



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH INTERVENSI EDUKASI KESEHATAN  
TENTANG MANAJEMEN DIRI LATIHAN FISIK  
TERHADAP *SELF EFFICACY* PASIEN  
*CORONARY ARTERY DISEASE*  
DI RS MANADO  
SULAWESI UTARA**

**TESIS**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan

**ROLLY HARVIE STEVAN RONDONUWU  
1006748835**

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

## **SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan Plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

**Depok, 10 Juli 2012**



**Rolly Harvie Stevan Rondonuwu**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Rolly Harvie Stevan Rondonuwu

NPM : 1006748835

Tanda tangan : 

Tanggal : 5 Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Rolly Harvie Stevan Rondonuwu  
NPM : 1006748835  
Program Studi : Pasca Sarjana Keperawatan  
Judul Tesis : Pengaruh Intervensi Edukasi Kesehatan Manajemen Diri  
Latihan Fisik Terhadap *Self Efficacy* Pasien *Coronary Artery Disease* di RS Manado Sulawesi Utara

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

### DEWAN PENGUJI

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

Pembimbing : Lestari Sukmarini, S.Kp.M.NS (

Penguji : Tuti Herawati, S.Kp.MN (

Penguji : Linda Amiyanti, S.Kp.M.Kes (

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 10 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur di panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas kasih dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Tesis ini dibuat dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa penulisan tesis ini terjadi karena bimbingan dari dosen pembimbing, sehingga saya dapat menyusun tesis ini. Saya juga mengucapkan terima kasih kepada:

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 Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Dra. Elly Nurachman, DNSC selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, rela meluangkan waktu, tenaga dan pikiran dalam mengarahkan penyelesaian tesis ini.
4. Lestari Sukmarini, S.Kp, MNS., selaku dosen pembimbing II dan juga sebagai pembimbing akademik, yang telah banyak memberi arahan, terima kasih atas kesediaan waktu, tenaga dan pikirannya dalam membimbing saya dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Direktur Rumah Sakit Umum R.D Kandou Manado, yang telah memberikan ijin bagi peneliti untuk melakukan penelitian.
6. Direktur Rumah Sakit Bethesda Tomohon, yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
7. Keluargaku yang selalu memberikan dukungan dan doa selama peneliti melakukan penyusunan tesis.
8. Teman-teman KMB angkatan 2010 yang selalu membantu dan memberi support kepada peneliti.

Akhirnya saya mohon kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2012

Penulis

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

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

Nama : Rolly Harvie Stevan Rondonuwu  
NPM : 1006748835  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Peminatan : 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 saya yang berjudul :

“PENGARUH INTERVENSI EDUKASI KESEHATAN TENTANG  
MANAJEMEN DIRI LATIHAN FISIK TERHADAP *SELF EFFICACY* PASIEN  
*CORONARY ARTERY DISEASE* DI RS MANADO SULAWESI UTARA”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan memublikasikan 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 : 10 Juli 2012

Yang menyatakan



Rolly Harvie Stevan Rondonuwu

## ABSTRAK

Nama : Rolly Harvie Stevan Rondonuwu  
Program Studi : Pasca Sarjana Keperawatan Universitas Indonesia  
Judul : Pengaruh Intervensi Edukasi Kesehatan Tentang Manajemen Diri Latihan Fisik Terhadap *Self Efficacy* Pasien *Coronary Artery Disease* di RS Manado Sulawesi Utara.

Manajemen diri pasien *coronary artery disease* (CAD) adalah suatu cara pengelolaan diri seseorang untuk meningkatkan status kesehatan. Pemberian edukasi berbasis pembentukan *self efficacy* (SE) dapat meningkatkan keyakinan responden untuk melakukan manajemen diri yang baik. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh edukasi kesehatan terhadap *self efficacy* pasien CAD. Desain penelitian adalah quasi eksperimen, dengan teknik pengambilan sampel *consecutive* sampling. Besar sampel 50 responden (25 responden kelompok kontrol dan 25 kelompok intervensi). Hasil analisis statistik didapatkan bahwa terdapat perbedaan SE pada kelompok kontrol dan intervensi sebelum dan sesudah edukasi dengan  $p= 0.000$ . Kesimpulan : skor rata-rata SE kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kontrol setelah pemberian edukasi.

Kata kunci : edukasi keehatan, *self efficacy*, pasien CAD

## ABSTRACT

Name : Rollv Harvie Stevan Rondonuwu  
Program Stud : Post Graduate Nursing Program Faculty of Nursing University  
of Indonesia  
Title : The influence of Health Education Intervention on Self-  
Management in Physical Exercise on Self Efficacy of Coronary  
Artery Disease Patient's in Provincial Hospital Manado, North  
Sulawesi

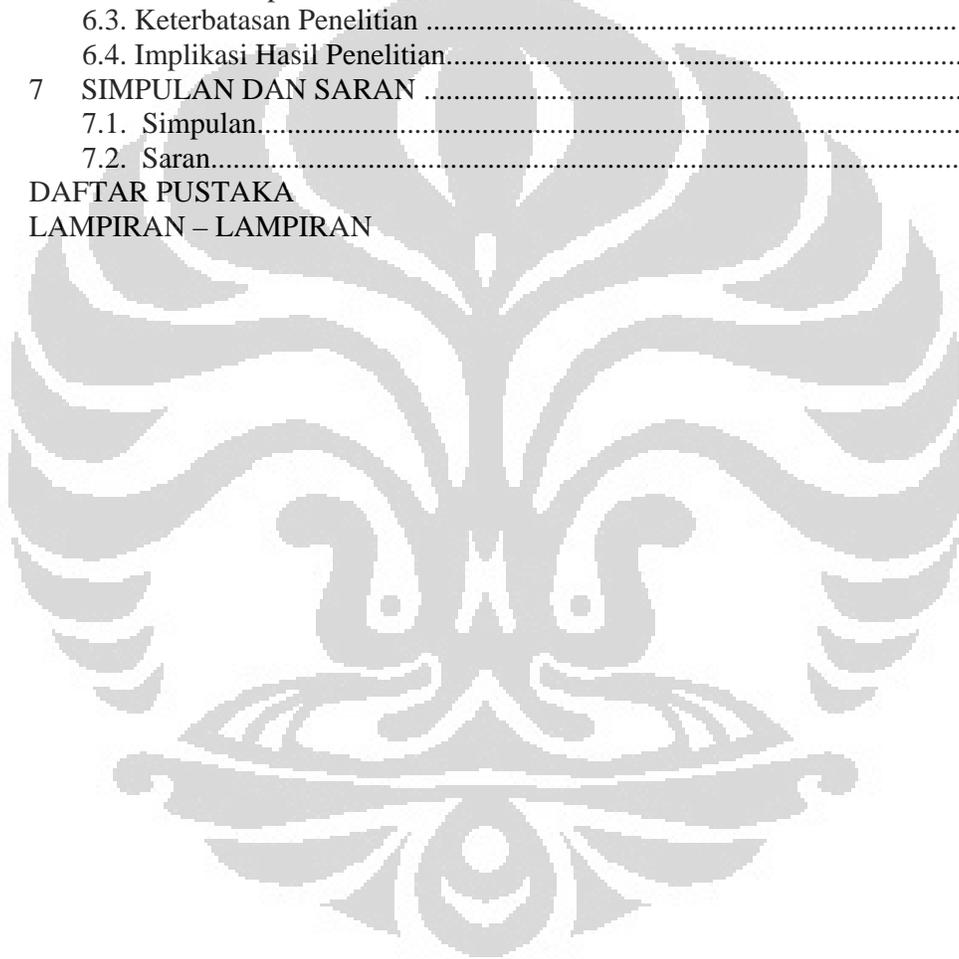
Introducing self management on *coronary artery disease* (CAD) patient is one way to empower patient in order to improve their health status level. Educating patient using self efficacy approach can improve patient's confidence to perform good self management. The purpose of this study is to examine the influence of health education on Self Efficacy of Coronary Artery Disease Patient's. This study used quasi experiment design with consecutive sampling as their sampling method. Total sample was 50 respondents (25 respondents in control and another 25 respondents in intervention groups). The result showed that there was significant different in self efficacy on control and intervention groups, before and after health education intervention  $p = 0.000$ . The conclusion of this study shows that mean score of self efficacy on intervention group is higher than control group after health education.

Keywords : health education, self efficacy, CAD patient

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vi
ABSTRAK .....	vii
ABSTRACT .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR SKEMA .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiii
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian .....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.4.1 Bagi Pelayanan .....	8
1.4.2 Bagi Institusi pendidikan .....	8
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep <i>coronary artery disease</i> .....	9
2.2 Konsep manajemen diri.....	13
2.3 Faktor yang mempengaruhi perawatan berulang.....	14
2.4 Edukasi kesehatan.....	15
2.5 Edukasi kesehatan manajemen diri tentang aktivitas pada <i>coronary artery disease</i> .....	18
2.6 Manajemen latihan fisik .....	19
2.7 Manfaat latihan/aktivitas fisik.....	21
2.8 Masalah Kesehatan yang Perlu diketahui setelah aktifitas.....	22
2.9 <i>Self efficacy</i> .....	22
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS dan DEFINISI OPERASIONAL.....	30
3.1 Kerangka Konsep.....	30
3.2 Hipotesis.....	32
3.3 Definisi Operasional.....	33
4. METODE PENELITIAN.....	35
4.1 Desain Penelitian.....	35
4.2 Populasi dan Sampel.....	36
4.3 Tempat Penelitian.....	38
4.4 Waktu Penelitian.....	38
4.5 Etika Penelitian .....	38
4.6 Alat pengumpulan Data.....	41

4.7	Prosedur Pengumpulan Data.....	42
4.8	Prosedur Teknis .....	42
4.9	Pengolahan dan analisa data .....	48
5.	HASIL PENELITIAN .....	51
5.1.	Analisis Univariat.....	51
5.2.	Analisi Bivariat.....	53
6	PEMBAHASAN .....	57
6.1	Karakteristik Responden.....	57
6.2	Perbedaan self efficacy pada pengukuran pretest dan posttest Pada kelompok kontrol dan intervensi.....	58
6.3.	Keterbatasan Penelitian .....	64
6.4.	Implikasi Hasil Penelitian.....	64
7	SIMPULAN DAN SARAN .....	67
7.1.	Simpulan.....	67
7.2.	Saran.....	67
	DAFTAR PUSTAKA	
	LAMPIRAN – LAMPIRAN	



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1.	Kerangka Teori .....	29
Skema 3.1.	Kerangka konsep penelitian .....	31
Skema 4.1.	Edukasi pada kelompok kontrol... ..	44
Skema 4.2	Edukasi pada kelompok intervensi .....	47

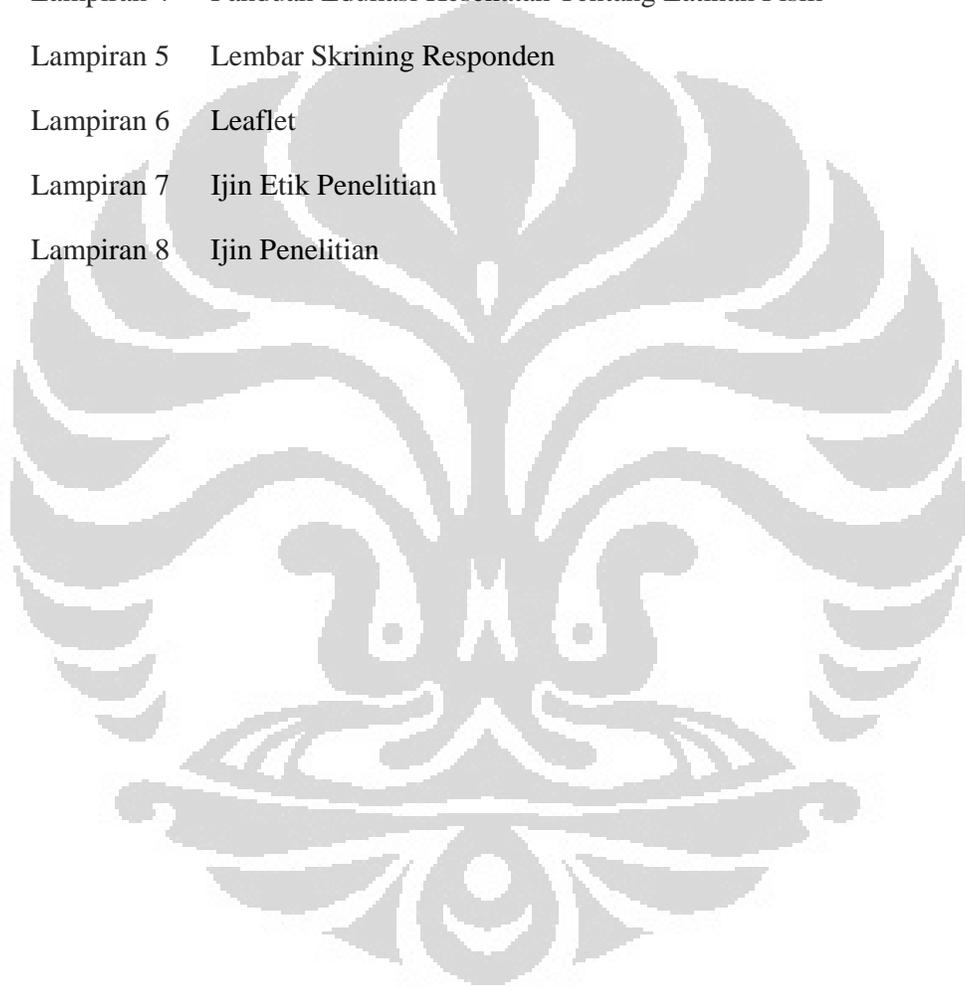


## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Daftar Latihan Aktivitas Fisik Menurut Karakteristik pasien .....	19
Tabel 2.2	Tahapan Latihan Pada Pasien CAD dengan Rehabilitasi .....	20
Tabel 2.3	Tahapan Latihan Pada Pasien CAD yang dirawat Inap .....	20
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian .....	33
Tabel 4.1	Analisis Bivariat self efficacy pada kelompok Kontrol dan Intervensi .....	49
Tabel 5.1	Proporsi Responden Berdasarkan Umur pada Kelompok Kontrol dan Intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon .....	52
Tabel 5.2	Proporsi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin pada Kelompok Kontrol dan Intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon .....	52
Tabel 5.3	Perbedaan Self Efficacy Sebelum dan Sesudah Perlakuan Antara kelompok Kontrol dan Intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon .....	53
Tabel 5.4	Kesetaraan Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Kelompok Kontrol dan Intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon .....	54
Tabel 5.5	Kesetaraan Berdasarkan Umur dan Self Efficacy Pada Kelompok Kontrol dan Intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon .....	54
Tabel 5.6	Perbedaan Self Efficacy pada Pengukuran Pretest dan Posttest antara Kelompok Kontrol dan Intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon .....	55
Tabel 5.7	Analisis perbandingan skor Self Efficacy Pada Kelompok Kontrol dan Intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon .....	56

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 Panduan Edukasi Kesehatan Tentang Latihan Fisik
- Lampiran 5 Lembar Skrining Responden
- Lampiran 6 Leaflet
- Lampiran 7 Ijin Etik Penelitian
- Lampiran 8 Ijin Penelitian



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Coronary Artery Disease* (CAD) merupakan penyebab utama kematian di Amerika. Menurut laporan dari *American Heart Association* Llyod dan Jones (2009 dalam Kang, Yang, & Kim, 2010) mengatakan bahwa 24.6 % penyebab kematian di tahun 2005 adalah CAD. Hal ini disebabkan oleh pertumbuhan ekonomi dan industri yang pesat. Pada tahun 2007 penyebab kematian akibat CAD mengalami peningkatan menjadi 54.9 % dibandingkan pada tahun 1998. Di Korea CAD menempati peringkat ketiga penyebab kematian pada tahun 2007 (Llyod & Jones., 2007 dalam Kang et al., 2010).

Prevalensi penyebab kematian di Indonesia menurut data Riskesdas 2007 penyakit jantung koroner berada pada urutan ke tiga setelah stroke, tuberculosis paru. Penyebab kematian akibat penyakit jantung koroner umur 45-54 tahun pada laki-laki 8.7% dan perempuan 9.1 %. Umur 55-64 pada laki-laki 7.6% dan perempuan 2.8%. Sedangkan umur > 65 tahun dengan jenis kelamin laki-laki 6.9 % dan perempuan 6.0 %.

Usia 45-54 tahun merupakan kelompok usia produktif, namun pada kelompok ini kejadian akibat CAD lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok umur yang lain, sehingga perlu meningkatkan dan mempertahankan kesehatan, dengan menghindari faktor resiko seperti peningkatan *low density lipid* (LDL), merokok, diabetes melitus (DM), obesitas, alkohol, stres dan kurang melakukan aktivitas fisik (Ignatavicius & Workman , 2010).

Data Riskesdas 2007, di Sulawesi Utara angka kejadian penyakit jantung koroner yaitu 8.2 %, dan hal ini didukung oleh data penyebab penyakit jantung seperti peningkatan LDL yaitu mengkonsumsi lemak 7.2 %, merokok 24.6 %, faktor resiko lain seperti obesitas (laki-laki 13,9 %, perempuan 23.8 %), diabetes 17.3 %, konsumsi alkohol 17.4 % dan sisanya adalah kurang melakukan aktivitas.

Penyakit Jantung yang paling sering dialami adalah aterosklerosis koroner. Kondisi patologis arteri koroner ini ditandai dengan penimbunan abnormal lipid atau bahan lemak dan jaringan fibrosa pada dinding pembuluh darah yang mengakibatkan perubahan struktur dan fungsi arteri dan penurunan aliran darah ke jantung. Kajian epidemiologis menunjukkan bahwa ada berbagai kondisi yang mendahului atau menyertai awitan terjadinya *coronary artery disease*. Kondisi tersebut dinamakan faktor resiko karena satu atau beberapa diantaranya meningkatkan resiko seseorang untuk mengalami *coronary artery disease*. Faktor resiko ada yang dapat dimodifikasi (*modifiable*) dan ada yang tidak dapat dimodifikasi (*nonmodifiable*). Faktor resiko *modifiable* dapat dikontrol dengan mengubah gaya hidup atau kebiasaan pribadi (Smeltzer dan Bare, 2002).

Tujuan utama dalam mengidentifikasi dan mengurangi faktor resiko adalah dengan melakukan pencegahan primer dan sekunder. Pencegahan sekunder meliputi segala usaha yang dilakukan untuk mengurangi perkembangan atau mencegah kekambuhan proses penyakit. Aktivitas dan latihan diketahui meningkatkan *high density lipid* (HDL) yang pada gilirannya membantu proses metabolisme sehingga dapat menurunkan kadar LDL (Brunner & Suddarth 2002).

Aktivitas sangat penting untuk mencegah penyakit jantung sekunder. Tujuan dari latihan dan aktivitas fisik adalah untuk memperbaiki gaya hidup pasien jantung, termasuk peningkatan kapasitas aerobik, peningkatan kualitas hidup, ambang angina dan kemampuan untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri (Leon, Franklin, & Costa, 2005). Aktivitas fisik dapat memperbaiki kontraksi otot miokard, stabilitas elektrik jantung, meningkatkan diameter dan memperbesar kapasitas arteri koroner, disamping itu juga dapat menurunkan rata-rata progresi aterosklerosis dari arteri koroner (Lee & Paffenbarger, 2001).

Thompson (2001), mengatakan bahwa aktivitas fisik dapat meningkatkan kapasitas kerja dari pasien dengan CAD. Selain itu juga dapat meningkatkan densitas kapiler, meningkatkan kekuatan otot dan ukuran mitokondrial serta membantu jantung berfungsi dengan baik. Untuk itu diperlukan kepatuhan pasien dalam melaksanakan berbagai kegiatan sebagai upaya menghindarkan diri dari gejala berulang.

Menurut Nakahara, Yoshiuchi, Kumano, Hara, Suematsu dan Kuboki (2006), pasien CAD dengan *self efficacy* yang tinggi memiliki tingkat kepatuhan terhadap perilaku kesehatan seperti taat pada diet, melakukan aktivitas teratur, dimana hal ini memiliki pengaruh yang signifikan terhadap gejala CAD, kejadian CAD berulang, serta memperbaiki kualitas hidup. Beberapa pasien dengan *coronary heart disease* (CHD) tidak patuh berpartisipasi secara reguler di rehabilitasi atau program latihan, diduga karena mereka memiliki *self efficacy* yang rendah untuk berpartisipasi dalam program latihan secara reguler. Dengan permasalahan ini dimana resiko terhadap berulangnya CAD seperti kurangnya latihan aktivitas fisik akan berpeluang untuk terjadinya CAD kembali. Pasien yang kurang memperhatikan faktor resiko terhadap berulangnya CAD seperti kurangnya latihan aktivitas fisik akan berpeluang untuk terjadinya CAD kembali (Sherwood & Jeffery, 2000).

*Self efficacy* adalah mekanisme positif yang memediasi perubahan perilaku, usaha dan ketekunan dalam mengikuti kegiatan (Sherwood & Jeffery, 2000). *Self Efficacy* (Bandura 1997) adalah keyakinan sejauhmana individu memperkirakan kemampuan dirinya dalam melaksanakan tugas atau melakukan suatu tugas yang diperlukan untuk mencapai suatu hasil tertentu. Keyakinan akan seluruh kemampuan ini meliputi kepercayaan diri, kemampuan menyesuaikan diri, kapasitas kognitif, kecerdasan dan kapasitas bertindak pada situasi yang penuh tekanan. Pada intinya *self efficacy* adalah keyakinan seseorang bahwa ia mampu melaksanakan tugas tertentu dengan baik. *Self efficacy* memiliki keefektifan, yaitu individu mampu menilai dirinya memiliki kekuatan untuk menghasilkan pengaruh yang diinginkan. Tingginya *self efficacy* akan memotivasi individu secara kognitif untuk bertindak lebih cepat dan terarah, terutama apabila tujuan yang hendak dicapai merupakan tujuan yang jelas. *Self efficacy* adalah mekanisme kognitif yang menengahi perubahan perilaku, dan mempengaruhi individu untuk berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas dan merupakan stimulus pada suatu kegiatan (Daly, Sindone, & Thompson, 2002). Menurut Oka, Gortner, Stots, dan Haskel (1996) mengatakan bahwa *self efficacy* adalah mediasi terkuat yang mempengaruhi tingkat aktivitas fisik, atau dapat dikatakan pula sebagai tenaga selama beraktivitas. Sedangkan menurut Bandura (1997) mengatakan bahwa jika

orang tidak memiliki *self efficacy* untuk berperilaku, maka akan berperilaku tanpa tujuan dan tidak tahu apa yang akan dilakukan pada kegiatan aktivitas dan latihan fisik. Hal ini didukung oleh penelitian Stretton, Latham, Carter, Lee dan Anderson (2006 dalam LaPier, Cleary & Kidd, 2009) yang menyimpulkan bahwa *self efficacy* adalah penentu satu-satunya dalam melaksanakan aktivitas.

