki empowerment dan kualitas hidup yang baik paska serangan jantung		untuk bertemu kembali	
--	--	--	---	---	--	--	-----------------------	--

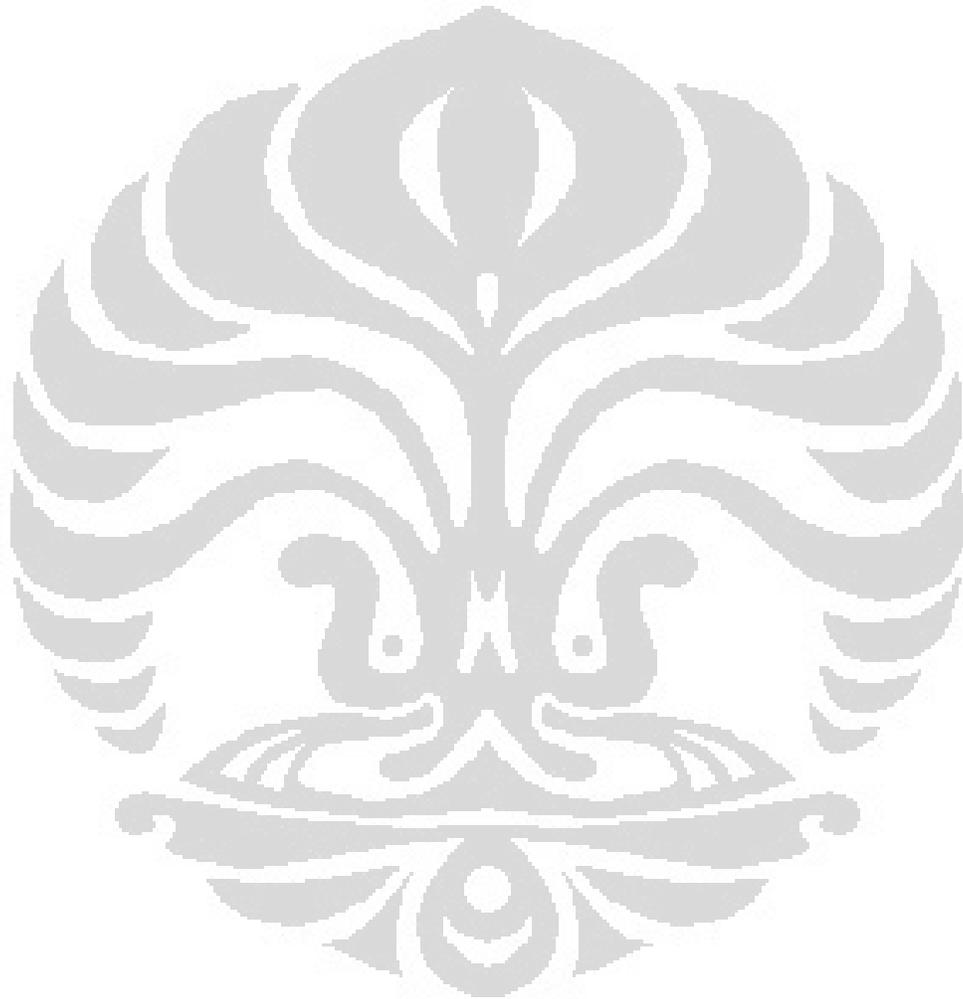
Ket :

BB : Behavioral belief

NB : Normative belief

CB : Control belief





HIDUP SEHAT & BERKUALITAS PADA PENYAKIT JANTUNG KORONER

A. YANG PERLU DIKETAHUI TENTANG PENYAKIT JANTUNG KORONER

Apakah penyakit jantung koroner itu?

Penyakit jantung koroner adalah penyakit yang disebabkan oleh sumbatan pada arteri koroner akibat plaque dan pembentukan thrombus sehingga jantung tidak mendapatkan suplay oksigen dan nutrisi yang cukup.

Penyakit jantung koroner bisa berupa : angina pectoris maupun infark mykard.

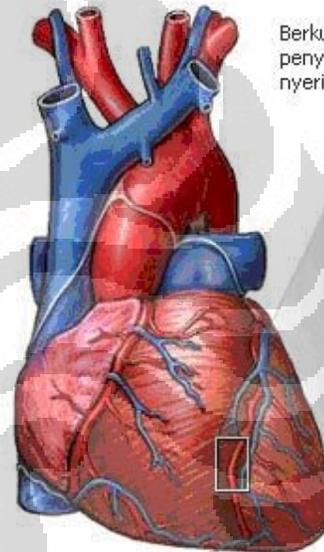
Faktor resiko apa saja yang memicu terjadinya penyakit jantung koroner?

