



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN
PASIEN PJK MELAKUKAN PENCEGAHAN SEKUNDER FAKTOR
RISIKO
DI RSPAD GATOT SOEBROTO JAKARTA**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu
Keperawatan**

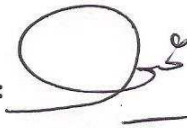
**LINA INDRAWATI
1006748652**

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

PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Lina Indrawati
NPM : 1006748652

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 JULI 2012

LEMBAR PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Lina Indrawati
NPM : 1006748652
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Analisis faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Prof. Dra.Elly Nurachmah, SKp, M.App.Sc, D.NSc, RN

(.....)

Pembimbing II : Ir. Yusran, M.KM

(.....)

Penguji I : Masfuri, SKp, MN

(.....)

Penguji II : Sugih Asih, SKp, M.Kep

(.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti haturkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya lah peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini yang berjudul **“Analisis faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta”**.

Peneliti menyadari banyak memiliki keterbatasan dalam hal kemampuan dan pengalaman, namun berkat bantuan dan arahan dari semua pihak sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Oleh sebab itu pada kesempatan ini peneliti juga menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawaty, MA.,Ph.D, selaku Dekan fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp. MN, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
3. Prof. Dra. Elly Nurachmah, SKp, M.App.Sc, D.N.Sc, RN, selaku Dosen Pembimbing I, yang telah memberikan bimbingan, saran dan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal tesis ini;
4. Ir. Yusran Nasution, M.KM, selaku Dosen pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan, saran dan arahan sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal tesis ini, khususnya dalam metodologi penelitian;
5. Kepala RSPAD Gatot Soebroto Jakarta yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian dari pengambilan data awal hingga selesainya penelitian ini.
6. dr. Vireza Pratama, SpJP (FIHA), selaku pembimbing klinik yang telah banyak memberikan saran dan masukannya.
7. Seluruh perawat dan staf unit perawatan jantung dan endokrin RSPAD Gatot Soebroto, atas bantuannya selama pengambilan data awal hingga selesainya penelitian ini

8. Seluruh staf pengajar Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, terutama kekhususan Keperawatan Medikal Bedah dan seluruh staf akademik yang telah membantu penulis;
9. Suamiku, Eko Supriadi, adikku Agus setiawan dan kedua orangtuaku yang telah memberikan motivasi dan doa selama penulis mengikuti proses pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan universitas Indonesia;
10. Rekan-rekan seangkatan tahun 2010 kekhususan Keperawatan Medikal Bedah, khususnya kelompok aplikasi I peminatan Kardiovaskuler di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta (Mira Rosmiatin, Ni Luh Putu Ekarini, Irfan Maulana, Fransisca Anjar Rina, Adeleida Yuliana Anita K., dan Rolly HS Rondonuwu) atas kekompakan dan motivasinya selama menjalani proses perkuliahan, praktik aplikasi hingga penyusunan tugas akhir ini;
11. Keluarga Besar STIKes Medistra Indonesia, Bekasi yang telah memberikan dukungan dan doanya selama mengikuti pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
12. Semua pihak terkait yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam penyusunan proposal tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan dengan pahala yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan tesis ini.

Depok, Juli 2012

Peneliti

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

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

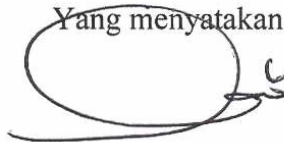
Nama : Lina Indrawati
NPM : 1006748652
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul: Analisis faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien penyakit jantung koroner melakukan pencegahan sekunder faktor risiko, 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 mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : Juli 2012

Yang menyatakan,



Lina Indrawati

ABSTRAK

Nama : Lina Indrawati
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Analisis faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko

Prevalensi PJK di Indonesia masih sangat tinggi dan masih menjadi penyebab kematian tertinggi untuk penyakit kardiovaskular. Diperlukan upaya pencegahan baik primer maupun sekunder untuk pengendalian faktor risiko PJK tersebut. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder. Desain penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah responden PJK 68 orang dan sudah menjalani *coroner angiography*. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner pengetahuan, sikap, persepsi, motivasi, dukungan keluarga dan sumber informasi serta kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko dengan acuan kuesioner KAP. Hasil penelitian ini adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko meliputi pengetahuan ($p=0,010$), sikap ($p=0,0001$), persepsi diri ($p=0,003$), motivasi ($p=0,001$), dukungan keluarga ($p=0,016$). Hasil analisis multivariat dengan regresi logistik diperoleh bahwa faktor yang paling dominan berhubungan dengan kemampuan pasien PJK adalah sikap dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK. Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam pengembangan program edukasi kesehatan dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang berfokus pada PJK.

Kata kunci : kemampuan, penyakit jantung koroner, pencegahan sekunder

ABSTRACT

Name : Lina Indrawati
Study Program : Master of Nursing
Title : Analysis of factors related to the the ability of patients to perform the secondary prevention of of CHD risk factors

The prevalence of CHD in Indonesia is still very high. It still becomes the leading cause of death among other diseases. Control of risk factors for CHD prevention requires both primary and secondary. This study aimed to analyze factors related to the ability of secondary prevention of CHD patients. This study was designed as a descriptive analytic with cross sectional approach. This study involved 68 CHD patients who had undergone angiography. Six instruments were used to measure knowledge, attitudes, self-perception, motivation, family support and information resources, and Knowledge Attitude Practice (KAP) questionnaire to determine the ability to perform risk factors secondary prevention. The results showed that factors related to ability to perform the risk factors secondary prevention were including knowledge ($p = 0,010$), attitude ($p = 0,0001$), self perception ($p = 0,003$), motivation ($p = 0,001$), family support ($p = 0,016$), sources of information ($p = 0,757$). Multivariate logistic regression model analysis showed that most dominant factor associated with CHD patient's ability is the attitude ($B = 5,13$). The result of this study can be used as a reference for health education development and to promote nursing care focused on CHD patients.

Keywords: ability, coronary heart disease, secondary preventions

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	Hal i
LEMBAR ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
PENYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Penyakit Jantung Koroner (PJK)	11
2.1.1 Definisi PJK	11
2.1.2 Angina Pectoris	11
2.1.3 Infark Miokard	14
2.1.4 Faktor Risiko PJK	17
2.2 Konsep Perilaku	26
2.2.1 Defnisi Perilaku	26
2.2.2 Tipe Respon	26
2.2.3 Klasifikasi	26
2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Perilaku	28
2.3 Upaya Pengendalian Faktor Risiko PJK	29
2.3.1 Perubahan gaya hidup	30
2.3.2 Aktifitas fisik dengan atau tanpa Program Rehabilitasi	31
2.3.3 Pengendalian Faktor Risiko PJK	31
2.4 Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku atau kemampuan Pasien PJK Dalam Melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Risiko PJK	32
2.4.1 Pengetahuan	32
2.4.2 Sikap	33
2.4.3 Persepsi diri	34
2.4.4 Motivasi	35
2.4.7 Sumber informasi	35
2.4.8 Dukungan keluarga	35

2.5 Aplikasi Neuman's System Model dalam Pencegahan Sekunder Faktor Risiko PJK	37
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL .	39
3.1 Kerangka Konsep	40
3.2 Hipotesis	41
3.3 Definisi Operasional	41
4. METODE PENELITIAN	47
4.1 Desain Penelitian	47
4.2 Populasi dan sampel	48
4.3 Tempat Penelitian	49
4.4 Waktu Penelitian	50
4.5 Etika Penelitian	50
4.6 Alat pengumpulan Data	52
4.7 Uji validitas dan Reliabilitas	53
4.8 Prosedur pengumpulan data	56
4.9 Analisis data	57
BAB 5 : HASIL PENELITIAN	
5.1 Gambaran Proses pelaksanaan penelitian	60
5.2 Analisis univariat	61
5.3 Analisis bivariat	70
5.4 Analisis multivariat	74
BAB 6 : PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan diskusi hasil penelitian	78
6.2 Keterbatasan penelitian.....	85
BAB 7 : SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan penelitian	88
7.2 Saran dan rekomendasi hasil penelitian.....	89

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1.2.2 Tipe angina	12
Tabel 3.1 Tabel Definisi Operasional Variabel Penelitian	41
Tabel 4.2 Analisis Bivariat Variabel Penelitian	59
Tabel 5.2.1 Distribusi responden berdasarkan usia	62
Tabel 5.2.2 Distribusi responden berdasarkan pendidikan	63
Tabel 5.2.3 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin	63
Tabel 5.2.4 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan	63
Tabel 5.2.5 Distribusi responden berdasarkan riwayat hipertensi	64
Tabel 5.2.6 Distribusi responden berdasarkan riwayat diabetes melitus	64
Tabel 5.2.7 Distribusi responden berdasarkan riwayat hospitalisasi	64
Tabel 5.2.8 Distribusi responden berdasarkan riwayat merokok	65
Tabel 5.2.9 Distribusi responden berdasarkan status sosioekonomi	65
Tabel 5.2.10 Distribusi pengetahuan responden tentang PJK dan pencegahannya	66
Tabel 5.2.11 Distribusi sikap responden dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	66
Tabel 5.2.12 Distribusi persepsi diri responden tentang PJK dan pencegahannya	66
Tabel 5.2.13 Distribusi motivasi responden dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	67
Tabel 5.2.14 Distribusi dukungan keluarga responden dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	68
Tabel 5.2.15 Distribusi sumber informasi responden tentang PJK dan pencegahan sekunder faktor risiko	68
Tabel 5.2.16 Distribusi kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	69
Tabel 5.3.1 Hubungan pengetahuan dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	69
Tabel 5.3.2 Hubungan sikap dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	70
Tabel 5.3.3 Hubungan persepsi diri dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	71
Tabel 5.3.4 Hubungan motivasi dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	72
Tabel 5.3.5 Hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	73
Tabel 5.3.6 Hubungan sumber informasi dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	74
Tabel 5.4.1 Seleksi bivariat variabel yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	75
Tabel 5.4.2 Hasil analisis multivariat	76
Tabel 5.4.3 Pemodelan akhir	76

DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Kerangka teori	38
Skema 3.1 Kerangka konseptual penelitian	41



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Riset
- Lampiran 2 : Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 3 : Kuesioner Demografi
- Lampiran 4 : Kuesioner Pengetahuan Tentang Faktor Resiko dan Pencegahan Sekunder PJK
- Lampiran 5 : Kuesioner Sikap Dalam Melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Resiko PJK
- Lampiran 6 : Kuesioner Persepsi Diri Dalam Melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Resiko PJK
- Lampiran 7 : Kuesioner Motivasi Dalam Melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Resiko PJK
- Lampiran 8 : Kuesioner Dukungan Keluarga
- Lampiran 9 : Kuesioner Sumber Informasi
- Lampiran 10 : Kuesioner Kemampuan Melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Resiko
- Lampiran 11 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 12 : Lembar Konsultasi
- Lampiran 13: Jadwal penelitian
- Lampiran 14: Surat lolos Uji Etik dari FIK UI
- Lampiran 15: hasil ouput univariat, bivariat dan multivariate
- Lampiran 16: Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan tentang latar belakang penelitian berkaitan dengan konsep dasar masalah penelitian secara umum dan pentingnya penelitian ini dilaksanakan, disamping itu juga menguraikan tentang perumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

1.1 Latar Belakang

Penyakit jantung koroner (PJK) atau dikenal dengan *Coronary Artery Disease (CAD)* adalah suatu penyakit dengan proses perjalanan penyakit yang cukup panjang dan terjadi aterosklerosis di sepanjang pembuluh darah. Pada saat arteri yang mensuplai miokardium mengalami gangguan, jantung tidak mampu untuk memompa sejumlah darah secara efektif untuk memenuhi perfusi darah ke organ vital dan jaringan perifer secara adekuat (Ignatavius & Workman, 2010). Pada saat oksigenasi dan perfusi mengalami gangguan, pasien akan terancam kematian. Penyakit jantung koroner meliputi *CSA (Chronic Stable Angina)* dan *ACS (Acute Coronary Syndrome)* (Ignatavius & Workman, 2010). Kedua jenis penyakit jantung koroner tersebut melibatkan arteri yang bertugas mensuplai darah, oksigen dan nutrisi ke otot jantung. Saat aliran yang melewati arteri koronaria tertutup sebagian atau keseluruhan oleh karena plak, bisa terjadi iskemia atau infark pada otot jantung (Ignatavius & Workman, 2010).

Proses aterosklerosis memainkan peranan penting dalam PJK ditandai dengan adanya penumpukan plak terus menerus di dinding pembuluh darah arteri koroner. Apabila pada permukaan arteri koroner terbentuk bekuan darah di bagian atas plak, dan menimbulkan sumbatan pada arteri koroner tersebut, maka aliran darah yang kaya akan oksigen yang dibutuhkan oleh otot jantung akan terhambat. Hal ini menyebabkan otot jantung tersebut mengalami 'kelaparan' (iskemia) dan kerusakan berat bahkan kematian sel otot jantung (infark miokard). Hal inilah yang disebut serangan jantung. Dibandingkan dengan angina, serangan jantung

biasanya terjadi lebih lama, dan tidak hilang dengan pemberian obat-obatan ataupun istirahat. Penyakit jantung koroner ini seringkali mematikan karena ketidaktahuan pasien dan keluarga tentang pencegahan faktor risiko dan pengendalian faktor risiko penyakit jantung koroner. Untuk itu diperlukan upaya untuk deteksi dini faktor risiko PJK agar terhindar dari kematian koroner.

Faktor risiko penyakit jantung seperti PJK meliputi faktor risiko yang tidak dapat di modifikasi seperti riwayat keluarga, umur, jenis kelamin, sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti: hipertensi, merokok, diabetes melitus, dislipidemia (metabolisme lemak yang abnormal), obesitas umum dan obesitas sentral, kurang aktivitas fisik, pola makan, konsumsi minuman beralkohol, dan stress (Ditjen PP&PL Kemenkes RI, 2011). Diharapkan pasien dapat melakukan beberapa modifikasi faktor risiko untuk menekan kejadian jantung koroner karena banyaknya kerugian yang timbul apabila pasien tidak mematuhi.

Berdasarkan laporan Badan Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2008 untuk wilayah Asia Tenggara ditemukan 3.5 juta kematian penyakit kardiovaskular , 52% diantaranya disebabkan oleh penyakit infark miokard dan 7% akibat hipertensi.. PJK masih menjadi salah satu penyebab utama kematian di Amerika Serikat. Meskipun berbagai macam penyakit jantung, seperti gangguan katup, telah menurun secara bermakna akibat teknologi dan penatalaksanaan yang canggih, namun yang lainnya seperti PJK atau penyakit arteri koroner masih tetap merupakan ancaman kesehatan. Menurut *American Heart Association (AHA)* dalam *Heart Stroke Statistic 2010*, terindikasi setiap 25 detik, terdapat satu orang yang mengalami penyakit jantung koroner dan setiap menit terjadi satu kematian koroner yang disebabkan oleh penyakit Jantung Koroner (AHA, 2010 dikutip dalam penelitian Dalusung, 2010). Pada tahun 2015, diperkirakan kematian penyakit jantung dan pembuluh darah meningkat menjadi 20 juta (Ditjen PP&PL Kemenkes RI, 2011).

Di Inggris, penyakit jantung koroner tetap merupakan penyebab kematian utama meskipun dalam 20 tahun terakhir terdapat penurunan. Penurunan ini terutama pada kelompok usia yang lebih muda yaitu terdapat penurunan 33%

pada laki-laki berusia 35-74 tahun dan penurunan 20% pada perempuan dengan kisaran umur serupa dalam 10 tahun terakhir (Gray et.al, 2002). Pemerintah Inggris berupaya untuk menurunkan tingkat kematian akibat PJK. *The Health Survey of England (Department of Health, 1996)* mengatakan bahwa 3% penduduk dewasa menderita angina dan 0,5% penduduk dewasa telah mengalami infark miokard dalam 12 bulan terakhir, masing-masing sama dengan 1,4 juta dan 246.000 orang. PJK merupakan penyebab sekitar 3% perawatan di rumah sakit yaitu sebesar 284.292 perawatan dengan masa rawat selama 6,6 hari (Gray et al., 2002). Beberapa faktor risiko memicu kejadian PJK tersebut.

Menurut Gray et al.,(2002), risiko penyakit jantung dan pembuluh darah meningkat sejalan dengan peningkatan tekanan darah. Hasil penelitian Framingham menunjukkan bahwa tekanan darah sistolik 130-139 mmHg dan tekanan darah diastolik 85-89 mmHg akan meningkatkan risiko pemyakit jantung dan pembuluh darah sebesar 2 kali dibandingkan dengan tekanan darah kurang dari 120/80 mmHg. Menurut penelitian Freideriki et al., (2008)didapatkan faktor risiko yang paling dominan adalah pria yang merokok dilanjutkan dengan hiperkolesterolemia. Pada perokok, kandungan racun seperti tar, nikotin dan karbon monoksida akan menyebabkan penurunan kadar oksigen ke jantung, peningkatan tekanan darah dan denyut nadi, penurunan HDL, peningkatan penggumpalan darah dan kerusakan endotel pembuluh darah koroner.

Kondisi diabetes melitus juga memperparah kondisi pembuluh darah koroner. Berdasarkan hasil penelitian Framingham, satu dari dua orang penderita DM akan mengalami kerusakan pembuluh darah dan peningkatan risiko serangan jantung. Kondisi obesitas juga memicu terjadinya PJK. Fakta menunjukkan bahwa penumpukan lemak dibagian sentral tubuh akan meningkatkan risiko penyakit jantung dan pembuluh darah (Trevoy, 2009). Kurangnya aktivitas fisik dan pola makan yang tidak sehat juga memicu terjadinya penyakit jantung koroner. Beberapa studi menunjukkan adanya hubungan antara aktivitas fisik dengan penyakit jantung dan pembuluh darah. Aktivitas fisik akan memperbaiki sistem kerja jantung dan pembuluh darah dengan meningkatkan efisiensi kerja jantung.

Pola makan yang tidak sehat berhubungan dengan sajian yang tidak sehat dan tidak sehat, karena mengandung kalori, lemak, protein tinggi dan garam tinggi sehingga mengarah pada kondisi obesitas (PP&PL, Kemenkes RI, 2011). Salah satu kondisi yang cukup signifikan terkait dengan pola makan yang tidak sehat adalah obesitas atau *overweight*. Kondisi tersebut semakin memperberat jantung untuk memompa jantung.

Overweight dan obesitas berhubungan dengan meningkatnya prevalensi PJK, risiko terjadinya PJK lebih besar terjadi pada laki-laki yaitu sebesar 52,5%. Menurut penelitian Mawi, 2003 tentang hubungan Indeks Massa Tubuh dengan penyakit jantung koroner dinyatakan bahwa prevalensi PJK akan semakin meningkat seiring dengan meningkatnya IMT terutama pada perempuan. Semakin banyaknya penderita jantung koroner di Indonesia dan tingginya angka kunjungan ke rumah sakit karena adanya keluhan yang tidak disadari pasien, akan membutuhkan penanganan khusus untuk menekan prevalensinya di Indonesia. Prevalensi penyakit jantung koroner sebagai salah satu penyakit jantung yang cukup mematikan di Indonesia semakin meningkat dari tahun ke tahun. Perlunya dikaji lebih jauh faktor yang mempengaruhi kemampuan pasien PJK untuk bisa mengontrol berat badan.

Selain beberapa faktor fisik diatas, faktor psikologis seperti stress juga memainkan peran penting pada kejadian penyakit jantung koroner. Risiko terjadinya gangguan ini makin bertambah apabila ada kelelahan fisik atau faktor organik lainnya misalnya usia lanjut. Beberapa dampak negatif dari stress adalah perilaku agresif, gugup, frustrasi, kecenderungan merokok dan alkoholik, daya pikir lemah, peningkatan tekanan darah, denyut jantung dan gula darah (PP&PL, kemenkes RI, 2011). Stress dapat mengakibatkan tubuh melepaskan hormon stress yang menyebabkan detak jantung berdegup kencang (Ridwan, 2009). Menurut penelitian Denollet & Brutsaert, 2001, distress emosional pada pasien jantung koroner memiliki prognosis yang buruk. Untuk itu diperlukan program rehabilitasi pasca serangan jantung. Pasien yang menjalani program rehabilitasi jantung berhasil menurunkan distress emosionalnya sebanyak 64 pasien (43 %, n= 72 pasien). Menurut penelitian Supargo dkk (1981-1985) dalam Djohan, 2004,

didapatkan bahwa orang yang stress 1,5 kali lebih besar mendapatkan risiko penyakit jantung koroner. Diperlukan pengetahuan dan pemahaman pasien yang baik tentang PJK agar dapat mendeteksi gejalanya sejak awal.

Komitmen global dalam WHA (the World Health Assembly) ke 53 pada tahun 2004 telah menetapkan salah satu solusi untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yaitu: pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular termasuk penyakit jantung dan pembuluh darah. Pemerintah Indonesia melalui Kemenkes RI telah membuat program khusus sebagai upaya pengendalian faktor-faktor risiko penyakit jantung koroner tersebut di atas yang terdiri dari pencegahan primer dan sekunder. Pencegahan primer ditujukan untuk menurunkan angka kejadian pertamakali dan pencegahan sekunder bertujuan untuk menurunkan berulangnya kejadian pada pasien yang sudah pernah dirawat dengan PJK ((PP&PL, Kemenkes RI, 2011). Pencegahan sekunder berfokus pada perubahan gaya hidup dan rehabilitasi pasca serangan jantung. Perawat sangat berperan penting dalam upaya pengendalian tersebut.

Salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk menekan prevalensi tersebut oleh perawat terkait dengan pencegahan primer dan sekunder adalah meningkatkan kesadaran pasien untuk mengidentifikasi faktor resiko dan melakukan manajemen preventif untuk faktor risiko tersebut. Perawat memiliki peran sebagai *educator* untuk meningkatkan pemahaman klien tentang penyakit jantung koroner dan bagaimana melakukan modifikasi faktor resiko agar tercipta pola hidup dan kualitas hidup yang sehat.

Oleh karena itu sangat penting bagi pasien untuk memiliki pengetahuan, sikap yang positif mengenai penyakit jantung koroner dan bagaimana upaya pencegahannya (Dalusung, 2010). Adanya persepsi diri yang positif, motivasi untuk mau melakukan perubahan gaya hidup, memiliki sumber dana yang cukup untuk menunjang proses perubahan, dukungan keluarga dalam setiap keputusan yang diambil dari penderita PJK, juga menunjang keberhasilan kemampuan pasien dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK. Seringkali akses

yang sulit di jangkau dan jarak yang jauh menuju rumah sakit atau klinik yang menyebabkan pasien PJK enggan memeriksakan kondisi kesehatan jantungnya secara rutin, sehingga pada saat muncul gejala seperti nyeri dada, pasien PJK hanya beristirahat, menganggap bahwa nyeri akan segera berkurang. Padahal kenyataannya, nyeri dada tersebut ada yang tidak dapat hilang hanya dengan beristirahat saja.