Perawat perlu mempertimbangkan banyak faktor pada pasien dalam melaksanakan dan memelihara program latihan seperti tingkat pengetahuan, sikap dan *self efficacy* (Kingbury & Taking, 1998), karena dengan beraktivitas dapat mengurangi dampak lebih lanjut dari penyakit seperti gagal jantung yang dapat meningkatkan angka mortalitas dan morbiditas (Ferrier, Blanchard, Vallis & Giacomantonio, 2011). Oleh karena itu perawat bertanggung jawab untuk meningkatkan *self efficacy* melalui dukungan psikis dan pendidikan kesehatan tentang *self management*, dalam meningkatkan *self efficacy* pasien dengan CAD.

*Self management* adalah suatu cara pengelolaan diri yang digunakan seseorang untuk meningkatkan kesehatan. *Self management* meliputi gaya hidup, nutrisi, obat-obatan, aktivitas. Aktivitas adalah suatu proses gerakan yang berasal dari otot tubuh, terjadi karena adanya energi yang dikeluarkan yang dilaksanakan untuk tujuan tertentu (Wise, 2010). Aktivitas bertujuan menjaga *performance* dan mencegah terjadinya serangan berulang (Yadaf, 2005). Dalam melakukan aktivitas dan bertujuan mengajarkan individu agar mampu mengelola penyakitnya dari hari ke hari. *Self management* tidak akan terjadi tanpa adanya komunikasi yang baik kepada individu. Apabila ini terjadi mustahil individu tersebut dapat mengelola perilaku kesehatannya dengan baik. Bateson (1980 dalam Lorig & Holman, 2003), Intervensi *self management* yang diberikan berupa pendidikan kesehatan (*health education*) yang menekankan pada usaha mengubah perilaku kesehatan, memotivasi individu agar mereka mempunyai kepekaan terhadap masalah kesehatan tertentu (Sol, Graaf, Brouwer, Hickox & Visseren, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Magrifet (2004) tentang efek dari edukasi terhadap *self efficacy* pasien dengan *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD), menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *health education* yang diberikan dengan *self efficacy* pasien dalam mengatasi keluhan seperti sesak nafas, frekuensi merokok. Penelitian ini menyimpulkan bahwa *health education* yang diberikan dengan baik pada pasien mampu meningkatkan keyakinan pasien untuk mengelola penyakitnya sendiri.

Kummel, M., Vahlberg, T., Ojanlatva, A., Karki, R., Mattila., & Kivela, S.L (2008) melakukan penelitian tentang efek intervensi terhadap perilaku kesehatan pasien dengan *coronary artery bypass* (CAB), intervensi yang diberikan yaitu : konseling kesehatan, bimbingan, dan edukasi tentang penyesuaian diri terhadap penyakit. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa perilaku kesehatan membaik yaitu dengan adanya peningkatan frekuensi latihan fisik pada pasien, disertai dengan kemampuan fungsi yang meningkat.

Penelitian lain oleh Maeda (2010) yang melakukan penelitian tentang dukungan sosial dan *self efficacy* pada kepatuhan pengobatan pasien dengan gagal jantung. Hasilnya adalah dukungan sosial mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepatuhan berobat dengan nilai  $p < 0.01$  dan *self efficacy* secara signifikan mempunyai efek terhadap dukungan sosial dengan  $p < 0.02$ . Disamping itu *self efficacy* mempunyai pengaruh positif pada kepatuhan pasien, dimana kepatuhan pasien terjadi karena *self efficacy* pasien meningkat.

Penelitian yang dilakukan oleh Joanne, Ditewig, Blok, Havers dan Veenendaal (2010) mengatakan bahwa, *self management* yang baik dari pasien tentang penyakitnya, dapat menurunkan angka kematian, rata-rata perawatan di rumah sakit, dan kualitas hidup pasien dengan *congestive heart failure*. Oleh karena itu penting bagi pasien untuk memahami *self management* tentang *congestive heart failure*.

Rumah Sakit Umum Prof.Dr.R.D Kandou Manado adalah rumah sakit pendidikan tipe A dan rumah sakit rujukan Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Maluku dan Gorontalo, dimana terdapat ruang *Intensive Care Unit* (ICU), ruang perawatan

jantung, dan poliklinik jantung. Prevalensi *Coronary Arteri Disease* di Rumah Sakit Umum Prof.Dr.R.D Kandou Manado selama 6 bulan terakhir yaitu Juli-Desember 2011 tercatat sebanyak 200 pasien.

Hasil pengkajian psikologis pada pasien-pasien dengan *coronary artery disease* yang dirawat di Rumah Sakit Umum Prof.Dr.R.D Kandou Manado rata-rata mengatakan kurang memiliki keinginan melakukan latihan/aktivitas. Beberapa pasien mengatakan kurangnya kepercayaan diri menghadapi gangguan fisik, serta kurangnya dukungan melakukan latihan aktivitas fisik. Program edukasi belum dilaksanakan dengan baik pada pasien-pasien yang dirawat. Untuk itu peneliti ingin mengetahui “ Pengaruh Intervensi edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik terhadap *self efficacy* pada pasien *coronary artery disease* “ di Rumah Sakit Umum Prof.Dr.R.D Kandou Manado.

## 1.2 Rumusan Masalah

*Coronary artery disease* merupakan penyakit yang sering berulang dan memerlukan perawatan berulang. Ada beberapa upaya untuk menghindari perawatan berulang antara lain aktifitas fisik yang teratur dan terkendali. Meskipun latihan aktivitas fisik banyak memiliki manfaat bagi pasien CAD seperti peningkatan kualitas hidup, kemampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri, namun banyak pasien yang tidak melakukannya atau kurang terlibat dalam latihan aktivitas fisik. Kurangnya pengetahuan dan dukungan dalam upaya untuk melakukan latihan aktivitas fisik mempengaruhi *self efficacy* pasien dalam beraktivitas.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui “Pengaruh edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik terhadap *self efficacy* pada pasien *coronary artery disease* “ di Rumah Sakit Umum Prof.Dr.R.D Kandou Manado dan Rumah Sakit Bethesda Tomohon“

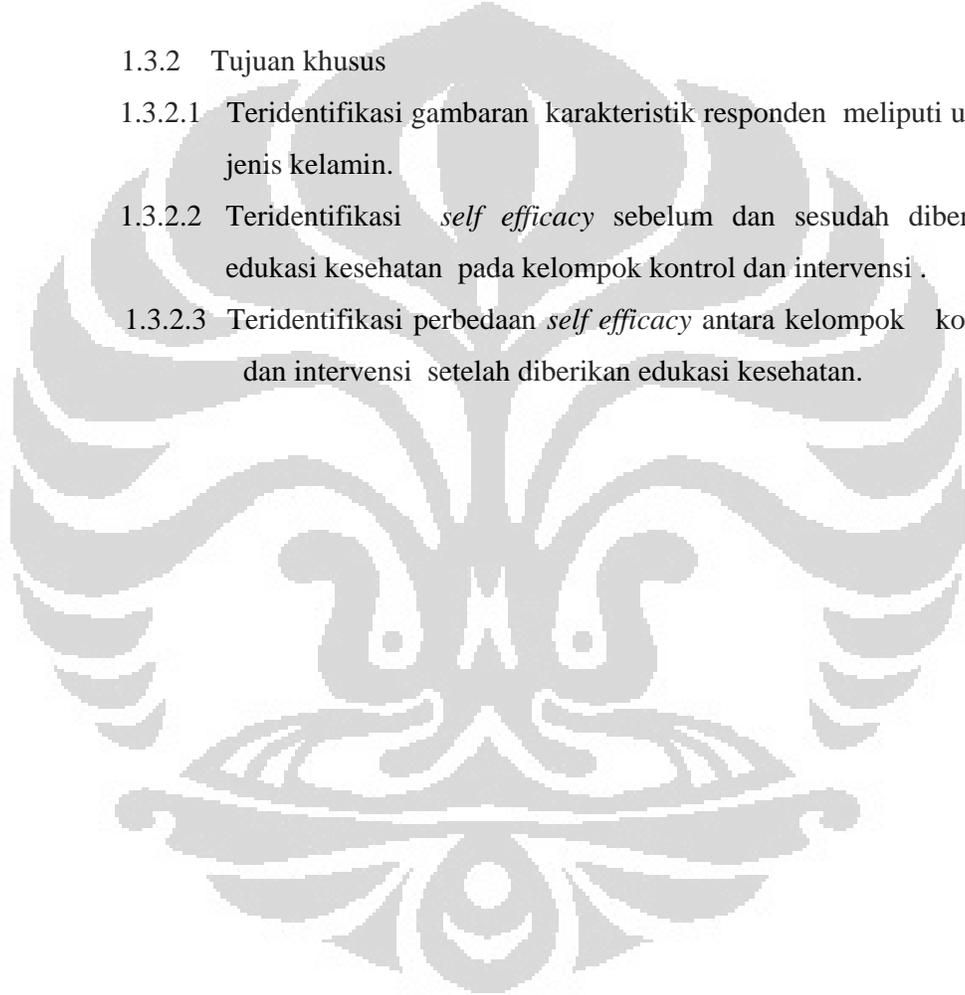
### 1.3 Tujuan Penelitian

#### 1.3.1 Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik terhadap *self efficacy* pasien *coronary artery disease* “ di Rumah Sakit Umum Prof.Dr.R.D Kandou Manado dan Rumah Sakit Bethesda Tomohon.

#### 1.3.2 Tujuan khusus

- 1.3.2.1 Teridentifikasi gambaran karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin.
- 1.3.2.2 Teridentifikasi *self efficacy* sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan pada kelompok kontrol dan intervensi .
- 1.3.2.3 Teridentifikasi perbedaan *self efficacy* antara kelompok kontrol dan intervensi setelah diberikan edukasi kesehatan.



## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Bagi Pelayanan

1.4.1.1 Menambah pemahaman bagi perawat akan pentingnya edukasi kesehatan tentang *self management* CAD bagi pasien untuk meningkatkan *self efficacy* dalam melakukan latihan fisik.

1.4.1.2 Memberikan pelayanan asuhan keperawatan bagi pasien CAD, dengan memberikan intervensi edukasi kesehatan tentang latihan fisik, sehingga *self efficacy* pasien meningkat dan resiko perawatan berulang menurun.

### 1.4.2 Bagi Institusi pendidikan

1.4.2.1 Memberikan pengetahuan bagi Ilmu Keperawatan yang berbasis penelitian terhadap *self efficacy* pada pasien CAD.

1.4.2.2 Memberikan masukan bagi institusi pendidikan khususnya mahasiswa menyangkut *self efficacy* pasien CAD dalam melakukan latihan fisik.

1.4.2.3 Meningkatkan peran Perawat Spesialis Keperawatan Medikal Bedah dalam memberikan asuhan keperawatan terkait dengan pasien CAD.

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep *Coronary Artery Disease*

##### 2.1.1 Pengertian

*Coronary artery disease* biasanya terjadi karena adanya oklusi aterosklerotik pada arteri koroner yang menyebabkan terjadinya peningkatan vesel dalam pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan yang mengganggu aliran darah. Hal ini membuat otot jantung kekurangan darah dan oksigen (Munther & Homoud, 2008).

Kang, Yang dan Kim (2010) menjelaskan bahwa *coronary artery disease* disebabkan oleh adanya gangguan suplay darah ke arteri koroner sehingga otot jantung kekurangan nutrisi dan oksigen. Hal ini juga didukung oleh Ignatavicius dan Workman (2010) yang mengatakan bahwa *coronary artery disease* terjadi ketika suplay darah dari arteri koronaria ke miokard (otot jantung) tidak adekuat sehingga jantung tidak dapat memompakan darah secara efektif, akibatnya perfusi darah ke organ mengalami gangguan. Organ dan jaringan membutuhkan oksigen melalui darah dari arteri untuk tetap mempertahankan fungsinya.

Penjelasan yang sama oleh Smeltzer & Bare (2002) bahwa *coronary artery disease* adalah menyempitnya pembuluh darah akibat sumbatan pada arteri koronaria sehingga kebutuhan oksigen dan nutrisi tidak mencukupi ke jantung. Penyebabnya karena aterosklerosis, dimana terjadi akumulasi material lemak pada arteri, akibatnya aliran darah ke jantung berkurang. Penimbunan abnormal lipid atau bahan lemak dan jaringan fibrosa di dinding pembuluh darah yang mengakibatkan perubahan struktur dan fungsi arteri serta penurunan aliran darah ke jantung.

2.1.2 Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya *coronary artery disease* antara lain :

a. Hereditas

Menurut Munther dan Homoud (2008) penyakit *coronary artery disease* dapat pula disebabkan oleh faktor keturunan dari keluarga. Adanya anggota keluarga yang menderita penyakit ini meningkatkan resiko. Hal ini juga didukung oleh Black (2009) yang mengatakan bahwa anak yang lahir dari orang tua yang memiliki penyakit jantung akan beresiko terhadap penyakit jantung.

b. Jenis kelamin

Laki-laki mempunyai resiko lebih tinggi terkena penyakit jantung dibandingkan dengan perempuan (Munther & Homoud, 2008). Menurut Saltiki & Alevisaki (2007) wanita yang berada pada usia produktif memiliki resiko yang rendah terhadap CAD dibandingkan dengan laki-laki. Namun berbeda pada saat menopause. Hal ini diakibatkan karena menurunnya kadar estrogen pada wanita

c. Umur

*National Clinical Guidelines Cardiovascular Disease* (2007) mengatakan bahwa dengan semakin bertambahnya usia seseorang akan semakin beresiko terkena serangan jantung. Hal ini didukung oleh Munther dan Homoud (2008) yang menjelaskan bahwa penderita jantung paling banyak berada pada usia 55-65 tahun ke atas.

d. Peningkatan kadar kolesterol dalam darah

Didalam darah terdapat lemak terikat dengan lipoprotein kemudian dibawa ke peredaran darah. *Low Density Level* (LDL) menyebabkan efek berbahaya pada dinding arteri dan mempercepat proses aterosklerosis. Sebaliknya *High Density Lipoprotein* (HDL) membantu penggunaan kolesterol total dengan cara mengangkut LDL ke hati (Colpo, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Gosh, Mishra, dan Anggarwal (2006) mengatakan bahwa kadar kolesterol pada wanita rata-rata lebih tinggi dibandingkan dengan pria.

e. Merokok

Tar, nikotin dan carbon monoksida berkontribusi merusak pembuluh darah. Nikotin meningkatkan pelepasan epinefrin dan nonepinefrin dimana keduanya akan menyebabkan terjadinya vasokonstriksi, sehingga menyebabkan tekanan darah meningkat, denyut nadi meningkat, konsumsi oksigen meningkat dan memungkinkan terjadi dysritmia. Selain itu nikotin akan mengaktifkan platelet dan menstimulasi proliferasi sel otot didalam dinding arteri. Karbonmonoksida menurunkan ketersediaan darah, menyebabkan terjadinya vesel dinding pembuluh darah dan meningkatkan permeabilitas endotelium ([www.ash.org.uk/tiles/document/ASH](http://www.ash.org.uk/tiles/document/ASH)).

f. Aktivitas fisik yang kurang

Aktivitas fisik dapat menurunkan resiko terhadap penyakit jantung, karena aktivitas fisik dapat berguna untuk : meningkatkan HDL, menurunkan LDL kolesterol, trigliserida, menurunkan gula darah, meningkatkan sensitivitas insulin, menurunkan tekanan darah, dan menurunkan *body mass indeks*. AHA merekomendasikan 30-60 menit melakukan latihan fisik dalam sehari (*Departemen of Health and Human Services*, 2009).

Kementrian Kesehatan R.I (2011) tentang pedoman pengendalian faktor resiko penyakit jantung dan pembuluh darah menjelaskan bahwa aktivitas fisik akan memperbaiki sistem kerja jantung dan pembuluh darah, dengan meningkatkan efisiensi kerja jantung, mengurangi keluhan nyeri dada angina, vasodilatasi pembuluh darah, mencegah kolesterol, meningkatkan kemampuan seksual dan kesegaran jasmani. Setiap orang dianjurkan untuk melakukan latihan fisik (olahraga) minimal 30 menit setiap hari selama 3-4 hari dalam seminggu.

### 2.1.3 Obat-obatan (Black, 2009)

#### a. Nitrogliserin

Nitrogliserin diberikan untuk menurunkan kebutuhan oksigen di jantung sehingga mengurangi nyeri pada angina. Nitrogliserin yang merupakan senyawa nitrat dikenal juga sebagai vasodilator pembuluh darah koroner terutama arteri koronaria. Namun nitrat juga dapat menurunkan tekanan darah. Dosis 0.3-0.4 mg sublingual. setiap 5 menit sampai 3 tablet selama 15 menit.

#### b. Isosorbide dinitrate

Dapat menurunkan tekanan darah dengan vasodilatasi pembuluh darah. Dosis 2.5 mg sublingual setiap 4-6 hari, 5-40 mg oral. 40-80 mg dengan substansi tablet setiap 8-12 jam.

#### c. Isosorbide mononitrate

Mempertahankan toleransi kebutuhan oksigen. Dosis 60 mg diberikan dalam bentuk tablet setiap hari.

#### d. Carvedilol

Golongan betabloker bekerja dengan menurunkan kontraktilitas miokard sehingga *cardiac output* menurun. Sementara di paru-paru betabloker menyebabkan spasme pada bronkus. Dosis pemberian betabloker yaitu 12.5-25 mg perhari.

#### e. Metoprolol

Golongan betabloker bekerja menurunkan heart rate, menurunkan tekanan darah. Dosis untuk angina 25-100 mg setiap hari dan untuk miokard infark 100 mg 2 kali per hari.

#### f. Aspirin

Golongan obat anti koagulasi yang menghambat secara langsung koagulan aktif, menghancurkan bekuan darah. Dosis 81-325 mg diberikan per oral setiap hari.

## 2.2 Konsep manajemen diri

Lorig dan Holman, 2003 menjelaskan bahwa manajemen diri saat ini biasanya dapat berbentuk edukasi kesehatan dan istilah ini biasanya berhubungan dengan promosi kesehatan dan program edukasi pada pasien. Manajemen diri mempunyai tujuan untuk mengupayakan pasien aktif dan berpartisipasi terhadap suatu tindakan tertentu.

### 2.2.1 Pengertian

Manajemen diri adalah suatu cara yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan dalam melakukan aktivitas dan bertujuan mengajarkan individu agar mampu mengelolah penyakitnya dari hari ke hari.

### 2.2.2 Tugas manajemen diri

Corbin dan Straus dalam Lorig dan Holman (2003), mengatakan bahwa ada tiga tugas utama yang berhubungan dengan manajemen diri pada individu yang berada dalam kondisi kronik.

Pertama tugas yang diperlukan untuk medical management seperti minum obat, patuh pada diit yang dianjurkan. Kedua tugas untuk mempertahankan, mengubah dan menciptakan perilaku atau peran yang baru. Ketiga tugas untuk mengembalikan keadaan emosi yang labil dimana individu merasa frustrasi, marah, depresi, akibat penyakitnya sehingga dengan manajemen diri individu diajar untuk mampu mengelola emosinya pada situasi apapun.

### 2.2.3 Ketrampilan pokok pada manajemen diri

Menurut Johnson dalam Lorig dan Holman (2003) ada lima ketrampilan pokok yang terdapat pada manajemen diri yaitu :

- a. Menyelesaikan masalah
- b. Membuat keputusan
- c. Menggunakan sumber daya
- d. Memanfaatkan pelayanan kesehatan
- e. Bertindak

Menurut Lorig dan Holman (2003) untuk mencapai manajemen diri yang efektif maka perlu dilakukan program edukasi untuk mencapai perubahan perilaku dalam upaya untuk meningkatkan status kesehatan. Perubahan perilaku berhubungan dengan *self efficacy* individu.

2.2.4 Elemen yang menentukan keberhasilan program manajemen diri menurut DeRijk (2009) menjelaskan bahwa ada empat elemen yang menentukan keberhasilan program manajemen diri : Pertama adalah kooperatif dalam penentuan masalah kesehatan. Baik pasien maupun petugas kesehatan mau terlibat dalam upaya meningkatkan kesehatan. Kedua, memiliki tujuan yang realistis serta keihlasan dan *self efficacy*. Manajemen diri harus memiliki tujuan yang jelas terhadap pasien sehingga dapat menyebabkan perubahan pada *self efficacy*. Ketiga motivasi untuk melakukan perubahan perilaku. Manajemen diri berusaha untuk memotivasi/memberi dukungan kepada pasien agar dapat melakukan apa yang diinginkan untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien. Keempat melakukan *follow up* terhadap ketrampilan manajemen diri yang telah diberikan. Hal ini berguna untuk mengevaluasi keberhasilan manajemen diri apakah efektif meningkatkan *self efficacy* pasien atau tidak.

2.3 Faktor yang mempengaruhi perawatan berulang.

Menurut Boutwell, Griffin, Hwu, dan Shannon (2009) mengatakan bahwa faktor yang berpengaruh pada perawatan berulang pasien adalah :

2.3.1 Konsistensi dari pemberi layanan kesehatan dirumah sakit dalam memberikan perawatan saat pasien dirawat. Hal ini juga harus ditunjang dengan adanya koordinasi yang baik antara sesama pemberi layanan kesehatan.

2.3.2 Edukasi kesehatan dan support . Edukasi dan dukungan diberikan kepada pasien dan keluarga terutama pada saat pasien akan pulang sehingga sangat bermanfaat bagi pasien dan keluarga.

2.3.3 Manajemen diri. Mengajarkan pasien untuk dapat mengelola penyakitnya termasuk kemampuan mengelola obat-obatan, respon terhadap tanda dan gejala dari penyakitnya, dengan meningkatkan pengetahuan pasien. Hal ini dapat dilakukan dengan komunikasi yang baik antara perawat dan pasien.