Faktor resiko yang dapat dimodifikasi adalah

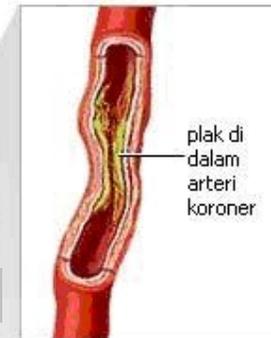
a. Hiperkolesterol

Kolesterol secara normal diproduksi oleh tubuh dalam jumlah yang tepat. Namun perubahan gaya hidup berupa aktivitas yang

kurang & perubahan pola makan beralih menjadi tinggi lemak, karbohidrat



Berkurangnya aliran darah ke otot jantung akibat penyempitan arteri koroner bisa menyebabkan nyeri dada



, protein, garam dan gula, maka kadar kolesterol dalam tubuh akan meningkat. Kolesterol berlebih ditimbun dalam dinding pembuluh darah dan bisa menyebabkan penyempitan atau pengerasan pembuluh darah (aterosklerosis) yang menimbulkan

penyakit jantung koroner. **Nilai normal kolesterol adalah < 200 mg/dl.**

b. Hipertensi

Tekanan darah yang terus menerus tinggi akan menyebabkan pembesaran ventrikel kiri dan meningkatkan kerja jantung sehingga menurunkan pompa jantung termasuk ke otot jantung sendiri. Selain itu hipertensi juga memudahkan terjadinya aterosklerosis yang akan menimbulkan sumbatan koroner jantung.

c. Merokok

Perokok memiliki resiko kematian 10x lebih besar pada pria dan $4\frac{1}{2}$ x lebih besar pada wanita dibanding bukan perokok. Efek rokok menyebabkan beban jantung bertambah, pembuluh darah menyempit dan menurunkan kadar kolesterol baik (HDL) sebaiknya meningkatkan kadar kolesterol jahat

(LDL). Berhenti merokok menurunkan risiko PJK 50% pada akhir tahun pertama setelah berhenti merokok dan kembali seperti yang tidak merokok setelah berhenti merokok 10 tahun.

d. Hiperlipidemia (trigliserida)

Trigliserida merupakan lemak di dalam tubuh yang terdiri dari 3 jenis lemak yaitu lemak jenuh, lemak tidak jenuh tunggal dan lemak tidak jenuh ganda. Kadar trigliserida yang tinggi akan memicu pembentukan aterosklerosis dan menimbulkan penyakit jantung koroner. **Nilai normal trigliserida adalah < 150 mg/dl.**

hypertensi, diabetes mellitus, overweight, merokok, kurang olahraga, kurang istirahat, hyperkolesterol, hiperlipidemia.

e. Penyakit kencing manis (diabetes mellitus)

Kadar gula dalam darah yang tidak terkontrol akan menyebabkan penurunan aliran darah sehingga mempermudah pembentukan aterosklerosis pada arteri koroner yang menyebabkan penyakit jantung koroner.

f. Overweight/obesitas

Overweight/Obesitas merupakan akumulasi lemak berlebih di dalam tubuh yang dapat mengganggu kesehatan. Terjadi karena ketidakseimbangan antara energi yang masuk dengan yang keluar. Metoda sederhana dalam menentukan tingkat Overweight dan Obesitas adalah Indeks Massa Tubuh (IMT)/Body Mass Index. IMT diperoleh dengan cara membagi berat badan (kg) dengan kuadrat dari tinggi badan (meter). Nilai IMT yang didapat tidak dipengaruhi oleh umur dan jenis kelamin. Klasifikasi IMT menurut World Health Organization (WHO) ; Overweight apabila $IMT > 25$ dan Obesitas apabila $IMT > 30$. Kondisi overweight dapat meningkatkan

tekanan darah, menurunkan aktifitas fisik dan memperberat kerja jantung.



Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi :

a. Usia

Usia diatas 40 tahun pada pria rentan terkena serangan penyakit jantung koroner. Sedangkan pada wanita usia lebih dari 55 tahun atau mengalami menopause lebih sering terkena penyakit jantung

koroner apalagi ketika usia wanita itu telah menginjak usia lanjut.

b. Jenis kelamin

Pria beresiko mengalami penyakit jantung koroner lebih dini di banding wanita. Pada usia 40-49 tahun pria memiliki risiko dua kali lebih sering menderita penyakit ini dibanding wanita, tetapi pasca menopause, rasio menjadi sama antara pria dan wanita.

c. Genetik

Faktor keturunan tidak dapat diabaikan pada penyakit jantung koroner, karena jika ada riwayat jantung koroner dini pada orang tua atau anggota keluarga yang lain, maka akan meningkatkan risiko terjadinya penyakit yang sama.

d. Ras.

Ras sering disebut sebagai salah satu factor resiko penyakit jantung koroner karena beberapa ras tertentu sering menderita penyakit ini tetapi hal tersebut belum jelas pembuktiannya.

Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin (pria : wanita 2 : 1, tetapi pada wanita menopause menjadi 1 : 1), genetic dan ras.

Apa saja tanda dan gejala penyakit jantung koroner?

Nyeri dada yang khas seperti tertindih beban berat, menjalar ke lengan kiri, bahu, atau epigastrium, disertai keringat dingin, berdebar-debar dan sesak nafas.

Pemeriksaan apa saja yang diperlukan untuk memastikan diagnose penyakit jantung koroner?

Pemeriksaan untuk memastikan diagnose adalah

- a. Elektrokardiogram (EKG)
- b. Cek darah (ensim jantung, troponin T atau I)
- c. Kateterisasi
- d. MSCT (Microslice computer tomography)
- e. Ekokardiografy (USG jantung).
- f. Treadmill (jika diagnose jantung koroner belum pasti)

Apakah Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada penyakit jantung koroner?

1. Tirah baring (istirahat di tempat tidur sampai hari ketiga perawatan)
2. Pemberian oksigen
3. Pemberian obat-obatan untuk mengurangi nyeri, mencegah pembekuan, mengurangi beban kerja jantung.

Apa saja tindakan untuk memperbaiki aliran darah ke jantung ?

a. Terapi trombolitik

Bertujuan untuk menghancurkan thrombus/bekuan pada arteri koroner. Dilakukan jika kurang dari 12 jam dari mulai serangan

b. PTCA (*percutaneous trans coronary angioplasty*)

Yaitu pemasangan stent atau balon yang bertujuan memperbaiki aliran darah ke jantung dengan melisiskan thrombus atau bekuan dengan memasukan slang kecil (wire) ke dalam pembuluh darah koroner yang tersumbat. Bisa dilakukan langsung pada saat serangan atau setelah beberapa hari.

c. CABG (*coronary artery by pass graft*) atau bedah pintas koroner

Operasi jantung CABG dilakukan jika sumbatan pada arteri koroner sudah tidak dapat diatasi dengan tindakan pemasangan stent atau balon. Tindakannya berupa pembedahan untuk memperbaiki aliran darah

ke otot jantung dengan melakukan bypass arteri koroner yang tersumbat.

B. BAGAIMANA DIET PADA PENYAKIT JANTUNG KORONER?

Penderita jantung koroner harus dapat mengatur asupan nutrisi dengan diet jantung sehat. Pengaturan konsumsi makanan, diperlukan untuk mengontrol kadar kolesterol dan lemak yang seimbang dengan menurunkan kadar lemak jenuh (kolesterol LDL) dan meningkatkan kadar lemak tak jenuh (HDL).

Diet jantung sehat tak hanya menjaga kesehatan jantung, namun juga dapat membantu menurunkan gula darah, tekanan darah dan berat badan tentunya.

Apakah jenis makanan yang boleh di konsumsi?



- a. **Serat larut** (dapat mengikat kolesterol jahat), banyak terdapat pada :
 - ✓ beras merah
 - ✓ roti gandum
 - ✓ buah-buahan seperti; pir, jambu biji dan apel
 - ✓ kacang-kacangan seperti kacang merah, kacang hijau, kacang kedelai
- b. **Folat** (dapat menyusutkan jenis asam amino yang berpotensi meningkatkan risiko penyakit jantung),

dapat diperoleh pada :

sayuran daun hijau seperti :

- ✓ daun singkong
- ✓ daun papaya
- ✓ kacang panjang
- ✓ daun melinjo
- ✓ kangkung
- ✓ saw
- ✓ polong-polongani.

c. **Omega-3** (menurunkan tekanan darah dan mengurangi penyumbatan pembuluh darah) banyak terdapat pada ikan terutama :