Namun pada kenyataannya, upaya pencegahan tersebut belum berjalan secara optimal terutama upaya pencegahan sekunder. Ketidakmampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK menjadi salah satu faktor prediktor berulangnya kembali pasien terkena serangan jantung. Terbukti, peneliti menemukan fakta bahwa angka kejadian PJK meningkat tiap tahunnya. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RS. Gatot Soebroto, terdapat 767 pasien yang dirawat di ruang perawatan jantung selama bulan April – Desember 2011, 505 pasien dirawat dengan penyakit jantung koroner, angina stabil dan tidak stabil, infark miokard, sisanya dirawat dengan gagal jantung, kelainan katup jantung/*Mitral Valve Disease (MVD)*, hipertensi akut dan pemasangan *pace maker*. Rata-rata pasien dengan penyakit jantung koroner yang dirawat perbulan sebanyak 63 orang. Didapatkan 75% dari keseluruhan jumlah pasien jantung koroner menjalani pemeriksaan diagnostik *angiography* atau kateterisasi jantung. Di RSPAD sendiri belum ada data yang akurat dan *computerized* tentang kekambuhan dan rehospitalisasi pasien PJK, namun berdasarkan penelitian di Universitas Oxford tahun 2010 ditemukan bahwa prevalensi kekambuhan pasien PJK dan di rehospitalisasi sebanyak 40%.

Fenomena yang terjadi saat peneliti menjalankan praktek di rumah sakit tersebut banyak pasien penyakit jantung koroner yang tidak menyadari dirinya mengalami gejala penyakit jantung dan banyak pasien yang menganggap bahwa pola hidupnya selama ini tidak ada masalah namun tetap saja terkena penyakit jantung koroner. Oleh karena itu pentingnya untuk mempersiapkan kemampuan pasien dalam melakukan upaya pencegahan sekunder agar penyakit jantung koroner tidak terulang kembali. Dapat disimpulkan bahwa penderita penyakit jantung koroner

menjadi sangat dominan. Di rumah sakit tersebut juga masih belum banyak dilakukan penelitian tentang faktor faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK.

Menurut Dalusung, 2010, masih sedikit sekali penelitian yang membahas tentang hubungan pengetahuan pasien jantung koroner dengan manajemen faktor risiko secara mandiri. Menurutnya beberapa faktor risiko yang dapat diidentifikasi dan dimodifikasi adalah riwayat Diabetes Melitus, riwayat hipertensi, kurangnya aktivitas fisik, dan merokok. Beberapa strategi yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien adalah : a) mengkaji dan memahami faktor resiko, b) meningkatkan kesadaran pasien tentang penyakit jantung, c) melakukan berbagai riset terkait dengan penyakit jantung. Faktor risiko ada yang dapat diubah dan ada yang tidak dapat diubah (*Heart and Stroke Foundation*, 2007 dalam Trevoy, 2009). Diperlukan beberapa upaya pencegahan yang dilakukan pasien PJK secara mandiri baik primer, sekunder maupun tersier.

Salah satu tujuan pencegahan primer adalah meningkatkan kesehatan klien dan menurunkan faktor resiko. Pencegahan sekunder bertujuan untuk memberikan penanganan gejala yang tepat secara optimal agar tidak terjadi kekambuhan dan rehospitalisasi. Sedangkan pencegahan tersier bertujuan untuk mempertahankan kesehatan secara optimal dengan dukungan dan kekuatan yang ada. Diharapkan dengan memiliki pengetahuan, sikap dan perilaku yang baik, pasien penyakit jantung koroner dapat memiliki kemampuan manajemen faktor risiko dan memodifikasi gaya hidupnya sehingga tercipta kualitas hidup yang sehat.

Berdasarkan beberapa fenomena tersebut dan rekomendasi penelitian dari Dalusung, 2010 untuk melakukan penelitian serupa dengan jumlah sampel lebih besar dan latar belakang geografis yang berbeda serta upaya deteksi dini, maka saya tertarik untuk menganalisis lebih jauh tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Penyakit Jantung Koroner masih merupakan penyebab kematian utama saat ini dan memiliki kecenderungan berulang akibat tidak terkontrolnya faktor risiko yang dapat diubah. Pasien PJK perlu mengenali dan memahami sejauhmana kemampuannya untuk melakukan upaya pencegahan sekunder dari faktor risiko. Upaya pencegahan seperti pengendalian berat badan, pengaturan pola makan dengan diit rendah lemak, menghentikan kebiasaan merokok, manajemen stress, melakukan latihan fisik atau olahraga teratur dan pengendalian tekanan darah dan gula darah diharapkan dapat membantu pasien untuk menghindari serangan jantung berulang.

Pengendalian faktor risiko seperti yang tersebut diatas, akan lebih optimal apabila pasien memahami tentang penyakit jantung koroner dan faktor risiko yang dapat memicu penyakit tersebut. Oleh karena itu sangat penting bagi pasien untuk memiliki pengetahuan dan pemahaman yang baik tentang gejala penyakit jantung koroner dan beberapa faktor pendukung lain dalam melakukan upaya pencegahan secara mandiri.

Pasien yang sedang dirawat diharapkan telah memperoleh informasi tentang faktor risiko tersebut melalui berbagai media informasi. Informasi yang diberikan tersebut bertujuan untuk menurunkan morbiditas, mortalitas dan meningkatkan kualitas pasien penyakit jantung koroner. Berdasarkan pengamatan di RSPAD Gatot Soebroto, terdapat peningkatan jumlah pasien PJK pada tahun 2011. Banyak pasien yang dirawat berulang karena keluhan dan gejala klinis PJK akibat kurangnya disiplin dalam menerapkan pola hidup sehat. Mereka mengatakan sudah merubah pola hidupnya, namun tetap terkena serangan jantung berulang.

Sejauh ini penelitian terkait dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder masih belum ada di Indonesia. Pertanyaan penelitian yang ingin dicari jawabannya adalah faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan

kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK di ruang perawatan jantung RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 TUJUAN UMUM

Untuk menganalisis faktor faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK di ruang perawatan jantung RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.

1.3.2 TUJUAN KHUSUS

1.3.2.1 Teridentifikasinya karakteristik demografi pasien penyakit jantung koroner di RSPAD Gatot Soebroto berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, , riwayat merokok, riwayat penyakit hipertensi dan diabetes, riwayat hospitalisasi dan status sosioekonomi.

1.3.2.2 Teridentifikasinya hubungan :

- 1) Pengetahuan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto.
- 2) Sikap dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto.
- 3) Persepsi diri dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto.
- 4) Motivasi dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto.
- 5) Dukungan keluarga dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto.
- 6) Sumber informasi dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto.

1.3.2.3 Teridentifikasinya faktor yang paling dominan berhubungan dengan kemampuan pasien melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto setelah dikontrol oleh usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan,

riwayat merokok, riwayat penyakit hipertensi dan diabetes melitus, riwayat hospitalisasi dan status sosioekonomi.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

1.4.1.1 Untuk pengembangan strategi program deteksi dini faktor risiko dan edukasi secara terstruktur yang melibatkan multidisiplin ilmu sehingga morbiditas penyakit jantung koroner dapat diturunkan, misalnya sosialisasi penggunaan KMS-FR (Kartu Menuju Sehat – Faktor Risiko).

1.4.1.2 Sebagai salah satu masukan dalam pengambilan kebijakan rumah sakit dalam program Promosi Kesehatan terkait dengan upaya preventif primer maupun sekunder dari faktor risiko penyakit jantung koroner.

1.4.1.3 Bagi Pendidikan Keperawatan

- 1) Sebagai salah satu referensi untuk pengembangan kurikulum terkait dengan pencegahan sekunder pasien penyakit jantung koroner agar tidak terjadi serangan jantung berulang.
- 2) Mengenalkan lebih dalam kepada mahasiswa untuk turut aktif berpartisipasi untuk melakukan penyuluhan kesehatan pada pasien jantung koroner di lingkup rumah sakit sebagai salah satu area praktik keperawatan.

1.4.1.4 Bagi pengembangan Ilmu Keperawatan

- 1) Sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya dalam bidang keperawatan medikal bedah terutama sistem kardiovaskular.
- 2) Menambah wawasan keilmuan dan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan pencegahan sekunder.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menguraikan tentang tinjauan konsep dan teori serta beberapa hasil penelitian yang berkaitan dengan penelitian ini yaitu tinjauan teori penyakit jantung koroner dan upaya pencegahan dari faktor risiko dan serta faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko serta pendekatan aplikasi teori model Betty Neuman.

2.1 Penyakit Jantung Koroner

2.1.1 Definisi

Penyakit jantung koroner merupakan penyakit yang ditimbulkan akibat kondisi patologik arteri koroner ditandai dengan penimbunan lipid yang abnormal atau jaringan fibrosa di dinding pembuluh darah yang disebut aterosklerosis. Aterosklerosis koroner menyebabkan penyempitan lumen arteri dan penyumbatan aliran darah ke jantung (Black & Hawk, 2005 ; Smeltzer & Bare, 2002).

Beberapa kondisi yang ditimbulkan akibat aterosklerosis tersebut adalah iskemia sel otot jantung. Kerusakan akibat iskemia tersebut terjadi dalam berbagai tingkat. Manifestasi utama iskemia miokardium tersebut adalah nyeri dada. Angina pectoris adalah nyeri dada yang hilang timbul, tidak ada kerusakan ireversibel sel-sel jantung. Iskemia yang lebih berat, disertai kerusakan sel disebut infark miokardium (Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.2 Angina Pectoris

Angina pectoris merupakan suatu sindroma klinis, ditandai dengan episode nyeri atau rasa tertekan didada. Terjadi akibat iskemia miokard dan seringkali menjalar ke lengan kiri. Pasokan oksigen gagal memenuhi kebutuhan oksigen, sebagai akibat gangguan aliran arteri koroner. Faktor utama yang mempengaruhi konsumsi oksigen miokard (MVO_2) antara lain tegangan dinding sistolik, keadaan kontraktil dan denyut jantung (FKUI, 2002 ; Gray et al. , 2002).

2.1.2.1 Manifestasi klinik

Iskemias otot jantung akan menyebabkan nyeri dengan derajat yang berbeda, mulai dari rasa tertekan pada dada atas sampai nyeri hebat yang disertai dengan rasa takut atau rasa akan menjelang ajal. Nyeri tersebut sangat terasa pada dada di daerah belakang sternum atau sternum ketiga tengah (retrosternal), dapat menyebar ke leher, dagu, bahu, dan aspek dalam ekstremitas atas. Sakit dada biasanya timbul saat melakukan aktivitas dan hilang saat istirahat dengan lama serangan berlangsung 1- 5 menit (FKUI, 2002 ; Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.2.2 Tipe Angina

Bagan 1

Tipe	Ciri / karakteristik
Angina Non stabil	Frekuensi, intensitas dan durasi serangan angina meningkat secara progresif
Angina stabil kronis	Dapat diramal, konsisten, terjadi saat latihan dan hilang dengan istirahat
Angina nokturnal	Nyeri terjadi saat malam hari, biasanya saat tidur; dapat dikurangi dengan duduk tegak. Biasanya akibat gagal ventrikel kiri
Angina dekubitus	Angina saat berbaring
Angina refrakter/intraktabel	Angina yang sangat berat sampai tidak tertahankan
Angina Prinzmetal	Nyeri angina yang bersifat spontan disertai elevasi segmen ST pada EKG Diduga disebabkan oleh spasme arteri koroner Berhubungan dengan risiko tinggi terjadinya infark
Iskemias tersamar	Terdapat bukti obyektif iskemias (seperti tes pada stress) tetapi pasien tidak menunjukkan gejala

Sumber : Smeltzer & Bare, 2002

2.1.2.3 Komplikasi

Komplikasi utama dari angina (*stable*) adalah *unstable angina*, infark miokard, aritmia dan *sudden death* (FKUI, 2002).

2.1.2.4 Faktor-faktor yang dapat menimbulkan nyeri : (Muttaqien, 2009; Smeltzer & Bare, 2002)

- a. Latihan fisik dapat memicu serangan dengan cara meningkatkan kebutuhan oksigen jantung.
- b. Pajanan terhadap dingin dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan peningkatan tekanan darah, disertai peningkatan kebutuhan oksigen.
- c. Makan makanan berat akan meningkatkan aliran darah ke mesenterik untuk pencernaan, sehingga menurunkan ketersediaan darah untuk suplai jantung (pada jantung yang sudah sangat parah, pintasan darah membuat nyeri angina semakin buruk).
- d. Stress atau berbagai emosi akibat situasi yang menegangkan, menyebabkan frekuensi jantung meningkat, akibat pelepasan adrenalin dan meningkatnya tekanan darah, sehingga kerja jantung juga meningkat.

2.1.2.5 Penatalaksanaan :

Tujuan dari penatalaksanaan angina yaitu untuk menurunkan kebutuhan oksigen jantung dan untuk meningkatkan suplai oksigen. Adapun penatalaksanaan medis sebagai berikut :

- a. Pengobatan serangan akut nitroglicerine sublingual yang berfungsi melebarkan vena dan arteri sehingga mempengaruhi sirkulasi perifer. Akibat pelebaran vena tersebut terjadi pengumpulan darah vena di seluruh tubuh, hanya sedikit dari darah yang kembali ke jantung dan terjadi penurunan tekanan pengisian darah (*preload*). Nitrat juga melebarkan arteriol sistemik dan menyebabkan penurunan tekanan darah (*afterload*). Tablet nitrat dapat diberikan 1 tablet dan bekerja 1-2 menit dan dapat diulang dengan interval 3-5 menit (FKUI, 2002; Smeltzer & Bare, 2002; Ignatavious & Workman, 2010).
- b. Pencegahan serangan lanjutan :

- a) *Long acting nitrat*, yaitu ISDN 3 x 10 – 40 mg oral
 - b) *Beta blocker*: propranolol, nadolol, atenolol
 - c) Kalsium antagonis: verapamil, nifedipin atau isradipine
- c. Berdasarkan rekomendasi AHA/ACC Guideline, 2006 untuk pasien PJK diberikan *ACE inhibitor* untuk pasien dengan EF < 40%, hipertensi, diabetes, gagal ginjal kronis. *Beta blockers* diberikan pada pasien ACS (*Acute Coronary Syndrome*), infark miokard atau gangguan ventrikel kiri.
- d. Tindakan invasif: *PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)*, *Laser coronary angioplasty*, dan *CABG (Coronary artery Bypass Grafting)*.
- e. Perubahan gaya hidup dan aktivitas
Pasien yang sudah pernah dirawat dengan gangguan vaskularisasi seperti angina atau infark miokard harus melakukan perubahan gaya hidup seperti berhenti merokok, mengontrol tekanan darah, kontrol diet untuk mengendalikan kadar kolesterol dan melakukan aktivitas latihan serta manajemen stress.

2.1.3 Infark miokardium

2.1.3.1 Definisi

Infark miokardium mengacu pada proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang dan terjadi nekrosis miokard (Smeltzer & Bare, 2002; Ignatavius & Workman, 2005).

2.1.3.2 Etiologi

Menurut Ridwan, 2009 terdiri dari faktor penyebab dan faktor predisposisi sebagai berikut :

- a. Faktor penyebab
 - 1. Faktor pembuluh darah : aterosklerosis, spasme dan artritis.
 - 2. Faktor sirkulasi: hipotensi, stenosis aorta dan insufisiensi.

3. Faktor darah: anemia, hipoksemia dan polisitemia.
4. Curah jantung meningkat akibat aktifitas berlebihan, emosi, makan terlalu banyak dan hipertiroidisme.
5. Kebutuhan oksigen di miokardium meningkat pada kerusakan miokardium, hipertrofi miokard dan hipertensi diastolik.

b. Faktor predisposisi

1. Faktor resiko biologis yang tidak dapat diubah : usia lebih dari 40 tahun, jenis kelamin (insiden pada pria lebih tinggi dan wanita meningkat setelah menopause), hereditas dan ras.
2. Faktor resiko biologis yang dapat diubah : mayor; hiperlipidemia, hipertensi, merokok, diabetes, obesitas dan diet tinggi lemak jenuh, kalori; minor : inaktivitas fisik, pola kepribadian tipe A (emosional, agresif, ambisius, kompetitif) dan stress psikologis yang berlebihan.

2.1.3.4 Diagnosa IMA menurut WHO (1997 dalam Ignatavious & Workman, 2005).

Menurut WHO, dikatakan infark miokard apabila memenuhi dua dari tiga kriteria, yaitu :

a. Adanya riwayat nyeri dada yang khas yaitu :

1. Lokasi nyeri dada dibagian dada depan (bawah sternum) dengan/tanpa penjaran, kadang berupa nyeri dagu, leher atau seperti sakit gigi, penderita tidak bisa menunjuk lokasi nyeri dengan satu jari, tetapi ditunjukkan dengan telapak tangan.
2. Kualitas nyeri, rasa berat seperti ditekan atau rasa panas seperti terbakar.
3. Lama nyeri dapat lebih dari 15 detik sampai 30 menit.
4. Penjaran nyeri bisa ke dagu, leher, lengan kiri, punggung epigastrium.
5. Kadang disertai gejala penyerta berupa keringat dingin, mual, berdebar atau sesak.
6. Sering didapatkan faktor pencetus berupa aktivitas fisik, emosi/stress atau dingin.

7. Nyeri kadang hilang dengan istirahat atau dengan pemberian nitroglyserin sublingual.

b. Adanya perubahan EKG berupa :

1. Gelombang Q (signifikan infark)
2. Segmen St (elevasi)
3. Gelombang T (meninggi atau menurun)
4. Infark: ST segmen dan gelombang T dapat kembali normal, perubahan gelombang Q tetap ada (Q patologi).

c. Kenaikan enzim otot jantung : Troponin I

2.1.3.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala infark miokard (TRIAS) adalah :

1. Nyeri

Nyeri dada yang terjadi secara mendadak dan terus menerus yang menjadi gejala utama. Nyeri sering disertai dengan sesak nafas, pucat, dingin, diaforesis berat, pening atau kepala terasa melayang dan mualmuntah. Pasien dengan diabetes melitus tidak akan menalami nyeri yang hebat karena neuropati yang menyertai diabetes.

2. Laboratorium

a. Pemeriksaan enzim jantung :

- 1) CPK-MB/CPK, isoenzim yang ditemukan pada otot jantung meningkat antara 4-6 jam, menuncak dalam 12-24 jam, kembali normal dalam 36-48 jam.
- 2) LDH/HDH meningkat dalam 12-24 jam dan memakan waktu lama untuk kembali normal.
- 3) AST/SGOT meningkat (kurang nyata/khusus) terjadi dalam 6-12 jam, memuncak dalam 24 jam, kembali normal dalam 3 atau 4 hari.

3. EKG adanya gelombang T tinggi dan simetris. Setelah ini terdapat elevasi segmen ST. Perubahan yang terjadi kemudian adalah gelombang Q/QS yang menandakan adanya nekrosis. Perubahan EKG yang terjadi pada fase awal

2.1.3.6 Pemeriksaan penunjang

EKG, enzim jantung, elektrolit, echocardiogram, angiografi koroner.

2.1.3.7 Pentalaksanaan

Penanganan untuk Infark Miokard Akut yang terbaik adalah di ruang *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)*. Aritmia mungkin akan dapat dideteksi oleh perawat yang terampil dalam membaca EKG, sehingga penanganan yang tepat dapat diberikan. Jalur intravena dipasang untuk memudahkan akses dalam memberikan obat-obatan emergensi. Manajemen terapi pada pasien MCI menurut Martinez & Fancher dalam Lewis, 2001 :

1. Terapi trombolitik
Bertujuan untuk menyelamatkan otot jantung sebanyak mungkin dan dapat menurunkan angka kematian dari 30% ke 15%.
2. *Cardiac catheterization*
3. *Percutaneous Transluminal Coronary angioplasty (PTCA)*
4. *Coronary Artery Bypass Graft Surgery (CABG)*
5. Terapi obat-obatan

2.1.4 Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner

a. Faktor risiko penyakit jantung koroner :

Faktor risiko penyakit jantung koroner meliputi faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi seperti riwayat keluarga, umur, jenis kelamin, sedangkan faktor risiko yang dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, diabetes melitus, dislipidemia (metabolisme lemak yang abnormal), obesitas, kurang aktivitas fisik, pola makan, konsumsi minuman beralkohol dan stress (Ditjen PP&PL, 2011).

1. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

a) Riwayat keluarga

Adanya riwayat keluarga dekat yang terkena penyakit jantung koroner meningkat risikonya dua kali lebih besar dibanding dengan yang tidak memiliki riwayat keluarga.

Menurut Tierney et al., 2002 dalam penelitiannya bahwa riwayat keluarga yang positif (terutama bila mulai munculnya sebelum usia 50 tahun) menjadi salah satu faktor risiko penting terjadinya PJK. Riwayat keluarga PJK pada keluarga yang berhubungan darah langsung yang berusia kurang dari 70 tahun merupakan faktor risiko independen untuk terjadinya PJK, dengan rasio odd dua hingga empat kali lebih besar daripada populasi kontrol (Gray et al., 2002).

b) Umur

Risiko penyakit jantung koroner meningkat pada usia diatas 55 tahun untuk laki-laki dan diatas 65 tahun untuk perempuan. Penyakit jantung koroner seiring meningkat dengan usia dan peningkatan ini sangat pesat pada wanita daripada pria, terutama saat memasuki usia menopause (Ali, 2002; Mosca, Ferris, Fabunmi & Robertson, 2004 dalam penelitian Wu, 2007). Menurut Tierney, McPhee, Papadakis, 2002 , hormon estrogen melindungi terhadap timbulnya penyakit koroner, namun tindakan terapi penggantian hormon pada pasien pasca menopause masih belum jelas, namun dalam percobaan klinis dilakukan evaluasi penggunaan estrogen secara prospektif pada wanita dengan penyakit arteri koroner. Didapatkan hasil adanya penurunan kematian atau pencegahan gangguan jantung berikutnya.

Berdasarkan analisis awal dari Women's Heart Initiative, penggantian estrogen mungkin mencegah gangguan koroner, namun semua penelitian masih terus berlangsung (Tierney, McPhee, Papadakis, 2002).

c) Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki memiliki risiko penyakit jantung koroner lebih tinggi daripada perempuan. Hal ini disebabkan oleh perlindungan dari hormon estrogen pada kaum perempuan yang masih menstruasi. Namun seiring dengan perkembangan kesehatan, perbandingan kasus serangan jantung antara pria dan perempuan mencapai 1:2. Hal ini terjadi karena kesehatan perempuan tidak diperhatikan (Sumiati dkk, 2010).