2.3.4 *Follow-up*. Perawat melakukan *follow-up* kepada pasien terhadap kesehatannya saat sudah pulang kerumah, termasuk kemampuan melaksanakan aktivitas sehari-hari. Kegiatan ini dapat dilakukan dengan cara *telemonitoring* atau *home healthcare telemedicine*. Boutwell et al (2009) juga menjelaskan bahwa hasil yang dicapai dari intervensi diatas sangat signifikan menurunkan penurunan jumlah pasien yang kambuh atau rehospitalisasi.

## 2.4 Edukasi kesehatan

### 2.4.1 Konsep Edukasi kesehatan

Edukasi kesehatan adalah suatu proses mempengaruhi perilaku seseorang dengan memberikan dukungan, memilih alternatif yang sesuai, sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku secara optimal baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Black, 2001).

Menurut Notoatmodjo (2007), pendidikan atau promosi kesehatan adalah upaya untuk mengintervensi seseorang agar berperilaku yang baik atau mendukung kesehatan. Dengan kata lain pendidikan atau promosi kesehatan berusaha untuk mempengaruhi perilaku individu, keluarga, kelompok atau masyarakat mau berpartisipasi meningkatkan derajat kesehatan.

Upaya yang dapat dilakukan untuk merubah suatu perilaku seseorang dapat dilakukan dengan cara persuasi, bujukan, informasi tentang kesehatan, meningkatkan kesadaran dan apabila perilaku tersebut berhasil

di adopsi seseorang maka akan dapat bertahan dalam jangka waktu yang lama. (Notoadmodjo, 2007).

#### 2.4.2 Model Edukasi kesehatan

Bandura 1997 dalam Black (2001) mengembangkan teori sosial kognitif yang didasarkan pada perilaku manusia. Model ini menjelaskan tentang pengaruh lingkungan terhadap perilaku manusia, sehingga perilaku manusia sangat dipengaruhi oleh lingkungan itu sendiri.

Menurut teori ini apabila individu memiliki suatu keyakinan dan harapan/*self efficacy* akan membantu untuk melakukan suatu perubahan terhadap perilaku, misalnya patuh pada latihan, berhenti merokok, berhasil menurunkan berat badan dan lain-lain.

#### 2.4.3 Metode dan media pendidikan/promosi kesehatan

Menurut Notoadmodjo (2007) metode dan media yang dapat digunakan untuk melakukan pendidikan/promosi kesehatan adalah melalui :

##### a. Bimbingan dan penyuluhan

Pada metode ini terjadi kontak antara pasien dengan pemberi layanan kesehatan, ada pertemuan intensif, petugas kesehatan membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien, dan akhirnya pasien akan menerima dengan kesadaran perilaku tersebut

##### b. Wawancara

Wawancara berfungsi untuk menggali informasi yang banyak, menggali informasi mengapa pasien belum menerima perubahan, atau tidak tertarik dengan perubahan. Apabila hal tersebut terjadi maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam.

#### 2.4.4 Alat bantu/Peraga/Media

Alat bantu pendidikan kesehatan terdiri dari : alat bantu lihat (*visual aids*), alat bantu dengar (*audio aids*), alat bantu lihat-dengar (televisi)

Media pendidikan kesehatan yang digunakan :

- a. *Booklet* : dalam bentuk buku yang digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan.
- b. *Laeflet* : bentuk lembaran yang dilipat berisi informasi dalam bentuk kalimat dan gambar.
- c. *Flyer* (lembar balik) : dalam bentuk buku, dimana tiap lembar berisi gambar peragaan dan lembar balik berisi pesan yang berkaitan dengan gambar tersebut.
- d. Rubrik : tulisan di majalah yang membahas masalah kesehatan.
- e. Poster : pesan-pesan kesehatan yang ditempelkan didinding atau ditempat umum/ kendaraan.

#### 2.4.5 Cara pemberian edukasi

Kara dan Asti (2004) dalam penelitiannya tentang efek edukasi terhadap *self efficacy* pasien dengan COPD menjelaskan beberapa cara edukasi yang dilakukan pada pasien. Pertama dengan memberikan brosur yang didalamnya berisi informasi yang berhubungan dengan proses penyakit. Pada kelompok kontrol diberikan edukasi dalam bentuk nasihat dan wawancara. Pada kelompok eksperimen diberikan tambahan yaitu suport pengetahuan yang diberikan secara lisan yang tujuannya adalah agar pasien mampu mengelola penyakitnya serta memiliki keyakinan akan kemampuannya sendiri.

Penelitian lain dilakukan oleh Kummel, Vahlberg, Ojanlatva, Karki dan Kivela (2008) dengan cara membagi pasien dalam dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan intervensi. Kelompok intervensi maupun kelompok kontrol diberikan edukasi dengan model konseling kesehatan dan bimbingan, namun pada kelompok kontrol tidak terkoordinir.

Penelitian yang dilakukan oleh Marks dan Allegrante (2005) menguraikan empat tahap pendidikan kesehatan yang dilakukan pada pasien :

Tahap I bertujuan agar pasien dapat mengadopsi perilaku baru yang diajarkan. Metode pendidikan kesehatan yang diberikan pada fase ini adalah

dengan memberikan bimbingan terlebih dahulu kepada pasien, setelah itu perawat meminta umpan balik terhadap bimbingan tadi.

Tahap II mengadakan kontrak dengan pasien secara tertulis tentang program latihan fisik yang harus ditaati oleh pasien.

Tahap III Mendorong pasien agar mau meningkatkan keinginan untuk merubah perilaku dengan cara memberikan pujian, dan memonitoring pasien.

Tahap IV mengajarkan pasien agar mampu mencegah berulangnya penyakit dengan meningkatkan kepercayaan dan keyakinan serta memiliki motivasi untuk mau beraktivitas.

Marks dan Allegrante, (2005) menyimpulkan bahwa strategi pendidikan kesehatan untuk meningkatkan *self efficacy* ialah:

- a. Menggunakan variasi dalam mengajar termasuk diskusi, meminta umpan balik dari pasien, demonstrasi, memberikan teks, video, serta motivasi.
- b. Melibatkan orang lain yaitu suami/istri, teman dekat, dan petugas kesehatan lainnya.
- c. Mendorong manajemen diri untuk melakukan latihan minimal secara bertahap.
- d. Menggunakan kata-kata yang mendorong, membujuk, yang dapat memberikan motivasi pada pasien untuk mau merubah perilaku.
- e. Mendorong pasien agar dapat mengontrol emosinya, respon fisiologi, mampu membuat keputusan, trampil serta mampu memecahkan masalah yang berhubungan dengan kesehatannya.
- f. Memberikan pendidikan kesehatan secara terperinci.

## 2.5 Edukasi kesehatan manajemen diri tentang latihan fisik pada *coronary artery disease*

Menurut Lorig, Sobel, Stewart, Brown, Bandura, dan Ritter (1999), mengatakan bahwa program manajemen diri pada pasien dengan penyakit kronis didasarkan pada pemberian pendidikan kesehatan (*health education*).

Asumsi dasar program ini adalah :

- 2.5.1 Setiap pasien mempunyai masalah yang berbeda terhadap penyakitnya sehingga membutuhkan manajemen diri untuk membantu mengatasi penyakitnya.
- 2.5.2 Pasien dapat belajar untuk mengelolah penyakitnya sendiri berdasarkan respon penyakitnya setiap hari.
- 2.5.3 Melalui *self management* pasien akan lebih yakin dan mengetahui secara benar cara meningkatkan status kesehatan.

Tabel 2.1. Daftar Latihan Aktivitas Fisik Menurut Karakteristik Pasien

Karakteristik	Jenis latihan	Intensitas	Tipe latihan	Frekuensi (week)	Durasi (min)
Umur < 65 thn	Intensitas aerobik yang tinggi	HR max 75-85 %	Jalan, jogging, bersepeda	3-4 kali/minggu	30-45 menit (continue atau bertahap)
Umur $\geq$ 65 thn	Intensitas aerobik rendah	HR max 65-75 %	Jalan, bersepeda	3-4 Kali/minggu	30 menit Tidak continue
Obesitas	Aerobik (dengan pengeluaran kalori yang banyak)	HR max 65-80 %	Jalan	5-6 Kali/minggu	40-60 menit
Umur >65 thn, lumpuh,sibuk kerja, atau obesitas	Sesuai kemampuan	HR 50-75 %	Gunakan barbel,dengan gerakan keatas dan kebawah	2-3 Kali/minggu	10-20 (dilakuakn tiap 10 menit)

Ades, (2001)

## 2.6 Manajemen latihan fisik.

Wise (2010), menjelaskan latihan fisik adalah suatu proses gerakan yang berasal dari otot tubuh terjadi karena adanya energi yang dikeluarkan dan dilaksanakan untuk tujuan tertentu. Yadaf (2005), mengatakan bahwa setelah individu mendapat serangan jantung perlu untuk melakukan latihan aktivitas fisik untuk menjaga *performance* dan mencegah terjadinya

serangan berulang. Latihan fisik yang pertama adalah pada aktivitas sehari-hari seperti menggerakkan tangan dan kaki, merubah postur/posisi tubuh. Setelah itu individu dianjurkan untuk mulai berjalan 50-100 kaki, selama 3 kali sehari kemudian dapat ditingkatkan menjadi 250-500 kaki selama 3-4 kali sehari.

Tabel 2.2. Tahapan latihan pada Pasien CAD dengan rehabilitasi

Tahapan	Aktivitas
I	Latihan ringan, menggerakkan tangan dan kaki, merubah postur/posisi
II	Mulai berjalan 50-100 kaki 3 kali sehari
III	Ditingkatkan menjadi 250-500 kaki selama 3-4 kali sehari

Yadaf, (2007)

Tabel 2.3. Tahapan latihan pada Pasien CAD yang Dirawat Inap

Tahapan	Aktivitas
I	2 hari setelah serangan MI aktivitas : Range of motion ekstremitas atas dan bawah Merubah posisi
II	2-3 minggu setelah serangan MI : - Latihan menahan beban yang rendah 1-5 pound - Latihan duduk

Yadaf, (2007)

Program latihan menurut *Departemen of Health and Human Services Physical Activity Guidelines for Americans (2009)* untuk pasien dengan penyakit jantung

#### 2.6.1 Aktivitas dengan intensitas ringan

- a. Berjalan dengan perlahan-lahan
- b. Menggunakan tongkat ketika berjalan
- c. Berenang secara perlahan-lahan
- d. Bersepeda dengan intensitas ringan
- e. Memilih sendiri aktivitas yang diinginkan yang dapat menghangatkan tubuh

- 2.6.2 Aktivitas dengan intensitas sedang
- a. Berjalan dengan cepat
  - b. Berenang
  - c. Bersepeda
  - d. Mengepel lantai atau membersihkan jendela
  - e. Latihan beban dengan menggunakan mesin

- 2.6.3 Aktivitas Normal
- a. Berjalan dengan kecepatan maksimal, jogging, berlari.
  - b. Berenang.
  - c. Dapat bermain tenis (*singles*), bersepeda pada lokasi dengan tanjakan.

2.7 Manfaat dari Latihan/aktivitas fisik *Departemen of Health and Human Services Physical Activity Guidelines for Americans (2009)*.

Manfaat untuk kesehatan jantung :

- 2.7.1 Menurunkan faktor resiko dan kematian akibat penyakit jantung dan stroke.
- 2.7.2 Menurunkan resiko terhadap gejala diabetes (tekanan darah tinggi, peningkatan gula darah, dan menurunkan kolesterol).
- 2.7.3 Meningkatkan HDL kolesterol, menurunkan trigliserida (tidak baik untuk lemak dalam darah).
- 2.7.4 Membantu menurunkan berat badan pada individu yang obesitas.
- 2.7.5 Memperbaiki fungsi jantung dan paru (meningkatkan kemampuan memompa darah, meningkatkan kebutuhan oksigen di otot).
- 2.7.6 Bila dilakukan dengan sering akan menghasilkan peningkatan kemampuan yang optimal.

Manfaat lainnya adalah :

- a. Meningkatkan kemampuan berolahraga.
- b. Meningkatkan kekuatan otot.
- c. Meningkatkan fleksibilitas dan ROM.
- d. Menurunkan depresi dan kecemasan.

- e. Menghilangkan stress, sangat baik ketika sedang frustrasi atau sedang marah.
- f. Menurunkan resiko beberpa penyakit kanker (colon, pernapasan, paru).
- g. Menurunkan resiko terkena osteoporosis.

Hambrecht, Wolf, Gielen, Linke, Hofer, dan Erbs (2000) dalam penelitiannya mengatakan bahwa latihan fisik pada pasien dengan CAD dapat berpengaruh terhadap peningkatan fungsi endothelial pada koroner. Setelah melakukan latihan fisik maka arteri koroner yang dalam keadaan vasokonstriksi akan menjadi vasodilatasi dan dengan demikian mempercepat aliran darah. Untuk menjaga keamanan saat beraktivitas, pasien dianjurkan untuk mengecek kesehatannya setelah beraktivitas.

2.8 Masalah kesehatan yang perlu diketahui pasien setelah beraktivitas (*Departemen of Health and Human Services Physical Activity Guidelines for Americans 2009*) :

- 2.8.1 Jika merasa sesak napas.
- 2.8.2 Rasa nyeri dada atau seperti tertekan.
- 2.8.3 Heart Rate meningkat.
- 2.8.4 Perdarahan.
- 2.8.5 Infeksi, demam, disertai dengan nyeri otot.
- 2.8.6 Penurunan berat badan secara cepat.
- 2.8.7 Terdapat edema.

2.9 *Self Efficacy*

2.9.1 Pengertian

Bandura (1997) mengatakan bahwa *self efficacy* adalah suatu keyakinan dari individu terhadap kemampuan yang dimiliki termasuk rasa percaya diri, adaptasi perilaku, sosial kognitif serta keyakinan menentukan pilihan untuk bertindak. Perkembangan yang terus-menerus dari *self efficacy* akan meningkatkan dan menambah pengalaman terhadap perubahan perilaku

ia mampu melakukan tugas dengan baik, individu mampu menilai dirinya memiliki kekuatan.

## 2.9.2 Atribut *Self Efficacy*

### 2.9.2.1 *Cognitive Proses*

Bandura (1997) mengatakan manusia dalam berperilaku diatur oleh pikiran dan tujuan yang hendak dicapai dan hal ini akan berpengaruh terhadap kemampuan dan keyakinan dari individu itu sendiri. Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan memiliki tujuan yang tinggi pula demi mencapai apa yang diinginkan.

### 2.9.2.2 *Affective Proses*

Individu percaya bahwa kemampuan yang ia miliki tergantung dari situasi dalam dirinya seperti stres atau depresi yang berpengaruh pada motivasi. Reaksi emosional ini akan mempengaruhi peran individu baik secara langsung maupun tidak langsung. Individu akan yakin beraktivitas ketika mampu mengontrol stres dan kecemasan.

### 2.9.2.3 *Locus of Control*

*Locus of Control* berhubungan dengan persepsi individu untuk mengontrol situasi tertentu yang berasal dari dalam atau luar diri. Dengan *self efficacy* individu percaya akan kemampuannya mengerjakan sesuatu secara fokus dengan menggunakan proses kognitif dan afektif untuk mencapai hasil yang diinginkan.

## 2.9.3 Dimensi *Self Efficacy*.

Higgins dalam Jenifer (2011) menjelaskan dimensi *self efficacy* sebagai berikut :

### 2.9.3.1 *Magnitude*

Berhubungan dengan kesulitan melaksanakan tugas. Individu akan melaksanakan tugas-tugas yang diberikan kepadanya jika tugas itu sesuai

dengan kemampuannya. Jika tugas itu memiliki tingkat kesulitan yang tinggi maka individu tidak akan melaksanakannya.

#### 2.9.3.2 *Strength*

Individu memiliki keyakinan yang kuat terhadap kemampuannya, sehingga dengan keyakinan tersebut individu akan tekun meningkatkannya meskipun dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman yang lalu.

#### 2.9.3.3 *Generalizability*

*Generalizability* berhubungan dengan perilaku. Individu akan semakin yakin dengan kemampuannya ketika melalui berbagai pengalaman, sehingga individu bisa menguasai bidang tertentu dan menambah keyakinan terhadap dirinya sendiri.

#### 2.9.4 Sumber *Self Efficacy*

Menurut Bandura (1997) sumber *self efficacy* adalah :

##### 2.9.4.1 Pengalaman (*mastery experience*)

*Self efficacy* dipelajari melalui pengalaman seseorang atau keberhasilan/prestasi yang ia tunjukkan. Keberhasilan seseorang yang didapatkan dari luar dirinya sendiri tidak akan berpengaruh secara kuat terhadap *self efficacy* nya sendiri (Hiltunen, Winder, Rait, Buselli, Carroll, & Rankin, 2005). Tetapi jika keberhasilan itu didapatkan dari usahanya melalui berbagai hambatan maka akan sangat berpengaruh terhadap peningkatan *self efficacy*. Jika pasien menunjukkan perilaku keberhasilan dalam latihan diberi umpan balik positif (pujian). Hal ini meningkatkan keyakinan diri (Kara & Asti, 2004).

##### 2.9.4.2 *Vicarious experience*

Mengembangkan dan meningkatkan *self efficacy* dengan mengobservasi dan sharing pengalaman dengan orang lain. Mengeksplorasi kesuksesan orang lain yang memiliki keterbatasan atau penyakit yang sama, memberikan contoh dalam praktek dan menyiapkan pedoman antisipasi

dalam mengatasi hambatan yang dimasukkan dalam *leaflet* (Hiltunen et al., 2005).

#### 2.9.4.3 *Verbal encouragement (verbal persuasion atau social persuasion)*

Meningkatkan *self efficacy* yang dihasilkan dari pemberian dukungan secara lisan. Persuasi verbal difokuskan pada perkembangan aktivitas fisik seseorang dengan memberikan dukungan dan dorongan, menyemangati, dan mereview perkembangan sesuai pedoman (Hiltunen et al., 2005).

#### 2.9.4.4 *Reinterpretation of symptoms (physiologic and emotional states)*

Belajar untuk mencapai tujuan secara realistis dengan memperhatikan keadaan fisik dan emosi. Pasien diajarkan untuk mengetahui tanda-tanda fisik seperti berkeringat dingin, sesak nafas, jantung berdebar, kelelahan agar pasien dapat menghentikan aktivitasnya. Pasien juga diajarkan teknik relaksasi untuk mengelolah manajemen stresnya (Hiltunen et al., 2005). Reaksi psikologis berupa stres dan kecemasan akan menurunkan *self efficacy* untuk melakukan aktivitas, sehingga menurunkan minat individu untuk melakukan pekerjaan tertentu (Bandura, 1997).

### 2.9.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy*

#### 2.9.5.1 Motivasi

Bredahl dan Roessler (2011), mengatakan bahwa kurangnya motivasi dari individu menjadi penghambat untuk melakukan suatu perubahan perilaku. Individu yang memiliki motivasi yang baik akan memiliki *self efficacy* yang baik pula. Hal ini didukung oleh Dehdari, Heidarnia, Ramezankhani, Sadenghian, dan Ghofranipour (2008) yang mengatakan bahwa kurangnya dukungan dalam diri pasien akan meningkatkan faktor resiko terhadap penyakit jantung, dimana hal ini menyebabkan prognosis penyakit semakin memburuk. Sebaliknya dengan dukungan sosial yang diberikan pada pasien akan berpengaruh pada *self efficacy* untuk merubah perilaku dan kualitas hidup pasien jantung.

### 2.9.5.2 Kurang pengetahuan

Dalam suatu penelitian yang dilakukan oleh Almas, Hameed dan Sulta (2008) mengatakan bahwa pengetahuan tentang faktor resiko terhadap penyakit jantung mempengaruhi perilaku individu terhadap kesehatan. Informasi yang jelas diberikan kepada pasien akan meningkatkan *self efficacy* dalam melaksanakan aktivitas fisik dalam meningkatkan kemampuan beraktivitas pada tingkatan yang lebih tinggi (Bredahl & Roessler, 2011).

Pemberian edukasi yang tepat pada pasien akan meningkatkan *self efficacy*, pasien dapat mengelola penyakitnya dengan baik, termasuk bagaimana mempertahankan status kesehatannya. Program edukasi sangat efektif untuk meningkatkan *self efficacy* pasien (Kara & Asti, 2004).

Penelitian yang dilakukan oleh Kara dan Asti (2004) tentang efek dari edukasi terhadap *self efficacy* pasien dengan *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD). Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *health education* yang diberikan dengan *self efficacy* pasien dalam mengatasi keluhan seperti sesak nafas, frekuensi merokok. Dari penelitian ini disimpulkan bahwa *health education* yang diberikan dengan baik pada pasien mampu meningkatkan keyakinan pasien untuk mengelola penyakitnya sendiri.

### 2.9.6 Penelitian yang terkait:

Intervensi *self management* yang diberikan kepada pasien berupa *health education* dapat meningkatkan *self efficacy* pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kara & Asti (2004) yang melakukan penelitian tentang efek pendidikan kesehatan terhadap *self efficacy* pasien dengan COPD. Penelitian ini menggunakan dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan eksperimen. Hasilnya pada kelompok eksperimen yang diberikan edukasi memiliki *self efficacy* yang baik serta mampu mengelola dirinya seperti menghindari dan mengatasi sesak nafas sedangkan pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan *self efficacy*.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Subramanian, Happ, Mitchinson dan Lowery (2007) tentang edukasi manajemen diri menjelaskan bahwa edukasi berpengaruh terhadap *self efficacy* pasien. Dengan pemberian edukasi terjadi peningkatan *self efficacy* yang signifikan, bahkan status kesehatan pasien juga mengalami peningkatan.

#### 2.9.7 Konsep teori keperawatan *model self care deficit* dari Orem

Konsep *theory* keperawatan dari Orem menjelaskan bagaimana perawat memenuhi kebutuhan dasar pasien melalui peningkatan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan secara mandiri. Aplikasi teori keperawatan model *self care deficit* dari Orem sangat cocok digunakan untuk meningkatkan *self efficacy* pasien dalam beraktivitas. Aplikasi teori keperawatan Model *Self Care Deficit* dari Orem. Orem mengembangkan teori *self care deficit nursing theory* yang terdiri dari :

##### 2.9.7.1 *Self Care*

Kemampuan individu untuk memprakarsai dirinya dalam melakukan perawatan dirinya sendiri secara mandiri dalam usaha untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatannya. *Self care* adalah sesuatu yang harus dimiliki individu yang akan membentuk diri mereka sendiri sehingga memiliki kemampuan memelihara kesehatan.