- ✓ ikan laut seperti salmon
- ✓ Ikan air tawar seperti ikan gabus, ikan lele dan ikan bandeng
- ✓ tumbuhan seperti kacang-kacangan; kacang tanah, walnut, mete dan kenari.

d. **Lemak Tidak Jenuh** (menurunkan kadar kolesterol darah)

Bisa didapatkan dalam :

- ✓ minyak zaitun
- ✓ biji-bijian (wijen putih dan hitam)
- ✓ minyak kacang

Hindari makanan kaya lemak jenuh

(meningkatkan penumpukan kolesterol) terdapat pada :

- ✓ daging
- ✓ ayam ras
- ✓ mentega
- ✓ keju berlemak. Lemak jenuh

e. **Sayur dan Buah Segar** (kandungan serat yang tinggi dapat menurunkan kadar kolesterol dan mengatur kadar gula darah)

Aktifitas fisik apa yang boleh dilakukan pada penyakit jantung koroner?

Latihan aktifitas fisik bertujuan untuk mempercepat proses pemulihan dan kemampuan untuk kembali pada aktifitas seperti sebelum serangan jantung koroner.

Latihan aktifitas yang disarankan adalah

Inpatient (latihan dapat dilakukan dalam 48 jam pertama)

- a. Hari 1 - 3 : pasien melakukan latihan menggerakkan kaki, lengan, untuk mempertahankan tonus otot, latihan dari berbaring, lalu duduk kemudian berdiri.
- b. Hari 3-5 : pasien latihan duduk lalu berdiri dan berjalan 3-4 x sehari dengan jarak mulai dari 15 meter sampai max 150 meter



Outpatient

- a. Sampai hari ke 4 atau 5

- Olah raga ringan dengan latihan siku : mengangkat, menurunkan , menekuk, meluruskan
- Latihan elevasi lengan :luruskan lengan ke atas dan kebawah

- Latihan ekstensi lengan : latihan dengan siku menekuk ke arah dada dan kesamping
- Latihan elevasi lengan II : berdiri dengan kaki membuka selebar bahu dan meluruskan siku

b. Mulai hari ke-5

- Latihan jalan di tempat
- Latihan menekuk pinggang
- Latihan memutar pinggang

c. Mulai hari ke-7

- *Latihan menyentuh lutut*
- *Latihan menekuk lutut, naik turun*

Latihan fisik selalu diikuti dengan periode istirahat dan tidak dipaksakan untuk selanjutnya pasien mulai dapat melakukan aktifitas harian secara bertahap.

Istirahat tidur harus cukup dan berkualitas sehingga memulihkan kondisi fisik untuk dapat melakukan aktifitas harian.

Bagaimana saya dapat meningkatkan pemberdayaan diri saya?

Meningkatkan pemberdayaan mengoptimalkan potensi individu untuk meraih tujuan /goal/keinginan yang telah ditetapkan, dalam hal ini adalah dapat pulih dari penyakit jantung koroner dan hidup sehat serta menjalankan aktifitas harian yang produktif seperti sebelum sakit.

Hal yang harus diingat adalah :

1. Anda masih memiliki potensi untuk hidup normal, sehat dan produktif seperti sebelum sakit.

2. Tumbuhkan kepercayaan diri dalam melakukan aktifitas secara mandiri paska serangan jantung
3. Kemandirian dapat dicapai dengan optimisme yang kuat, jadi belajarlah untuk lebih mandiri.
4. Yakinkan diri bahwa Anda masih punya kemampuan yang tinggi melakukan segala hal positif meskipun Anda telah dinyatakan sakit jantung koroner.
5. Yakinkan diri bahwa Anda mampu mengambil control atas hidup Anda, atas penyakit Anda
6. Percaya diri bahwa Anda mampu mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah terkait penyakit Anda.
7. Jangan pernah putus asa karena Anda masih memiliki banyak kekuatan dan dukungan dari orang-orang disekeliling Anda.

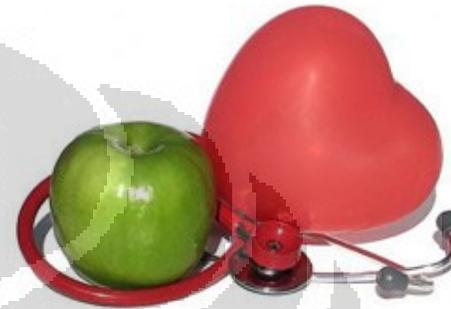


Bagaimana kualitas hidup saya setelah menderita penyakit jantung koroner?