Menurut analisa Sumiati dkk, ada beberapa faktor penyebab mengapa jumlah kasus serangan jantung pada perempuan meningkat drastis yaitu :

1. Tingkat frekwensi pemeriksaan medis pada perempuan cenderung minim dibandingkan pria.
2. Perempuan kurang memiliki aktivitas yang padat layaknya pria, sehingga nyeri dada kerap diabaikan dan dianggap sebagai hal biasa.
3. Asupan gula dan lemak tinggi
4. Kurangnya kesadaran perempuan terhadap gejala penyakit kardiovaskular, sehingga perempuan tidak mendapatkan pertolongan yang tepat waktu, karena pihak pasien dan dokter terlambat mengambil kesimpulan terhadap gejala penyakit jantung.

Hal ini sangat menarik untuk difahami dan kemudian diusahakan agar dapat dicegah sedini mungkin, apalagi faktor risiko utama pada perempuan bersifat sangat alami. Cara hidup yang baik sejak umur 35 tahun akan sangat menolong mencegah serangan jantung pada perempuan, sesuai dengan rekomendasi dari Sumiati dkk, 2010.

Menurut Cooper-De Hoof dalam Emergency Department Nursing Journal (2007) , perempuan yang datang ke ruang gawat darurat dengan keluhan nyeri dada tanpa sumbatan di arteri koronaria berisiko tinggi terjadi komplikasi jantung atau kematian. Hasil penelitian menunjukkan 564 perempuan dengan nyeri dada yang menjalani *coronary arteriography* tidak memiliki sumbatan di arteri koronaria. Meskipun ditemukan sedikit plak saat kateterisasi jantung, pasien

perempuan tersebut harus dirujuk ke ahli jantung untuk mendapat penanganan yang lebih serius (Cooper-DeHoof & Booker, 2007).

Tahun 2006 sebanyak 10.797 penduduk perempuan Australia meninggal karena serangan jantung dan jumlahnya empat kali lipat dibandingkan karena kanker payudara (Crouch, 2008). Menurut Crouch, meskipun mereka sudah mengetahui pentingnya identifikasi gejala sedini mungkin namun perempuan Australian ini tetap harus menerima dan memahami risiko aktual dari PJK sebelum mereka memutuskan untuk membuat pilihan yang tepat dalam mengurangi faktor risiko.

Berdasarkan analisa Shaw, 2009, tingginya prevalensi PJK pada perempuan, dikarenakan reaktivitas dari koroner tersebut, khususnya disfungsi mikrovaskular terutama karena perubahan hormon dan meningkat pada saat menopause. Disfungsi mikrovaskular tersebut dapat menyebabkan iskemik miokard.

2. Faktor risiko yang dapat di modifikasi

a) Hipertensi

Risiko penyakit jantung koroner meningkat sejalan dengan peningkatan tekanan darah. Hipertensi merupakan penyebab tersering penyakit jantung koroner serta faktor utama dalam gagal jantung kongestif. Peningkatan tekanan darah merupakan beban yang berat untuk jantung, sehingga menyebabkan hipertrofi ventrikel kiri (faktor miokard). Keadaan ini tergantung dari berat dan lamanya hipertensi (Djohan, 2004). Tekanan darah yang tinggi terus menerus menyebabkan suplai kebutuhan oksigen jantung meningkat. Deteksi awal tekanan darah tinggi dan kepatuhan terhadap aturan terapi dapat mencegah konsekuensi serius yang mungkin di derita oleh penderita dengan tekanan darah tinggi (Smeltzer & Bare, 2002).

Pemberian obat hipertensi yang tepat dapat mencegah terjadinya miokard infark dan kegagalan ventrikel kiri, namun perlu diperhatikan efek samping dari obat-obatan jangka panjang, oleh sebab itu upaya pencegahan terhadap hipertensi merupakan usaha yang jauh lebih baik untuk menurunkan

prevalensi PJK (Djohan, 2004). Kebanyakan orang-orang tidak menyadari jika dirinya terkena hipertensi. Hal ini di akibatkan oleh kurangnya pemahaman dan edukasi serta kemampuan melakukan deteksi awal tekanan darah tinggi. Diperlukan pemantauan perkembangan tekanan darah bagi pasien PJK dengan riwayat hipertensi (Ridwan, 2009).

Dikutip dari pernyataan Djohan, 2004, penelitian di Amerika Serikat menunjukkan bahwa telah terjadi penurunan angka PJK sebanyak 25%. Keadaan ini dimungkinkan akibat hasil dari deteksi dini dan pengobatan hipertensi, pemakaian betablocker dan bedah koroner.

b) Merokok

Risiko penyakit jantung koroner pada perokok 2-4 kali lebih besar daripada yang bukan perokok. Kandungan zat racun dalam roko antara lain tar, nikotin dan karbon monoksida. Rokok akan menyebabkan penurunan kadar oksigen ke jantung, poeningkatan tekanan darah dan nadi, pnurunan kadar kolesterol – HDL, peningkatan penggunpalan darah dan kerusakan endotel pembuluh darah koroner (Smeltzer & Bare, 2002). Menurut Gray, 2002, orang yang tidak merokok dan tinggal bersama peroko (perokok pasif) memiliki peningkatan risiko sebesar 20-30% dibandingkan dengan orang yang tinggal dengan bukan perokok. Peran rokok dalam patogenesis PJK merupakan hal yang kompleks, diantaranya: timbul aterosklerosis, peningkatan trombogenesis dan vasokonstriksi (termasuk spasme koroner), peningkatan tekanan darah dan denyut jantung, provokasi aritmia jantung, peningkatan kebutuhan oksigen miokard, penurunan kapasitas pengangkutan oksigen.

Rokok juga merupakan faktor risiko utama dalam terjadinya: kanker paru, bronkitis kronis dan emfisema, penyakit vaskular serebral dan perifer, aneurisme aorta abdominalis, angina berulang pascaprosedur revaskularisasi koroner.

c) Diabetes melitus

Menurut Sumiati,dkk, 2010, diabetes merupakan kondisi umum yang menimpa 3 dari 100 orang di Inggris. Penyebabnya adalah kekurangan atau resistensi terhadap hormon insulin yang mengontrol penyebaran glukosa ke sel-sel di seluruh tubuh melalui aliran darah. Diabetes dapat meningkatkan risiko gangguan dalam peredaran darah, termasuk PJK. Kontrol yang baik terhadap diabetes dengan diet, atau insulin dapat mengurangi timbulnya masalah pada aliran darah dan jantung. Diabetes menyebabkan risiko terserang PJK 3 kali lebih banyak dibandingkan dengan orang yang kadar gula darahnya dalam batas normal.

Diagnosis DM ditegakkan bila :

- 1) Keluhan khas: gula darah sewaktu ≥ 200 mg/dl atau gula darah puasa ≥ 126 mg/dl
- 2) Keluhan tidak khas; gula darah sewaktu 200 mg/dl atau gula darah puasa ≥ 126 mg/dl, pada 2 kali pemeriksaan dengan waktu yang berbeda.
- 3) Bila hasil pemeriksaan meragukan dapat dilakukan Test Toleransi Glukosa Oral (TTGO). Kadar glukosa darah 2 jam sesudah pembebanan glukosa oral 75 gram (300 kalori) : 140 mg/dl (tidak DM), 140-199 mg/dl (Toleransi Glukosa Terganggu/TGT), ≥ 200 mg/dl (DM).

Berdasarkan hasil penelitian Framingham, satu dari dua orang penderita DM akan mengalami kerusakan pembuluh darah dan peningkatan risiko serangan jantung. Target pengobatan pada pasien dengan DM adalah kadar HbA1C ≤ 6 , kadar gula darah puasa < 110 mg/dl atau gula darah 2 jam PP < 135 mg/dl.

Berdasarkan penelitian Yanti dkk, kadar GDP ≥ 126 mg/dl merupakan faktor risiko terjadi PJK pada DM tipe 2. Proporsi kadar GDP ≥ 126 mg/dl pada kasus sebesar 82,5% dan pada kontrol 54%. Diabetes berhubungan dengan kekentalan darah, abnormalitas fungsi dan aktivasi platelet, memperbanyak *growth factors*, peningkatan kadar fibrinogen plasma dan abnormalitas komposisi lipid pada plasma yang dapat menyebabkan terjadinya aterosklerosis.

Sesuai rekomendasi dari Yanti, dkk, 2010, sebaiknya penderita DM tipe 2 melaksanakan pencegahan terhadap PJK dengan melaksanakan kontrol kesehatan dan laboratorium secara teratur: glukosa darah, kolesterol HDL, trigliserida, tekanan darah dan olahraga teratur minimal 3 kali seminggu serta mematuhi diet DM.

d) Dislipidemia

Menurut Gray, 2002, terdapat hubungan langsung antara risiko PJK dan kadar kolesterol darah. Sekitar sepertiga populasi di Inggris memiliki kadar kolesterol yang melebihi 6,5 mmol/L yang dinilai tinggi. Kolesterol ditranspor dalam darah dalam bentuk lipoprotein, 75% merupakan lipoprotein densitas rendah (LDL) dan 20% merupakan lipoprotein densitas tinggi (HDL). Kadar kolesterol LDL yang rendah memiliki peran yang baik pada PJK dan terdapat hubungan yang terbalik antara kadar HDL dan insidensi PJK. Peranan trigliserida sebagai faktor risiko PJK masih kontroversial. Kadar trigliserida yang meningkat banyak dikaitkan dengan pankreatitis dan harus diterapi. Hiperlipidemia gabungan (misalnya pada diabetes) membutuhkan intervensi, namun kekuatan trigliserida sebagai salah satu faktor risiko jika kolesterol kembali normal adalah lemah. Pada pasien dengan DM atau pasien asimtomatik dengan risiko penyakit jantung koroner, maka target kolesterol darah harus < 175 mg/dl dan LDL < 100 mg/dl.

Kadar HDL < 40 mg/dl pada laki-laki dan < 45 mg/dl pada perempuan, serta kadar trigliserida puasa > 150 mg/dl akan meningkatkan risiko penyakit jantung dan pembuluh darah (PP&PL Kemenkes RI, 2011; Gray et.al, 2002). Menurut *American Heart Association*, 2002 menyatakan bahwa lebih dari 102,3 juta orang Amerika memiliki kadar kolesterol > 200 mg/dl atau lebih dan dengan kadar kolesterol ≥ 240 berisiko terkena PJK. Dibutuhkan kerjasama tim yang baik dalam menangani masalah ini. Salah satunya dengan memberikan edukasi kesehatan menggunakan beberapa media dan metode seperti leaflet, medikasi, *follow up* via telepon, pelayanan sosial, dan sistem rujukan (ke ahli gizi misalnya).

e) Obesitas

Menurut Gray et.al, 2002, terdapat saling keterkaitan antara berat badan, peningkatan tekanan darah, peningkatan kolesterol darah, diabetes melitus tidak tergantung insulin (NIDDM) dan tingkat aktivitas fisik rendah. Proporsi populasi yang diklasifikasikan sebagai obesitas (Indeks Massa Tubuh $> 30 \text{ kg/m}^2$) di Inggris telah meningkat secara progresif dalam 20 tahun terakhir. Fakta menunjukkan bahwa distribusi lemak tubuh berperan penting dalam peningkatan faktor risiko penyakit jantung koroner. Penumpukan lemak dibagian sentral tubuh akan meningkatkan risiko penyakit jantung koroner (PP&PL Kemenkes RI, 2011; Gray et.al , 2002). Kegemukan meningkatkan risiko terjadinya hipertensi, diabetes dan peningkatan kolesterol (Sumiati, dkk, 2010).

Terdapat hubungan yang erat antara obesitas dan PJK serta DM tipe 2 (Ohkawara, et al., 2008). Hal ini disebabkan terjadi peningkatan distribusi lemak dalam tubuh. Upaya menurunkan akumulasi lemak tersebut dengan cara pembedahan dan farmakoterapi efektif untuk mencegah peningkatan risiko terjadi PJK. Namun selain upaya tersebut diatas, modifikasi gaya hidup dengan mengurangi konsumsi lemak, meningkatkan aktifitas fisik, menurunkan berat badan akan lebih baik dan lebih aman.

f) Kurang aktivitas fisik

Aktivitas fisik atau latihan olahraga rutin dapat meningkatkan HDL dan membantu proses metabolisme. Aktivitas aerobik teratur menurunkan risiko PJK sebesar 20-40% di Inggris. Aktivitas fisik akan memperbaiki sistem kerja jantung dan pembuluh darah dengan meningkatkan efisiensi kerja jantung, mengurangi keluhan nyeri dada, melebarkan pembuluh darah, membuat koleteral atau jalan baru apabila sudah ada penyempitan pembuluh darah koroner, mencegah timbulnya penggumpalan darah, meningkatkan kemampuan seksual dan meningkatkan kesegaran jasmani (PP&PL Kemenkes RI, 2011; Gray et.al , 2002; Smeltzer & Bare, 2002).

Manajemen faktor risiko melalui pencegahan sekunder dapat menurunkan prevalensi jantung koroner berulang yang lebih buruk lagi. Pencegahan sekunder tersebut melalui anjuran untuk memiliki pola hidup yang sehat dan rutin melakukan aktivitas seperti latihan ringan, jalan pagi, bersepeda (Cooper-DeHoof & Booker, 2007).

g) Pola makan

Kontrol diet sekarang menjadi lebih mudah karena pabrik pengolahan makanan harus mencantumkan data nutrisi lengkap dan benar pada label produknya. Informasi tersebut penting bagi pasien PJK yang sedang mengontrol kolesterolnya. Makanan yang banyak mengandung serat dan larut dalam air dapat membantu menurunkan kolesterol. Serat yang larut dalam air seperti pektin (ditemukan dalam buah segar) meningkatkan ekskresi kolesterol yang dimetabolisme (Smeltzer & Bare, 2002).

Menurut Ridwan, 2009, hampir 90% penyakit baik degeneratif maupun kardiovaskular berasal dari kesalahan dalam mengonsumsi makanan atau melakukan pola makan yang salah. Hal tersebut berawal dari gaya hidup yang kurang tepat. Sumber makanan yang tidak boleh dikonsumsi umumnya makanan yang mengandung kolesterol dan asam lemak jenuh dalam konsentrasi yang tinggi seperti daging dan makanan siap saji. Makanan dengan kadar garam tinggi dianjurkan untuk dihindari karena dapat meningkatkan retensi cairan tubuh. Kadar garam yang tinggi dapat mempengaruhi ginjal mempertahankan natrium yang akhirnya mengakibatkan penyerapan air yang berlebihan dan terakumulasi dalam tubuh. Tubuh akan mengalami edema, kenaikan berat badan secara eksponensial dan menjadi penyebab munculnya gagal jantung.

h) Stress

Menurut Sumiati dkk, 2010, stress menjadi salah satu penyebab PJK. Seseorang dengan jenis kepribadian tertentu berisiko lebih tinggi terhadap serangan jantung. Penelitian membuktikan bahwa ada hubungan antara faktor stress psikologik dengan kejadian penyakit jantung. Secara teoritis, stress yang terus menerus akan

meningkatkan katekolamin dan tekanan darah, sehingga menyebabkan penyempitan pembuluh darah arteri koroner.

Stress dapat mengakibatkan diare, kejang otot, serta tangan berkeringat. Tindakan medis pencegah stres dapat dilakukan dengan pemberian obat-obatan seperti valium (diazepam), xanax (alprazolam) atau dilantin (fenotoin). Namun pemberian obat tidak akan menghasilkan dampak apapun tanpa diikuti oleh pengendalian terhadap stress itu sendiri. Stress harus dapat dikendalikan sebijak dan sebaik mungkin (Ridwan, 2009).

Emosi dan kognitif memiliki hubungan yang erat dalam perilaku kesehatan (Gallo et.al, 2004). Perasaan optimis dan kontrol emosi yang positif dapat mendorong seseorang untuk melakukan gaya hidup yang sehat. Seseorang cenderung untuk menghindari rokok, makan makanan yang sehat, berolahraga dan memiliki coping yang positif dalam menghadapi setiap masalah kesehatan terutama PJK (Gallo et al., 2004).

2.2 Perilaku

2.2.1 Definisi

Menurut Kurt Lewin dalam Notoatmojo, 2010, perilaku manusia bukan sekedar respon dan stimulus, namun juga merupakan hasil interaksi antara “persons” (diri orang) dengan “environment” (lingkungan). Stimulus atau rangsangan dari luar tidak akan langsung menimbulkan respon dari orang yang bersangkutan. Stimulus tersebut memerlukan proses pengolahan terlebih dahulu dari orang yang menerima stimulus. Dalam rangka menciptakan perilaku yang sehat, masyarakat perlu diberikan pengetahuan atau informasi-informasi yang benar dan lengkap tentang penyakit dan pelayanan-pelayanan kesehatan. Kepercayaan yang tidak didasarkan pada pengetahuan yang benar dan lengkap akan menyebabkan kesalahan bertindak.

2.2.2 Tipe Respon :

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo, 2010 menyatakan bahwa perilaku merupakan respon seseorang terhadap adanya rangsang eksternal. Respon yang timbul ada dua jenis yaitu :

1. *Respondents respons* yaitu respon yang ditimbulkan dari reaksi tertentu. Contoh : saat mendengar berita dari dokter, bahwa ia harus segera menjalani kateterisasi jantung, maka akan timbul perasaan cemas.
2. *Operant respons* yaitu respon yang timbul kemudian berkembang dan dibantu dengan stimulus yang lain. Contoh: pasien PJK yang sudah diperbolehkan pulang dari rumah sakit karena kondisi yang stabil, dan setelah dirumah melakukan pola hidup yang sehat dan menimbulkan dampak kesehatan jantung pasien semakin meningkat dan tidak pernah kambuh lagi.

2.2.3 Klasifikasi perilaku kesehatan

Menurut Becker (1979) dalam Notoatmodjo 2010, perilaku kesehatan dibagi menjadi tiga yaitu :

1. Perilaku sehat

Seseorang yang memiliki perilaku yang sehat akan berusaha untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan antara lain :

- a. Makan dengan menu yang seimbang baik kuantitas maupun kualitas.
- b. Melakukan kegiatan fisik dan olahraga secara teratur dan cukup.
- c. Tidak merokok dan minum-minuman keras serta menggunakan narkoba.
- d. Istirahat yang cukup untuk mempertahankan kesehatan.
- e. Pengendalian stress. Meskipun stress sulit dihindari, namun upaya yang harus dilakukan adalah mengendalikan stress tersebut agar tidak merusak kesehatan.
- f. Memiliki gaya hidup yang positif agar terhindar dari berbagai macam penyakit.

2. Perilaku sakit

Berkaitan dengan kegiatan seseorang yang sakit untuk mencari penyembuhan. Beberapa perilaku yang muncul yaitu: *no action*, *self medication* dan mencari pengobatan keluar seperti rumah sakit, puskesmas, dokter dan sebagainya.

3. Perilaku peran orang yang sakit

Menurut Becker dalam Notoatmodjo, 2010, salah satu perilaku peran orang sakit adalah melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya. Hal ini terjadi pada pasien PJK yang dirawat di rumah sakit. Mereka berupaya agar tidak kembali terulang mengalami penyakit yang sama dan di rawat kembali di rumah sakit. Upaya yang dimaksud salah satunya adalah melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut teori Lawrence Green (1980) yang dikutip dari Notoatmodjo (2010), perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu :

a. Faktor predisposisi, terdiri atas :

1. Pengetahuan
2. Sikap
3. Kepercayaan
4. Keyakinan
5. Nilai-nilai yang digunakan di masyarakat

b. Faktor pendukung

Terdiri atas fasilitas fisik seperti rumah sakit, puskesmas dan sebagainya serta fasilitas umum seperti media informasi (TV, koran, majalah).

c. Faktor penguat

Meliputi sikap, persepsi dan perilaku perilaku petugas kesehatan yang harus menjadi panutan bagi pasien dan masyarakat sekitarnya.

Perilaku dan kesiapan pasien erat hubungannya dengan kesehatan. Menurut Notoatmodjo, 2010, perilaku menjadi determinan kesehatan yang menjadi sasaran

dari promosi atau pendidikan kesehatan. Perilaku memiliki peranan nomor dua setelah lingkungan terhadap status kesehatan. Perilaku atau kemampuan untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK adalah salah satu bagian penting yang harus diperhatikan klien. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien tersebut. Salah satunya adalah pengetahuan. Semakin baik tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula perilaku pencegahan individu terhadap penyakit, dalam hal ini yaitu PJK.

2.3 Upaya Pengendalian Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner

Salah satu upaya pengendalian faktor risiko PJK yang diprogramkan oleh Kemenkes RI terutama faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah pencegahan primer dan pencegahan sekunder. Peneliti memfokuskan pada pencegahan sekunder karena fokus dari penelitian ini adalah pada penderita penyakit jantung koroner yang dirawat karena serangan jantung yang kedua kalinya. Pencegahan sekunder bertujuan untuk mengurangi perkembangan atau mencegah kekambuhan proses penyakit (Smeltzer & Bare, 2002; PP&PL Kemenkes RI, 2011).

Menurut Soeharto, 2001, pencegahan sekunder adalah tindakan yang dilakukan untuk mengurangi faktor risiko bagi mereka yang nyata mengidap PJK, ada plak di arteri atau telah mengalami serangan jantung. Jika yang bersangkutan mau menangani masalahnya dengan serius, endapan plak kemungkinan besar dapat diperkecil, yaitu dengan berhenti merokok, berolahraga teratur dan mengikuti pola diet yang benar dan sehat serta mengikuti program rehabilitasi pasca serangan jantung. Berikut ini adalah beberapa upaya pencegahan sekunder yang dimaksud secara terperinci :

2.3.1 Perubahan gaya hidup

1. Penurunan berat badan
2. Pengaturan pola makan dengan diet rendah lemak yang tersaturasi
3. Menghentikan kebiasaan merokok
4. Mengatasi depresi atau stress

2.3.2 Aktivitas fisik dengan atau tanpa program rehabilitasi

Pasien dengan riwayat serangan jantung dianjurkan untuk menjalani proses rehabilitasi pasca serangan jantung kemudian dilanjutkan dengan fase pemeliharaan saat rawat jalan. Latihan yang diberikan sama dengan pencegahan primer dengan memperhatikan beberapa hal terutama kemungkinan adanya komplikasi dan target yang akan dicapai. Pasien dilatih olahraga dan diberi penyuluhan yang diperlukan, disamping pemeriksaan profil lemak dan lain-lain (Soeharto, 2001).