##### 2.9.7.2 *Self Care Deficit*

Individu memiliki kemampuan *self care* yang terbatas atau tidak dapat memenuhi semua kebutuhan dirinya secara mandiri. Karena ketidakmampuan ini sehingga individu memerlukan *nursing agency* yang mempunyai kemampuan memberikan perawatan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan.

### 2.9.7.3 *Nursing System Theory*

Perawat menggunakan kemampuannya untuk merancang dan memberikan perawatan kepada pasien. Sistem keperawatan mengatur nilai kemampuan individu yang berhubungan dengan *self care* itu sendiri untuk menentukan tindakan yang tepat.

*Nursing system* didesain oleh perawat sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan pasien melakukan *self care*. *Nursing agency* adalah suatu atribut yang diberikan kepada orang-orang yang terlatih sebagai perawat sehingga dapat melakukan, mengetahui dan memenuhi kebutuhan *self care*. *Nursing system* terdiri dari :

1) *Wholy Compensatory System*

Kondisi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care* dan menerima *self care* secara langsung, dan tidak dapat membuat keputusan tentang *self care* nya.

2) *Partly Compensatory Nursing System*

Perawat dan pasien melakukan tindakan bersama untuk mengukur kemampuan pasien melakukan *self care*

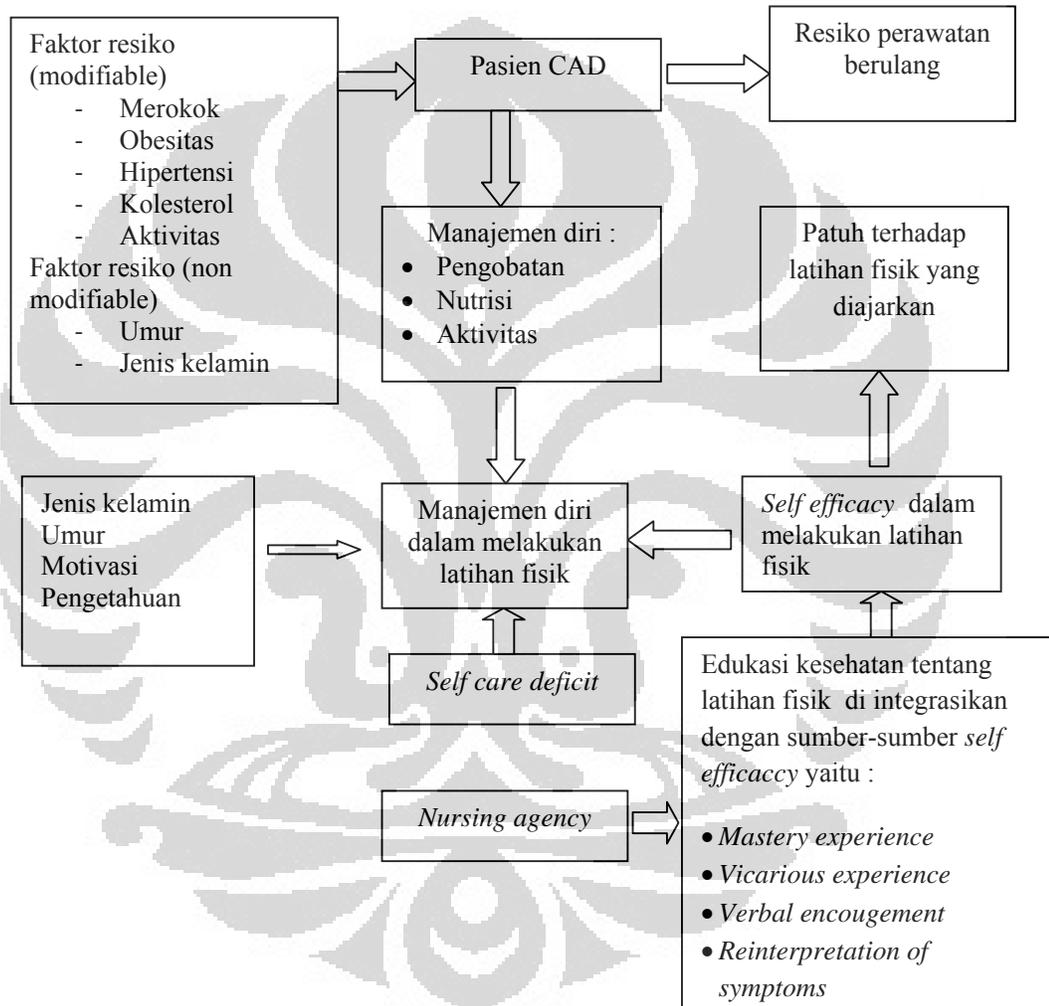
3) *Supportive Educative System*

Individu dapat belajar membentuk *self care* tetapi harus dengan bantuan. Beberapa penelitian yang menggunakan teori *self care* untuk pasien dengan penyakit jantung. Penelitian yang dilakukan oleh Naji, Nasrabadi, Shaban dan Saebnia (2009) melakukan penelitian tentang efek penggunaan model *self care* Orem terhadap penyembuhan pasien dengan gagal jantung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan menggunakan metode *self care* Orem, 67 % pasien memiliki tingkat kemampuan yang tinggi untuk melakukan *self care* dan 33 % pasien memiliki kemampuan yang rendah.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Aish dan Isenberg (1996) tentang efek intervensi keperawatan model Orem terhadap *self care* nutrisi pada pasien Infark Miokard. Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa dengan

menggunakan model konseptual Orem dapat memberikan *self care* pada nutrisi setelah infark miokard. Dengan demikian dapat dibuktikan bahwa model konseptual Orem efektif digunakan untuk perawatan pasien dan dapat berkontribusi untuk meningkatkan kemampuan pasien.

## 2.10. Kerangka Teori



## BAB 3

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan membahas mengenai kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional. Kerangka konsep biasanya dibuat dalam bentuk diagram yang menunjukkan jenis serta hubungan antar variabel yang akan diteliti, yang membantu peneliti merumuskan hipotesis. Hipotesis ialah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang harus diuji kebenarannya. Hipotesis menjadi acuan untuk mencari hubungan antara variabel independen dengan dependen.

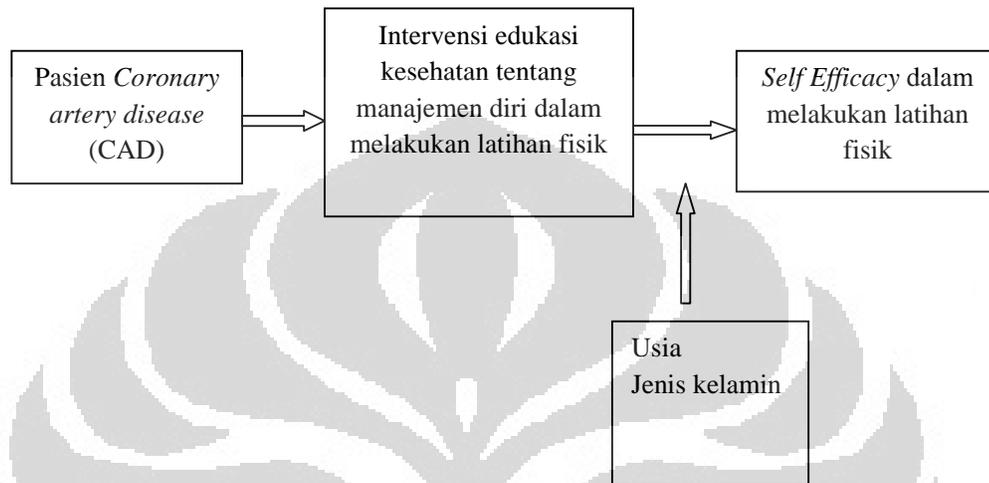
#### 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh intervensi edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik terhadap *self efficacy* pada pasien *coronary artery disease*. Variabel yang akan diukur adalah :

- 3.1.1 Variabel bebas (*independent variable*) adalah intervensi edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik.
- 3.1.2 Variabel terikat (*dependent variable*) adalah *self efficacy* tentang manajemen diri latihan fisik.

Hubungan antara variabel-variabel tersebut dapat dilihat pada kerangka konsep dibawah ini.

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



## 3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan dua variabel tentang kemungkinan hasil penelitian. (Dharma, 2011). Hipotesis pada penelitian ini adalah :

### 3.2.1 Hipotesis Mayor

Edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik berpengaruh terhadap *self efficacy* pada pasien *coronary artery disease*.

### 3.2.2 Hipotesis Minor

3.2.2.1 Ada pengaruh edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik pada kelompok kontrol setelah diberikan perlakuan.

3.2.2.2 Ada pengaruh edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik pada kelompok intervensi setelah diberikan perlakuan terhadap *self efficacy* pada pasien *coronary artery disease*.

3.2.2.3 Terdapat perbedaan *self efficacy* antara kelompok kontrol dan intervensi setelah perlakuan edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik pada pasien *coronary artery disease*.

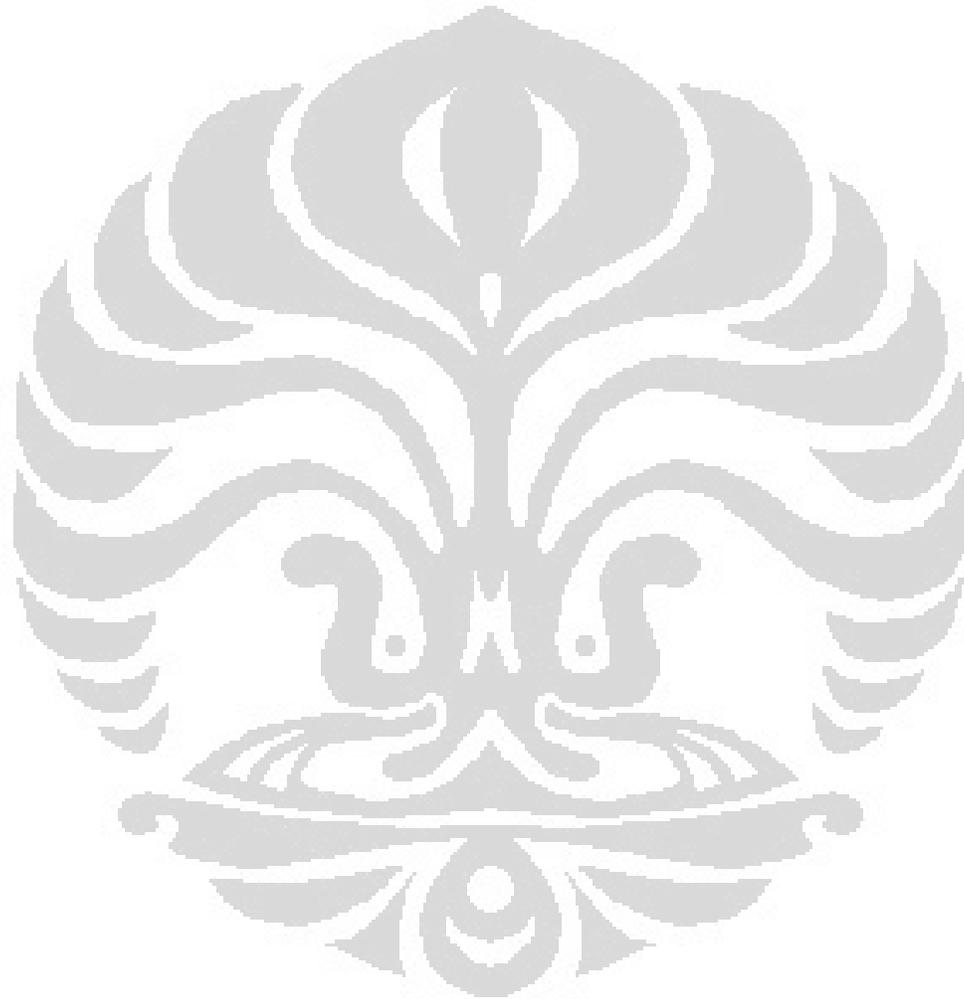
## 3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini dibuat untuk menjelaskan definisi dalam istilah operasional.

Tabel 3.1  
Definisi operasional variabel penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
Edukasi kesehatan tentang manajemen diri CAD	Suatu kegiatan yang dilakukan untuk menjelaskan tentang pengertian, manfaat aktivitas fisik pada pasien CAD. Kegiatan berupa bimbingan dan penyuluhan dengan strategi memberikan pengajaran secara lisan, memberikan leaflet, melibatkan orang lain yang terdekat, mendorong pasien melakukan aktivitas secara bertahap, menggunakan kata-kata yang persuasif, mengajarkan pasien mengontrol emosi dan mengontrol kemampuan diri.	Bimbingan dan penyuluhan dengan mengintegrasikan sumber-sumber <i>self efficacy</i> . Alat yang digunakan <i>leaflet</i>	0 = tidak diberikan edukasi 1 = diberikan edukasi	Nominal
<i>Self efficacy</i>	Penilaian pasien tentang keyakinan akan kemampuan dirinya melakukan latihan fisik setelah mengalami CAD	Kuesioner <i>Exercise Self Efficacy Scale (ESES)</i> dengan <i>Likert scale 1-4</i> dengan nilai minimal 10 dan maksimal 40	Skor <i>self efficacy</i> 10-40	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Cara dan alat ukur	Hasil ukur	Skala
Umur	Lama hidup responden dalam hitungan tahun	Kuesioner	Umur dalam tahun	Interval
Jenis kelamin	Ciri biologis yang digolongkan menurut alat reproduksi	Kuesioner	0= Laki-laki 1= Perempuan	Nominal



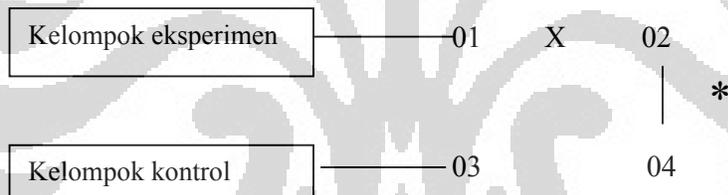
## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data serta prosedur pengumpulan data.

#### 4.1 Desain penelitian

Desain penelitian dalam penelitian ini adalah *nonequivalent pre test-post test control group Design* dalam bentuk *non randomized control group pretest postest* (Sugiyono 2010). Dalam desain ini terdapat dua kelompok yang tidak dipilih secara random (R). Kemudian diberi *pretest* untuk mengetahui keadaan awal apakah ada perbedaan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.



Keterangan :

- O1 : *Self efficacy* pasien pada kelompok intervensi sebelum diberikan perlakuan
- O2 : *Self efficacy* pasien setelah diberikan perlakuan pada kelompok intervensi
- O3 : *Self efficacy* pasien pada kelompok kontrol sebelum perlakuan
- O4 : *Self efficacy* pasien pada kelompok kontrol setelah (post-test)
- \* : Perbedaan *self efficacy* pada kelompok Intervensi dan kontrol
- X : Intervensi yang diberikan

## 4.2 Populasi dan sampel

### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah subjek atau objek yang ditetapkan oleh peneliti dan mempunyai kualitas dan karakteristik yang sama dengan subjek atau objek tersebut (Sugiono, 2010). Populasi adalah target atau unit dimana akan dilakukan suatu penelitian, sehingga mendapatkan gambaran untuk penerapan suatu penelitian (Dharma, 2011).

### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah unit terkecil dalam suatu kelompok populasi yang terjangkau dimana peneliti akan melakukan pengumpulan data, pengamatan/pengukuran pada unit ini (Dharma, 2011). Selain itu sampel adalah elemen dari individu yang berada dalam populasi yang akan diamati oleh peneliti (Kusjono, 2009). Teknik pengambilan sampel yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah dengan teknik *consecutive sampling* yaitu dengan memilih semua responden yang ditemui dan memenuhi kriteria pemilihan, sampai jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi.

#### 4.2.2.1 Kriteria inklusi pasien

- a. Pasien dengan *coronary artery disease*
- b. Bersedia menjadi responden
- c. Dapat berkomunikasi dengan baik
- d. Dapat membaca dan menulis
- e. Pasien yang pernah mendapat edukasi kesehatan tetapi tidak mempunyai pengetahuan tentang latihan fisik.
- f. Pasien yang memiliki skala motivasi pada rentang  $< 6$

#### 4.2.2.2 Kriteria eksklusi pasien

- a. Pasien dengan kondisi hemodinamik tidak stabil.
- b. Pasien CAD dengan komplikasi

Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan metode pengambilan sampel berdasarkan jumlah sampel pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Astuti (2011) yang melihat pengaruh edukasi preoperasi terstruktur dengan teori kognitif sosial terhadap *self efficacy* dan latihan post operasi pada pasien fraktur.

Didapatkan nilai rata-rata *self efficacy* pada kelompok intervensi sesudah diberikan edukasi kesehatan sebesar 121.86 dengan standar deviasi 24.03, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata *self efficacy* sesudah intervensi 99,64 dan standar deviasi 30.28. Selanjutnya peneliti menggunakan uji hipotesis beda rata-rata dua kelompok independen dengan kekuatan uji 80% dan derajat kemaknaan 5% dengan rumus (Ariawan, 1998) :

$$n = \frac{2\sigma^2[Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

$Z_{1-\alpha}$  = Derajat kemaknaan (1.96)

$Z_{1-\beta}$  = Kekuatan uji (0.84)

$\mu_1$  = Rata-rata *self efficacy* pada kelompok intervensi setelah edukasi kesehatan (121.86)

$\mu_2$  = Rata-rata *self efficacy* pada pada kelompok kontrol sesudah intervensi (99.64).

Nilai  $\sigma^2$  adalah berasal dari gabungan kelompok intervensi dan kontrol ( $Sp^2$ ). Dimana kedua varians digabungkan dengan masing-masing kelompok seperti rumus dibawah ini (Ariawan, 1998; Kasjono & Yasril, 2009):

$$Sp^2 = \frac{[(n1-1)S1^2 + (n2-1)S2^2]}{(n1-1) + (n2-1)}$$

$$\begin{aligned} Sp^2 &= \frac{(22-1)24.03^2 + (22-1)30.28^2}{(22-1) + (22-1)} \\ &= 747 \end{aligned}$$

Rumus :

$$n = \frac{2\sigma^2[Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$= \frac{2.747[1.96 + 0.84]^2}{(121.86 - 99.64)^2}$$

$$n = 23$$

Besar sampel dalam penelitian ini adalah 23 pasien ditambah 10% untuk mencegah kesalahan atau ada sampel yang *drop out*, sehingga menjadi 25 pasien untuk kelompok intervensi dan 25 pasien untuk kelompok kontrol. Jadi total sampel keseluruhan adalah 50 pasien.

#### 4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado ruangan Irina F Jantung, dan di Rumah sakit Bethesda Tomohon ruang perawatan jantung atau ruang Paulus.

#### 4.4 Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 08 Mei sampai 07 Juni 2012 setelah turunnya surat keterangan lulus uji etik dari komite etik FIK UI dan ijin penelitian dari Rumah sakit.

#### 4.5 Etika Penelitian

Untuk melakukan penelitian ini, peneliti menggunakan prinsip etika penelitian keperawatan dari Polit, Beck & Hungler (2006). Terdapat empat prinsip utama etika penelitian :

#### 4.5.1 *Respect for human dignity*

Pada pelaksanaan penelitian ini, peneliti menghormati harkat dan martabat manusia. Responden diberikan kebebasan oleh peneliti untuk berpartisipasi atau tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Peneliti memberikan kebebasan untuk ikut dalam penelitian ini atau menolak. Peneliti tidak melakukan pemaksaan serta memberikan tekanan-tekanan kepada responden agar berpartisipasi. Peneliti memberikan informasi yang jelas dan lengkap kepada responden tentang tujuan penelitian, manfaat, prosedur, resiko serta keuntungan dari penelitian dan menjamin bahwa informasi yang diberikan dirahasiakan.

Setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap, dari peneliti selanjutnya responden mempertimbangkan dan menentukan sikap dalam penelitian ini. Responden yang bersedia dalam penelitian ini diberikan *informed consent* oleh peneliti yaitu persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Hal-hal yang berhubungan dengan *informed consent* :

- 1) Menyiapkan formulir *informed consent* dan ditanda tangani oleh responden sebagai bukti bahwa responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.
- 2) Menjelaskan secara lengkap isi dari *informed consent*. Dalam hal ini peneliti menjelaskan tujuan dari penelitian, manfaat, prosedur penelitian, melibatkan partisipasi aktif dari suami/istri/anak-anak, serta penelitian ini tidak menimbulkan pengaruh negatif pada responden. Peneliti juga menjelaskan bahwa segala catatan tentang penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Hal ini dijelaskan dengan baik oleh peneliti sehingga responden memahami dengan baik penjelasan yang diberikan.
- 3) Memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya jika ada yang belum jelas dari penjelasan tersebut.
- 4) Memberikan kesempatan sekali lagi kepada responden untuk menentukan pilihan apakah akan ikut dalam penelitian ini atau tidak

- 5) Setelah responden menerima semua penjelasan tersebut maka peneliti meminta responden untuk menandatangani formulir persetujuan *informed consent* dan responden bersedia untuk menandatangani.

#### 4.5.2 *Respect for privacy and confidentiality*

Pada pelaksanaan penelitian ini peneliti menghormati privasi dan kerahasiaan responden yaitu dengan menjaga kerahasiaan semua informasi mengenai responden. Untuk itu peneliti hanya menggunakan kode untuk data-data responden sehingga informasi yang menyangkut identitas responden dapat dirahasiakan.

#### 4.5.3 *Respect for justice inclusiveness*

Peneliti menghormati prinsip keadilan dan keterbukaan dan bersikap jujur, cermat, tepat, berhati-hati dan profesional dalam melakukan penelitian. Pada penelitian ini kedua kelompok mendapatkan leaflet yang sama. Yang membedakan hanyalah pada kelompok kontrol tidak diberikan komponen sumber *self efficacy*. Namun setelah penelitian selesai peneliti memberikan edukasi kepada kelompok kontrol yang didalamnya berisi komponen sumber *self efficacy*. Setiap hari peneliti melakukan evaluasi pada kelompok kontrol terhadap kemampuan melakukan latihan fisik.