Penyakit jantung koroner bukan akhir dari segalanya. Anda bisa tetap eksis dan hidup berkualitas meskipun dokter telah mendiagnosa Anda dengan penyakit jantung koroner. Hal yang perlu Anda ingat adalah :

1. Hidup Anda sangat berarti, jadi nikmati, syukuri dan berbagilah kebahagiaan dengan orang lain

2. Hidup sehat dan berkualitas dapat Anda raih jika Anda mau melakukannya.
3. Anda masih memiliki vitalitas fisik yang baik untuk melakukan aktifitas sehari-hari, jadi jangan takut.
4. Anda bahkan dapat bersenang-senang dan berekreasi bersama keluarga atau teman tanpa rasa khawatir
5. Anda juga dapat dengan mudah mengakses berbagai informasi yang Anda butuhkan, Anda dapat bertanya kepada dokter anda, petugas kesehatan bahkan informasi dengan mudah juga dapat Anda dapatkan secara *on line*.
6. Jadi jangan buang-buang waktu, mulailah hidup sehat, produktif dan berkualitas.



Selamat Mencoba, dan selamat menjadi pemenang atas hidup Anda, atas masalah Anda bahkan atas penyakit Anda,
Semoga Sukses !!

Semua bisa menjadi mudah bukan?

- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Apple, M. S. (1998). *Quality of life in persons undergoing percutaneous coronary revascularization*. The Catholic University of America). *ProQuest Dissertations and Theses*, 108 p.
- Black, M.,J.,& Hawks, H.,J.(2009). *Medical surgical nursing : clinical management for positive outcomes*. 8th ed. Singapore: Elsevier
- Bosworth, H. B., Siegler, I. C., Olsen, M. K., Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Williams, R. B., . . . Mark, D. B. (2000). Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. *Quality of Life Research*, 9(7), 829-39. doi:10.1023/A:1008960308011
- Doenges, Moorhouse & Murr (2006). *Nursing Care Plan Guidelines for Individualizing Client Care Across The Life Span*. Philadelphia : FA Davis co
- Govil, S. R., M.P.H., Weidner, G., Merritt-Worden, T., & Ornish, D. (2009). Socioeconomic status and improvements in lifestyle, coronary risk factors, and quality of life: The multisite cardiac lifestyle intervention program. *American Journal of Public Health*, 99(7), 1263-70.
- Kutzleb, J., & Reiner, D. (2006). The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(3), 116-23. Retrieved from
- David C. J., & Milani, R. V. (1999). Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs on coronary patients with high levels of hostility. *Mayo Clinic Proceedings*, 74(10), 959-66. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/216875682?accountid=17242>
- Lewin , David & Piper (2006), Patient empowerment within a coronary care unit: Insights for health professionals drawn from a patient satisfaction survey. Homerton School of Health Studies, Education Centre, Peterborough District Hospital, Cambridgeshire PE3 6DA, UK
- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R., O'Brien, P. G., Bucher, L. (2007). *Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : Mosby Elsevier Inc.
- Marchinko, S. (2008). *The wellness planner: Testing an intervention designed to increase empowerment and improve quality of life in individuals with mental illness*. University of Manitoba (Canada)). *ProQuest Dissertations and Theses*, , n/a. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304402398?accountid=17242>
- Mann, Karen S, RN,D.N.P., C.R.N.P. (2011). Education and health promotion for new patients with cancer: A quality improvement model. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 55-61. Retrieved from

- Pellino, T., Tluczek, A., Collins, M., & Trimborn, S. (1998). Increasing self-efficacy through empowerment: Preoperative education for orthopaedic patients. *Orthopaedic Nursing*, 17(4), 48-51, 54-9. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/195965396?accountid=17242>
- Price A. S., & Wilson M.L., (2006). *Patofisiologi Konsep klinis Proses-proses Penyakit, edisi 6 vol 2*. Jakarta :EGC
- Potter, P., A., & Perry, A.G. (2009). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7 buku 1 & 2. Jakarta: Salemba Medika
- Schadewaldt, V., & Schultz, T. (2010). *A systematic review on the effectiveness of nurse-led cardiac clinics for adult patients with coronary heart disease [2010]*. Adelaide, Australia, Adelaide: Joanna Briggs Institute. Retrieved from 2
- Sastroasmoro S,dan Ismael S. (2010). *Dasar- dasar metodologi penelitian klinis*, edisi 3, sagung seto Jakarta
- Skodova, Zusana, et all. (2010). Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patient – a study matched by socioeconomic position. *Swiss school of Public Healt*, 55 : 373 – 380.
- Smeltzer,S.,C., dan Bare, G (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Philadelpia : Lippincott.
- Sofiani, Yani. (2008). Tesis analisis hubungan karakteristik dan budaya pasien diabetes mellitus yang mengalami amputasi kaki dengan kualitas hidup dalam konteks asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus di DKI Jakarta, Depok: FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Wantiyah. (2010). Tesis factor- factor yang memepengaruhi efikasi diri pasien penyakit jantung koroner dalam konteks asuhan keperawatan di RSD dr. Soebandi Jember.Depok: FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Wiethoff, C. (2004). Motivation to Learn and Diversity Training: Application of the Theory of Planned Behavior. *Human Resource Development Quarterly*, Vol. 15 No. 3