Menurut Smeltzer & Bare, 2002, pasien pasca AMI harus menyesuaikan kegiatannya selama masa penyembuhan samapi benar-benar sembuh. Masa penyembuhan bisa berlangsung 6-8 minggu. Aktivitas harus diselingi dengan istirahat cukup. Kelelahan yang ringan masih normal. Beberapa program latihan rehabilitasi yaitu berjalan-jalan setiap hari dengan meningkatkan jarak dan lamanya sesuai anjuran, memantau denyut nadi selama aktivitas fisik, latihan isometrik (aktivitas yang tidak menegangkan otot), menghindari latihan fisik segera setelah makan, mempersingkat waktu kerja saat pertama kali kembali bekerja.

Latihan fisik atau olahraga yang teratur dan terukur, sangat efektif untuk mengatasi stress dan membantu tidur lebih nyenyak karena berolahraga akan memperlancar peredaran darah dan jantung akan menerima lebih banyak oksigen. Energi yang dilepaskan pada saat berolahraga, akan menstimulasi tubuh kita untuk memproduksi lebih banyak endorphin yaitu hormon yang membuat seseorang merasa bahagia, disarankan jenis aerobik seperti senam, jalan santai dilakukan setiap hari maksimal 30 menit.

Ada beberapa aturan untuk memulai olahraga :

1. Mulailah dengan sedikit dan perlahan lahan, lalu tingkatkan secara perlahan dan bertahap
2. Pilih jenis olahraga yang anda sukail, sesuatu yang cocok bagi anda

3. Lakukan latihan yang melibatkan otot-otot besar di tungkai kaki, misalnya jalan cepat, bersepeda dan berenang
4. Jangan melakukan latihan dengan berlebihan
5. Bila anda dengan angina, bahaslah dengan dokter, jenis dan jumlah olahraga yang tepat.

Olahraga terbaik pasca hospitalisasi karena serangan jantung adalah berjalan kaki. Olahraga ini sesuai berapapun usia dan jenis kelamin anda. Pada awalnya, kita tidak harus berjalan jauh dan cepat. Tujuan awal adalah berjalan sampai 20 menit tiga kali seminggu. Selain berjalan kaki, bersepeda juga menjadi alternatif lainnya. Sekali anda berolahraga, anda akan merasakan manfaat yang lebih baik. Anda akan membawa lebih sedikit berat tubuh, yang berarti lebih sedikit beban kerja jantung untuk latihan yang sama karena pasokan dan kebutuhan tubuh akan menjadi lebih baik. Dengan latihan, jantung dan otot-otot akan bekerja lebih efisien dan peredaran darah akan membaik (Sumiati, dkk, 2010).

2.3.3 Pengendalian faktor risiko :

1. Tekanan darah; target tekanan darah < 140/90 mmHg atau 130/80 mmHg pada pasien dengan DM atau gangguan ginjal.
2. Lemak darah; target primer, LDL <100 mg/dl yaitu dengan diit, peningkatan aktivitas fisik, penurunan berat badan dan pemberian obat profilaksis. Target sekunder adalah penurunan kadar plasma trigliserida < 150 mg/dl dengan diit, peningkatan aktivitas fisik, penurunan berat badan dan obat-obatan.
3. DM; target pengobatan untuk pasien DM adalah HbA1C < 7, terapi hipoglikemia yang adekuat untuk mencapai gula darah puasa mendekati normal, pengendalian berat badan, tekanan darah, kolesterol dan aktivitas fisik.
4. Skrining keluarga; keluarga dekat pasien yang mengalami serangan jantung usia dini laki-laki < 55 tahun dan perempuan < 65 tahun, individu yang memilki riwayat keluarga dengan dislipidemia dan DM.

Menurut Soeharto, 2001, seperti halnya dalam pencegahan primer, hal-hal yang harus diperhatikan adalah: frekuensi pemeriksaan, ambang batas komponen-

komponen yang diperiksa (berbeda dengan yang belum terkena PJK), dan tindak lanjut mengenai penyesuaian pola hidup yang perlu ditaati dan pengobatan sesuai petunjuk dokter. Disamping itu, dokter akan meminta pasien secara berkala, misalnya tiga bulan sekali, berkunjung ke rumah sakit untuk melakukan pengecekan ulang guna mengevaluasi proses penyembuhannya. Individu yang telah terkena PJK akan memiliki risiko amat tinggi terulangnya kejadian-kejadian PJK. Bukti-bukti makin bertambah dan menunjukkan bahwa terapi penurunan LDL mengurangi berkurangnya kejadian koroner bagi mereka yang telah atau sedang menderita PJK.

2.4 Faktor-faktor yang berhubungan dengan Perilaku atau Kemampuan Pasien dalam melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Risiko

2.4.1 Pengetahuan

Menurut Notoatmojo, 2010, pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya. Pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan :

1. Tahu (know)
2. Memahami (comprehension)
3. Aplikasi (application)
4. Analisis (Analysis)
5. Sintesis (Synthesis)
6. Evaluasi (Evaluation)

Menurut penelitian Crouch, 2008 dalam disertasinya di Australia menyatakan bahwa pada pasien perempuan dengan PJK belum terinformasikan secara adekuat tentang bahaya penyakit jantung koroner. Modifikasi faktor risiko membutuhkan perubahan dalam kebiasaan dan perilaku sehari-hari. pengetahuan dan pemahaman tentang faktor risiko diperlukan sebagai salah satu komponen perubahan perilaku. Pada wanita di Australia tersebut, informasi masih sedikit sehingga mempengaruhi pemahaman dan pengetahuan tentang PJK.

Penelitian Chien Chen et.al, 2009, menyatakan bahwa kebanyakan orang dewasa di Taipei tidak menyadari bahwa PJK adalah penyakit yang bisa dicegah. Dari 211 responden, 77% diantaranya memiliki satu faktor risiko PJK dan keterbatasan pengetahuan tentang cara pencegahan faktor risiko. Ditemukan perokok dan penderita DM tidak menyadari bahwa dirinya berisiko terjadi PJK.

2.4.2 Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (Notoatmojo, 2010). Sikap juga memiliki beberapa tingkatan yaitu :

1. Menerima (receiving)
2. Menanggapi (responding)
3. Menghargai (valuing)
4. Bertanggung jawab (responsible)

Penelitian Chien Chen et.al, 2009 menyatakan, penting bagi masyarakat di Taipei untuk memiliki sikap yang positif untuk melakukan kegiatan pencegahan PJK dengan menerapkan perilaku yang sehat seperti beraktifitas secara rutin, mengkonsumsi makanan yang sehat dan berhenti merokok. Sikap tersebut sangat berhubungan dengan keyakinan yang dimiliki pasien tentang pentingnya upaya-upaya pencegahan tersebut. Dengan banyaknya penelitian tentang kaitan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan penyakit membuat para peneliti di Taiwan mengkaji lebih lanjut upaya-upaya peningkatan kesehatan melalui media informasi dan petugas pelayanan kesehatan.

2.4.3 Persepsi diri

Persepsi adalah pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya (Notoatmodjo, 2010). Rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan deteksi dini untuk pencegahan penyakit masih sangat tinggi. Di dalam masyarakat terdapat beraneka ragam konsep sehat-sakit yang tidak sejalan dan bahkan tidak sejalan dengan konsep sehat sakit dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan.

Menurut penelitian Mc Neil & Artinian (2002), kebanyakan wanita berpikir bahwa PJK bukan suatu penyakit yang mematikan dibandingkan dengan kanker payudara. Hal ini berakibat mereka tidak mendapatkan informasi yang adekuat tentang PJK. Sehingga mereka tidak menyadari pentingnya untuk mengendalikan faktor risiko penyebab PJK. Banyak wanita yang merokok dan overweight tidak menganggap hal tersebut sebagai salah satu penyebab terjadinya PJK pada dirinya. Meskipun didapatkan 93% wanita memiliki lebih dari satu faktor risiko, namun mereka menganggap faktor risiko tersebut sebagai suatu hal yang perlu diwaspadai (Mc Neil & Artinian, 2002).

Persepsi pasien akan penyakit PJK menjadi salah satu faktor dominan dalam kesejahteraan psikologis seseorang. Menurut Byrne, Walsh, & Murphy, 2005 dalam *Journal of Psychosomatic Research* menyatakan bahwa adanya persepsi seseorang terhadap suatu penyakit dapat memprediksi sejumlah perilaku hidup sehat pada pasien dengan penyakit kronik seperti PJK. Untuk pasien PJK, persepsi terhadap sakitnya, menunjukkan adanya hubungan dengan sejumlah perilaku mencari solusi penyembuhan. Pada pasien infark miokard dengan sejumlah gejala yang khas akan berusaha mencari pertolongan untuk mengatasi gejalanya. Setelah menyadari bahwa penyakitnya merupakan suatu hal yang serius, pasien akan melakukan perubahan gaya hidup dan mengikuti program rehabilitasi jantung. Byrne, Walsh, & Murphy (2005) dalam *Journal of Psychosomatic Research* mengenalkan program *SRM (Self Regulated Model)* untuk memaksimalkan program pencegahan sekunder pada pasien PJK.

2.4.4 Motivasi

Motivasi adalah interaksi seseorang dengan situasi yang dihadapinya dan menjadi alasan seseorang untuk bertindak dalam rangka memenuhi kebutuhan hidupnya (Stooner, 1992; Hasibuan, 1995, dalam Notoatmodjo, 2010). Para ahli telah merumuskan beberapa metode peningkatan motivasi. Salah satunya adalah metode model Hubungan manusia, yaitu metode yang menekankan bahwa untuk meningkatkan motivasi berperilaku sehat, perlulu dilakukan pengakuan kebutuhan

sosial mereka. Pada pasien jantung koroner, diperlukan suatu pengakuan dan perhatian dari lingkungan sekitarnya bahwa mereka mampu untuk melakukan upaya-upaya pencegahan agar tidak kembali terserang jantung koroner (Dalusung, 2010).

2.4.5 Status sosio ekonomi

Prevalensi PJK dan faktor risikonya berhubungan erat dengan status sosioekonomi seseorang. Dalam penelitian Choiniere et al., (2000), 22% pria yang berisiko PJK dengan riwayat merokok lebih dari satu bungkus sehari memiliki pendapatan ekonomi yang tinggi. Pria dan wanita dengan pendapatan ekonomi yang rendah cenderung mengalami obesitas dan kurang aktivitas fisik.

Faktor ekonomi, isolasi sosial, rendahnya tingkat pendidikan dan faktor psikososial lain merupakan penyebab tidak langsung dari PJK (Kivimaki et al, 2002 dalam Streptoe & Marmot, 2005). Proses aterosklerosis terjadi dalam jangka waktu yang panjang dan hal ini dihubungkan dengan status ekonomi seseorang. Semakin rendah status ekonomi seseorang, kecenderungan untuk mengalami perilaku hidup sehat semakin rendah. Hal ini akibat kesadaran seseorang untuk gaya hidup sehat semakin rendah karena tidak adanya dukungan ekonomi yang memadai untuk menjalankan pola hidup yang sehat, seperti berhenti merokok, menghindari makanan yang mengandung kolesterol tinggi dan meluangkan waktu untuk berolahraga atau latihan fisik (Streptoe & Marmot, 2005).

2.4.6 Sumber informasi

Dalam penelitian Dalusung, 2010 dinyatakan bahwa memiliki kesadaran tinggi tentang faktor risiko sangat penting untuk keberhasilan program pencegahan pada masyarakat Filipina-Amerika. Menurut Glanz (2002) dalam Dalusung, 2010, kesadaran tersebut dapat menjadi faktor penting dalam proses perubahan perilaku klien. Didukung dengan ketersediaan informasi yang adekuat tentang pencegahan faktor risiko akan meningkatkan keberhasilan program edukasi kesehatan atau promosi kesehatan. Pemerintah telah menyiapkan kegiatan sosialisasi yang

meliputi penyuluhan (KIE = Komunikasi, Informasi dan Edukasi (PP&PL Kemenkes RI, 2011).

2.4.7 Dukungan keluarga

Dalam perkembangannya, apabila seseorang menderita suatu penyakit maka seluruh anggota keluarga juga ikut merasakan dampaknya, seperti terjadi perubahan peran dan status sosial ekonomi. Menurut penelitian Tziallas, 2010, seseorang yang mengalami infark miokard yang dikategorikan sebagai penyakit yang berat, dapat mempengaruhi sistem keluarga secara keseluruhan. Hal ini disebabkan oleh peran keluarga yang berubah karena ada anggota keluarga yang sakit. Berdasarkan penelitian tersebut, 10,8% pasien post infark miokard terdiagnosa menderita depresi akibat meningkatnya stressor dari lingkungan dan kurangnya dukungan keluarga, terutama saat pasien di rawat di rumah sakit atau saat hospitalisasi.

Salah satu dampak hospitalisasi adalah cemas karena adanya perubahan peran akibat kondisi sakit. Kecemasan akan diikuti oleh stress dengan pelepasan hormon adrenalin yang dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner (Ridwan, 2009). Seseorang yang sudah pernah dirawat karena PJK berharap tidak akan pernah dirawat yang kedua kali karena penyakit yang sama. Beberapa upaya pencegahan sekunder dapat dilakukan untuk mencegah hospitalisasi berulang seperti perubahan perilaku dengan melakukan pola hidup sehat (PP&PL Kemenkes RI, 2011).

Seseorang yang sudah pernah dirawat karena PJK ataupun penyakit lain akan terjadi perubahan peran, terutama peran orang sehat menjadi peran orang sakit. Hal ini memicu munculnya kecemasan dan akhirnya pasien dapat mengalami depresi. Selain depresi dapat memicu terjadinya PJK, depresi juga bisa menjadi dampak dari hospitalisasi akibat PJK (Pozuelo, 2009).

Menurut Notoatmodjo, 2010, peranan baru orang sakit harus mendapat pengakuan dan dukungan dari anggota masyarakat dan anggota keluarga yang sehat. Setelah

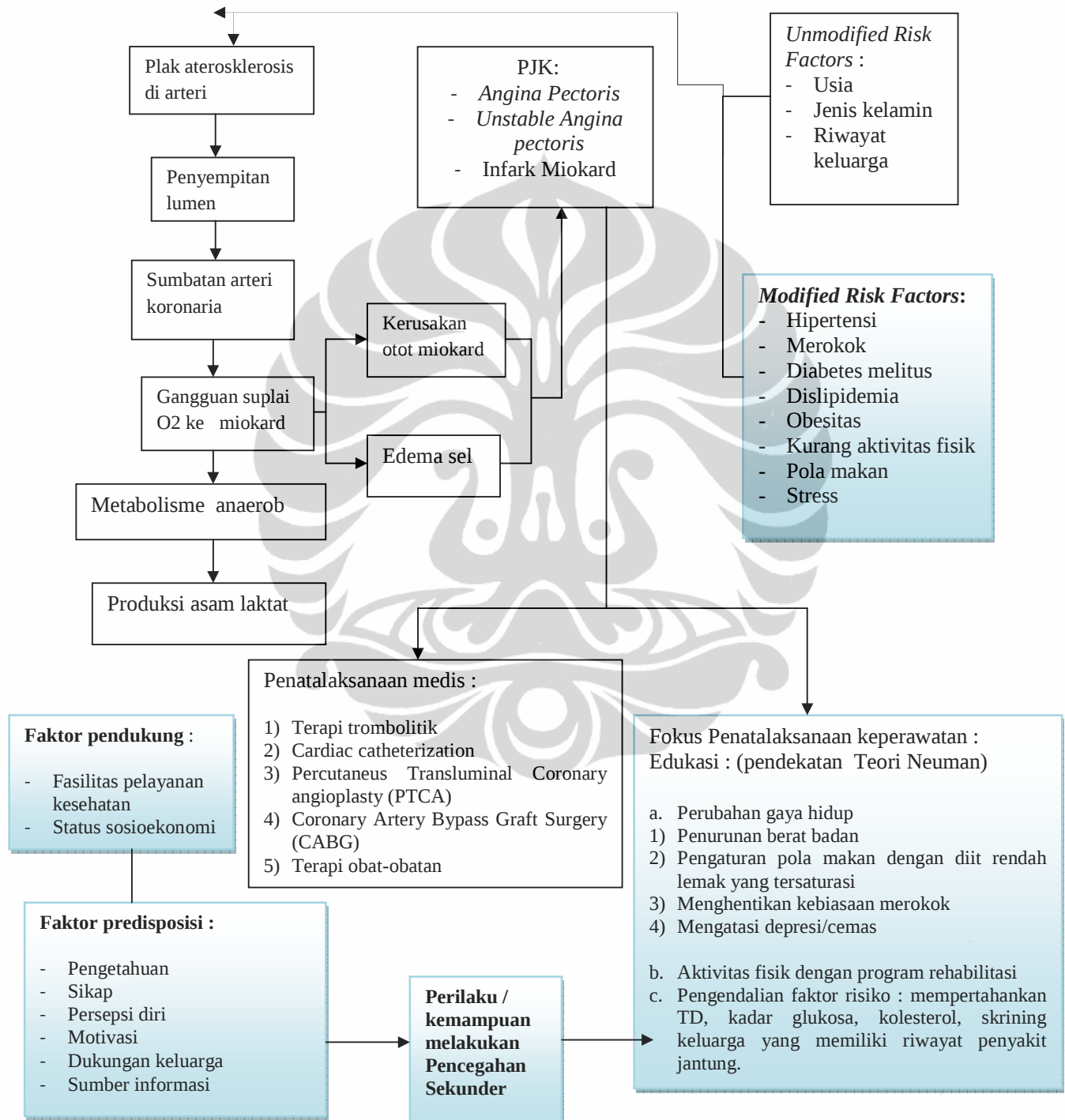
pasien pulang dari rumah sakit dan harus menjalani program rehabilitasi jantung, keluarga memainkan peran yang dominan untuk keberhasilan program tersebut. Hal ini sangat mendukung sekali keberhasilan upaya pencegahan sekunder yang dilakukan pasien PJK untuk mengubah perilakunya terkait dengan faktor risiko PJK yang dapat diubah.

2.5 Aplikasi *Neuman's System Model* dalam Pencegahan Sekunder Faktor Risiko penyakit Jantung Koroner

Menurut penelitian Dalusung, 2010, kurangnya pengetahuan pasien tentang PJK dan faktor risiko serta ketidakmampuan dalam melakukan pencegahan sekunder dari faktor risiko tersebut menjadi stressor yang dapat mempengaruhi stabilitas kesehatan penduduk keturunan Filipina-Amerika. PJK dan faktor risikonya dapat menghancurkan garis pertahanan fleksibel dan garis pertahanan normal serta menyebabkan instabilitas sistem.

Pencegahan primer berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan risiko agar tidak timbul penyakit jantung koroner. Pengkajian pengetahuan yang dilakukan tentang faktor risiko dan memberikan edukasi tentang pencegahannya (contoh : menganjurkan latihan rutin, melakukan pola hidup sehat), dapat memperkuat garis pertahanan fleksibel pasien juga melindungi garis pertahanan normal. Pencegahan sekunder berfokus pada deteksi dini masalah, identifikasi gejala penyakit dan program rehabilitasi pasca serangan jantung. Masyarakat Filipina-Amerika dengan riwayat keluarga PJK atau yang memiliki riwayat diabetes atau dislipidemia mengobati penyakitnya baik secara medis maupun non medis (contoh: menurunkan BB, berhenti merokok, latihan teratur, diit rendah kolesterol) dan memperkuat garis pertahanan. Hal ini akan mengoptimalkan kesehatan dan stabilitas sistem tubuh pasien PJK (Dalusung, 2010).

Skema. 2.1
Kerangka Teori Faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Risiko



Sumber : 1. Smeltzer & Bare, 2002
 2. Black & Hawks, 2009
 3. Notoatmojo, 2010
 4. Kemenkes RI, 2010

Universitas Indonesia

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan diuraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan dasar pemikiran dari penelitian yang disintesis dari fakta-fakta, observasi dan telaah kepustakaan. Hipotesis merupakan pernyataan atau jawaban sementara tentang hubungan yang diharapkan antara variabel penelitian yang dapat diuji secara empiris dan dibuat untuk setiap penelitian yang bersifat analitik. Definisi operasional adalah penjelasan tentang batasan atau ruang lingkup variabel penelitian sehingga memudahkan pengukuran dan pengamatan serta pengembangan instrumen / alat ukur (Notoatmodjo, 2002; Riduwan, 2008)

3.1 KERANGKA KONSEP

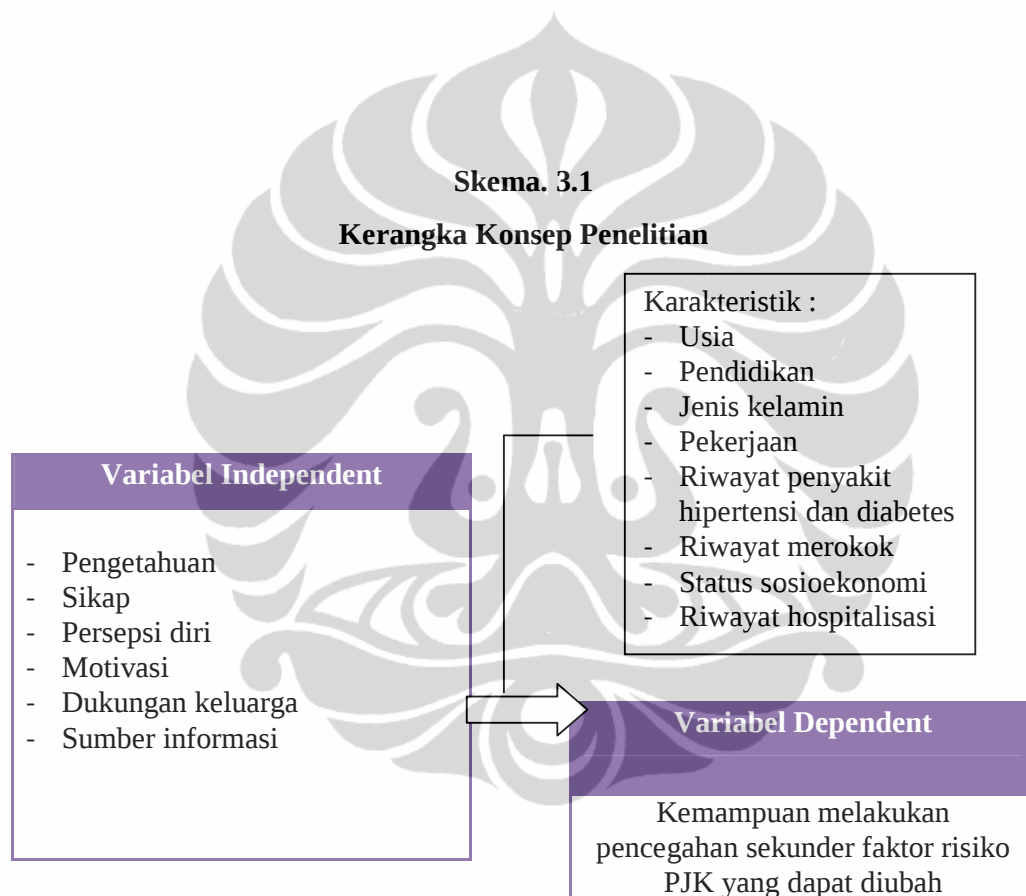
Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah. Perilaku atau kemampuan untuk melakukan hal tersebut sangat penting dimiliki oleh pasien PJK, agar tidak kembali mengalami serangan jantung atau PJK untuk kedua kalinya. Peneliti telah mengidentifikasi beberapa faktor yang dapat berhubungan dengan kemampuan tersebut.