#### 4.5.4 *Balancing harm and benefits*

Peneliti memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan oleh penelitian ini, dengan meminimalkan resiko atau dampak yang merugikan pasien seperti perubahan hemodinamik yang tidak stabil. Dalam penelitian ini tidak ditemukan dampak yang merugikan responden. Peneliti selalu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan latihan fisik berupa gerakan tangan keatas dan kebawah, gerakan kaki ketas dan kebawah, merubah posisi tidur (miring kiri/kanan) serta menganjurkan responden untuk menghentikan latihan fisik apabila hemodinamik tidak stabil dan mengkonsulkan pada medis untuk pelayanan

tindak lanjut. Namun dalam penelitian ini tidak ditemukan perubahan hemodinamik yang membahayakan responden.

#### 4.6 Alat pengumpulan data

##### 4.6.1 Data demografi

Peneliti melakukan pengumpulan data demografi melalui instrumen pengumpulan data yang berisi umur, jenis kelamin. Data ini didapatkan dengan menggunakan kuesioner dan wawancara.

##### 4.6.2 Instrumen *self efficacy*

Pengumpulan data *self efficacy* dilakukan dengan menggunakan *Exercise Self Efficacy Scale (ESES)* oleh Kroll, Kehn, Shu dan Neri (2007) yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan menggunakan skala dari 1 sampai dengan 4. Total skor yang diperoleh oleh responden adalah 10-40. Data ini diambil sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan (Lampiran 3).

Uji validitas dan reliabilitas instrumen ESES yang peneliti lakukan di RS RW Mongisidi Manado pada 20 responden. Uji validitas didapatkan nilai  $r > 0.3$ . Menurut Nanuli (1994, dalam Dharma 2011) mengatakan bahwa jika nilai  $r > 0.3$  maka item pertanyaan dikatakan valid.

Pada uji reliabilitas menggunakan *Cronbach Alpha* menurut Anastasia dan Urbina (1997, dalam Dharma 2011) bahwa nilai normal 0.8, sedangkan dalam penelitian ini didapatkan nilai *Cronbach Alpha* 0.992. Hal ini berarti instrumen penelitian ini memenuhi syarat validitas dan reliabel untuk digunakan.

##### 4.6.3 Instrumen motivasi skala *visual analog scale* (VAS)

Peneliti melakukan pengukuran skala motivasi responden dengan menggunakan *visual analog scale* dengan kriteria :

- 0 : Tidak ada motivasi
- 1,2,3 : Motivasi buruk
- 4,5,6 : Motivasi kurang
- 7,8,9 : Motivasi cukup
- 10 : Sangat termotivasi

#### 4.7 Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini dilakukan sesuai dengan aturan yang berlaku ditempat penelitian yaitu di RSUD Prof.Dr.R.D Kandou Manado, dan RS Bethesda Tomohon yaitu prosedur administrasi yang berhubungan dengan pelaksanaan penelitian.

##### 4.7.1 Administrasi

Pada tahap administrasi diawali dengan mendapatkan ijin dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, setelah lolos uji etik. Selanjutnya Peneliti mengajukan surat permohonan ijin untuk melakukan penelitian yang ditujukan kepada Direktur utama RSUD Prof.Dr.R.D Kandou Manado, dan Direktur RS Bethesda Tomohon. Setelah mendapatkan ijin penelitian lewat surat ijin yang diterima, maka peneliti mengadakan koordinasi dengan ruangan tempat penelitian dan melakukan pendekatan formal maupun informal kepada penanggung jawab ruangan dan kepala ruangan. Peneliti menjelaskan kembali tujuan, manfaat dan prosedur penelitian kepada penanggung jawab ruangan.

#### 4.8 Prosedur Teknis

Peneliti menentukan responden sesuai dengan kriteria inklusi yang telah dibuat yaitu pasien dengan *coronary artery disease*, bersedia menjadi responden dan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, yang dibuktikan dengan menandatangani *informed consent*, dapat berkomunikasi dengan baik, dapat membaca dan menulis, pasien yang pernah mendapatkan edukasi kesehatan tetapi tidak mempunyai pengetahuan tentang latihan fisik. Khusus pada penentuan responden ini, peneliti melakukan teknik wawancara dengan cara menanyakan kepada responden apakah sudah pernah mendapatkan edukasi tentang CAD, dan apakah responden sudah memiliki pengetahuan tentang latihan fisik. Peneliti menemukan ada responden yang pernah mendapatkan informasi tentang penyakitnya tetapi hanya terbatas pada informasi bahwa responden tersebut menderita penyakit jantung, tetapi tidak mengetahui tentang latihan fisik. Responden ini dijadikan sampel oleh

peneliti, selain itu peneliti juga memilih responden yang memiliki motivasi yang rendah diketahui dengan menggunakan instrumen motivasi dengan skala pada rentang kurang dari 6.

Peneliti melakukan pendekatan kepada responden dengan memberikan penjelasan kepada pasien tentang prosedur penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti pada hari ke dua setelah pasien dirawat yaitu responden akan mendapatkan edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik.

Setelah peneliti memberikan penjelasan kepada pasien, maka peneliti memberikan *informed consent*, peneliti kembali menanyakan kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah responden menyatakan bersedia maka peneliti meminta responden untuk menandatangani *informed consent*.

Pada awal penelitian peneliti mengumpulkan kelompok intervensi terlebih dahulu sesuai dengan jumlah sampel yang dipilih secara non random dan peneliti mendapatkan 25 responden pada kelompok intervensi, setelah itu peneliti mengumpulkan 25 responden untuk kelompok kontrol.

#### 4.8.1 Tahap Pelaksanaan

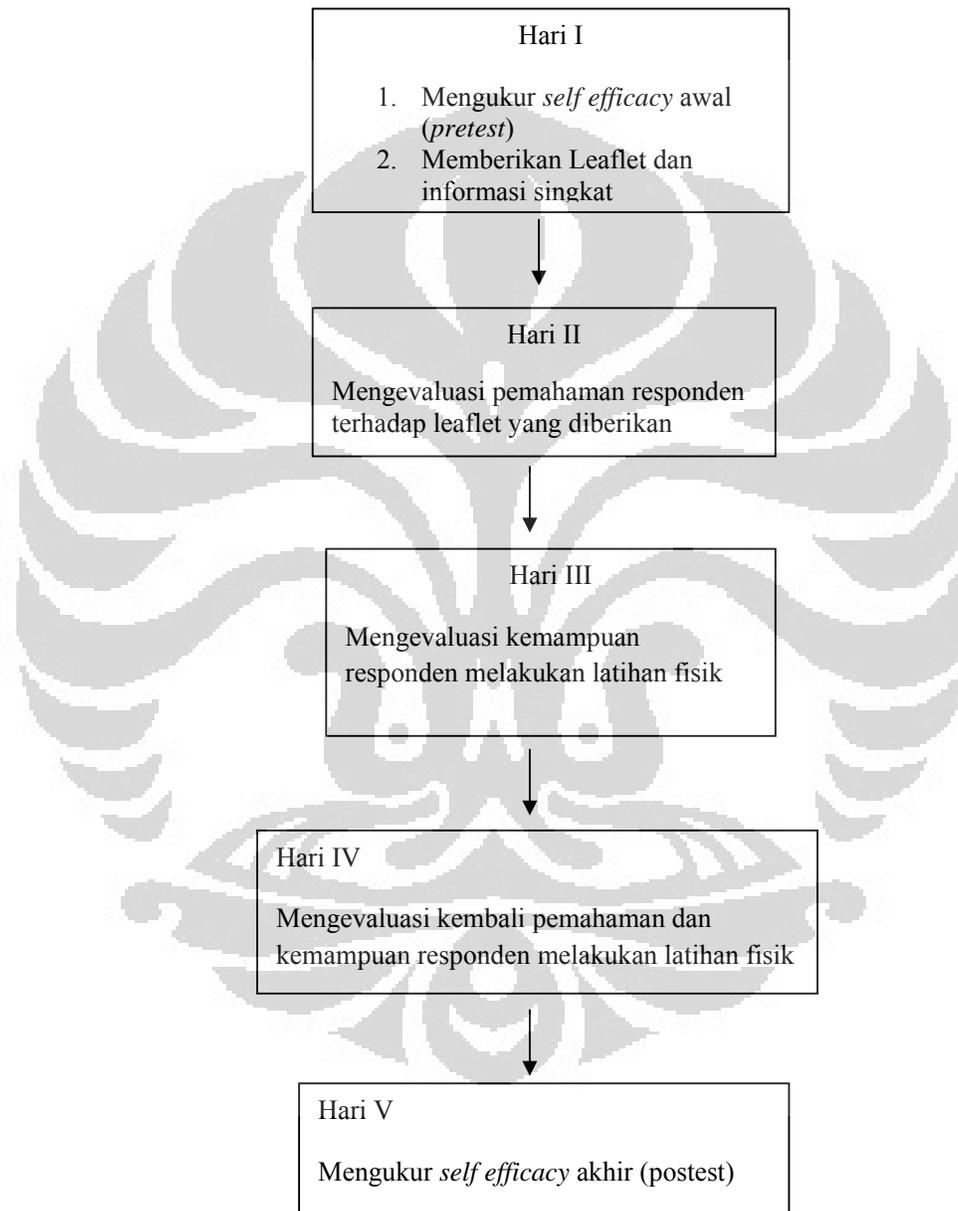
Pada tahap ini peneliti memberikan edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik dengan waktu pelaksanaan selama 5 hari. (Hiltunen et al, 2005).

##### a. Kelompok kontrol

Pada kelompok kontrol peneliti melakukan *pre-test* yaitu dengan memberikan instrumen ESES untuk diisi oleh responden. Setelah responden selesai mengisi instrumen tersebut peneliti memberikan *leaflet* yang berisi penjelasan tentang latihan fisik. Disamping itu peneliti memberikan informasi singkat yang berhubungan dengan manfaat dan jenis latihan yang diberikan tanpa penjelasan yang berisi

komponen sumber-sumber *self efficacy*. Peneliti tetap mengunjungi kelompok kontrol selama 5 hari dan melakukan evaluasi setiap hari terhadap kemampuan melakukan latihan fisik.

Skema 4.1 Edukasi pada kelompok kontrol



b. Kelompok intervensi

1. Hari pertama peneliti melakukan *pretest* setelah itu memberikan edukasi secara verbal, dengan memasukkan sumber-sumber *self efficacy* (pengalaman, mengeksplorasi kesuksesan orang lain, memberikan dukungan/pujian, diajarkan mengetahui kelainan hemodinamik dan menghentikan aktivitasnya) sebagai metode edukasi, selain itu peneliti menjelaskan tentang pengertian, manfaat latihan fisik, pada pasien dan keluarga, serta memberikan *leaflet* sebagai pedoman dalam melakukan latihan fisik. Selanjutnya peneliti mengajarkan responden mengontrol emosi dan mengontrol kemampuan diri. Peneliti memberikan pedoman tentang tanda dan gejala yang harus dikenali oleh pasien dan keluarga dimana pasien akan menghentikan latihan fisiknya ketika terdapat tanda dan gejala yang mengarah pada penurunan hemodinamik (sesak nafas, nyeri dada, peningkatan denyut nadi).
2. Hari kedua peneliti melibatkan orang terdekat (suami/istri/anak) dalam edukasi dan mengevaluasi pemahaman pasien dan keluarga tentang pedoman latihan fisik yang ada di *leaflet*. Selain itu peneliti melibatkan pasien CAD lain menjadi model untuk memberikan keyakinan bagi responden. Adapun kriteria model adalah pasien CAD yang berobat jalan di poliklinik jantung, pernah di rawat di rumah sakit, rutin melakukan latihan fisik (3-4 kali/minggu). Peran dan fungsi dari model adalah membagi pengalaman kepada responden terkait keberhasilan melakukan latihan fisik serta manfaat yang dirasakan dari latihan fisik tersebut.
3. Hari ketiga peneliti mengajarkan responden melakukan latihan fisik secara bertahap sesuai pedoman yang ada pada *leaflet* dengan tetap melibatkan keluarga. Peneliti memberikan dorongan dengan menggunakan kata-kata persuasif dan memberikan pujian atau

umpan balik positif atas keberhasilan pasien dalam melakukan latihan fisik yang berguna meningkatkan *self efficacy*.

4. Hari keempat peneliti melakukan evaluasi terhadap kemampuan responden melakukan latihan fisik, peneliti memberikan pujian atau umpan balik atas keberhasilan responden dalam melakukan latihan fisik.
5. Hari kelima peneliti memberikan kuesioner *self efficacy (post test)*.



Skema 4.2 Edukasi latihan fisik kelompok intervensi



## 4.9 Pengolahan dan Analisa data

### 4.9.1 Pengolahan data

Peneliti melakukan pengolahan data kuantitatif yang telah dilakukan dengan komputerisasi yang meliputi tabulasi data. Langkah-langkah pengolahan data pada umumnya melalui langkah-langkah sebagai berikut (Notoadmodjo, 2010) :

#### 4.9.1.1 Editing (penyuntingan data)

Semua hasil wawancara atau angket yang didapatkan melalui kuesioner perlu diedit atau disunting. Hal ini berguna untuk memeriksa kembali apakah ada data atau informasi yang tidak lengkap dan tidak mungkin diulang. Memeriksa kembali apakah jawaban atau tulisan masing-masing pertanyaan jelas terbaca, apakah relevan, dan konsisten dengan jawaban pertanyaan.

#### 4.9.1.2 Membuat lembaran kode (*coding sheet*) atau kartu kode

Kode atau coding sheet dibuat setelah semua kuesioner sudah diedit. Setelah itu data diubah dalam bentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

#### 4.9.1.3 Memasukkan data (*data entry*) atau *processing*

Setelah data-data yang berupa jawaban responden diberi kode selanjutnya dimasukkan kedalam program software komputer dengan menggunakan perangkat program statistik SPSS.

#### 4.9.1.4 Pembersihan data (*cleaning*)

Apabila semua data dari sumber data sudah dimasukkan, maka peneliti melakukan pengecekan kembali kemungkinan adanya kesalahan dalam pengkodean, kurang lengkap, sehingga diperlukan adanya koreksi, yang disebut dengan pembersihan data.

#### 4.9.2 Analisa data

Data-data yang telah diolah akan bermakna jika dilakukan analisis. Tujuan melakukan analisis data ialah mendapatkan gambaran hasil penelitian dari rumusan tujuan penelitian, membuktikan hipotesis.

#### 4.9.3 Analisis Univariat

Tujuan dari analisis univariate adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik dari setiap variabel. Pada analisis ini telah menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini untuk data numerik yaitu umur, *self efficacy*. Data kategorik adalah jenis kelamin.

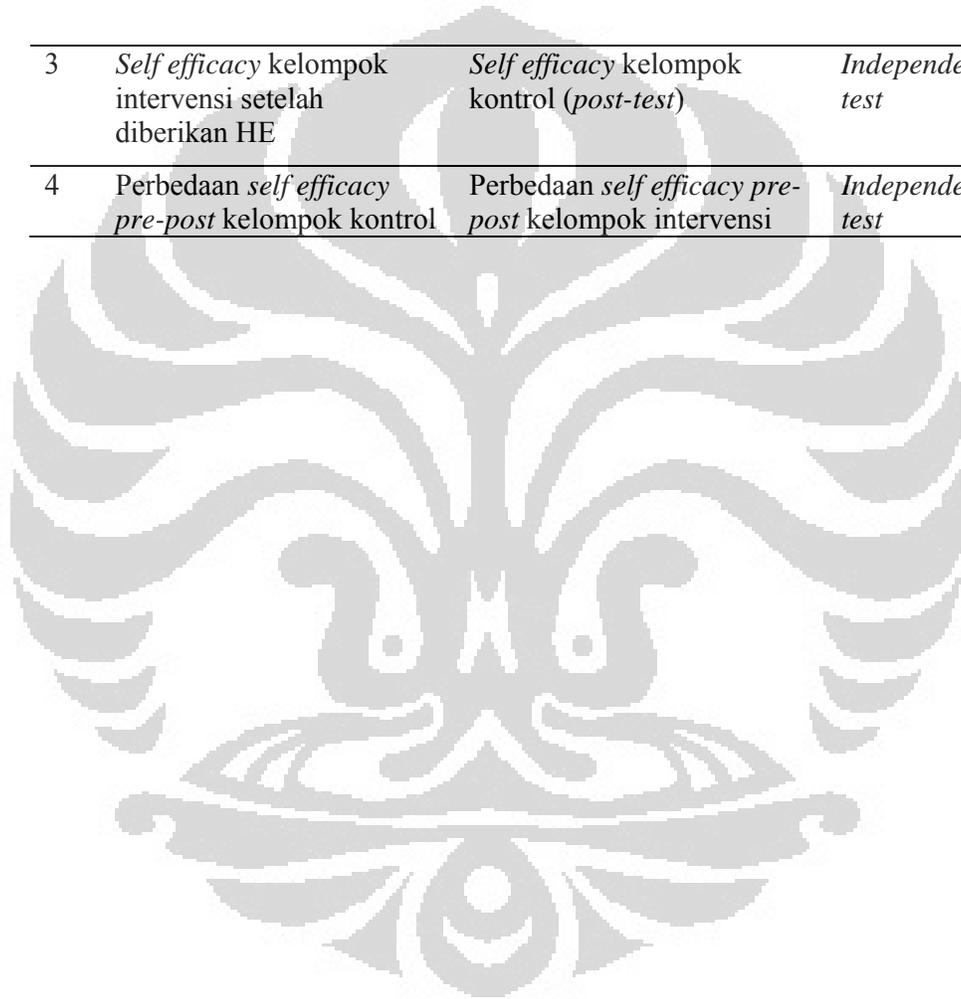
#### 4.9.4 Analisis Bivariat

Pada penelitian ini sebelum menentukan jenis uji yang dipakai maka dilakukan uji homogenitas dan normalitas dari data. Dalam melakukan uji normalitas data peneliti menggunakan uji normalitas berdasarkan nilai skewness yang dibagi dengan standar errornya. Hasil uji normalitas didapatkan semua data  $< 2$  yang berarti berdistribusi normal (umur -1.35, SE kelompok kontrol pretest 0.48, posttest 1.02 dan SE kelompok intervensi pretest 0.71, posttest -1.52). Setelah itu dilakukan uji hipotesis untuk mengetahui perbedaan *self efficacy* pada kelompok intervensi dan kontrol. Perbedaan pada kedua kelompok ini diuji dengan uji *independen t-test* dan untuk mengetahui perbedaan *pre test* dan *post test* kedua kelompok tersebut dengan menggunakan uji *paired t-test*. Sebelum dilakukan uji *t-test* dilakukan uji normalitas data.

Dalam melakukan analisis bivariat peneliti menggunakan tingkat kemaknaan sebesar 95 % yang berarti bahwa jika nilai  $p < 0.05$  berarti ada pengaruh intervensi terhadap variabel dependen yang berarti  $H_0$  ditolak. Jika nilai  $p > 0.05$  maka tidak ada pengaruh intervensi terhadap variabel dependen yang berarti  $H_0$  gagal ditolak.

Tabel 4.1. Analisis Bivariat *Self Efficacy* pada Kelompok Kontrol dan Intervensi

No	Variabel		Uji statistik
1	<i>Self efficacy</i> kelompok kontrol ( <i>pre-test</i> )	<i>Self efficacy</i> kelompok kontrol ( <i>post-test</i> )	<i>paired t-test</i>
2	<i>Self efficacy</i> kelompok intervensi sebelum diberikan HE	<i>Self efficacy</i> kelompok intervensi setelah diberikan HE	<i>paired t-test</i>
3	<i>Self efficacy</i> kelompok intervensi setelah diberikan HE	<i>Self efficacy</i> kelompok kontrol ( <i>post-test</i> )	<i>Independen t-test</i>
4	Perbedaan <i>self efficacy pre-post</i> kelompok kontrol	Perbedaan <i>self efficacy pre-post</i> kelompok intervensi	<i>Independen t-test</i>



## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang pengaruh intervensi edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik terhadap *self efficacy* pada pasien *coronary artery disease* di dua rumah sakit yaitu rumah sakit umum Prof.dr.R.D Kandou Manado dan rumah sakit Bethesda Tomohon. Pada Penelitian ini terdapat 50 responden yang dibagi dalam 2 kelompok yaitu kelompok kontrol dengan jumlah responden 25 pasien dan kelompok intervensi dengan jumlah responden 25 pasien.

Kelompok kontrol diberikan nasihat atau informasi singkat yang berhubungan dengan manfaat dan jenis latihan fisik yang diberikan pada saat pengisian skala *self efficacy*. Selain itu pada kelompok ini diberikan leaflet tanpa penjelasan yang berisi komponen sumber-sumber *self efficacy*. Sedangkan pada kelompok intervensi mendapatkan edukasi tentang latihan fisik, dengan melibatkan orang terdekat pasien, selain itu peneliti melibatkan orang lain yang telah berhasil untuk menjadi model bagi pasien, mengajarkan pasien melakukan latihan fisik secara bertahap sesuai pedoman yang ada pada *leaflet*, serta mengevaluasi kemampuan pasien melakukan latihan fisik dengan tetap memberikan pujian atau umpan balik atas keberhasilan melakukan latihan fisik. Kelompok kontrol dan intervensi dilakukan *pre test* dan *post test self efficacy* kemudian hasilnya dibandingkan.

Analisis statistik terhadap hasil penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut :

#### 5.1 Analisis Univariat

Pada analisis ini akan menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel. Analisis univariat dalam penelitian ini adalah data umur dan jenis kelamin.

### 5.1.1 Distribusi responden berdasarkan umur, jenis kelamin

Tabel dibawah ini menunjukkan karakteristik responden menurut umur dan jenis kelamin dengan jumlah 50 responden.

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur pada kelompok kontrol dan intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon (n = 50)

No	Variabel/ Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min	Mak	CI 95% Lower;Upper
1	Kontrol	25	55.48	56.00	4.37	47	62	53.67; 57.29
2	Intervensi	25	55.76	56.00	6.13	39	67	53.23; 58.29

Tabel 5.1 dapat dilihat bahwa umur pada kelompok kontrol mempunyai nilai mean 55.48 dengan median 56.00, standar deviasi 4.37, sedangkan umur termuda 47 tahun dan tertua 62 tahun diyakini dengan CI 53.67;57.29. Pada kelompok intervensi mempunyai nilai mean 55.76 dengan median 56.00, standar deviasi 6.13, sedangkan umur termuda 39 tahun dan tertua 67 tahun diyakini dengan CI 53.23;58.29.