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh Edukasi Terstruktur Berbasis Teori Perilaku Terrencana terhadap Pemberdayaan dan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta.

Nama peneliti utama : Ani Widiastuti

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

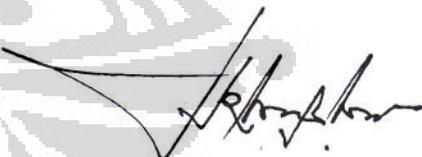
Jakarta, 29 Mei 2012

Dekan,

Ketua,


Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

Nomor : 718 / RSPI-SDM / 2012
Perihal : Surat Keterangan selesai melakukan Penelitian

Kepada
Yth.
Dekan Fakultas Keperawatan UI
Di
Depok

Dengan ini kami beritahukan bahwa mahasiswa Program Magister FIK UI
Peminatan Keperawatan Medikal Bedah atas nama:

Ani Widiastuti

NIM : 1006800711

Telah melakukan Penelitian di Rumah Sakit Pondok Indah Unit Keperawatan
dengan judul “ Efektifitas edukasi terstruktur berbasis teori perilaku terencana
terhadap pemberdayaan dan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung
koroner” periode Mei – Juni 2012.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan semestinya, atas
perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Jakarta, 17 Juli 2012



Tony Bambang, S.H., MM
Manager HR & Legal



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120 , 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.ac.id

Nomor : 699 /H2.F12.D/PDP.04.02/2012
Lampiran : - -
Perihal : Permohonan pengambilan data

20 Februari 2012

Yth. Direktur
RS. Pondok Indah Jakarta
Jl . Metro Duta Kav. UE
Jakarta Selatan

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) dengan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah atas nama:

Sdr. Ani Widiastuti
NPM 1006800711

Bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa mengambil data pendahuluan di RS. Pondok Indah Jakarta sebagai proses pelaksanaan kegiatan tesis dengan Judul Efektifitas Edukasi dalam Program Discharge Planning terhadap Peningkatan Pengetahuan Pasien Acut Coronary Syndrome.

Sebagai informasi kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
3. Kepala Bagian Diklat RS Pondok Indah Jakarta
4. Kepala Bagian Keperawatan RS Pondok Indah Jakarta
5. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
6. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
7. Pertinggal

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : Ani Widiastuti
Tempat tgl lahir : Cilacap, 31 Agustus 1971
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Perawat di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
Dosen Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan UPN "Veteran"
Jakarta
Alamat Instansi : Jalan Metro Duta KAV UE pondok Indah Jakarta Selatan
Jalan RS. Fatmawati Pondok Labu Jakarta Selatan 12450
Alamat Rumah : Komplek Parung permata Indah Blok D5 no. 20 Kalisuren ,
Tajur Halang-bogor

Riwayat Pendidikan

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia : Lulus tahun 2006
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia : Lulus tahun 1997
AKPER PERTAMINA : Lulus tahun 1993
SMAN 1 Cilacap : Lulus tahun 1990
SMPN I Adipala, Cilacap : Lulus tahun 1987
SDN II Karanganyar : Lulus tahun 1984

Riwayat Pekerjaan

Perawat pelaksana di unit ICU Rumah sakit Pondok Indah Jakarta tahun 1993-1997
Perawat penanggung jawab shift di unit ICCU Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta tahun 1998-2004
Perawat Duty Officer di Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta tahun 2004-2006
Clinical Instructor di unit Critical Rumah sakit Pondok Indah Jakarta tahun 2007-sekarang
Dosen Keperawatan Medikal Bedah dan Gawat Darurat di Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan UPN "Veteran" Jakarta tahun 1998-sekarang