Berdasarkan penelusuran kepustakaan dan analisis jurnal, variabel yang dapat diukur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Variabel terikat (Dependent variable)
Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah.
2. Variabel bebas (Independent variable)
Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, persepsi diri, motivasi, dukungan keluarga, dan sumber informasi.

Berdasarkan keseluruhan faktor tersebut, ingin diketahui lebih lanjut faktor yang lebih dominan berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan

pencegahan sekunder faktor risiko. Hubungan kedua variabel ini bersifat satu arah, dimana variabel independen memberikan kontribusi pada variabel dependen. Kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah merupakan suatu perilaku mempertahankan gaya hidup sehat agar PJK tidak terulang kembali, dimana perilaku tersebut ditentukan oleh pengetahuan, sikap, persepsi diri, motivasi, dukungan keluarga, dan sumber informasi . Hubungan antara kedua variabel tersebut terlihat pada skema 3.1.



3.2 HIPOTESIS

3.2.1 Hipotesis Mayor

Pengetahuan, sikap, persepsi diri, motivasi, dukungan keluarga, dan sumber informasi berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah.

3.2.2 Hipotesis minor

3.2.2.1 Pengetahuan berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah.

3.2.2.2 Sikap berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah.

3.2.2.3 Persepsi diri berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah.

3.2.2.4 Motivasi berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah.

3.2.2.5 Dukungan keluarga berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah.

3.2.2.6 Sumber informasi berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah.

3.3 DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional merupakan batasan ruang lingkup suatu variabel yang diamati atau diukur. Definisi operasional juga berguna untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen. Definisi operasional variabel-variabel dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel 3.1.

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen					
1.	Pengetahuan	Pemahaman responden tentang PJK meliputi tanda gejala, faktor risiko, cara pencegahan dan penanganannya	▪ Cara: test pengetahuan dengan HDFQ (Heart Disease Fact Questionnaire (Modified	1 = baik, jika jumlah skor jawaban benar diatas nilai <i>mean</i> 73,75 2 = kurang, jika	ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
			version by Dalusung, 2010) ▪ Alat : kuesioner	jumlah skor jawaban benar dibawah nilai <i>mean</i> 73,75	
2.	Sikap	Suatu aspek emosional responden tentang pencegahan sekunder faktor risiko PJK	▪ Cara : test sikap (<i>Likert Scale</i>) ▪ Alat : checklist	1= positif, jika jumlah skor jawaban diatas nilai <i>mean</i> 21,88 dan responden berencana untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK 0= negatif, jika jumlah skor jawaban dibawah nilai <i>mean</i> 21,88 dan responden tidak berencana untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	ordinal
3.	Persepsi diri	Keyakinan responden untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK	▪ Cara : interview (<i>Likert scale</i>) ▪ Alat : checklist	1 = positif, jika jumlah skor jawaban diatas nilai <i>mean</i> 27,19 dan responden yakin mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah 0 = negatif, jika jumlah skor jawaban dibawah nilai <i>mean</i> 27,19 dan responden tidak	ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
				yakin mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah	
4.	Motivasi	Suatu dorongan dari dalam diri responden untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah	▪ Cara : interview ▪ Alat : kuesioner	1 = tinggi, jika jumlah skor jawaban diatas nilai <i>mean</i> 30,40 dan responden memiliki dorongan intrinsik atau ekstrinsik untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah 0 = rendah, jika jumlah skor jawaban dibawah nilai <i>mean</i> 30,40 dan responden tidak memiliki dorongan intrinsik atau ekstrinsik untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah	ordinal
5.	Dukungan keluarga	Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mampu membuat keputusan tindakan, dan mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada terkait dengan	▪ Cara : interview ▪ Alat : kusioner	1 = Mendukung, responden mendapatkan dukungan dari keluarga untuk melakukan pencegahan sekunder faktor	ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
		pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah.		risiko PJK yang dapat diubah jika jumlah skor jawaban diatas nilai <i>mean</i> 32,22 0 = kurang mendukung, responden kurang mendapatkan dukungan dari keluarga untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah jika jumlah skor jawaban dibawah nilai <i>mean</i> 32,22	
6.	Sumber informasi	Keterangan bermanfaat yang diperoleh responden tentang faktor risiko PJK yang dapat dipahami dalam tindakan atau pengambilan keputusan natinya.	▪ Cara : interview ▪ Alat : kuesioner	1 = terpapar , responden mendapatkan informasi yang memadai terkait dengan PJK dan pencegahannya jika jumlah skor jawaban diatas nilai <i>mean</i> 2,84 0 = kurang terpapar, responden kurang mendapatkan informasi yang memadai terkait PJK dan pencegahannya jika jumlah skor jawaban diatas nilai <i>mean</i> 2,84	ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen					
1.	Kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah	Kemampuan pasien PJK dalam melakukan perilaku hidup sehat, mengontrol BB, menghentikan rokok, olahraga teratur, pola makan dan diit yang sehat, mengendalikan stress, mengontrol TD dan gula darah serta kolesterol	▪ Cara : test <i>Practice</i>, mengacu pada <i>KAP Survey by AUSAID</i> ▪ Alat : kuesioner	1 = mampu, jika skor <i>practice</i> pasien PJK diatas <i>mean</i> 28,91 0 = kurang/tidak mampu, jika skor <i>practice</i> pasien dibawah <i>mean</i> 28,91	Ordinal
Karakteristik responden					
1	Usia	Usia responden saat pertama kali didiagnosa menderita PJK, dihitung berdasarkan tahun kelahiran	Kuesioner, menanyakan kepada responden, pada usia berapa responden pertama kali mendapat serangan jantung	Jumlah waktu dalam tahun	Rasio
2	Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki responden, terdiri dari laki-laki dan perempuan	Observasi	0 = laki-laki 1 = perempuan	ordinal
3	Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang dimiliki responden	Kuesioner, menanyakan pendidikan formal terakhir yang dimiliki responden	0 = menengah kebawah (SD-SMP) 1 = menengah ke atas (SMA-PT)	ordinal
4	Pekerjaan	Jenis pekerjaan terakhir yang dimiliki responden	Kuesioner, menanyakan jenis pekerjaan terakhir yang dimiliki responden	1 = PNS (ABRI, departemen) 0 = non PNS	ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala
5	Riwayat penyakit	Kondisi kesehatan klien dimasa lalu dan saat ini terkait dengan PJK yaitu hipertensi dan diabetes	Kuesioner, menanyakan riwayat penyakit klien yaitu diabetes dan hipertensi	0 = tidak ada (diabetes atau hipertensi atau keduanya) 1 = ada (diabetes atau hipertensi atau keduanya)	ordinal
6	Riwayat merokok	Kebiasaan/perilaku yang dinilai berdasarkan banyaknya jumlah batang rokok yang dihisap setiap hari sebelum/saat terkena serangan stroke	Kuesioner, menanyakan apakah responden pernah/masih merokok sebelum/saat terkena serangan jantung	0 = tidak 1 = ya (≥ 1 bungkus rokok perhari)	ordinal
7	Riwayat hospitalisasi	Keadaan klien pernah dirawat inap di rumah sakit dengan penyakit jantung dan pembuluh dara	Kuesioner	0 = tidak 1 = ya (≥ 1 kali)	ordinal
8	Status sosial ekonomi	Kondisi sosial ekonomi yang dialami responden meliputi pendapatan dan pengeluaran keluarga dalam satu bulan	Kuesioner, menanyakan pendapatan dan pengeluaran responden/keluarga dalam satu bulan	0 = kurang (menengah kebawah <2 juta) 1 = baik (menengah ke atas >2 juta) (menurut survey Nielsen, 2012)	ordinal

BAB 4 METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metode penelitian atau cara yang akan digunakan dalam penelitian ini berupa langkah-langkah teknis dan operasional pada penelitian yang akan dilaksanakan. Metode penelitian tersebut berupa desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, pengumpulan data, uji validitas dan reliabilitas instrumen, etika penelitian dan analisa data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan rancangan *cross sectional*. Rancangan *cross sectional* merupakan rancangan penelitian dengan melakukan pengukuran atau pengamatan pada saat bersamaan, mendeskripsikan atau menguraikan suatu keadaan dalam suatu komunitas (*exploratory study*) dan selanjutnya menjelaskan suatu keadaan tersebut (*Explanatory study*), melalui pengumpulan atau pengukuran variabel korelasi yang terjadi pada objek penelitian secara simultan atau dalam waktu bersamaan (Notoatmodjo, 2002; Pollit & Hunger, 2006). Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK yang dapat diubah dan kemudian menganalisa hubungan faktor-faktor tersebut terhadap kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Menurut Sugiyono, 2002 dalam Riduwan, 2008 menyatakan bahwa populasi adalah objek atau subjek yang berada pada suatu wilayah dan memenuhi syarat-syarat tertentu berkaitan dengan masalah penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien PJK yang dirawat di ruang jantung RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Riduwan, 2008). Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *probability sampling* melalui *simple random sampling* yaitu pengambilan sampel dari anggota populasi dengan cara memberikan nomor urut pada jumlah pasien PJK yang dirawat dalam 1 bulan terakhir kemudian melakukan lotere untuk mendapatkan jumlah sampel yang diinginkan (Notoatmodjo, 2002 ; Riduwan, 2008). Kriteria inklusi sampel adalah :

1. Pasien PJK yang menjalani perawatan di ruang perawatan jantung RSPAD Gatot Soebroto dan direncanakan angiografi.
2. Usia pasien > 30 tahun.
3. Kesadaran *compos mentis*, tidak sesak dan tidak nyeri dada.
4. Dapat membaca dan menulis.
5. Bersedia menjadi responden

Kriteria eksklusi yang menyebabkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian ini antara lain :

1. Pasien PJK yang dirawat di ruang perawatan jantung dengan komplikasi seperti gagal jantung, aritmia, gagal ginjal
2. Terjadi penurunan status kesehatan secara drastis

Penentuan jumlah sampel minimal dalam penelitian dapat dilakukan menurut perbedaan proporsi dari variabel yang diteliti. Jumlah sampel menurut pengujian hipotesis untuk dua proporsi populasi dengan ketentuan jumlah sampel minimal berdasarkan rumus besar sampel dari Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J. & Lwanga, S.K. 1997, yaitu:

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P(1-P)} + Z_{1-\beta} \sqrt{[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

keterangan: n = jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = tingkat kepercayaan untuk uji 2 arah

$Z_{1-\beta}$ = kekuatan uji

P_1 = proporsi kelompok pasien PJK yang memiliki kemampuan dalam melakukan salah satu atau lebih pencegahan sekunder faktor risiko (berhenti merokok, perubahan pola makan, olahraga ringan dan pengendalian stress, tekanan darah, gula darah atau kolesterol)

P_2 = proporsi kelompok pasien PJK yang kurang mampu dalam melakukan salah satu atau lebih pencegahan sekunder faktor risiko (berhenti merokok, perubahan pola makan dengan diet sehat, olahraga ringan dan pengendalian stress, tekanan darah, gula darah atau kolesterol)

$$P = (P_1 + P_2)/2$$

Penelitian terdahulu oleh Denollet & Brutsaert, 2001, menunjukkan kemampuan pengendalian stress yang baik dapat meningkatkan prognosis PJK, dimana diketahui bahwa $P_1 = 43\%$ dan $P_2 = 15\%$. Penelitian ini menggunakan nilai $\alpha = 5\%$, sehingga $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ dan kekuatan uji = 80%, sehingga $Z_{1-\beta} = 0,84$. Berdasarkan kriteria inklusi yang dibuat peneliti, didapatkan jumlah sampel untuk dijadikan responden sebanyak 68 orang.

4.3 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di ruang perawatan jantung lantai 2 RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Peneliti mengambil rumah sakit tersebut sebagai tempat penelitian dengan pertimbangan bahwa 1) RSPAD Gatot Soebroto merupakan salah satu rumah sakit rujukan jantung dan bedah jantung serta rumah sakit pendidikan. 2) Mudah dijangkau oleh peneliti. 3) jumlah responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dapat terpenuhi. 4) belum adanya riset

keperawatan yang berfokus pada kemampuan pasien dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko yang dapat diubah.

4.4 Waktu penelitian

Waktu penelitian ini terdiri dari :

1. Persiapan penelitian terdiri dari penyusunan hingga sosialisasi proposal dilaksanakan bulan Februari 2012 hingga April 2012.
2. Pengumpulan data atau pelaksanaan dilaksanakan pada tanggal bulan April sampai Mei 2012
3. Analisa data dan presentasi hasil dilaksanakan pada bulan Juli 2012

4.5 Etika penelitian

Pada proses pelaksanaan penelitian akan didahului dengan memberikan penjelasan kepada responden terkait tujuan, manfaat dan prosedur dalam pelaksanaan penelitian. Responden yang setuju akan menandatangani lembar persetujuan sebagai *informed consent* (lembar *informed concent* terlampir). Dalam penelitian ini responden dilindungi dengan memperhatikan aspek-aspek *right to self determination, right to privacy, right to anonymity and confidentiality, right to fair treatment dan protection from discomfort and harm*. (American Nurses Association (ANA), 1985).

1. Hak untuk menentukan nasib sendiri (*right to self determination*)

Pasien PJK memiliki kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau menolak ikut serta dalam penelitian, yang diawali dengan diberikannya penjelasan oleh peneliti tentang penelitian yang akan dilakukan. Apabila pasien PJK bersedia menjadi responden, maka diminta untuk menandatangani lembar pernyataan menjadi responden. Namun apabila klien tidak bersedia, peneliti tidak akan melanjutkan untuk pemberian lembar persetujuan dan kuesioner penelitian.

2. Hak mendapatkan privasi (*right to privacy*)

Pasien PJK memiliki hak untuk dijaga privasinya oleh peneliti. Peneliti akan memodifikasi ruang rawat klien dengan menggunakan tirai agar klien tidak terganggu dengan pasien lain. Informasi pribadi dari responden hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan disimpan oleh peneliti. Informasi tersebut mencakup sikap, kepercayaan, perilaku, opini dan catatan tentang responden yang harus dijaga kerahasiaannya dan melalui persetujuan responden.

3. Hak untuk anonimitas (tidak diketahui identitas) dan dijaga kerahasiaan (*right to anonymity and confidentiality*)

Responden mempunyai hak untuk tidak diketahui identitasnya dan dijamin bahwa data yang sudah dikumpulkan dari responden harus dirahasiakan. Kuesioner yang diberikan hanya mencantumkan inisial nama responden. Peneliti menyusun informasi yang bersifat privasi dan tidak dapat diberitahukan atau dibagi kepada orang lain tanpa ada persetujuan dari responden.

4. Hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil (*right to fair treatment*)

Responden harus menerima perlakuan yang adil dalam perawatan. Dalam penelitian, pemilihan responden dan pemberian perlakuan selama pelaksanaan penelitian harus adil. Sesuai dengan tehnik pengambilan sampel yang dilakukan acak, maka semua pasien yang menjadi responden berhak mendapat penjelasan dan waktu yang sama dalam pengumpulan data.

5. Hak mendapat perlindungan dari ketidaknyamanan dan bahaya (*protection from discomfort and harm*)

Responden berhak menyampaikan kepada peneliti apabila merasa tidak nyaman dalam pelaksanaan penelitian dan responden berhak untuk terhindar dari rasa sakit baik secara fisik ataupun psikologis. Saat mengambil data, peneliti harus memastikan bahwa responden tidak dalam kondisi nyeri dada atau sesak nafas.

4.6 Alat pengumpul Data

Alat atau instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner berupa daftar pertanyaan yang tersusun dengan baik, sehingga responden tinggal memberi tanda silang atau check list pada pilihan jawaban yang tersedia. Bentuk pertanyaan dalam kuesioner ini adalah pertanyaan tertutup yang harus dijawab responden dengan memilih jawaban yang telah disediakan.

Kuesioner terdiri atas 3 (tiga) bagian yaitu :

1. Demografi responden

Pada bagian ini berisi 8 buah pertanyaan yang meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, riwayat penyakit (hipertensi, DM), riwayat merokok, riwayat hospitalisasi, status sosioekonomi

2. Pengetahuan tentang PJK

Kuesioner penelitian ini digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan responden tentang PJK. Kuesioner ini menggunakan model pertanyaan dengan skala likert dengan jumlah 20 butir soal versi modifikasi HDFQ (Dalusung, 2010), dengan nilai 1 (satu) untuk jawaban benar dan 0 (nol) untuk jawaban salah. Hasil pengukuran tingkat pengetahuan tentang PJK ini dimasukkan dalam kriteria data rasio dengan nilai 0 – 100, selanjutnya dilakukan analisis untuk mengetahui nilai mean, standar deviasi, min-max, dan CI 95%. Tingkat pengetahuan dikategorikan menjadi 2 (dua) kategori yaitu tingkat pengetahuan baik bila jumlah skor jawaban benar di atas nilai mean/median dan kurang bila jumlah skor jawaban salah dibawah nilai mean/median.

3. Sikap dan persepsi diri tentang PJK meliputi 20 buah pertanyaan

Kuesioner ini menggunakan skala likert dengan 2 bentuk pernyataan positif dan negatif, dimana terdiri atas Sangat Setuju (SS) nilai 4, Setuju (S) nilai 3, Tidak Setuju (TS) nilai 2, Sangat Tidak setuju (STS) nilai 1 untuk pernyataan positif dan Sangat setuju (SS) nilai 1 Setuju (S) nilai 2, Tidak Setuju (TS) nilai 3, Sangat Tidak setuju (STS) nilai 4 untuk pernyataan negatif.

4. Faktor lain yang berhubungan dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder meliputi motivasi , dukungan keluarga dan sumber informasi

5. Kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur variabel dependen yaitu kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK untuk aspek *practice* dengan mengacu pada kuesioner KAP yang sudah baku dari AUSAID. Skala pengukuran yang digunakan adalah skala Likert. Hasil pengukuran kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK dimasukkan dalam kriteria data rasio dengan nilai 0 – 100, selanjutnya dilakukan analisis untuk mengetahui nilai mean, standar deviasi, min-max, dan CI 95%. Selanjutnya dikategorikan menjadi 2 (dua) kategori yaitu tidak mampu bila jumlah skor jawaban benar dibawah nilai mean atau median, dan mampu bila jumlah skor jawaban benar diatas mean atau median.

4.7 Uji Validitas dan reliabilitas

4.7.1 Uji Validitas

Validitas berasal dari kata *validity* yang mempunyai arti sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Untuk mengetahui validitas suatu instrument (dalam hal ini kuisisioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Suatu variabel (pertanyaan) dikatakan valid bila skor variable tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Cara mengukur validitas dengan membandingkan r tabel sehingga bila r hitung lebih besar dari r tabel maka H_0 ditolak yang artinya variabel valid (pertanyaan valid). (Hastono, S.P. 2007). Pengetahuan tentang PJK dan faktor risiko menurut HDFQ, 2010 dengan jumlah soal 30 butir dan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK dengan 10 butir soal.

Rumus yang digunakan untuk menguji validitas adalah *Pearson Product Moment* (Riduwan, 2008).

$$r_{hitung} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(n\sum X^2 - (\sum X)^2)(n\sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Dimana :

r_{hitung} = Koefisien Korelasi

$\sum Xi$ = Jumlah skor item

$\sum Yi$ = Jumlah skor total (seluruh item)

n = Jumlah responden

Selanjutnya dihitung dengan Uji-t dengan rumus : $t_{hitung} = \frac{r\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$

Dimana

t = Nilai t_{hitung}

r = Koefisien korelasi hasil r_{hitung}

n = Jumlah responden

Distribusi (Tabel t) untuk $\alpha = 0,05$ dan derajat kebebasan (dk = n-2)

Kaidah keputusan : Jika $t_{hitung} > t_{tabel}$ berarti valid sebaliknya

$t_{hitung} < t_{tabel}$ berarti tidak valid

Uji instrumen dilakukan pada 25 responden diluar sampel namun memiliki karaktersitik yang sama dengan sampel responden yang sesuai dengan kriteria inklusi sampel. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner Pengetahuan tentang PJK dan pencegahan sekunder faktor risiko dengan jumlah soal 30 butir soal, sikap dalam melakukan pencegahan sekunder 10 butir soal, persepsi diri 10 butir soal, motivasi 10 butir soal, dukungan keluarga 10 butir soal,

sumber informasi 7 butir soal dan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko 10 butir soal.

Analisis uji validitas menggunakan komputer dengan *degree of freedom* $25-2 = 23$ (r tabel 0,396). Hasil uji validitas didapatkan nilai r hitung untuk pertanyaan di kuesioner pengetahuan ada 10 butir soal dinyatakan tidak valid karena r hitung < r tabel (pertanyaan 2, r = -0,275), (pertanyaan 5, r = 0,0001), (pertanyaan 7, r = -0,074), (pertanyaan 13, r = -0,264), (pertanyaan 18, r = 0,281), (pertanyaan 19, r = -0,325), (pertanyaan 22, r = 0,0001), (pertanyaan 27, r = -0,28), (pertanyaan 29, r = 0,0001) sehingga butir soal diperbaiki kalimatnya. Untuk variabel sikap ada 3 butir soal yang tidak valid (pertanyaan 4, r = 0,047), (pertanyaan 7, r = -0,081), (pertanyaan 9, r = 0,267), sehingga butir soal tersebut juga diperbaiki kalimatnya, untuk variabel persepsi diri ada 1 butir soal yang tidak valid (pertanyaan 2, r = -0,301), untuk variabel motivasi, dukungan keluarga dan sumber informasi serta kemampuan melakukan pencegahan sekunder, semua butir soal dinyatakan valid (r hitung > r tabel), sehingga dapat digunakan sebagai instrumen untuk pengambilan data.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. Pertanyaan dikatakan *reliable* jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. (Hastono, S.P. 2007). Jika perbandingan r hasil dengan r tabel (lihat nilai alpha) didapat lebih besar r tabel, maka item pertanyaan dikatakan reliabel.