Tabel 5.2 Proporsi responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok kontrol dan intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon (n = 50)

Karakteristik		Kelompok Kontrol		Kelompok intervensi		Total
		n	%	n	%	
Jenis kelamin	Laki-laki	16	64	18	72	34
	Perempuan	9	36	7	28	16
Total		25		25		50

Pada Tabel 5.2 menunjukkan bahwa jenis kelamin laki-laki pada kelompok kontrol 16 responden atau 64 %, jenis kelamin perempuan 9 responden atau 36 %. Sedangkan pada kelompok intervensi jenis kelamin laki-laki 18 responden atau 72 % dan jenis kelamin perempuan 7 responden atau 28 %. Total jumlah responden laki-laki baik kelompok kontrol dan intervensi 34 responden atau 68 % dan perempuan 16 responden atau 32 %.

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan *self efficacy* sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok kontrol dan intervensi di RSU Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon (n = 50)

Variabel/kelompok	Mean	Median	SD	Min	Max	CI 95 %	
						Lower	Upper
Kontrol <i>pretest</i>	11.48	12.00	1.44	10	14	10.88	12.08
<i>posttest</i>	13.24	13.00	1.73	10	18	12.52	13.96
Intervensi							
<i>Pretest</i>	11.52	12.00	1.35	10	14	10.96	12.08
<i>posttest</i>	38.04	38.00	1.76	34	40	37.31	38.77

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa rata-rata skor *self efficacy pretest* pada kelompok kontrol 11.48 sedangkan pada kelompok intervensi 11.52. Nilai median pada kelompok kontrol 12.00 sedangkan pada kelompok intervensi 12.00. Standar deviasi pada kelompok kontrol 1.44 dan pada kelompok intervensi 1.35. Pada *posttest* rata-rata skor *self efficacy pretest* pada kelompok kontrol 13.24 sedangkan pada kelompok intervensi 38.04. Nilai median pada kelompok kontrol 13.00 sedangkan pada kelompok intervensi 38.00. Standar deviasi pada kelompok kontrol 1.73 dan pada kelompok intervensi 1.76.

## 5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji kesetaraan dari karakteristik variabel antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Selain itu dapat juga dilakukan untuk menguji beda dua *mean self efficacy* kelompok kontrol dan kelompok

intervensi pada saat sebelum diberikan edukasi kesehatan dan setelah diberikan edukasi kesehatan.

### 5.2.1 Analisis kesetaraan karakteristik responden

Uji kesetaraan dilakukan pada variabel umur, jenis kelamin dan *self efficacy*. Uji kesetaraan ini bertujuan untuk mengetahui apakah terdapat persamaan data yang dimiliki oleh kelompok kontrol dan intervensi. Hasil uji kesetaraan ini dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4 Kesetaraan berdasarkan jenis kelamin pada kelompok kontrol dan intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon (n = 50)

Karakteristik		Kontrol	Intervensi	X <sup>2</sup>	p value
		n	n		
Jenis Kelamin	Laki-laki	16	18	0.36	0.76
	Perempuan	9	7		

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa jenis kelamin pada kelompok kontrol dan intervensi memiliki  $p > 0.05$  (0.76). Hasil analisis pada jenis kelamin menunjukkan nilai  $p > 0.05$  ( $p = 0.76$  pada  $\alpha = 0.05$ ) yang berarti bahwa pada kelompok kontrol dan intervensi terdapat kesetaraan jenis kelamin.

Tabel 5.5 Kesetaraan berdasarkan umur dan *self efficacy* pada kelompok kontrol dan intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon (n = 50)

Variabel/ kelompok		n	Mean	SD	t	p value
Umur	Kontrol	25	55.48	4.37	-1.86	0.85
	Intervensi	25	55.76	6.13		
<i>Self efficacy</i> <i>pretest</i>	Kontrol	25	11.48	1.44	-1.01	0.92
	Intervensi	25	11.52	1.35		

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa umur pada kelompok kontrol memiliki skor rata-rata 55.48 dan kelompok intervensi 55.76 dengan nilai  $p > 0.05$  ( $p = 0.85$ ). Hal ini berarti bahwa umur pada kelompok kontrol dan intervensi setara.

Pada *self efficacy pretest* kelompok kontrol memiliki skor rata-rata 11.48 dan kelompok intervensi 11.52 dengan nilai  $p > 0.05$  ( $p = 0.92$ ) yang berarti bahwa *self efficacy pretest* pada kelompok kontrol dan intervensi setara.

5.2.3 Analisis perbedaan *self efficacy* pasien CAD sebelum dan setelah edukasi pada kelompok kontrol dan intervensi.

Tabel 5.6 Perbedaan *self efficacy* pada pengukuran *pretest* dan *posttest* antara kelompok kontrol dan intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon ( $n = 50$ )

Kelompok	n	Mean	SD	t	p value
Kontrol					
<i>Pretest</i>	25	11.48	1.44	-3.68	0.001*
<i>Posttest</i>		13.24	1.73		
Intervensi					
<i>Pretest</i>	25	11.52	1.35	-52.99	0.000 *
<i>Posttest</i>		38.04	1.76		

\*bermakna pada  $\alpha=0.05$

Berdasarkan tabel 5.6 didapatkan bahwa nilai rata-rata *self efficacy* kelompok kontrol sebelum diberikan edukasi adalah 11.48 dengan standar deviasi 1.44. Sedangkan pada *posttest* terjadi peningkatan dengan mean 13.24 dengan standar deviasi 1.73. Berdasarkan analisis dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan *self efficacy* yang bermakna pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah edukasi ( $p = 0.001$   $\alpha < 0.05$ ).

Pada kelompok intervensi didapatkan bahwa nilai rata-rata *self efficacy* kelompok intervensi *pretest* adalah 11.52 dengan standar deviasi 1.35 Sedangkan pada *posttest* terjadi peningkatan dengan mean 38.04 dan standar deviasi 1.76

Berdasarkan analisis pada kelompok intervensi dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan *self efficacy* yang bermakna pada pengukuran sesudah pemberian edukasi kesehatan dengan nilai  $p = 0.000$ .

5.2.4 Analisis perbedaan *self efficacy* pasien CAD sesudah edukasi pada kelompok kontrol dan intervensi.

Tabel 5.7 Analisis perbandingan skor *self efficacy* pada kelompok kontrol dan intervensi di RSUD Prof.Dr.RD Kandou Manado dan RS Bethesda Tomohon (n = 50)

Variabel/Kelompok	n	Mean	SD	t	p value
SE <i>Posttest</i> kontrol	25	13.24	1.73	-50.01	0.000 *
intervensi	25	38.04	1.76		
Selisih Kontrol	25	1.92	2.25	-36.53	0.000*
Intervensi	25	26.52	2.50		

\*bermakna pada  $\alpha = 0.05$

Tabel 5.7 juga menunjukkan rata-rata skor *self efficacy* pada kelompok kontrol sesudah pemberian edukasi adalah 13.24. Skor *self efficacy* kelompok intervensi *posttest* lebih tinggi. Hasil analisis selanjutnya disimpulkan bahwa ada peningkatan *self efficacy* yang bermakna pada pengukuran sesudah edukasi pada responden intervensi  $p < 0.05$  ( $p = 0.000$ ).

Pada tabel 5.7 juga menunjukkan rata-rata selisih *self efficacy* kelompok kontrol adalah 1.92 dan intervensi 26.52. Hasil analisis selanjutnya didapatkan nilai  $p < 0.005$  ( $p = 0.000$ ) hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara selisih *self efficacy* kelompok kontrol dan intervensi ( $p = 0.000$   $\alpha < 0.05$ ).

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil penelitian yang dilakukan yang didukung dengan literatur serta penelitian yang terkait. Selain membahas mengenai hasil penelitian, pada bab ini juga akan membahas keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian pada tatanan pelayanan keperawatan.

#### 6.1 Karakteristik responden

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami CAD berjenis kelamin laki-laki. Hal ini sesuai dengan Munther dan Homoud (2008) mengatakan bahwa laki-laki mempunyai resiko lebih tinggi terkena penyakit jantung dibandingkan dengan perempuan.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Ghaffari, Rajabi, Alizadeh dan Azarfarian (2007) juga menemukan bahwa dari 219 pasien dengan *coronary artery disease* terdapat 56.7 % berjenis kelamin laki-laki dan 43.3 % perempuan. Smeltzer dan Bare (2002) mengatakan bahwa laki-laki beresiko 3 kali lebih sering terkena penyakit jantung dibandingkan dengan perempuan pada masa *menopause*. Hal ini disebabkan karena pada perempuan memiliki hormon estrogen yang dapat berfungsi untuk mencegah pembuluh darah menjadi rusak dan menyebabkan aterosklerosis. Hal ini didukung oleh Saltiki dan Alevisaki (2007) yang mengatakan bahwa wanita yang berada pada usia produktif memiliki resiko yang rendah untuk terkena CAD dibandingkan dengan laki-laki. Namun berbeda pada saat wanita memasuki masa *menopause*, dimana pada masa ini kadar hormon estrogen menurun sehingga beresiko terhadap penyakit jantung.

Penelitian yang dilakukan oleh Grethen, Gierach, Jhonson, Merz, Kelsey, Bittner, dkk (2006) membandingkan faktor resiko terjadinya CAD pada wanita *premenopause* dan *postmenopause*. Didapatkan bahwa wanita *postmenopause* lebih banyak yang menderita CAD dibandingkan dengan *premenopause*. Pada masa menopause kadar hormon estrogen pada wanita mengalami penurunan sehingga hal ini memicu terjadinya penyakit jantung. Hal ini ditunjukkan oleh fenomena yang terdapat pada responden dalam penelitian ini dimana 9 diantaranya berada pada masa *postmenopause* yang terdiri 4 kelompok kontrol dan 5 intervensi.

Berdasarkan umur dari penelitian ini didapatkan bahwa rata-rata umur responden adalah 56 tahun, dan responden yang mempunyai umur termuda yaitu pada usia 39 tahun sedangkan yang paling tua adalah berumur 67 tahun. *National clinical guidelines cardiovascular disease* (2007) mengatakan bahwa dengan semakin bertambahnya usia seseorang akan semakin beresiko terkena serangan jantung. Hal ini juga didukung oleh Munther dan Homoud (2008) yang menjelaskan bahwa penderita jantung paling banyak berada pada usia 55-65 tahun.

Sejalan dengan hal tersebut Smeltzer dan Bare (2002) mengatakan bahwa proses penuaan yang terjadi pada individu akan dapat menyebabkan proses perubahan integritas lapisan dinding arteri (aterosklerosis) sehingga aliran darah dan nutrisi jaringan terhambat. Selain itu akibat aterosklerosis menyebabkan terganggunya perfusi jaringan karena kekakuan arteri yang menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan vaskuler perifer.

#### 6.2 Perbedaan *self efficacy* pada pengukuran *pretest* dan *posttest* kelompok kontrol dan intervensi.

Pada penelitian ini didapatkan bahwa responden yang diberikan edukasi kesehatan sesuai dengan sumber-sumber *self efficacy* memiliki *self efficacy* yang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa program edukasi sangat berpengaruh terhadap *self efficacy*. Jika edukasi tidak diberikan pasien tidak

akan memiliki keyakinan terhadap dirinya sendiri untuk melakukan perubahan perilaku yang tinggi dibandingkan dengan responden yang tidak mendapatkan edukasi kesehatan. Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa rata-rata skor *self efficacy pretest* lebih rendah dibandingkan dengan pengukuran pada *posttest*. Dari hasil tersebut dapat dilihat perbedaan nilai rata-rata antara *pretest* dan *posttest*. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Unsal dan Kasikci (2010) yang melakukan penelitian tentang efek edukasi terhadap *self efficacy* pasien dengan arthritis, dimana pada kelompok kontrol memperoleh rata-rata skor *pretest* 18.20 sedangkan *posttest* 19.80. Dari hasil tersebut terdapat perbedaan skor rata-rata antara *pre* dan *post* pada kelompok kontrol.

Pada kelompok intervensi dalam penelitian ini didapatkan juga peningkatan rata-rata skor *self efficacy posttest* yang lebih besar dibanding kontrol. Hasil penelitian ini memperkuat penelitian yang dilakukan oleh Unsal dan Kasikci (2010) dimana terjadi perbedaan skor *self efficacy* pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan edukasi dengan p value 0.000 yang menunjukkan bahwa ada pengaruh pada kelompok ini. Program edukasi yang diberikan kepada pasien meningkatkan *self efficacy* serta memberikan dorongan/semangat dan meningkatkan status kesehatan serta kualitas hidup.

Hasil penelitian yang didapatkan peneliti pada kelompok kontrol secara statistik terdapat perbedaan yang bermakna, namun peningkatan *mean self efficacy pretest* dan *posttest* hanya 1.92, sedangkan pada kelompok intervensi perbedaan *mean* antara *pretest* dan *posttest* adalah 26.52 dan analisis lebih lanjut menunjukkan terdapat selisih *mean* antara kelompok kontrol dan intervensi dengan p value 0.000.

Sementara itu Fini, Adib-Hajbaghery, Fard dan Khachian (2011) yang melakukan penelitian tentang efek edukasi kesehatan terhadap *self efficacy* pada pasien dengan tranplantasi sum-sum tulang. Hasil penelitian didapatkan bahwa pada kelompok intervensi memiliki *self efficacy* yang lebih tinggi

setelah diberikan edukasi kesehatan dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sementara itu penelitian yang dilakukan oleh Elliot (2005) menemukan bahwa metode edukasi dapat meningkatkan *self efficacy* dalam pengelolaan perawatan kaki pada pasien DM. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Young, Haskell, Taylor dan Fortmann (1996) menemukan hasil bahwa pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, *self efficacy* dan perilaku dalam beraktivitas pada pasien dengan *coronary artery disease*. Hal ini menunjukkan bahwa program edukasi sangat berpengaruh terhadap *self efficacy*. Jika edukasi tidak diberikan pasien tidak akan memiliki keyakinan terhadap dirinya sendiri untuk melakukan perubahan perilaku.

Bandura (1997) melalui teori kognitif *behavior* mengatakan bahwa perilaku seseorang dapat dipelajari dan diubah dengan memberikan perhatian khusus. Selain itu apabila individu memiliki suatu keyakinan dan harapan, akan membantu untuk melakukan suatu perubahan terhadap perilaku. Menurut Bandura bahwa perilaku individu berhubungan dengan *cognitive proces* dimana manusia dalam berperilaku diatur oleh kemampuan dan keyakinan. Individu yang memiliki *self efficacy* yang tinggi akan memiliki tujuan yang tinggi pula demi mencapai apa yang diinginkan. Selain itu perilaku juga berhubungan dengan *affective proces* dimana individu percaya bahwa kemampuan yang ia miliki tergantung dari situasi dalam dirinya seperti motivasi, dan *locus of control* yang berhubungan dengan persepsi individu untuk mengontrol situasi tertentu dari dalam atau luar diri. Dengan *self efficacy* individu percaya akan kemampuannya mengerjakan sesuatu secara fokus dengan menggunakan proses kognitif dan afektif untuk mencapai hasil yang diinginkan.

Black (2001) menyatakan bahwa edukasi kesehatan adalah suatu proses yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang dengan memberikan dukungan, memilih alternatif yang sesuai sehingga terjadi perubahan perubahan sikap dan perilaku secara optimal baik fisik, mental dan lingkungan. Sementara itu

menurut Notoadmodjo (2007) mengatakan bahwa edukasi kesehatan dapat dilakukan untuk merubah suatu perilaku seseorang dengan cara persuasi, bujukan, dan pemberian informasi tentang kesehatan. Sehingga informasi yang kurang jelas diberikan akan mempengaruhi proses perubahan perilaku dari seseorang.

Penelitian yang dilakukan oleh Makelainen (2009) tentang edukasi pada pasien rheumatoid arthritis terhadap *self efficacy* menjelaskan bahwa pasien dengan rheumatoid arthritis perlu diberikan pengetahuan tentang penyakitnya, selain itu diberikan dukungan emosional terkait dengan penyakitnya. Makelainen berkesimpulan bahwa pasien yang tidak diberikan pengetahuan serta tindakan perawat yang tidak fokus untuk memberikan dukungan emosi pada pasien menyebabkan penurunan *self efficacy* pada pasien. Berdasarkan hal tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa tidak diberikannya edukasi kesehatan dapat berpengaruh pada kurangnya keyakinan pasien melakukan aktivitas dalam hal ini latihan fisik.

Selain itu Bredhal dan Roessler (2011) mengatakan bahwa kurangnya motivasi dari individu menjadi penghambat untuk melakukan perubahan terhadap suatu perilaku. Bredhal menjelaskan bahwa individu yang memiliki motivasi yang baik akan memiliki *self efficacy* yang baik pula. Namun menurut Dehdari et al (2008) dengan dukungan dan edukasi yang diberikan pada pasien akan berpengaruh pada peningkatan *self efficacy* sehingga pasien jantung akan merubah perilaku dan dengan demikian meningkatkan kualitas hidup pasien jantung. Selain itu pada kelompok kontrol tidak terjadi peningkatan skor *self efficacy* yang bermakna disebabkan karena kelompok ini hanya diberikan *leaflet* sebagai pedoman informasi yang dapat dibaca tanpa diberikan penambahan edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik.

Bredahl dan Roessler (2011) mengatakan bahwa informasi yang jelas diberikan kepada pasien akan meningkatkan *self efficacy* dalam melaksanakan aktivitas untuk meningkatkan kemampuan beraktivitas pada tingkatan yang lebih tinggi.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Kara dan Asti (2004) yang melakukan penelitian tentang efek dari edukasi terhadap *self efficacy* pada pasien dengan COPD. Hasilnya menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara edukasi kesehatan dengan *self efficacy* pasien dalam mengatasi keluhan sesak nafas, dan kebiasaan merokok. Dimana nilai  $p < 0.001$ , sehingga dari penelitian ini disimpulkan bahwa edukasi kesehatan mampu meningkatkan keyakinan pasien untuk mengelola penyakitnya sendiri.

Menurut Notoadmodjo (2007), mengatakan bahwa salah satu alat bantu yang digunakan untuk memberikan pendidikan kesehatan adalah *leaflet*, yang berbentuk lembaran, dapat dilipat dan berisi informasi-informasi dalam bentuk kalimat dan gambar. Responden pada kelompok kontrol mendapatkan informasi tentang latihan fisik dengan membaca *leaflet*. Dengan membaca *leaflet* tersebut terjadi penambahan informasi sehingga dapat terjadi peningkatan *self efficacy*, walaupun tidak sama dengan peningkatan *self efficacy* pada kelompok intervensi. Hasil ini sesuai dengan pendapat dari Lorig dan Holman (2003) yang mengatakan bahwa untuk mencapai manajemen diri yang efektif diperlukan program edukasi untuk mencapai perubahan perilaku dalam upaya untuk meningkatkan *self efficacy* individu itu sendiri.

Perbedaan skor rata-rata *self efficacy* antara kelompok kontrol dan intervensi menunjukkan perbedaan yang bermakna. Hal ini dapat dilihat dari hasil pengukuran pretest dan *posttest self efficacy* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Selain itu hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara skor rata-rata *posttest* kelompok kontrol dan

*postest* kelompok intervensi. Nilai rata-rata pengukuran *postest* pada kelompok intervensi lebih tinggi. Pada kelompok intervensi peneliti menerapkan sumber-sumber *self efficacy* menurut Bandura (1997) berupa *mastery experience* yaitu memberikan umpan balik positif/pujian jika pasien menunjukkan perilaku keberhasilan dalam melaksanakan latihan, *vicarious experience* yaitu dengan mengeksplorasi kesuksesan orang lain yang memiliki penyakit yang sama, *verbal encouragement* yaitu memberikan dukungan dan dorongan, menyemangati pasien, dan *reinterpretation of symptoms* yaitu dengan mengajarkan pasien mengetahui tanda-tanda perubahan hemodinamik ketika menghentikan aktivitasnya. Berdasarkan hasil tersebut maka dapat dikatakan bahwa pemberian edukasi kesehatan pada kelompok intervensi efektif meningkatkan *self efficacy* responden.

Peran perawat sangat penting dalam memfasilitasi kesehatan pasien secara umum termasuk mengidentifikasi faktor resiko, menyediakan konseling motivasi, memberikan pendidikan kesehatan dan menegosiasi tujuan perilaku serta mengatur *follow up* (Harris, 2008).

Edukasi yang diberikan kepada pasien dengan sumber-sumber *self efficacy* dapat meningkatkan skor *self efficacy* pasien dengan CAD. Ini sesuai dengan Pender (2011) yang menjelaskan bahwa intervensi untuk mempengaruhi perilaku kesehatan dalam meningkatkan aktifitas fisik memiliki tujuan memperkuat dan membangun kesuksesan dalam perilaku dan hal ini mempengaruhi *self efficacy*. *Self efficacy* memotivasi perilaku promosi kesehatan yang secara langsung mempengaruhi komitmen dalam melaksanakan rencana tindakan. Dengan demikian ketika *self efficacy* pasien baik diharapkan berperilaku baik terhadap kesehatannya.

Lasmito & Rachma (2009) dalam penelitian yang berjudul motivasi perawat melakukan pendidikan kesehatan di ruang anggrek rumah sakit Tugurejo Semarang menyimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat keberhasilan

pemberian pendidikan kesehatan yang diberikan, maka semakin tinggi kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.

### 6.3 Keterbatasan penelitian

Peneliti mengidentifikasi keterbatasan dalam penelitian ini yaitu tidak dapat memisahkan ruang rawat antara kelompok kontrol dan intervensi, dimana ditemukan 2 responden kelompok kontrol bergabung dengan kelompok intervensi dalam satu ruangan perawatan sehingga mempengaruhi validitas data.

### 6.4 Implikasi hasil penelitian

#### 6.4.1 Pelayanan Keperawatan

Implikasi bagi pelayanan keperawatan dari penelitian ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan yang diberikan berdampak pada keyakinan pasien melakukan perubahan perilaku, serta memfasilitasi pasien memahami apa yang dikerjakan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti maka dapat dijelaskan bahwa bentuk pelayanan keperawatan kepada pasien melalui penerapan edukasi kesehatan yang dilaksanakan selama 5 hari menunjukkan keberhasilan bagi pasien. Pelaksanaan edukasi kesehatan yang dilaksanakan pada hari kedua pasien dirawat, dengan pemberian edukasi verbal, dan penjelasan tentang latihan fisik serta memberikan *leaflet* sebagai pedoman, membantu pemahaman pasien. Selanjutnya dengan keterlibatan orang-orang terdekat pasien membantu keyakinan pasien. Selain itu dengan mengajarkan pasien melakukan latihan fisik, mendorong serta memberikan pujian atas keberhasilan pasien dan mengevaluasi kemampuan pasien, memberikan umpan balik atas keberhasilan pasien berdampak pada keberhasilan meningkatkan rasa percaya diri pasien.

Pelayanan keperawatan melalui pemberian intervensi edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik pada pasien dengan

*coronary artery disease* dapat meningkatkan *self efficacy* pasien dalam melakukan latihan fisik. Pemberian edukasi kesehatan pada saat pasien dirawat atau pada saat pasien pulang jarang dilakukan oleh perawat yang bertugas di ruangan perawatan tersebut. Pemberian edukasi kesehatan kepada pasien merupakan bagian dari tugas pemberi layanan keperawatan dimana sangat bermanfaat bagi peningkatan kepercayaan diri pasien, disamping itu edukasi kesehatan tidak memerlukan biaya serta alat atau bahan yang mahal sehingga mudah untuk dilakukan.

Pelaksanaan edukasi kesehatan dengan menerapkan sumber-sumber *self efficacy* (*mastery experience, vicarious experience, verbal encouragement, reinterpretation of symptoms*), ternyata dapat menimbulkan motivasi dan semangat bagi pasien sehingga *self efficacy* meningkat.

Dengan demikian implikasi penelitian ini terhadap pelayanan kesehatan adalah perlunya program untuk melaksanakan pendidikan kesehatan yang melibatkan perawat, pasien dan keluarga dengan menggunakan media khusus dan dilaksanakan di ruang khusus. Untuk itu perlu dukungan dari perawat terutama pada pemberian edukasi, selain itu perawat perlu meningkatkan kompetensi dalam pendidikan kesehatan.

#### 6.4.2 Penelitian keperawatan

Penelitian ini adalah penelitian dengan jenis *quasi* eksperimen dengan langsung mengaplikasikan kepada pasien tentang pemberian edukasi kesehatan. Selain itu bagi penelitian keperawatan hasil ini menambah wawasan dan pemahaman bahwa salah satu cara yang dilakukan untuk meningkatkan *self efficacy* pasien adalah melalui edukasi kesehatan. Sebagai implikasinya perlu ada penelitian tindak lanjut yang dilakukan oleh peneliti terlatih dengan menggunakan desain dan sampel responden yang berbeda, serta perlu melakukan penelitian tentang model edukasi lain seperti video untuk meningkatkan *self efficacy* pasien.

#### 6.4.3 Pendidikan keperawatan

Penelitian ini membuktikan bahwa edukasi kesehatan dengan cara pemodelan orang lain bila diberikan dengan baik akan sangat berguna bagi perawatan pasien. Mahasiswa keperawatan hendaknya perlu mendalami materi tentang edukasi kesehatan, terutama teknik atau cara pemberian edukasi kesehatan bagi pasien. Untuk itu diperlukan penambahan materi tentang edukasi kesehatan pada kurikulum di instansi pendidikan keperawatan.



## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- 7.1.1 Responden dalam penelitian ini memiliki umur rata-rata 56 tahun dengan usia termuda 39 tahun dan tertua 64 tahun. Sebagian besar berjenis kelamin laki-laki.
- 7.1.2 Ada pengaruh edukasi kesehatan tentang manajemen diri melakukan latihan fisik terhadap *self efficacy* pada kelompok intervensi sesudah perlakuan.
- 7.1.3 Skor rata-rata *self efficacy* kelompok kontrol sesudah perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan sebelum perlakuan.
- 7.1.4 Skor rata-rata *self efficacy* kelompok intervensi sesudah perlakuan lebih tinggi dibandingkan dengan sebelum perlakuan.
- 7.1.5 Terdapat perbedaan yang bermakna antara skor rata-rata *self efficacy* kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sesudah pemberian edukasi kesehatan .

#### 7.2 Saran

##### 7.2.1 Pelayanan keperawatan

Perlu adanya pelatihan bagi perawat tentang edukasi kesehatan untuk dapat meningkatkan kemampuan dalam memberikan edukasi kesehatan sehingga pemberian edukasi dapat tepat sasaran dan berguna bagi pasien.

Perawat hendaknya diberi pemahaman akan pentingnya edukasi kesehatan bagi pasien untuk meningkatkan *self efficacy* pasien, sehingga perawat dapat memberikan edukasi kesehatan, sebagai bagian dari asuhan keperawatan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup

pasien dengan *coronary artery disease*. Pemberian edukasi kesehatan hendaknya sesuai dengan tahap-tahap yang sudah dilaksanakan dalam penelitian ini.

#### 7.2.2 Institusi rumah sakit

Perlu adanya kebijakan untuk memberikan penyegaran kompetensi mendidik bagi perawat dalam melakukan edukasi kesehatan dengan menggunakan model peran.

Perlu mengalokasikan dana untuk pengembangan media lain/*leaflet* diruangan, yang diberikan kepada pasien sehingga pasien memiliki rujukan/pengetahuan tentang penyakitnya.

Penyediaan referensi-referensi materi pendidikan kesehatan serta tersedianya standar operasional prosedur (SOP) tentang edukasi kesehatan. Selain itu perlu tersedianya ruangan khusus untuk memberikan edukasi kesehatan agar pada saat memberikan edukasi kesehatan tidak terganggu, serta tersedianya program pelatihan untuk meningkatkan kemampuan manajemen diri pasien.

#### 7.2.3 Penelitian selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian ini dengan melakukan observasi langsung terhadap kemampuan melakukan latihan fisik pada saat pasien pulang dirumah. Selain itu perlu dilakukan penelitian tentang manajemen diri lainnya dari pasien CAD terhadap *self efficacy*.

#### 7.2.4 Pendidikan

Menyempurnakan kurikulum terutama mata kuliah keperawatan yang melibatkan mahasiswa calon perawat untuk mendidik pasien dengan meningkatkan jumlah jam praktek yang digunakan untuk pelaksanaan pendidikan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ades, A.P (2001). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 345.
- Aish, A., & Isenberg, M. (1996). Effects of orem based nursing intervention on nutritional self care of myocardial infarction patients. *International Journal Nurs*, 33 (3) : 259-270.
- Almas, A., Hameed, A., & Sultan, T.A.F. (2008). Knowledge of coronary artery disease (CAD) risk factor and coronary intervention among university students. *J. Park Med.Assoc* (58):553
- Ariawan, I. (1998). *Bresar dan metode sampel dalam penelitian kesehatan*. Jakarta: FKM UI.
- Astuti, P (2011) Pengaruh edukasi preoperasi terstruktur (dengan teori kognitif sosial) terhadap *self efficacy* dan perilaku latihan post operasi pada pasien fraktur ekstremitas bawah dengan pembedahan di rumah sakit Surabaya. Tesis. FIK UI, Tidak dipublikasikan.
- Bandura, A. (1997) Self efficacy. *Encyclopedia of Human Behaviour New York* (4) 71-81.
- Black, M.,J., & Hawks, H.,J. (2009) *Medical surgical nursing: clinical management for positive outcomes*. Souders Elseiver 8<sup>th</sup> ed.Singapore : 1410-1412.
- Bredahl, G., & Roessler, K.K. (2011) Prescribed exercise and behavioural change the influences of self efficacy, stages of change and social relations.
- Broutwell, A., Griffin, F., Hwu, S., & Shanon, D. (2009) Effective intervention to reduce rehospitalizations : A compendium of 15 promising intervention. *Institute of Healthcare Improvement*.
- Colpo, A (2005) LDL cholesterol : “Bad” cholesterol, or bad science?. *Journal of American Physicians and Surgeons* vol 10 (3):83-89.
- Daly, J., Sindone, A.P., & Thompson., (2002) Barrier to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs : A critical literature review. *Program Cardiovascular Nurs*, (1) 8-17.

- Dehdari, T., Heidarnia, A., Ramezankhani, A., Sadenghian, S., & Ghofranipour, F., (2008). Anxiety, self efficacy expectation and social support in patient after coronary angioplasty and coronary bypass. *Iranian J.Pub.Health* (37):119-125.
- Departemen of Health and Human Services Physical Activity Guidelines for Americans (2009). <http://www.health.gov/paguidelines>. Diakses 3 Maret 2012.
- DeRijk, B.G.M. (2009). Self-Management of vascular riskfactor. *Journal of cardiovascular nursing*. 21-24. Diakses dari [igitur-arichive.library.uu.nl/dl](http://igitur-arichive.library.uu.nl/dl) tanggal 4 Maret 2012.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta : Trans Media Info.
- Ferrier, S., Blanchard, C.M., Vallis, M & Giacpantonio, N (2011) Behavioural intervention to increase the physical activity of cardiac patients : a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 18:15.
- Fini, I.Z., Adib-Hajbaghery, M., Fard, A.S., Khachian, A (2011) The effect of health promotion strategies education on self care self efficacy in patients with bone marrow transplantation. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* vol 3 no.4 : 109-116.
- Ghaffari, S., Rajabi, N., Alizadeh, A & Azarfarin, R (2007). Predictors of ventricular dysfunction and coronary artery disease in patients with left bundle branch block. *Iranian cardiovascular research journal* vol.1 no 1 32-36
- Ghosh, J., Mishra, T.K., Rao, Y.N., & Anggarwal, S.K (2006). Oxidised LDL, HDL cholesterol, LDL cholesterol levels in patients of coronary artery disease. *Indian Journal of Clinical Biochemistry* (1):181-184.
- Hambrecht, R., Wolf, A., Gielen, S., Linke, A., Hofer, J., & Erbs, S., (2000) Effect of exercise on coronary endothelial function in patients with coronary artery disease. *The New England Journal of Medicine* (342): 454-460.
- Hiltunen, E.F., Winder, P.A., Rait, M.A., Buselli, E.F., Carroll, D.L., & Rankin, S.H (2005) Implementation of efficacy enhancement nursing intervention with cardiac elders. *Rehabilitation Nursing* Vol.30, No 6.
- Ignatavicius, D.D., & Workman, M.L.(2010) *Medikal surgical nursing critical thinking for collaborative care*. Six edition. USA Elseiver.

- Jess Feist, & Gregory, J.F (2002) *Theories of personality*. Mc Graw-Hill Higher Education.
- Joane B., Ditewig., Blok, H., Havers, J., & Veenendaal, V.H (2010) Effectiveness of self management intervention on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure : A systematic review. *Patient Education and Counseling* (78): 297-315.
- Kang, Y., Yang, I-S., & Kim, N. (2010). Correlates of health behaviour in patients with coronary artery disease. *Asian Nursing Research*. 4 (1), 45-55.
- Kara, M., & Asti, T (2003) Effect of education on self efficacy of turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. Fundamental of Nursing Departemen, Nursing College of Ataturk University. *Patient Education and Counseling* (55):227-244.
- Kementrian kesehatan RI Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit & Pengendalian Lingkungan direktorat pengendalian penyakit tidak menular (2011). Pandoman pengendalian faktor resiko penyakit jantung dan pembuluh darah (1):7-9.
- Kingbury, K., & Taking, (1998) How to teach primary and secondary prevention effectively. *Can J. Cardiology* (14): 22A-26A.
- Kummel, M., Vahlberg, T., Ojanlatva, A., Karki, R., Mattila, T., & Kivela, S.L (2008) Effects of an intervention on health behaviors of older coronary artery bypass (CAB) patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* (46): 227-244.
- Kusjono, H.S., & Yasril. (2009). Teknik sampling untuk penelitian kesehatan. Jogyakarta. Graha Ilmu.
- Kroll, T., Khen, M., Ho, P-S., & Neri, M. (2007) Psychometric characteristics of the SCI exercise self-efficacy scale (ESES) : Preliminary finding. *National Rehabilitation Hospital School of Nursing & Midwifery*. [www.sci-health.org](http://www.sci-health.org). Diakses pada 3 Maret 2012.
- LaPier, T.K., Cleary, K., & Kidd, J. ( 2009). Exercise self efficacy, habitual physical activity, and fear of falling in patient with hearth disease. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*. 20 (4), 5-11.
- Leon, A.S., Franklin, B.A., & Costa, F. (2005) Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *Circulation* (3) 369-376.
- Lee. I.M., & Paffenbarger, R.S.(2001). The role of physical activity in the prevention of coronary artery disease. *Exercise and Sports Cadrdiology* 383-401.

- Lorig, R.K., & Holman, R.h. (2003) Self management education : history, definition, outcomes and mechanism. *National Institute of Nursing Research Grant 5 ROI NR 04438*.
- Lorig, R.K., Sobel, S.D., Stewart, A., Brown, W.B., Bandura, A., & Ritter, P., (1999) Evidence suggesting that a chronic disease self management program can improve health status while reducing hospitalization. *Medical Care* (37):5-14.
- Maeda, U. (2010). Social support, self efficacy, and gender in treatment adherence of heart failure. Tesis Faculty of The USC Graduate School University of Southern California.
- Makelainen, P (2009). Rheumatoid arthritis patient education and self efficacy. *Doctoral disertation*
- Marks, R., & Allegrante, J (2005) A review and synthesis of research evidence for selg efficacy enhancings intervention for reducing chronic disability : implications for health education practise (part II). *Health Promotion Practise* (6) : 148-156.
- Munther, K., & Homoud (2008) Coronary artery disease. *Tufts New England Medical Center Spring*.
- Naji, H., Nasrabadi, A.N., Shaban, M., & Saebnia, R. (2009). The effect of using orems model of self care on recovery of patient with heart failure. *Journal IJNMR*, 14 (4) : 174-178.
- Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Hara, Y., Suematsu, H., & Kuboki, T. (2006) Prospective study on influence of psychosocial factor on glycemc control in japanese patient with type 2 diabetes. *Psychosomatics* (47) 240-246.
- Notoadmojo (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta : PT Rineke Cipta.
- Oka, R.K., Gortner, S.R., Stots, N.A., & Haskell. (1996). Predictors of physical activity in patients with chronic heart failure secondary to either ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. *AM. Journal Cardiology* (77) 159-163.
- Pender,N (2011).The health promotion model. University of Michigan.  
[http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/85350/1/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/85350/1/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf) diakses tanggal 28 Juni 2012.
- Polit, D.T., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006) *Essensial of nursing research : Methods appraisal and utilization* (6 th ed) Philadephia : Lippincott.

- Quarles, B.E (2005). Educational methods increasing self efficacy for the management of foot care in adults with diabetes and implementation of foot care behavior. *Proquest Dissertations and Theses* 1-172.
- Rachma, N.,Lasmito,W (2009) Motivasi perawat melakukan pendidikan kesehatan di ruang Anggrek rumah sakit Tugurejo Semarang. [www.Eprints.undip.ac.id/95391/artikel.pdf](http://www.Eprints.undip.ac.id/95391/artikel.pdf).diakses 28 Juni 2012.
- Saltiki, K & Alevizaki, M (2007) Coronary heart disease in postmenopausal women; the role of endogenous estrogen and their receptors. *Hormones* 6 (1) : 9-24.
- Sarkar, U., Ali, S., Mary, A., & Whooley. (2007) Self efficacy and health status in patients with coronary heart disease : findings from the heart and soul study. *Psychosom Med* (4): 306-312.
- Sherwood, N.E., & Jeffery, R.W (2000) The behaviour determinants of exercise : implications for physical activity interventions. *Ann Nutrition* (20) 21-44.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G (2002) Buku ajar keperawatan medikal bedah. EGC 8<sup>th</sup>.ed: 776-784.
- Smoking the heart and circulation(2011 [www.ash.org.uk/tiles/documents/ASH-pdf](http://www.ash.org.uk/tiles/documents/ASH-pdf)) diperoleh 20 februari 2012.
- Sol, B.G.M., Graaf, Y.V-D., Brouwer, B., Hickox, S.M.C., & Visseren, F.L.J. (2010) The effect of self management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestation of vascular risk factor in patients with manifestation of vaskular disease. *Eur J.Cardivaskuler Nurs* (9) 132-139.
- Stellefson, M. (2010). A critical review of effects of CPOD self management education self efficacy. *Departemen of health education and behavior university of florida*.
- Subramanian, U., Happ, F., Mitchinson, A & Lowery, J (2007) Impact of provider self management education, patient self efficacy, and health status on patient adherence in heart failure in a veterans administration population. *LE JACQ* (14): 6-11.
- Sugiyono (2010).Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D.Bandung: Alfabeta
- Thompson, P.D. (2001). Exercise for patients with coronary artery and/or coronary heart disease. *Exercise and Sport Cardiology* 354-370.
- Tim pascasarjana FIK-UI (2008) Pedoman penulisan tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Unsal, A., Kasikci, M.K. (2010). Effect of education on perceived self efficacy for individuals with arthritis. *International Journal of Caring Science*. 3(1). 3-11

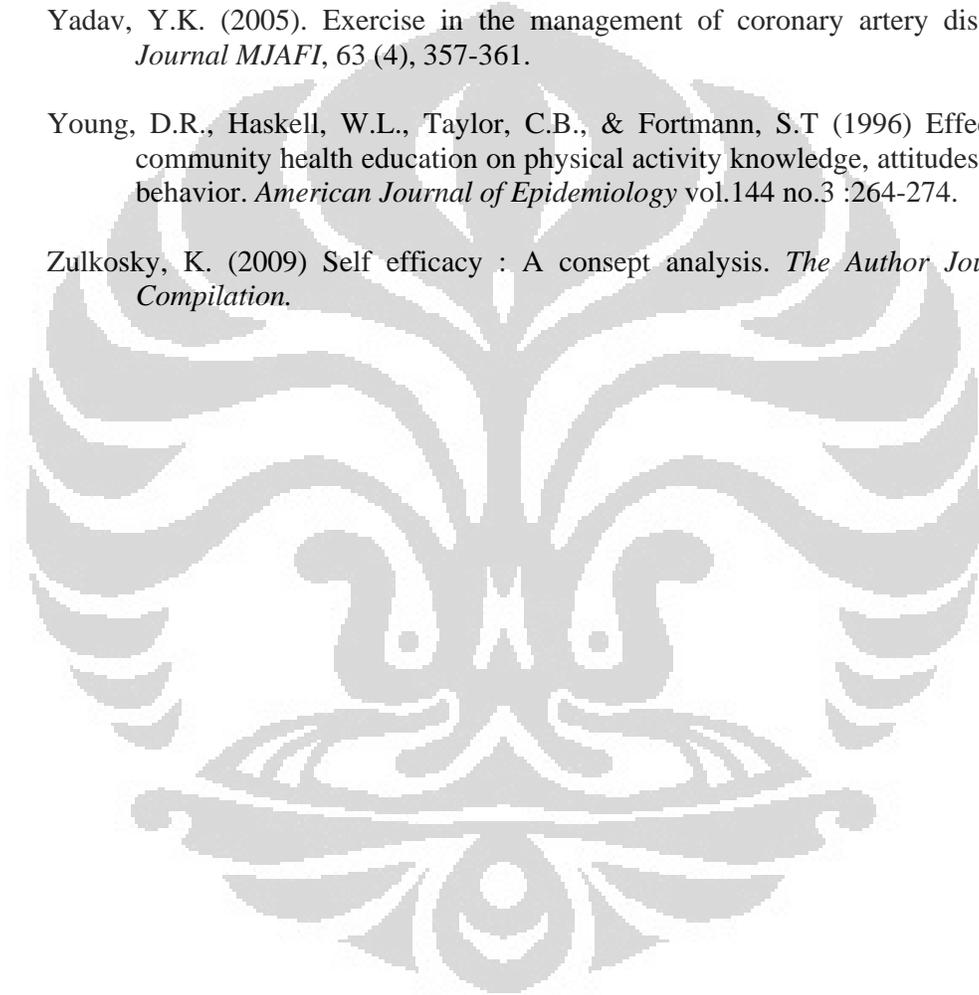
Wise, M.F. (2010) Coronary heart disease the benefits of exercise. *Australian Family Physician* volume 39 no 3 :129-133.

[www.ash.org.uk/files/documents/ASH-pdf](http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH-pdf). Smoking the heart and circulation. Diakses pada 20 Februari 2012.

Yadav, Y.K. (2005). Exercise in the management of coronary artery disease. *Journal MJAFI*, 63 (4), 357-361.

Young, D.R., Haskell, W.L., Taylor, C.B., & Fortmann, S.T. (1996) Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes, and behavior. *American Journal of Epidemiology* vol. 144 no. 3 :264-274.

Zulkosky, K. (2009) Self efficacy : A concept analysis. *The Author Journal Compilation*.



**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN**

Yang terhormat calon responden,

Saya Rolly Harvie Stevan Rondonuwu, mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, hendak mengadakan penelitian tentang pengaruh intervensi edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik terhadap *self efficacy*, oleh karena itu saya meminta kesediaan bapak/ibu untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian saya ini. Namun bapak/ibu berhak menentukan keputusan untuk ikut atau tidak dalam penelitian ini karena alasan tertentu.

Berikut ini saya jelaskan beberapa hal yang berkaitan dengan penelitian saya yaitu

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh intervensi edukasi kesehatan tentang manajemen diri dalam melakukan latihan fisik terhadap *self efficacy*.
2. Manfaat dari penelitian ini adalah agar dengan edukasi kesehatan yang diberikan bapak/ibu memiliki *self efficacy* dalam melakukan latihan fisik.
3. Prosedur penelitian ini, hari pertama bapak/ibu akan diberikan edukasi secara verbal tentang pengertian, manfaat latihan fisik, pada pasien dan keluarga, dan memberikan *leaflet* sebagai pedoman dalam melakukan latihan fisik. Selanjutnya akan diajarkan bagaimana mengontrol emosi dan mengontrol kemampuan diri. Disini peneliti memberikan pedoman tentang tanda dan gejala yang harus dikenali oleh bapak/ibu dan keluarga dimana bapak/ibu dapat menghentikan latihan fisik ketika terdapat tanda dan gejala yang mengarah pada penurunan hemodinamik. Peneliti juga akan mengajarkan teknik relaksasi seperti nafas dalam yang berguna untuk mengontrol emosi pasien. Hari kedua akan melibatkan orang terdekat (suami/istri/anak) dan mengevaluasi pemahaman bapak/ibu dan keluarga tentang pedoman latihan

yang ada di *leaflet*. Selanjutnya peneliti akan mendorong bapak/ibu untuk melakukan latihan secara bertahap sesuai pedoman yang ada pada *leaflet* dengan tetap melibatkan keluarga, disini peneliti memberikan dorongan dengan menggunakan kata-kata persuasif dan memberikan pujian atau umpan balik positif atas keberhasilan pasien dalam aktifitas yang berguna meningkatkan *self efficacy*.