Untuk mengetahui reliabilitas seluruh tes harus menggunakan rumus *Spearman Brown* (Riduwan, 2008).

$$r_{11} = \frac{2 \cdot r_b}{1 + r_b}$$

Dimana

r_{11} = Koefisien reliabilitas internal seluruh item

r_b = Korelasi Product Moment antara belahan (ganjil-genap) atau (awal-akhir)

Hasil uji reliabilitas adalah $r \alpha$ Cronbach's , didapatkan nilai kisaran r untuk variabel-variabel berikut.

- a. Pengetahuan : $r \alpha = 0,892$
- b. Sikap : $r \alpha = 0,768$
- c. Persepsi diri: $r \alpha = 0,794$
- d. Motivasi : $r \alpha = 0,916$
- e. Dukungan keluarga: $r \alpha = 0,728$
- f. Sumber informasi: $r \alpha = 0,864$
- g. Kemampuan: $r \alpha = 0,870$

Berdasarkan nilai $r \alpha$ masing-masing variabel diatas, jika dibandingkan dengan nilai r tabel (0,396), maka dapat disimpulkan $r \alpha > r$ tabel, yaitu semua variabel dinyatakan reliabel.

4.8 Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data penelitian adalah sebagai berikut :

1. Peneliti mengajukan ijin untuk melakukan penelitian kepada RSPAD Gatot Soebroto
2. Peneliti melakukan sosialisasi rencana penelitian kepada bagian Penelitian dan Pengembangan rumah sakit atau pihak yang terkait
3. Setelah mendapatkan ijin penelitian, peneliti melakukan identifikasi pasien PJK yang akan dijadikan responden di ruangan rawat Jantung RSPAD gatot Soebroto berdasarkan catatan medik pasien
4. Peneliti melakukan pengumpulan data menggunakan kuesioner yang sudah disusun dengan memberikan kuesioner secara bertahap, mengingat jumlah item kuesioner yang banyak agar responden terhindar dari kelelahan.
 - a. Kuesioner pertama yang diberikan adalah kuesioner pengetahuan, sikap dan persepsi diri, dibutuhkan waktu 60 menit setelah kunjungan dokter. Kemudian klien beristirahat setelah selesai mengisi kuesioner.

- b. Kuesioner kedua diberikan saat *snack time* adalah kuesioner motivasi, dukungan keluarga dan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko, dibutuhkan waktu 60 menit.
 - c. Kuesioner demografi dan sumber informasi ditanyakan langsung oleh peneliti setelah poin a dan b diatas selesai diisi oleh responden pada saat klien sudah selesai makan siang atau makan malam.
5. Setelah data terkumpul dilakukan analisis data.

4.9 Analisis Data

Data yang telah diolah akan dianalisis dengan *software* statistik. Adapun analisis data yang dilakukan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

4.9.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, S.P. 2007). Analisis univariat untuk data katagorik seperti usia, pendidikan, pekerjaan, riwayat penyakit (hipertensi, DM), riwayat merokok, riwayat hospitalisasi, status sosioekonomi dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan menggunakan persentase atau proporsi. Pada data numerik seperti usia, dijelaskan dengan menggunakan mean, median, minimum-maksimum dan standar deviasi. Semua data dianalisis pada tingkat kemaknaan (*confidence interval*) 95% ($\alpha = 0,05$).

4.9.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel atau bisa juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (sampel). (Hastono, S.P. 2007). Analisis bivariat untuk melakukan analisis hubungan variabel katagorik dengan variabel katagorik dilakukan dengan menggunakan uji statistik kai kuadrat (*chi square*). Uji statistik *chi square* bertujuan untuk menguji perbedaan proporsi. Dalam Hastono, S.P. (2007), aturan yang berlaku pada *chi square* adalah sebagai berikut :

- a. Bila pada 2×2 dijumpai nilai *Expected* (harapan) kurang dari 5 maka yang digunakan adalah "*Fisher's Exact Test*".
- b. Bila tabel 2×2 dan tidak ada nilai $E < 5$, maka uji yang dipakai sebaiknya "*Continuity Correlation (a)*".
- c. Bila tabelnya lebih dari 2×2 maka digunakan uji "*Pearson Chi Square*".
- d. Uji "*Likelihood Ratio*" dan "*Linear by Linear Assciation*", biasanya digunakan untuk keperluan lebih spesifik.

Jenis uji statistik pada masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1
Analisis Bivariat

No.	Variabel Independen	Variabel Dependen	Jenis Uji Statistik
1.	Pengetahuan	Kemampuan pencegahan sekunder faktor risiko PJK	<i>Uji Chi Square</i>
2.	Sikap	Kemampuan pencegahan sekunder faktor risiko PJK	<i>Uji Chi Square</i>
3.	Persepsi diri	Kemampuan pencegahan sekunder faktor risiko PJK	<i>Uji Chi Square</i>
4.	Motivasi	Kemampuan pencegahan sekunder faktor risiko PJK	<i>Uji Chi Square</i>
5.	Dukungan keluarga	Kemampuan pencegahan sekunder faktor risiko PJK	<i>Uji Chi Square</i>
6.	Sumber Informasi	Kemampuan pencegahan sekunder faktor risiko PJK	<i>Uji Chi Square</i>

4.9.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu variabel dependen. (Hastono, S.P. 2007). Dalam penelitian ini untuk melakukan analisis multivariat, digunakan analisis regresi logistik ganda, karena memiliki variabel dependen katagorik yang bersifat dikotom/binary.. Proses analisis multivariat dengan menghubungkan beberapa variabel independen dan variabel dependen dalam

waktu bersamaan sehingga dapat diketahui variabel independen manakah yang paling dominan pengaruhnya terhadap variabel dependen, apakah variabel independen berhubungan dengan variabel dependen dipengaruhi oleh variabel lain atau tidak. (Hastono,S.P. 2007).

Dalam melakukan analisis bivariat pada masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya, bila hasil uji bivariat mempunyai $p < 0,25$ maka variabel tersebut dapat masuk dalam model multivariat. Namun bila $p \text{ value} > 0,25$ maka tetap dimasukkan ke multivariate bila variabel tersebut secara substansi penting. (Hastono,S.P. 2007).

Variabel penting yang masuk dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai $p \text{ value} < 0,05$. Apabila dalam model multivariat variabel mempunyai $p \text{ value} > 0,05$ maka akan dikeluarkan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai $p \text{ value}$ terbesar. (Hastono,S.P. 2007). Model terakhir terjadi bila variabel independen dengan dependen sudah tidak mempunyai nilai $p \text{ value} > 0,05$.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab 5 ini akan menguraikan hasil penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat (RSPAD) Gatot Soebroto Jakarta. Pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 12 Mei s.d 16 Juni 2012 di Ruang Perawatan Jantung Lantai 2 RSPAD Gatot Soebroto Jakarta.

5.1 Gambaran Proses Pelaksanaan Penelitian

Selama proses pengumpulan data, pasien penyakit jantung koroner dengan komplikasi dan tanpa komplikasi dengan *coroner angiography* yang menjalani rawat inap di Ruang perawatan Jantung lantai II RSPAD Gatot Soebroto berjumlah 76 pasien. Dari 76 pasien penyakit jantung koroner, yang memenuhi kriteria inklusi penelitian adalah sebanyak 68 orang yang dipilih secara *random* dengan cara memilih pasien baru masuk dengan diagnosa CAD (Coronary Artery Disease) atau PJK dalam 1 hari.

Adapun penyajian hasil penelitian dilakukan dalam tiga tahap, yaitu analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat. Tahap pertama adalah analisis univariat, digunakan untuk menyajikan data yang meliputi karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat penyakit (hipertensi dan diabetes), riwayat hospitalisasi, riwayat merokok dan status sosioekonomi.. Untuk karakteristik responden tidak dilakukan analisa bivariat. Tahap kedua adalah analisis bivariat, digunakan untuk melihat hubungan antara faktor pengetahuan, sikap, persepsi diri, motivasi, dukungan keluarga, dan sumber informasi dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko.

Peneliti membagikan kuesioner dalam 2 tahap mengingat jumlah pertanyaan dalam kuesioner yang cukup banyak. Tahap pertama peneliti membagi pertanyaan variabel pengetahuan, sikap dan persepsi bersamaan dengan waktu makan snack.

Tahap kedua peneliti membagi pertanyaan variabel motivasi, dukungan keluarga, dan sumber informasi setelah waktu makan siang.

Setelah pertanyaan dalam instrumen penelitian telah terjawab oleh responden, maka peneliti akan membuat skor total dari pertanyaan tersebut dan disajikan dalam bentuk hasil penelitian.

5.2 Analisis Univariat

Berikut ini dijelaskan analisis distribusi frekuensi berdasarkan karakteristik responden meliputi: usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, riwayat hipertensi dan diabetes melitus, riwayat hospitalisasi, riwayat merokok dan status sosial ekonomi.

5.2.1 Karakteristik responden berdasarkan usia

Tabel 5.2.1
Distribusi responden berdasarkan usia di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Variabel	Mean	SD	Min-Mak	CI 95%
Usia	56,65	10,57	36 -79	54,1 – 59,2

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa rata-rata usia responden 56,65 tahun dengan standar deviasi 10,57, usia termuda 36 tahun dan tertua 79 tahun. Diyakini 95% usia responden diantara 54,1 – 59,2 tahun. Berdasarkan rata-rata, maka usia responden masuk dalam kategori lansia (> 55 tahun).

5.2.2 Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Tabel 5.2.2
Distribusi responden berdasarkan pendidikan di RSPAD Gatot Soebroto
Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Pendidikan	Frekuensi	Prosentase
Menengah ke bawah	7	10,3
Menengah ke atas	61	89,7
Jumlah	68	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa pendidikan responden terbanyak pada kategori menengah ke atas yaitu terdiri atas SLTA dan PT sebanyak 61 orang (89,7%). Kategori menengah ke bawah (SD dan SMP) sebanyak 7 orang (10,3%).

5.2.3 Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2.3
Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di RSPAD Gatot Soebroto
Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Jenis kelamin	Frekuensi	Prosentase
Pria	49	72,1
Wanita	19	27,9
Jumlah	68	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa jenis kelamin responden terbanyak adalah pria yaitu 49 orang (72,1%).

5.2.4 Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.2.4
Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di RSPAD Gatot Soebroto
Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Pekerjaan	Frekuensi	Prosentase
PNS	60	88,2
Bukan PNS	8	11,8
Jumlah	68	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa pekerjaan responden terbanyak pada kategori PNS termasuk PNS aktif departemen, ABRI dan pensiunan yaitu sebanyak 60 orang (88,2%). Kategori bukan PNS terdiri atas ibu rumah tangga dan wiraswasta sebanyak 8 orang (11,8).

5.2.5 Karakteristik responden berdasarkan riwayat hipertensi

Tabel 5.2.5
Distribusi responden berdasarkan riwayat hipertensi di RSPAD Gatot
Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Hipertensi	Frekuensi	Prosentase
Ya	41	60,3
Tidak	27	39,7
Jumlah	68	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang memiliki riwayat hipertensi sebanyak 41 orang (60,3%).

5.2.6 Karakteristik responden berdasarkan riwayat diabetes melitus

Tabel 5.2.6
Distribusi responden berdasarkan riwayat diabetes di RSPAD Gatot
Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Diabetes	Frekuensi	Prosentase
Ya	12	17,6
Tidak	56	82,4
Jumlah	68	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang memiliki riwayat diabetes melitus sebanyak 12 orang (17,6%).

5.2.7 Karakteristik responden berdasarkan riwayat hospitalisasi

Tabel 5.2.7
Distribusi responden berdasarkan riwayat hospitalisasi di RSPAD Gatot
Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Riwayat Hospitalisasi	Frekuensi	Prosentase
Ya	45	66,2
Tidak	23	33,8
Jumlah	68	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang pernah dirawat di rumah sakit karena penyakit jantung sebanyak 45 orang (66,2%).

5.2.8 Karakteristik responden berdasarkan riwayat merokok

Tabel 5.2.8
Distribusi responden berdasarkan riwayat merokok di RSPAD Gatot
Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Riwayat merokok	Frekuensi	Prosentase
Ya	44	64,7
Tidak	24	35,3
Jumlah	68	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden sebagian besar memiliki riwayat merokok yaitu sebanyak 44 orang (64,7%).

5.2.9 Karakteristik responden berdasarkan status sosial ekonomi

Tabel 5.2.9
Distribusi responden berdasarkan status sosioekonomi di RSPAD Gatot
Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Status sosioekonomi	Frekuensi	Prosentase
>2 juta	61	89,7
≤ 2 juta	7	10,3
Jumlah	68	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa status sosioekonomi responden yaitu > 2 juta rupiah dengan kategori baik sebanyak 61 orang (89,7%).

5.2.10 Karakteristik pengetahuan responden tentang Penyakit Jantung Koroner dan Pencegahannya

Tabel 5.2.10
Distribusi Responden menurut Pengetahuan Responden tentang Penyakit Jantung Koroner dan Pencegahan Sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Pengetahuan tentang PJK dan pencegahan sekunder faktor risiko	Frekuensi	Prosentase
Baik	38	55,9
Kurang	30	44,1
Jumlah	68	100

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik tentang penyakit jantung koroner dan pencegahan sekunder faktor risiko sebanyak 38 orang (55,9%) dengan rata-rata skor jawaban benar adalah 73,75 dan skor jawaban terendah 50 , serta skor jawaban tertinggi 100.

5.2.11 Karakteristik sikap responden dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko

Tabel 5.2.11
Distribusi sikap responden dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Sikap melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	Frekuensi	Prosentase
Positif	46	67,6
Negatif	22	32,4
Jumlah	68	100

Hasil analisis berdasarkan penghitungan skor total dengan rerata sikap menunjukkan bahwa responden yang bersikap positif dalam melakukan

pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner adalah sebanyak 46 orang (67,6%).

5.2.12 Karakteristik persepsi diri pasien tentang Penyakit jantung Koroner dan Pencegahannya

Tabel 5.2.12
Distribusi persepsi diri responden tentang penyakit jantung koroner dan pencegahannya di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Persepsi diri melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	Frekuensi	Prosentase
Positif	44	64,7
Negatif	24	35,3
Jumlah	68	100

Hasil analisis berdasarkan penghitungan skor total dengan rerata persepsi diri menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi diri yang positif tentang penyakit jantung koroner dan pencegahan faktor risiko adalah sebanyak 44 orang (64,7%).

5.2.13 Karakteristik motivasi responden dalam melakukan Pencegahannya sekunder Faktor Risiko

Tabel 5.2.13
Distribusi motivasi responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Motivasi melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	Frekuensi	Prosentase
Tinggi	41	60,3
Rendah	27	39,7
Jumlah	68	100

Hasil analisis berdasarkan penghitungan skor total dengan rerata motivasi menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi tinggi untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner adalah sebanyak 41 orang (60,3%).

5.2.14 Karakteristik dukungan keluarga responden dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko

Tabel 5.2.14
Distribusi dukungan keluarga responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Dukungan keluarga melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	Frekuensi	Prosentase
Mendukung	35	51,5
Kurang mendukung	33	48,5
Jumlah	68	100

Hasil analisis berdasarkan penghitungan skor total dengan rerata dukungan keluarga menunjukkan bahwa responden yang didukung keluarga untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner adalah sebanyak 35 orang (51,5%).

5.2.15 Karakteristik sumber informasi responden tentang pencegahan faktor risiko Penyakit Jantung Koroner

Tabel 5.2.15

Distribusi sumber informasi responden tentang pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Sumber informasi tentang pencegahan sekunder faktor risiko	Frekuensi	Prosentase
Terpapar	50	73,5
Kurang terpapar	18	26,5
Jumlah	68	100

Hasil analisis berdasarkan penghitungan skor total dengan rerata sumber informasi menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan paparan informasi > 3 sumber informasi tentang pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner adalah sebanyak 50 orang (73,5%).

5.2.16 Karakteristik kemampuan responden dalam melakukan pencegahan sekunder Faktor Risiko

Tabel 5.2.16

Distribusi kemampuan responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta
12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko	Frekuensi	Prosentase
Mampu	38	55,9
Kurang mampu	30	44,1
Jumlah	68	100

Hasil analisis berdasarkan penghitungan skor total dengan rerata kemampuan menunjukkan bahwa responden yang mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner adalah sebanyak 38 orang (55,9%).

5.3 Analisis Bivariat

5.3.1 Hubungan pengetahuan dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner

Tabel 5.3.1 Hubungan pengetahuan dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta 12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Pengetahuan	Kemampuan				Total		OR (95% CI)	<i>p value</i>
	Kurang		Mampu					
	n	%	n	%	n	%		
Kurang	19	63,3	11	36,7	30	100	1	
Baik	11	28,9	27	71,1	38	100	4,24 (1,5-11,8)	0,010
Total	30	44,1	38	55,9	68	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa , 27 orang (71,1%) memiliki pengetahuan baik dan mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner. Responden yang memiliki pengetahuan kurang dan kurang mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner sebanyak 19 orang (63,3%). Hasil uji statistik diperoleh $p = 0,010$, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

5.3.2 Hubungan sikap dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risikofaktor risiko penyakit jantung koroner

Tabel 5.3.2 Hubungan sikap dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta 12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Sikap	Kemampuan				Total		OR (95% CI)	<i>p value</i>
	Kurang		Mampu					
	n	%	n	%	n	%		
Negatif	20	90,9	2	9,1	22	100	1	0,0001
Positif	10	21,7	36	78,3	46	100	36 (7,2-180,7)	
Total	30	44,1	38	55,9	68	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa reponden yang memiliki sikap positif dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner, 36 orang (78,3%) mampu melakukan pencegahan tersebut, 10 orang (21,7%) kurang mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner. Hasil uji statistik didapatkan $p = 0,0001$, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara sikap dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko tersebut.

5.3.3 Hubungan persepsi diri dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner

Tabel 5.3.3 Hubungan persepsi diri dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta 12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Persepsi diri	Kemampuan				Total		OR (95% CI)	<i>p value</i>
	Kurang		Mampu					
	n	%	n	%	n	%		
Negatif	17	70,8	7	29,2	24	100	1	0,003
Positif	13	29,5	31	70,5	44	100	5,8 (1,9-17,3)	
Total	30	44,1	38	55,9	68	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi diri yang positif, 31 orang (70,5%) mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner dan 13 orang (29,5%) kurang mampu melakukan pencegahan tersebut. Hasil uji statistik didapatkan $p = 0,003$, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara persepsi diri responden dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

5.3.4 Hubungan motivasi dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner

Tabel 5.3.4 Hubungan motivasi dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta 12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Motivasi	Kemampuan				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Mampu					
	n	%	n	%	n	%		
Rendah	19	70,4	8	29,6	27	100	1	
Tinggi	11	26,8	30	73,2	41	100	6,5 (2,2-19,0)	0,001
Total	30	44,1	38	55,9	68	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi yang tinggi 30 orang (73,2%) mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner dan 11 orang (26,8%) kurang mampu melakukan pencegahan tersebut. Hasil uji statistik diperoleh $p = 0,001$, yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara motivasi responden dengan kemampuan responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

5.3.5 Hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner

Tabel 5.3.5 Hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta 12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Dukungan keluarga	Kemampuan				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Mampu					
	n	%	n	%	n	%		
Mendukung	20	60,6	13	39,4	33	100	1	0,016
Kurang mendukung	10	28,6	25	71,4	35	100	3,8 (1,4-10,6)	
Total	30	44,1	38	55,9	68	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa reponden yang mendapatkan dukungan penuh dari keluarga, 25 orang (71,4%) mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner dan 10 orang (28,6%) kurang mampu melakukan pencegahan tersebut. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,016$, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

5.3.6 Hubungan sumber informasi dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner

Tabel 5.3.6 Hubungan sumber informasi dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta 12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

Sumber informasi	Kemampuan				Total		OR (95% CI)	p value
	Kurang		Mampu					
	n	%	n	%	n	%		
Kurang terpapar	9	50	9	50	18	100	1,4 (0,5-4,1)	0,757
Terpapar	21	42	29	58	50	100		
Total	30	44,1	38	55,9	68	100		

Hasil analisis menunjukkan responden yang mendapatkan paparan informasi tentang penyakit jantung koroner dan pencegahan sekunder faktor risiko, 29 orang (58%) mampu melakukan pencegahan sekunder faktor risiko dan 21 orang (42%) kurang mampu melakukan pencegahan tersebut. Hasil uji statistik diperoleh $p = 0,757$, yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sumber informasi dengan kemampuan responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

5.4 Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini digunakan untuk mengetahui variabel mana yang paling dominan berhubungan dengan kemampuan pasien penyakit jantung koroner melakukan pencegahan sekunder faktor risiko. Pada penelitian ini analisis multivariat menggunakan regresi logistik dengan tahapan terdiri dari pemilihan variabel kandidat multivariat, uji *confounding* dan pemodelan multivariat :

5.4.1 Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat

Pemilihan variabel kandidat multivariat dilakukan berdasarkan hasil analisis bivariat antara variabel independen (pengetahuan, sikap, persepsi diri, motivasi,

dukungan dan sumber informasi) dengan variabel dependen kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik ganda dengan metode *backward stepwise (likelihoodratio)*. Variabel terpilih untuk masuk ke dalam model multivariat adalah variabel dengan nilai $p < 0,25$. Bila ada variabel yang $> 0,25$ maka dikeluarkan kecuali jika secara substansi penting maka tetap di ikut sertakan.

Tabel 5.4.1

Hasil Seleksi Analisa bivariat variabel yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko di RSPAD Gatot Soebroto Jakarta 12 Mei – 16 Juni 2012 (N= 68)

	Variabel	<i>p value</i>
<i>Step 1</i>	Pengetahuan	0,325
	Sikap	0,0001
	Persepsi diri	0,547
	Motivasi	0,002
	Dukungan keluarga	0,011
	Sumber informasi	0,160
<i>Step 2</i>	Pengetahuan	0,176
	Sikap	0,0001
	Motivasi	0,002
	Dukungan keluarga	0,013
	Sumber informasi	0,181
<i>Step 3</i>	Pengetahuan	0,089
	Sikap	0,0001
	Motivasi	0,002
	Dukungan keluarga	0,035

Tabel 5.4.1 menunjukkan bahwa pada *step 1*, variabel persepsi diri memiliki nilai $p > 0,25$ terbesar dalam kelompok, sehingga pada *step 2* variabel persepsi diri dikeluarkan. Pada *step 2*, variabel terbesar di kelompok juga dikeluarkan yaitu

sumber informasi. Pada *step* 3, diperoleh variabel dengan nilai $p < 0,25$ yaitu pengetahuan, sikap, motivasi dan dukungan keluarga dan masuk ke dalam pemodelan multivariat.

5.4.2 Pemeriksaan *confounding*

Pemeriksaan *confounding* dilakukan untuk mengetahui apakah variabel perancu mempengaruhi hubungan antara variabel dependen dan independen. Hasil uji *confounding* sebagai berikut :

Tabel 5.4.2

Hasil uji *confounding* antara karakteristik responden terhadap variabel dependen dan independen

Variabel	B	Usia		Pendidikan		Jenis kelamin		Pekerjaan	
		B*	%B*	B**	%B**	B***	%B***	B****	%B****
Pengetahuan	1,503	1,539	1,7%	1,434	4,6%	1,493	0,7%	1,924	28,0%
Sikap	4,071	4,089	0,4%	4,038	0,8%	4,085	0,3%	4,571	12,3%
Motivasi	2,555	2,618	2,5%	2,627	2,5%	2,611	2,2%	2,610	2,2%
Dukungan keluarga	1,801	1,796	0,3%	1,852	0,3%	1,800	0,1%	2,354	30,7%

Variabel	B	Riwayat hipertensi		Riwayat diabetes		Status sosioekonomi		Riwayat hospitalisasi	
		B*	%B*	B**	%B**	B***	%B***	B****	%B****
Pengetahuan	1,503	1,736	15,5%	1,540	2,5%	1,641	9,2%	1,551	3,2%
Sikap	4,071	4,291	5,4%	3,950	3,0%	4,531	11,3%	4,135	1,6%
Motivasi	2,555	2,570	0,6%	2,635	3,1%	2,592	1,4%	2,440	4,5%
Dukungan keluarga	1,801	1,852	2,8	1,794	0,4%	2,181	21,1%	1,784	0,9%

Hasil pemeriksaan *confounding* didapatkan pekerjaan merupakan *confounding* pengetahuan, sikap dan dukungan keluarga. Riwayat hipertensi merupakan *confounding* pengetahuan. Status sosioekonomi merupakan *confounding* sikap dan dukungan keluarga. Untuk itu pekerjaan, riwayat hipertensi dan status sosioekonomi tetap dimasukkan dalam pemodelan terakhir. Untuk variabel usia,

pendidikan, jenis kelamin, riwayat diabetes dan riwayat hospitalisasi harus dikeluarkan dari pemodelan multivariat.

5.4.3 Pemodelan akhir Multivariat

Setelah melalui beberapa tahapan sebelumnya, didapatkan model terakhir seperti tampak pada tabel 5.4.3 berikut ini :

Tabel 5.4.3
Pemodelan akhir analisis multivariat

No.	Variabel	B	Wald	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
1.	Pengetahuan	2,242	4,372	0,037	9,417	1,151	77,045
2.	Sikap	5,132	12,484	0,0001	169,416	9,829	2,920E3
3.	Motivasi	2,607	7,180	0,007	13,552	2,014	91,198
4.	Dukungan keluarga	2,453	5,147	0,023	11,622	1,396	96,730
5.	Pekerjaan	2,120	0,679	0,410	0,120	0,01	18,603
6.	Status sosioekonomi	0,715	0,070	0,791	0,489	0,002	98,000
7.	Riwayat hipertensi	1,754	2,386	0,122	0,173	0,019	1,602

Dari tabel 5.4.3 didapatkan hasil akhir analisis multivariat, dimana ternyata variabel yang berhubungan bermakna dengan kemampuan pasien PJK adalah variabel pengetahuan, sikap, motivasi dan dukungan keluarga (p value $< 0,05$). Variabel yang paling dominan signifikan berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko adalah variabel sikap ($B = 5,132$ dengan p value $= 0,0001$).

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian yang didapatkan berdasarkan tujuan penelitian, tinjauan teori dan beberapa hasil penelitian sebelumnya. Pembahasan ini terdiri atas interpretasi, diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasinya dalam praktik keperawatan.

6.1 Interpretasi dan diskusi hasil penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan antara faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien penyakit jantung koroner yang meliputi pengetahuan, sikap, persepsi diri, motivasi, dukungan keluarga dan sumber informasi.

6.1.1 Hubungan pengetahuan dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik tentang penyakit jantung koroner dan pencegahan sekunder faktor risiko sebanyak 38 orang (55,9%). Prosentase tersebut hampir sebanding dengan responden yang memiliki pengetahuan kurang. Hasil analisis bivariat menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko (p value = 0,010).. Responden yang memiliki pengetahuan baik juga didukung oleh latar belakang pendidikan menengah ke atas (89,7%) dan juga pekerjaan responden yang rata-rata adalah PNS aktif, ABRI dan pensiunan (88,2%)

Menurut Notoatmojo (2003), pendidikan dapat menunjang wawasan dan pengetahuan seseorang. Secara umum, seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih luas dibandingkan yang tingkat pendidikannya rendah. Selain pendidikan, pengalaman pasien penyakit jantung koroner dalam menghadapi penyakit serta bagaimana melakukan pencegahan sejak dini dapat menjadi salah satu penentu pasien tersebut dalam mengambil

keputusan terkait penyakitnya. Peneliti mengidentifikasi bahwa 66,2% responden sudah pernah punya pengalaman dirawat di rumah sakit karena penyakit jantung baik untuk tindakan kuratif maupun untuk diagnostik. Diharapkan semakin baik pengetahuan pasien tentang penyakit jantung koroner dan cara pencegahannya sejak dini maka pasien akan semakin bersemangat untuk dapat melakukan pencegahan sekunder faktor risiko seperti berolahraga, pola makan/gizi seimbang, menghentikan kebiasaan merokok serta menghindari stress.

Hal ini sejalan dengan penelitian Crouch, 2008 dalam disertasinya di Australia menyatakan bahwa pada pasien perempuan dengan PJK belum terinformasikan secara adekuat tentang bahaya penyakit jantung koroner. Modifikasi faktor risiko membutuhkan perubahan dalam kebiasaan dan perilaku sehari-hari. Pengetahuan dan pemahaman tentang faktor risiko diperlukan sebagai salah satu komponen perubahan perilaku. Pada wanita di Australia tersebut, informasi masih sedikit sehingga mempengaruhi pemahaman dan pengetahuan tentang PJK. Selain itu menurut penelitian King et al. dalam Artinian (2002), menyatakan bahwa 83,6 % wanita yang menjalani *coronary angiography* memiliki 3 atau lebih faktor risiko penyakit jantung dan mereka tidak memahami bahwa bahaya faktor risiko tersebut. Contohnya kondisi hiperkolesterolemia, banyak penderita yang tidak mengetahui kadar kolesterol yang normal dan membedakan antara LDL dan HDL.

Perilaku dan kesiapan pasien erat hubungannya dengan kesehatan. Menurut Notoatmodjo, 2010, perilaku menjadi determinan kesehatan yang menjadi sasaran dari promosi atau pendidikan kesehatan. Perilaku memiliki peranan nomor dua setelah lingkungan terhadap status kesehatan. Perilaku atau kemampuan untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK adalah salah satu bagian penting yang harus diperhatikan klien. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien tersebut. Salah satunya adalah pengetahuan. Semakin baik tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pula perilaku pencegahan individu terhadap penyakit, dalam hal ini yaitu PJK. Pengetahuan dan kesadaran akan pentingnya kesehatan jantung menjadi satu langkah awal yang penting untuk menurunkan kejadian penyakit jantung. Semakin sering pasien penyakit jantung

koroner mendapatkan edukasi tentang pentingnya pencegahan sekunder faktor risiko PJK, maka pemahaman tentang pentingnya memiliki gaya hidup yang sehat juga akan semakin meningkat (Handayani, 2009).

6.1.2 Hubungan sikap dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko

Hasil analisis univariat menunjukkan responden yang bersikap positif dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner adalah sebanyak 46 orang (67,6%). Hasil uji bivariat menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner ($p = 0,0001$). Diperoleh hasil OR 36 yang berarti bahwa responden yang bersikap positif dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner berpeluang 36 kali mampu melakukan pencegahan tersebut dibandingkan responden yang bersikap negatif.

Menurut Handayani (2003), pola dan gaya hidup seseorang akan mempengaruhi sikap dan perilaku sehari-hari. Terutama kaitannya dengan pencegahan sekunder faktor risiko misalnya berolahraga teratur, pola makan/gizi yang seimbang, istirahat yang cukup, menghindari stress ataupun mengontrol kebiasaan merokok. Diperlukan sikap diri yang positif agar tercapai keseimbangan kesehatan fisik dan mental. Sikap diri juga selalu melibatkan faktor pendapat dan emosinya dalam pengambilan keputusan. Diharapkan dengan sikap diri yang positif, pasien PJK akan semakin meningkat kesadaran dirinya akan pentingnya melakukan pencegahan sekunder faktor risiko.

Hal ini sejalan dengan penelitian Chien Chen et.al, 2009 menyatakan, penting bagi masyarakat di Taipei untuk memiliki sikap yang positif untuk melakukan kegiatan pencegahan PJK dengan menerapkan perilaku yang sehat seperti beraktifitas secara rutin, mengkonsumsi makana yang sehat dan berhenti merokok. Sikap tersebut sangat berhubungan dengan keyakinan yang dimiliki pasien tentang pentingnya upaya-upaya pencegahan tersebut. Dengan banyaknya penelitian tentang kaitan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan

Universitas Indonesia

penyakit membuat para peneliti di Taiwan mengkaji lebih lanjut upaya-upaya peningkatan kesehatan melalui media informasi dan petugas pelayanan kesehatan.

Perubahan perilaku kesehatan pada seseorang yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap diri yang positif akan mampu bertahan lama (Notoatmojo, 2003). Contoh: pasien yang melakukan pencegahan sekunder penyakit jantung koroner karena dianjurkan oleh petugas kesehatan tanpa mengetahui makna dan tujuan dari perilaku pencegahan tersebut, maka saat kembali kerumah tanpa ada pengawasan dari petugas kesehatan, pasien tersebut tidak akan melakukannya secara mandiri.

6.1.3 Hubungan persepsi diri dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa responden yang memiliki persepsi diri yang positif tentang penyakit jantung koroner dan pencegahan faktor risiko adalah sebanyak 44 orang (64,7%). Hasil uji bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi diri responden dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner ($p=0,003$).

Menurut Byrne, Walsh, Murphy (2005) adanya persepsi diri yang baik tentang penyakit yang diderita oleh pasien infark miokard dihubungkan dengan perilaku dan gaya hidup yang dijalani pasien. Pasien akan cenderung patuh dalam program pengobatan dan program rehabilitasi jantung setelah ia mengalami kondisi infark miokard. Adanya persepsi diri yang baik bahwa program rehabilitasi jantung dapat membantu menurunkan faktor risiko pasca hospitalisasi akan semakin meningkatkan kemampuan pasien tersebut untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko agar tidak terjadi rehospitalisasi kembali. Setelah menyadari bahwa penyakitnya serius, pasien akan segera melakukan perubahan dalam hidupnya

Hal ini sejalan dengan pernyataan Rosenfeld dalam National Institute of Nursing Research (NINR) bahwa pasien PJK pasca hospitalisasi memiliki prioritas yang

berbeda dalam mencari bantuan pengobatan. Bahkan ada yang baru datang ke rumah sakit setelah 2 minggu muncul gejala karena menganggap gejala penyakit tersebut bukan suatu hal yang membahayakan. Namun ada juga yang segera datang ke rumah sakit saat gejala mulai muncul karena menganggap penyakit jantung koroner adalah penyakit yang serius dan komplikasinya dapat menimbulkan kematian (*Sudden death*).

Menurut penelitian Mc Neil & Artinian (2002), kebanyakan wanita berpikir bahwa PJK bukan suatu penyakit yang mematikan dibandingkan dengan kanker payudara. Hal ini akibat mereka tidak mendapatkan informasi yang adekuat tentang PJK. Sehingga mereka tidak menyadari pentingnya untuk mengendalikan faktor risiko penyebab PJK. Banyak wanita yang merokok dan overweight tidak menganggap hal tersebut sebagai salah satu penyebab terjadinya PJK pada dirinya. Meskipun didapatkan 93% wanita memiliki lebih dari satu faktor risiko, namun mereka menganggap faktor risiko tersebut sebagai suatu hal yang perlu diwaspadai (Mc Neil & Artinian, 2002). Diharapkan setelah memiliki persepsi diri yang positif tentang penyakit jantung koroner dan keyakinan yang besar bahwa pasien mampu untuk dapat melakukan perubahan pola hidup, komplikasi seperti gagal jantung dapat dihindari.

6.1.4 Hubungan motivasi dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko

Hasil univariat menunjukkan bahwa responden yang memiliki motivasi untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner adalah sebanyak 41 orang (60,3%). Hasil uji bivariat menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara motivasi responden dengan kemampuan responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

Motivasi responden baik secara instrinsik maupun ekstrinsik dapat berhubungan dengan kemampuan seseorang dalam melakukan hidup sehat. Menurut pernyataan Becki, 2009, kondisi depresi pada penyakit jantung koroner seringkali mempengaruhi motivasi seseorang, terutama wanita. Wanita seringkali tidak

memiliki motivasi untuk mengikuti rehabilitasi jantung disebabkan oleh kondisi stress dan depresi. Ditemukan kondisi ini lebih banyak pada wanita daripada pria. Sejalan dengan penelitian Streptoe et l. (2001), dalam upaya meningkatkan motivasi pasien PJK dalam program rehabilitasi jantung, diperlukan strtaegi dan modifikasi program rehabilitasi secara simultan. Misalnya diawali dengan konseling perilaku hidup sehat. Kemudian menjalankan metode promosi kesehatan dengan melakukan edukasi tentang pentingnya perubahan gaya hidup, memotivasi dan memberiakan dorongan yang positif dan menyarankan perubahan apa saja yang harus dilakukan.

Sesuai dengan penelitian Artinian et al. (2010) dalam American Heart Association, menyatakan bahwa salah satu program yang digunakan dalam meningkatkan perilaku kesehatan pasien PJK adalah *motivational interviewing* yaitu suatu gaya konseling untuk menggali sejauh mana motivasi dan keinginan pasien untuk berubah. Delapan puluh persen (80%) upaya ini berhasil untuk meningkatkan kemauan dan pemahaman pasien PJK tentang perilaku hidup sehat.

6.1.5 Hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko

Hasil analisa univariat menunjukkan bahwa responden yang didukung keluarganya untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner sebanyak 35 orang (51,5%). Hasil uji bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kemampuan melakukan pencegahn sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

Dalam penelitian Tziallas, 2010 menyatakan bahwa keluarga memainkan peran penting dalam penyembuhan pasien infark miokard. Terutama sistem keluarga secara keseluruhan akan terpengaruh dan seluruh keluarga merasakan dampaknya. Menurut Tziallas, 10,8% pasien post infark miokard terdiagnosa menderita depresi akibat meningkatnya stressor dari lingkungan dan kurangnya dukungan keluarga, terutama saat pasien di rawat di rumah sakit atau saat hospitalisasi. Hal ini sejalan dengan penelitian Pozuelo, 2009, seseorang yang sudah pernah dirawat

karena PJK ataupun penyakit lain akan terjadi perubahan peran, terutama peran orang sehat menjadi peran orang sakit. Hal ini memicu munculnya kecemasan dan akhirnya pasien dapat mengalami depresi. Selain depresi dapat memicu terjadinya PJK, depresi juga bisa menjadi dampak dari hospitalisasi akibat PJK.

Bila pasca hospitalisasi pasien PJK mengalami stress yang berkepanjangan akibat kurangnya dukungan keluarga, maka kemampuan pasien untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK juga akan tidak berlangsung optimal. Salah satu bentuk dukungan keluarga dalam pencegahan sekunder tersebut adalah menyarankan untuk mengontrol tekanan darah, kadar kolesterol, mengawasi jenis makan yang dimakan pasien PJK atau menemani pasien berolahraga ringan seperti jalan pagi.

Faktor ekonomi, isolasi sosial, rendahnya tingkat pendidikan dan faktor psikososial lain seperti dukungan keluarga merupakan penyebab tidak langsung dari PJK (Kivimaki et al, 2002 dalam Streptoe & Marmot, 2005). Proses aterosklerosis terjadi dalam jangka waktu yang panjang dan hal ini dihubungkan dengan status ekonomi seseorang. Semakin rendah status ekonomi seseorang, kecenderungan untuk mengalami perilaku hidup sehat semakin rendah. Hal ini akibat kesadaran seseorang untuk gaya hidup sehat semakin rendah karena tidak adanya dukungan ekonomi yang memadai untuk menjalankan pola hidup yang sehat, seperti berhenti merokok, menghindari makanan yang mengandung kolesterol tinggi dan meluangkan waktu untuk berolahraga atau latihan fisik (Streptoe & Marmot, 2005).

6.1.6 Hubungan sumber informasi dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko

Hasil uji univariat menunjukkan bahwa responden yang mendapatkan informasi memadai lebih dari 3 sumber tentang pencegahan faktor risiko penyakit jantung koroner sebanyak 50 orang (73%). Hasil uji bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara sumber informasi dengan kemampuan responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

Dalam penelitian Dalusung, 2010 dinyatakan bahwa memiliki kesadaran tinggi tentang faktor risiko sangat penting untuk keberhasilan program pencegahan pada masyarakat Filipina-Amerika. Menurut Glanz (2002) dalam Dalusung, 2010, kesadaran tersebut dapat menjadi faktor penting dalam proses perubahan perilaku klien. Didukung dengan ketersediaan informasi yang adekuat tentang pencegahan faktor risiko akan meningkatkan keberhasilan program edukasi kesehatan atau promosi kesehatan. Pemerintah telah menyiapkan kegiatan sosialisasi yang meliputi penyuluhan (KIE = Komunikasi, Informasi dan Edukasi (PP&PL Kemenkes RI, 2011). Modifikasi media informasi dapat mendukung upaya peningkatan edukasi kesehatan pada pasien PJK dan keluarganya.

6.2 Keterbatasan penelitian

6.2.1 Kriteria sampel

Penelitian ini tidak membedakan kriteria sampel PJK untuk sindrom koroner akut terdiri atas angina stabil dan non stabil serta infark miokard sehingga tidak dapat diidentifikasi perbedaan kemampuan untuk melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK.

6.2.2 Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner tertutup sehingga tidak dapat mengeksplorasi informasi dari responden lebih luas dan lengkap. Penelitian ini membahas faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko, namun kemampuan pasien yang teridentifikasi belum dapat diukur sampai sejauh mana. Sehingga meskipun kemampuan yang diharapkan dalam penelitian ini sampai pasien kembali kerumah dan dalam kehidupan sehari-hari, peneliti tidak bisa menjamin hal tersebut dapat maksimal dilakukan oleh pasien dirumah. Namun, kemampuan pasien dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko dan faktor-faktor yang berhubungan dapat teridentifikasi secara objektif saat pasien dirawat di rumah sakit. Diharapkan pasien dapat meningkatkan kualitas hidupnya meskipun

Universitas Indonesia

menderita penyakit jantung koroner dan dapat menerapkan perilaku hidup sehat terkait dengan faktor risiko PJK.

6.3 Implikasi praktik Keperawatan Medikal Bedah

6.3.1 Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

Hasil penelitian ini memberikan implikasi bagi praktik keperawatan terutama area medikal bedah yang berfokus pada pengkajian, edukasi kesehatan dan rujukan. Melakukan pengkajian fokus terhadap faktor risiko PJK akan mampu mengidentifikasi pasien yang berisiko terhadap penyakit jantung. Sebagai advokat pasien, perawat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa masyarakat pada umumnya sudah terinformasikan mengenai PJK dan faktor risiko serta pencegahan dan deteksi dini.

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan penyakit kronis yang memiliki banyak faktor risiko dan seharusnya dapat dicegah sejak dini. PJK tidak hanya banyak diderita oleh pria tetapi juga oleh wanita. Adanya paradigma bahwa penyakit jantung banyak diderita oleh seseorang yang berusia diatas 50 tahun saat ini sudah mulai bergeser ke usia dibawah 45 tahun. Oleh karena itu, dibutuhkan program edukasi jangka panjang dan berkelanjutan dalam menyikapi masalah ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan kesadaran diri yang tinggi akan pentingnya melakukan pencegahan faktor risiko dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas PJK. Perawat medikal bedah memiliki kemampuan untuk menjalankan program edukasi tersebut mulai dari upaya preventif, promotif dan rehabilitatif untuk pasien PJK pasca hospitalisasi.

Perawat memainkan peran penting dalam pemberian edukasi baik kepada masyarakat awam maupun lingkup pasien di rumah sakit akan bahaya komplikasi dari PJK. Termasuk menghilangkan mitos bahwa penyakit jantung adalah penyakit untuk pria saja. Pasien harus selalu diingatkan bahwa perilaku hidup sehat akan membawa kesejahteraan dan kesehatan fisik maupun mental. Perawat di ruang perawatan jantung dapat mengembangkan instrumen pendidikan kesehatan yang terintegrasi untuk meningkatkan pemahaman pasien mengingat masih ada

pasien yang belum cukup terpapar informasi agar komplikasi PJK dapat dihindari seperti gagal jantung dan kematian. Program edukasi baik formal maupun informal harus dikembangkan dan implementasikan dalam rangka menyebarluaskan informasi mengenai PJK. Perluasan program edukasi tersebut dapat memanfaatkan berbagai media, seperti brosur, multimedia, CD, film, ataupun *on line call centre*. Program skrining awal di masyarakat juga harus lebih ditingkatkan yaitu mengembangkan strategi “*picking balls*” dengan mendatangi fasilitas umum seperti sekolah, tempat ibadah, klinik kesehatan di perusahaan ataupun pusat perbelanjaan. Sistem rujukan juga diharapkan mampu meningkatkan manajemen penanganan PJK dengan cara bekerjasama antara ahli gizi, *cardiac educators*, dokter, *cardiac rehabilitator* dan *nurse specialist*. Kolaborasi yang baik akan dapat mempengaruhi dan menekan kejadian PJK secara dini di masyarakat.

6.3.2 Pengembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini menjelaskan beberapa faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien PJK melakukan pencegahan sekunder faktor risiko. Hal ini dapat dijadikan acuan dalam mengembangkan program pendidikan kesehatan yang berfokus pada area penyakit jantung koroner, mengingat banyaknya faktor risiko. Peningkatan kompetensi *cardiac nurses* juga perlu ditingkatkan.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disampaikan kesimpulan dari hasil penelitian serta saran rekomendasi penelitian.