4. Penelitian ini akan melibatkan partisipasi aktif dari suami/istri/anak-anak serta tidak menimbulkan pengaruh negatif pada bapak/ibu.
5. Semua catatan tentang penelitian ini, akan dijamin kerahasiaannya.
6. Bapak/ibu berhak mengajukan penolakan untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan ini, saya mengharapkan kesediaan bapak/ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, dan atas kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Manado, .....2012

Peneliti

Rolly H.S Rondonuwu

HP : 081340465697

Email :rollhsr@yahoo.com

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Saya Rolly Rondonuwu, memohon kepada bapak/ibu untuk menandatangani lembar persetujuan dibawah ini :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (inisial) : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Alamat : .....

Setelah membaca surat dari Rolly Rondonuwu dan mendapat penjelasan dari peneliti serta memahami tentang tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya menyatakan bersedia dan akan berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Manado, ..... 2012

Responden

Peneliti

\_\_\_\_\_

Rolly Rondonuwu

**KUESIONER PENELITIAN****KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Initial : .....

Usia : .....tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

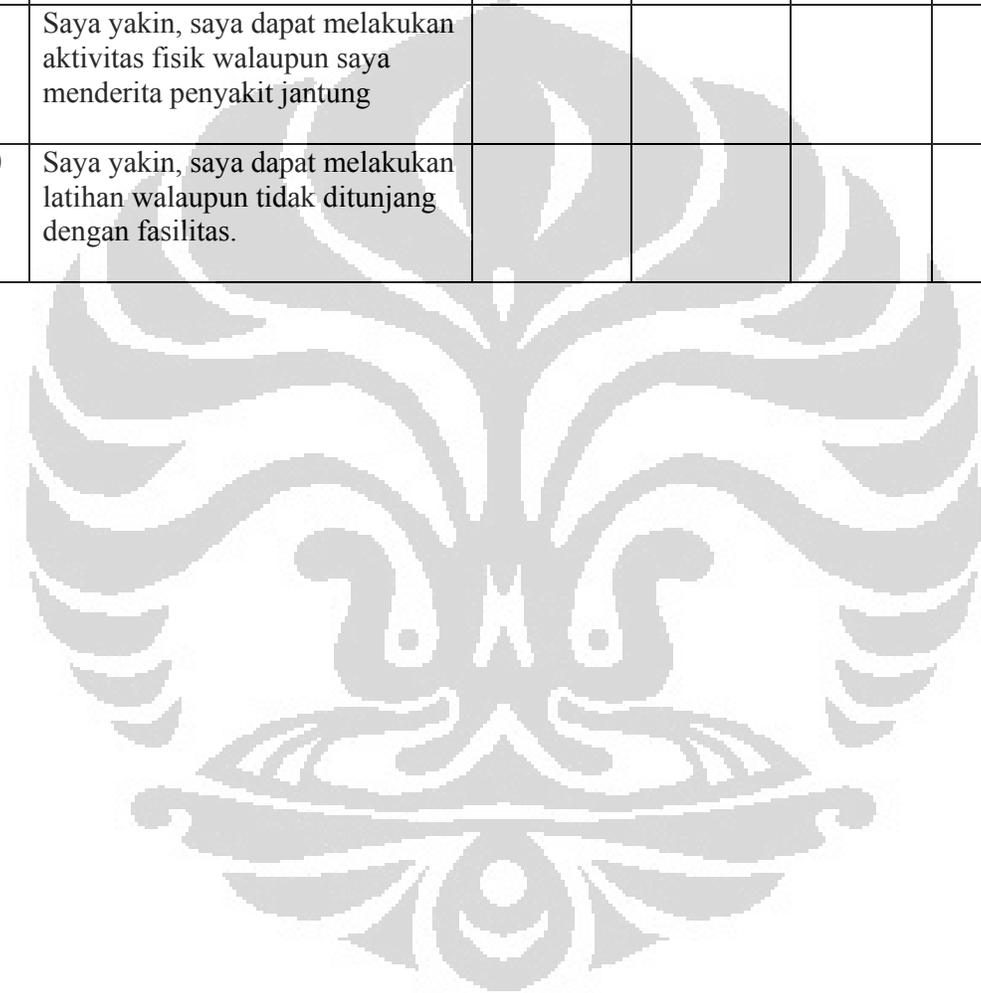
Alamat : .....

**Petunjuk :**

1. Mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk mengisi kuesioner dibawah ini sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.
2. Berilah tanda (√) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan/kondisi sesungguhnya yang bapak/ibu/saudara alami

No	Pernyataan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1	Saya yakin, saya dapat mengatasi hambatan dalam melakukan latihan dan terus mencoba untuk melakukannya				
2	Saya yakin, saya dapat menemukan cara untuk melakukan latihan dan aktivitas fisik				
3	Saya yakin, saya dapat mencapai dengan mudah aktivitas dan tujuan latihan saya.				
4	Saya yakin, ketika saya menghadapi masalah untuk melakukan latihan, saya akan mendapat solusi untuk mengatasi masalah tersebut				
5	Saya yakin, saya dapat melakukan latihan walaupun dalam keadaan capek				

6	Saya yakin, saya dapat melakukan latihan walaupun merasa depresi				
7	Saya yakin, saya dapat melakukan latihan tanpa dukungan dari keluarga atau sahabat saya.				
8	Saya yakin, saya dapat melakukan latihan tanpa bantuan				
9	Saya yakin, saya dapat melakukan aktivitas fisik walaupun saya menderita penyakit jantung				
10	Saya yakin, saya dapat melakukan latihan walaupun tidak ditunjang dengan fasilitas.				



## PANDUAN EDUKASI KESEHATAN TENTANG LATIHAN FISIK

## HARI 1

KEGIATAN PENELITI	KEGIATAN PASIEN	WAKTU
<b>PEMBUKAAN :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi salam.</li> <li>- Memperkenalkan diri.</li> <li>- Menjelaskan maksud dan tujuan.</li> <li>- Melakukan kontrak waktu.</li> <li>- Memberikan leaflet sebagai pedoman</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi salam</li> <li>- Menyepakati kontrak</li> </ul>	5 Menit
<b>PELAKSANAAN :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan materi tentang latihan fisik (pengertian, manfaat, jenis latihan fisik, tanda dan gejala yang harus diperhatikan saat latihan fisik).</li> <li>- Memberi pedoman tentang tanda dan gejala yang harus dikenali oleh pasien dan keluarga dimana pasien akan menghentikan aktifitas fisiknya ketika terdapat tanda dan gejala yang mengarah pada penurunan hemodinamik (sesak nafas, nyeri dada, peningkatan denyut nadi).</li> <li>- Mengajarkan teknik relaksasi seperti tarik nafas dalam yang berguna untuk mengontrol emosi.</li> <li>- Menyimpulkan materi .</li> <li>- Memberi kesempatan pasien bertanya.</li> </ul>	Mendengarkan penjelasan materi Bertanya hal-hal yang belum jelas	15 Menit
<b>PENUTUP :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan terminasi</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan besok hari</li> <li>- Mengucapkan salam dan terima kasih.</li> </ul>	Memberi salam Menyepakati kontrak	5 Menit

HARI 2

KEGIATAN PENELITI	KEGIATAN PASIEN	WAKTU
<b>PEMBUKAAN :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi salam.</li> <li>- Memperkenalkan diri.</li> <li>- Menjelaskan maksud dan tujuan.</li> <li>- Melakukan kontrak waktu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi salam</li> <li>- Menyepakati kontrak</li> </ul>	5 Menit
<b>PELAKSANAAN :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melibatkan orang terdekat pasien (suami/istri/anak)</li> <li>- Mengevaluasi pemahaman pasien dan keluarga tentang pedoman latihan fisik yang ada di <i>leaflet</i> (pengertian, manfaat, jenis latihan fisik, tanda dan gejala yang harus diperhatikan saat latihan fisik).</li> <li>- Melibatkan orang lain yang telah berhasil untuk menjadi contoh/model bagi pasien, sehingga dapat memberikan keyakinan bagi pasien</li> </ul>	Mendengarkan penjelasan materi Bertanya hal-hal yang belum jelas	15 Menit
<b>PENUTUP :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan terminasi</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan besok hari</li> <li>- Mengucapkan salam dan terima kasih.</li> </ul>	Memberi salam Menyepakati kontrak	5 Menit

HARI 3

KEGIATAN PENELITI	KEGIATAN PASIEN	WAKTU
<b>PEMBUKAAN :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi salam.</li> <li>- Memperkenalkan diri.</li> <li>- Menjelaskan maksud dan tujuan.</li> <li>- Melakukan kontrak waktu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi salam</li> <li>- Menyepakati kontrak</li> </ul>	5 Menit
<b>PELAKSANAAN :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan pasien untuk melakukan latihan fisik secara bertahap sesuai pedoman pada leaflet dengan tetap melibatkan keluarga. Memberikan dorongan dengan menggunakan kata-kata persuasif</li> <li>- Memberi pujian atau umpan balik positif atas keberhasilan pasien dalam melakukan latihan fisik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendengarkan penjelasan</li> <li>- Melakukan latihan fisik</li> </ul>	15 Menit
<b>PENUTUP :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan terminasi</li> <li>- Kontrak waktu untuk pertemuan besok hari</li> <li>- Mengucapkan salam dan terima kasih.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memberi salam</li> <li>Menyepakati kontrak</li> </ul>	5 Menit

#### HARI 4

KEGIATAN PENELITI	KEGIATAN PASIEN	WAKTU
<b>PEMBUKAAN :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Memberi salam.</li><li>- Memperkenalkan diri.</li><li>- Menjelaskan maksud dan tujuan.</li><li>- Melakukan kontrak waktu.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Memberi salam</li><li>- Menyepakati kontrak</li></ul>	5 Menit
<b>PELAKSANAAN :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mengevaluasi kemampuan pasien melakukan latihan fisik, dengan tetap memberikan pujian atau umpan balik atas keberhasilan pasien melakukan latihan fisik</li></ul>	Mempraktekkan kemampuan melakukan latihan fisik	15 Menit
<b>PENUTUP :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Melakukan terminasi</li><li>- Kontrak waktu untuk pertemuan besok hari</li><li>- Mengucapkan salam dan terima kasih.</li></ul>	Memberi salam Menyepakati kontrak	5 Menit

HARI 5 : Memberikan kuesioner *self efficacy (post test)*

**LEMBAR SKRINING RESPONDEN**

1. PENGETAHUAN

Apakah bapak/ibu sebelumnya sudah pernah mendapatkan informasi/penyuluhan tentang latihan fisik?

- Ya
- Tidak

2. MOTIVASI

Seberapa besar bapak/ibu memiliki keinginan untuk melakukan latihan fisik?  
0 = tidak memiliki keinginan  
10 = sangat ingin

---

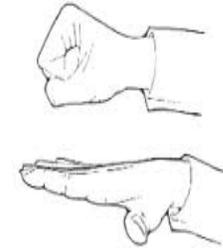
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



## Manfaat Latihan Fisik

1. Menurunkan faktor resiko dan kematian akibat penyakit jantung dan stroke
2. Menurunkan resiko terhadap gejala diabetes (tekanan darah tinggi, peningkatan gula darah, dan menurunkan kolesterol)
3. Meningkatkan HDL kolesterol, menurunkan trigliserida (tidak baik untuk lemak dalam darah)
4. Membantu menurunkan berat badan pada individu yang obesitas
5. Memperbaiki fungsi jantung dan paru, meningkatkan kekuatan otot, menurunkan depresi dan kecemasan, menghilangkan stres, menurunkan resiko penyakit kanker, menurunkan resiko terkena osteoporosis.

1. Menggerakkan tangan keatas dan kebawah.



## MANAJEMEN DIRI UNTUK LATIHAN FISIK

### Pengertian Latihan Fisik

Aktivitas fisik adalah suatu proses gerakan yang berasal dari otot tubuh terjadi karena adanya energi yang dikeluarkan dan dilaksanakan untuk tujuan tertentu.

### Latihan Fisik Saat Di RS

- A. Latihan yang dilakukan oleh pasien pada waktu 2 hari sampai 14 hari setelah masuk rumah sakit.

2. Menggerakkan kaki keatas dan kebawah.



©Spunky Fitness 2007

3. Merubah posisi tidur (miring kiri dan miring kanan)



- B. 2-3 minggu setelah serangan jantung
- Latihan menahan beban yang rendah 450 gr - 2250 gr
  - Latihan duduk

### Latihan Fisik Setelah Keluar RS

- A. Latihan aktivitas ringan
- Berjalan dengan perlahan
  - Menggunakan tongkat ketika berjalan
  - Berenang secara perlahan
  - Ber sepeda dengan intensitas ringan
  - Memilih sendiri aktivitas yang diinginkan yang dapat menghangatkan tubuh
- B. Aktivitas intensitas sedang
- Berjalan dengan cepat
  - Berenang
  - Bersepeda
  - Mengepel lantai atau membersihkan jendela

- Berjalan dengan kecepatan maksimal, jogging, berlari
- Berenang

### Tanda & Gejala yang Harus Diperhatikan dan hentikan latihan fisik

1. Jika nafas terasa sesak
  2. Nyeri dada
  3. Palpitasi (jantung berdebar kencang)
  4. Merasa pusing (*fatigue*)
- Karakteristik /frekuens/durasi
1. < 65 thn HR max75-85% 3-4x/minggu/30-40 menit
  2. ≥65 thn HR max65-75% 3-4x/minggu/ 30menit
  3. Obesitas HR max 65-80% 5-6x/minggu/ 40-60 menit
  4. > 65 thn,lumpuh,sibuk kerja HR 50-75% 2-3x/minggu/10-20 menit

### C. Aktivitas normal



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : [humasfik@ui.ac.id](mailto:humasfik@ui.ac.id) Web Site : [www.fik.ui.ac.id](http://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 Intervensi Edukasi Kesehatan tentang Manajemen Diri dalam Melakukan Latihan Fisik terhadap *Self Efficacy* pada Pasien *Coronary Artery Disease* di RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado.**

Nama peneliti utama : **Rolly Harvie Stevan Rondonuwu**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 4 Mei 2012

Dekan,

Ketua,

  
Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 1991/H2.F12.D/PDP.04.00/2012  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian

25 April 2012

Yth. Direktur  
RS Teling Manado  
Sulawesi Utara

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

**Sdr. Rolly Harvie Stevan Rondonuwu**  
**NPM 1006748835**

akan mengadakan penelitian dengan judul: “Pengaruh Intervensi Edukasi Kesehatan tentang Manajemen Diri dalam Melakukan Latihan Fisik terhadap Self Efficacy pada Pasien Coronary Artery Disease”.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di RS Teling Manado.

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. Kabid Perawatan RS Teling Manado
3. Kabid Diklit RS Teling Manado
4. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
5. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
6. Peninggal

DENKESYAH 07.04.01 MANADO  
RUMKIT TK III 07.06.01 R.W. MONGISIDI

Manado, 4 Mei 2012

Nomor : B/ 65 / V / 2012  
Klasifikasi : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Selesai Melakukan Penelitian

Kepada

Yth. Dekan Universitas Indonesia  
Fakultas Keperawatan ✓

di

Depok.

1. Dasar : Surat Universitas Indonesia Fakultas Keperawatan Depok Nomor :1991/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 25 April 2012 tentang Survey dan Pengambilan Data.

2. Sehubungan dengan dasar tersebut diatas, dinyatakan kepada :

Nama : Rolly H.S Rondonuwu  
NPM : 1006748835  
Jurusan : Keperawatan

Telah selesai melakukan Penelitian di Rumkit Tk. III 07.06.01 R.W. Mongisidi tentang pelaksanaan Uji Instrumen di Rumkit Tk. III 07.06.01 R.W. Mongisidi yang dilaksanakan mulai pada tanggal 01 Mei 2012 s.d 07 Mei 2012.

3. Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.



dr. Rudy A Tubagus, Sp.B  
Letnan kolonel Ckm NRP 1910005871064



**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

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

Nomor : 1993 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

25 April 2012

Yth. Direktur  
RSU Prof Dr. R.D. Kandou Manado  
Jl. Raya Tanawangko, Malalayang  
Manado

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

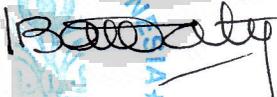
**Sdr. Rolly Harvie Stevan Rondonuwu**  
**NPM 1006748835**

akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Pengaruh Intervensi Edukasi Kesehatan tentang Manajemen Diri dalam Melakukan Latihan Fisik terhadap Self Efficacy pada Pasien Coronary Artery Disease"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RSU Prof Dr. R.D. Kandou Manado

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. Kabid Perawatan RSU Prof Dr. R.D. Kandou Manado
3. Kabid Diklit RSU Prof Dr. R.D. Kandou Manado
4. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
5. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
6. Pertinggal



**SURAT KETERANGAN**

**No : 778/Diklit/VI/2012**

Kepala Bagian Diklit BLU. RSUP. PROF. Dr. R .D. Kandou Manado dengan ini menerangkan bahwa :

**Nama** : Rolly Harvie Stevan Rondonuwu  
**Nim** : 1006748835  
**Status** : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia

Telah selesai melaksanakan Penelitian di Instalasi Rawat Inap F Jantung BLU RSUP. Prof. Dr. R. D. Kandou Manado pada tanggal 08 Mei s/d 07 Juni 2012.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.





# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : /005TH2.F12.D/PDP.04.00/2012  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

25 April 2012

Yth. Direktur  
RS Bethesda Tomohon  
Sulawesi Utara

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

**Sdr. Rolly Harvie Stevan Rondonuwu**  
**NPM 1006748835**

akan mengadakan penelitian dengan judul: "Pengaruh Intervensi Edukasi Kesehatan tentang Manajemen Diri dalam Melakukan Latihan Fisik terhadap Self Efficacy pada Pasien Coronary Artery Disease".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS Bethesda Tomohon.

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. Kabid Perawatan RS Bethesda Tomohon
3. Kabid Diklit RS Bethesda Tomohon
4. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
5. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
6. Peninggal



YAYASAN GEREJA MASEHI INJILI DI MINAHASA  
DOMINEE ALBERTUS ZAKARIAS RUNTURAMBI WENAS  
**RUMAH SAKIT UMUM BETHESDA**

JL. RAYA TOMOHON, TOMOHON 95441 PROPINSI SULAWESI UTARA  
Telp. (0431)-351024-351065. Fax. (0431)-352712, Kotak Pos : 10 Tomohon 95441

Nomor : 338/RSB/Adm/K/V/2012  
Hal : Ijin Penelitian

Kepada yang terhormat :  
Kepala Ruangan Paulus  
RSU Bethesda GMIM Tomohon  
Di  
Tomohon

Menindaklanjuti surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia  
Nomor : 1995/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tertanggal 25 April 2012 perihal  
Permohonan Ijin Penelitian a.n :

Nama : Rolly Harvie Stevan Rondonuwu  
NIM : 1006748835  
Judul : Pengaruh Intervensi Edukasi Kesehatan Tentang  
Manajemen Diri dalam Melakukan Latihan Fisik  
Terhadap Self Efficacy pada Pasien Coronary Artery  
Disease.

Pada prinsipnya pihak Rumah Sakit menerima mahasiswa tersebut untuk  
melakukan Penelitian di RSU Bethesda GMIM Tomohon yang akan  
dilaksanakan pada tanggal 11 Mei s/d selesai dengan mematuhi tata tertib dan  
ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit. Kiranya kepala Ruangan / Penanggung  
jawab dapat membantu dan memfasilitasi kegiatan tersebut.

Demikian penyampaian kami atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Tomohon, 10 Mei 2012  
RSU Bethesda GMIM Tomohon,



  
**Dr. Robbin R. F. Warouw, M.Kes**  
Direktur Utama

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Kepala Bidang Keperawatan RSU Bethesda GMIM Tomohon
2. Kepala Ruangan RSU Bethesda GMIM Tomohon ✓
3. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
4. Pengaruh intervensi..., Rolly Stevan Rondonuwu, FIK UI, 2012  
Arsip



YAYASAN GEREJA MASEHI INJILI DI MINAHASA  
DOMINEE ALBERTUS ZAKARIAS RUNTURAMBI WENAS  
**RUMAH SAKIT UMUM BETHESDA**

JL. RAYA TOMOHON, TOMOHON 95441 PROPINSI SULAWESI UTARA  
Telp.(0431)-351024-351065. Fax. (0431)-352712. Kotak Pos : 10 Tomohon 95441

**SURAT KETERANGAN**

No. : 346/RSB/Adm/K/VI/2012

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr. Nova M. Wulur, Sp.OG  
Jabatan : Direktur Administrasi dan Keuangan  
Alamat : RSU Bethesda GMIM Tomohon

Dengan ini menerangkan bahwa :

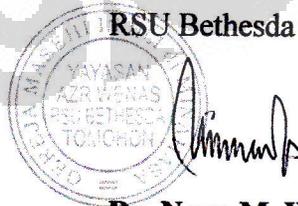
Nama : Rolly H. S. Rondonuwu  
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia  
Nim : 1006748835

Telah selesai mengadakan penelitian untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul : Pengaruh Intervensi Edukasi Kesehatan Tentang Manajemen Diri dalam Melakukan Latihan Fisik Terhadap Self Efficacy pada Pasien Coronary Artery Disease di RSU Bethesda GMIM Tomohon, pada tanggal 11 Mei s/d 02 Juni 2012.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Tomohon, 02 Juni 2012

RSU Bethesda GMIM Tomohon



**Dr. Nova M. Wulur, Sp.OG**

Direktur Administrasi dan Keuangan