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat dirumuskan beberapa simpulan sebagai berikut :

7.1.1 Karakteristik responden pasien Penyakit jantung Koroner adalah sebagai berikut :

Hasil analisis menunjukkan bahwa rerata usia responden adalah 56,65 tahun dan masuk dalam kategori lansia. Pendidikan responden terbanyak pada kategori menengah ke atas yaitu terdiri atas SLTA dan PT. Jenis kelamin responden terbanyak adalah pria yaitu. Pekerjaan responden terbanyak pada kategori PNS termasuk PNS aktif departemen, ABRI dan pensiunan yaitu. Responden mayoritas memiliki riwayat hipertensi, riwayat diabetes melitus, pernah dirawat di rumah sakit karena penyakit jantung, mayoritas memiliki riwayat merokok , mayoritas status sosioekonomi responden memiliki kategori baik.

7.1.2 Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan tentang PJK dan pencegahan sekunder faktor risiko dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

7.1.3 Ada hubungan yang bermakna antara sikap dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko tersebut.

7.1.4 Ada hubungan yang bermakna antara persepsi diri tentang pencegahan sekunder faktor risiko responden dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

7.1.5 Ada hubungan yang signifikan antara motivasi responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko dengan kemampuan responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

7.1.6 Ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

7.1.7 Tidak ada hubungan yang bermakna antara sumber informasi dengan kemampuan responden melakukan pencegahan sekunder faktor risiko penyakit jantung koroner.

7.1.8 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kemampuan pasien Penyakit Jantung Koroner adalah variabel sikap.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi institusi pelayanan di rumah sakit

Institusi pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit dan puskesmas diharapkan mampu meningkatkan asuhan keperawatan pada aspek promotif dan preventif pada pasien yang didiagnosa CAD atau PJK agar terhindar dari rehospitalisasi dengan penyakit dan keluhan yang sama. Bila pasien PJK yang sudah pernah dirawat di rumah sakit baik untuk pengobatan maupun diagnostik seperti angiografi, diharapkan akan memiliki kesadaran diri yang tinggi akan bahaya komplikasi PJK yaitu gagal jantung atau kematian. Diperlukan program rehabilitasi khusus penderita jantung koroner agar dapat kembali meningkatkan kualitas hidupnya pasca dirawat di rumah sakit. Program rehabilitasi ini menekankan pada upaya-upaya pencegahan sekunder dan deteksi dini gejala serta pengendalian faktor risiko. Diperlukan kerjasama antara petugas kesehatan termasuk didalamnya perawat untuk meningkatkan keberhasilan program rehabilitasi tersebut.

Untuk dapat menerapkan program tersebut, institusi disarankan untuk meningkatkan kegiatan *workshop* atau pelatihan sebagai *cardiac educator* bagi perawat khususnya perawat di ruang perawatan dan poliklinik jantung.

7.2.2 Bagi perkembangan pendidikan keperawatan

Disarankan untuk mengembangkan kurikulum tambahan dalam upaya peningkatan edukasi kesehatan dan promosi kesehatan serta membekali dengan kegiatan *workshop* atau pelatihan untuk mahasiswa agar mampu menjadi calon *cardiac educator* saat sudah bekerja di masyarakat

7.2.3 Bagi perkembangan ilmu dan riset keperawatan

Penelitian selanjutnya untuk menggali peran perawat dalam melakukan program modifikasi perilaku kesehatan terkait penyakit jantung koroner mengingat banyaknya faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan perubahan gaya hidup. Selain itu, penelitian yang berfokus pada kegiatan mengobservasi kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko atau penelitian kualitatif yang mengkaji secara mendalam terkait sikap dan kemampuan melakukan pencegahan sekunder faktor risiko PJK.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif Muttaqien. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskular*. Jakarta. Salemba Medika.
- Artinian, N et al. (2010), Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults: A Scientific Statement from American Heart Association, <http://circ.ahajournals.org/content/122/4/406.full.pdf+html>. Diakses 20 Juni 2012
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. (2008). *Laporan Hasil Kesehatan Riset Kesehatan (RISKESDAS) Indonesia tahun 2007*, ISBN 978-979-8270-72-7.No Publikasi BPPK J 196/Lap.26. Katalog: Q .179.9 Jakarta. CV Kiat Nusa.
- Black, Joyce M & Hawks. (2009). *Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes* (8th ed.). Singapore: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Crouch, R. (2008). *Perception, Knowledge & Awareness of Coronary Heart Disease among Rural Australian Women 25 to 65 years of age- A Descriptive Study*. <http://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/56330/1/02whole.pdf>. Diakses 18 Februari 2012
- Dalusung-Angosta, A. (2010). Coronary Heart Disease Knowledge and Risk Factors among Filipino-Americans connected to Primary Care Services. University of Hawai at Manoa). *ProQuest Dissertations and Theses*, Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/860743994?accountid=17242> <http://search.proquest.com/docview/228176006/fulltextPDF/13505E0921D601FE1A6/13?accountid=17242>. Diakses 10 Februari 2012.
- Denollet, J & Brutsaert, D.L. (2001). Reducing Emotional Distress Improves Prognosis in Coronary Heart Disease. *AHA Circulation*. 104: 2018-2023 diakses di <http://circ.ahajournals.org/content/104/17/2018.full.pdf+html>. Diakses 10 Februari 2012.
- Dirjen PP & PL. (2010). *Pengendalian Faktor Risiko Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah berbasis Masyarakat* (Edisi I). Cetakan II. Jakarta. Kemenkes RI.
- Dirjen PP & PL. (2010). *Deteksi Dini Faktor Risiko Penyakit Jantung dan Pembuluh darah*. (Edisi I). Cetakan II. Jakarta. Kemenkes RI.

- Dirjen PP&PL. (2011). *Pedoman Pengendalian Faktor Risiko Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah berbasis Masyarakat* (Edisi I). Jakarta. Kemenkes RI.
- Djohan, T.B.A. (2004). *Penyakit Jantung Koroner dan Hipertensi*. www.repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/25429/2/Reference.pdf . Diakses 10 Februari 2012
- FK-UI. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran* (Edisi ketiga). Jilid 1. Jakarta. FKUI.
- Foxton, J., Nuttall, M., & Riley, J. (2004). *Coronary heart disease: Risk factor management*. *Nursing Standard*, 19(13), 47-54; quiz 55-6. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/219841006?accountid=17242>. Diakses 14 Februari 2012.
- Gray, H. H , Dawkins, K.D., Morgan, J.M. & Simpson, I.A. (2002). *Lectures Note on Cardiology* (4th ed). Southampton. Blackwell Science Ltd.
- Ignatavicius, M.D & Workman, L.(2010). *Medical Surgical Nursing: Patient – Centered Collaborative Care*. Vol 1. St. Louis Missouri. Saunders elsevier.
- Iman Soeharto, (2001). *Penyakit Jantung Koroner dan Serangan Jantung: Pencegahan, Penyembuhan dan Rehabilitasi: Panduan bagi Masyarakat Umum* (Edisi 2). Jakarta. Gramedia Pustaka Utama.
- Lewis, S.M, Heitkemper, M.M, Dirksen,S.R. (2001). *Medical Surgical Nursing: Assesment and Mangement of Clinical Problems*. (6th ed). St.Louis Missouri. Mosby Inc
- Mawi, M. (2003). *Indeks Massa Tubuh sebagai Determinan Penyakit Jantung Koroner pada Orang Dewasa berusia diatas 35 tahun*. Jurnal Fakultas Kedokteran Trisakti. Vol 23; No 3. Jakarta.
- Mohamed, H. F. (2007). Relationships among Knowledge, Perception, Treatment-Seeking Behavior, Time-to-Treatment, and Psychological Distress in Women with First time Acute Myocardial Infarction. Case Western Reserve University). *ProQuest Dissertations and Theses*, , n/a. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304883753?accountid=17242>. Dakses 17 Februari 2012.
- Ohkawara, K., Nakata, Y., Numao, S., Sasai, H., Katayama, Y., Matsuo, T., . . . Tanaka, K. (2010). Response of coronary heart disease risk factors to changes in body fat during diet-induced weight reduction in japanese obese men: A pilot study. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 56(1), 1-8. doi:10.1159/000261897. Diakses 16 Februari 2012.

- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006). *Essentials of nursing research methods, appraisal, and utilization* (6th Ed). Philadelphia : Lippincott.
- Riduwan. (2008). *Metode dan Teknik Menyusun Tesis*. Bandung. Alfabeta.
- Muhammad Ridwan.(2009). *Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent Killer Jantung Koroner*. Jawa tengah. Pustaka Widya Mara.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (Edisi ke-3). Jakarta. CV. Sagung Seto.
- Shaw, L. J. (2009). *Women and Ischemic Heart Disease: Evolving Knowledge*.
<http://content.onlinejacc.org/cgi/content/short/54/17/1561>. Diakses 18 Februari 2012
- Smeltzer, C; & Bare, B.G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Brunner&Suddarth* (Edisi 8). Volume 2.Jakarta. EGC.
- Soekidjo Notoatmodjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta. PT Rineka Cipta.
- Streptoe, et al. (2001). The Impact of Behavioral Conseling on Stage of Change infatintake, Physical activity, and cigarrete smoking in adults at Increased Risk of Coronary Disease. *American Journal of Public Health*, volume 91.No 2. Diakses 08 20 Juni 2012
- Sumiati, Rustika, Tutiani, Nurhaeni,H., Mumpuni. (2010). *Penanganan Stress pada Jantung Koroner*. CV. Jakarta. Trans Info Media.
- Tjokronegoro, A, & Sudarsono, S. (2007). *Metodologi Penelitian Bidang Kedokteran*. Cetakan ke-6. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Trevoy, E. J. (2009). Health Professional Views of Health Determinants for Clients with coronary heart disease. University of Alberta (Canada)). *ProQuest Dissertations and Theses*, Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/305059523?accountid=17242>. Diakses 10 Februari 2012.
- Wu, L. H. (2007). Knowledge, Perceived Risks and Preventive Behavior of Coronary Heart disease in Chinese Hong kong Women. University of California, San Francisco). *ProQuest Dissertations and Theses*, , n/a. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/304879562?accountid=17242>. Diakses 16 Februari 2012.

PENJELASAN RISET

Judul Penelitian : Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kemampuan Pasien Penyakit Jantung Koroner dalam melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Risiko di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta

Peneliti : Lina Indrawati

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa hubungan antara faktor –faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan pasien PJK dalam melakukan pencegahan sekunder faktor risiko sehingga angka kejadian rehospitalisasi dapat di turunkan. PJK dapat terjadi karena ketidakmampuan penderita mengendalikan faktor risiko khususnya faktor risiko yang dapat diubah.

Prosedur penelitian yang akan dilakukan adalah mengisi kuesioner yang akan dilakukan oleh bapak/ibu/saudara, yang berisi pertanyaan mengenai biodata dan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan faktor yang berhubungan dengan kemampuan pasien. Waktu yang dibutuhkan kurang lebih 45 – 60 menit.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko apapun. Tetapi jika bapak/ibu/saudara saat mengisi kuesioner merasa kelelahan supaya memberitahu peneliti, pengisian kuesioner akan ditunda dan dilanjutkan kembali sesuai keinginan bapak/ibu/saudara.

Informasi yang bapak/ibu/saudara berikan selama prosedur penelitian akan peneliti jamin kerahasiaannya. Dalam pembahasan atau laporan nama bapak/ibu/saudara tidak akan disebutkan.

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : _____
Umur : _____
Alamat : _____
Telp _____

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kemampuan Pasien Penyakit Jantung Koroner dalam melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Risiko di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta”.

Adapun bentuk kesediaan saya adalah :

1. Meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan peneliti

Keikutsertaan saya ini sukarela, tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui

Peneliti,

Lina Indrawati

Jakarta, April 2012

Yang membuat pernyataan,

Nama & Tanda tangan

KUESIONER KEMAMPUAN PASIEN PJK DALAM
MELAKUKAN PENCEGAHAN SEKUNDER FAKTOR RISIKO PJK
YANG DAPAT DIUBAH

Tgl. Pengambilan data : 2012

Nama Pewawancara :

A . DEMOGRAFI RESPONDEN

- 1 . Nomor Responden :
- 2 . Umur : tahun
- 3 . Pendidikan : 1 . Tidak sekolah 4. SLTA
2 . SD 5. PT
3 . SLTP 6. Lain-lain , sebutkan
- 4 . Jenis Kelamin : 1 . Pria 2. Wanita
- 5 . Pekerjaan : 1 . PNS / ABRI 5. Wiraswasta
2 . Buruh 6. Pegawai swasta
3 . Tani 7. Tidak bekerja
4 . Pensiunan
- 6 . Berat badan dan Tinggi Badan : kg dancm
- 7 . Riwayat merokok : 1. Ya, berapa Batang/hari 2. Tidak
Jika Ya, Sejak tahun :
- 8 . Riwayat Penyakit : a. Diabetes melitus, 1. Ya, sejak tahun
2. Tidak
b. Hipertensi, 1. Ya, sejak tahun
2. Tidak
- 9 . Riwayat dirawat di RS
apakah anda pernah dirawat di RS, dengan penyakit jantung ?
1. Ya, pada tahun/
2. Tidak

10 . STATUS SOSIOEKONOMI : (Survey AC Nielsen, 2010)

a . Berapa pendapatan total rata-rata keluarga per bulan ?

- 1 . < Rp. 700.000,-
- 2 . Rp. 700.000,- sampai < Rp. 1.000.000,-
- 3 . Rp. 1.000.000,- sampai < Rp. 1.500.000,-
- 4 . Rp. 1.500.000,- sampai < Rp. 2.000.000,-
- 5 . Rp. 2.000.000,- sampai < Rp. 3.000.000,-
- 6 . > Rp.3.000.000,-

b . Berapa pengeluaran keluarga per bulan ?

- 1 . < Rp. 700.000,-
- 2 . Rp. 700.000,- sampai < Rp. 1.000.000,-
- 3 . Rp. 1.000.000,- sampai < Rp. 1.500.000,-
- 4 . Rp. 1.500.000,- sampai < Rp. 2.000.000,-
- 5 . Rp. 2.000.000,- sampai < Rp. 3.000.000,-
- 6 . > Rp.3.000.000,-

c . Berapakah jumlah anggota keluarga yang menjadi tanggungan anda ?

- 1 . 1 - 3 orang
- 2 . 4 - 6 orang
- 3 . 7 - 10 orang
- 4 . > 10 orang

**KUESIONER KEMAMPUAN PASIEN PJK DALAM
MELAKUKAN PENCEGAHAN SEKUNDER FAKTOR RISIKO PJK
YANG DAPAT DIUBAH**

Tgl. Pengambilan data : 2012

Nama Pewawancara :

B . PENGETAHUAN TENTANG FAKTOR RISIKO dan PENCEGAHAN SEKUNDER PJK
(Menggunakan Heart Disease Fact Questionnaire versi modifikasi oleh Dalusung, 2010)

Petunjuk : Berikan pendapat anda dengan memberikan tanda (V) atau tanda (X) pada pilihan jawaban anda di kolom Benar atau Salah

No	Pernyataan	JAWABAN		DIISI PENELITI	
		Benar	Salah		
1 .	Seseorang selalu tahu dan menyadari bahwa dirinya menderita PJK			☐	☐
2 .	Semakin tua umur seseorang, semakin besar beresiko terjadi PJK			☐	☐
3 .	Merokok adalah salah satu faktor risiko PJK			☐	☐
4 .	Seseorang yang memiliki tekanan darah tinggi beresiko mengalami PJK			☐	☐
5 .	Kadar kolesterol tinggi menjadi salah satu faktor risiko terjadi PJK			☐	☐
6 .	Jika kadar kolesterol "jahat" anda (LDL) tinggi, anda beresiko terkena PJK			☐	☐
7 .	Mengonsumsi makanan yang berlemak tinggi, tidak akan mempengaruhi kadar kolesterol anda			☐	☐
8 .	Kondisi tubuh yang "overweight" (BB > 55 kg) akan meningkatkan risiko seseorang mengalami PJK			☐	☐
9 .	Dengan berolahraga hanya ditempat fitness akan menurunkan peluang seseorang terkena PJK			☐	☐
10 .	Berjalan-jalan dan berkebun merupakan latihan yang disarankan untuk membantu menurunkan peluang terserang PJK			☐	☐
11 .	Diabetes merupakan salah satu faktor risiko PJK			☐	☐

12.	Kadar gula / glukosa darah yang tinggi membuat jantung bekerja lebih keras			☐	☐
13.	Stress bisa meningkatkan kadar gula darah, tekanan darah dan kolesterol			☐	☐
14.	Latihan nafas dalam perlahan , menghitung sampai dengan 10 sebelum bicara , berjalan - jalan adalah beberapa cara mengendalikan stress			☐	☐
15.	Tanda awal PJK adalah kondisi hipertensi dan kadar kolesterol yang tinggi			☐	☐
16.	Nyeri dada pada PJK sangat khas yaitu nyeri yang menjalar sampai ke bahu, rahang, lengan kiri kadang nyeri seperti di remas			☐	☐
17.	Penurunan berat badan dapat menggunakan obat obat pelangsing badan			☐	☐
18.	Riwayat penyakit diabetes tidak meningkatkan risiko terjadi PJK			☐	☐
19.	Pembuluh darah jantung yang tersumbat tidak dapat diatasi dengan pengobatan dan pembedahan			☐	☐
20.	PJK tidak dapat menimbulkan risiko kematian			☐	☐

**C. SIKAP DALAM MELAKUKAN PENCEGAHAN
SEKUNDER FAKTOR RISIKO PJK**

Petunjuk : berikan pendapat anda atas pernyataan dibawah ini dengan memberikan tanda (V) atau (X) apabila anda Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak setuju (TS) dan Sangat Tidak setuju (STS).

No	PERNYATAAN	JAWABAN			
		4	3	2	1
		SS	S	TS	STS
1	Program rehabilitasi jantung setelah dirawat di rumah sakit penting dilakukan bagi pasien PJK karena dapat mengoptimalkan kerja jantung.				
2	Jenis makanan yang layak di konsumsi oleh penderita PJK adalah yang mengandung rendah garam dan lemak				
3	Kontrol tekanan darah dan gula darah telah terbukti membantu menurunkan risiko PJK				
4	Penyakit PJK tidak menimbulkan Komplikasi kematian				
5	Pasien PJK hanya perlu kontrol ke rumah sakit jika ada keluhan saja seperti nyeri dada				
6	Melakukan kontrol diet dan jenis makanan yang dianjurkan hanya dapat dilakukan di rumah sakit saja karena sudah diatur oleh ahli gizi				
7	Pasien PJK perlu dibantu oleh keluarga terdekat agar disiplin dalam menerapkan pola hidup yang sehat				

**D. PERSEPSI DIRI PASIEN PJK TENTANG FAKTOR
RISIKO DAN PENANGANANNYA**

Petunjuk : berikan pendapat anda atas pernyataan dibawah ini dengan memberikan tanda (V) atau (X)

No .	PERNYATAAN	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
		4	3	2	1
1 .	Penyakit jantung koroner mempengaruhi kualitas hidup saya				
2 .	Saya merasa mampu mengontrol faktor risiko dari penyakit jantung koroner misalnya kondisi hipertensi atau kadar kolesterol				
3 .	Saya minum obat teratur karena dapat mengatasi penyakit jantung koroner				
4 .	Saya sangat memperhatikan kondisi tubuh saya terutama saat muncul keluhan seperti sesak dan nyeri dada.				
5 .	Saya sudah menerapkan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari agar terhindar dari penyakit jantung koroner				
6 .	Penyakit jantung koroner telah mempengaruhi kondisi emosi saya				
7 .	Saya merasa mampu mengontrol makanan yang saya konsumsi agar tidak terjadi peningkatan kadar kolesterol				
8 .	Saya menganggap olahraga jalan pagi 1 minggu sekali cukup agar seseorang terhindar dari PJK				
9 .	Saya sudah minum obat teratur agar tidak terjadi PJK berulang				
10 .	Saya merasa sudah minum memeriksakan tekanan darah, kolesterol dan gula darah secara teratur agar tidak terjadi PJK berulang				

**E. MOTIVASI DALAM MELAKUKAN PENCEGAHAN
SEKUNDER FAKTOR RISIKO PENYAKIT JANTUNG KORONER**

Petunjuk : berikan pendapat anda atas pernyataan dibawah ini dengan memberikan tanda (V))
atau (X) pada pilhan jawaban dibawah ini.

No .	PERNYATAAN	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
		4	3	2	1
1 .	Saya memiliki keinginan untuk menghindari makanan cepat saji dan berlemak tinggi				
2 .	Saya memiliki keinginan untuk melakukan pola hidup sehat setelah pulang dari rumah sakit				
3 .	Saya memiliki keinginan untuk mengkonsumsi makanan rendah kolesterol dan rendah garam setelah pulang dari rumah sakit				
4 .	Saya memiliki keinginan untuk latihan rutin seperti jalan santai atau bersepeda setelah pulang dari rumah sakit				
5 .	Saya memiliki keinginan untuk mengontrol tekanan darah dan kadar gula darah serta kolesterol secara rutin sebulan sekali ke rumah sakit				
6 .	Saya memiliki keinginan untuk minum obat secara teratur setelah pulang dari rumah sakit				
7 .	Saya berusaha sabar dalam menghadapi setiap masalah dalam hidup saya				
8 .	Keluarga saya sangat mendukung saya dan mengajak saya berdiskusi jika ada masalah dalam kehidupan saya				
9 .	Saya memiliki keinginan untuk bergabung dengan kelompok senam jantung sehat di wilayah lingkungan tempat tinggal saya atau di rumah sakit terdekat				
10 .	Saya memiliki keinginan untuk teratur memeriksakan kesehatan saya ke rumah sakit atau klinik terdekat				

**F. DUKUNGAN KELUARGA DALAM MELAKUKAN PENCEGAHAN
SEKUNDER FAKTOR RISIKO PENYAKIT JANTUNG KORONER (Social support Questionaire)**

Petunjuk : berikan pendapat anda atas pernyataan dibawah ini dengan memberikan tanda (V))
atau (X) pada pilhan jawaban dibawah ini.

No .	PERNYATAAN	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
		4	3	2	1
1 .	Keluarga menemani saya saat saya melakukan jalan pagi atau olahraga ringan lainnya				
2 .	Keluarga membantu saya dalam mengatur diit makanan yang rendah kolesterol dan rendah garam				
3 .	Keluarga menyarankan untuk rutin mengkonsumsi obat obat jantung yang diberikan dokter				
4 .	Keluarga menyarankan untuk rutin kontrol ke rumah sakit sesuai anjuran dokter dan perawat				
5 .	Keluarga membantu untuk berdiskusi memecahkan masalah yang saya hadapi				
6 .	Keluarga menyarankan untuk selalu menerapkan pola hidup sehat dan berhenti merokok				
7 .	Keluarga menjadi tempat saya berkeluh kesah jika ada gejala penyakit jantung koroner seperti nyeri dada dan sesak nafas				
8 .	Keluarga mendukung semua rencana tindakan pengobatan untuk penyakit jantung koroner				
9 .	Keluarga menasehati saya agar ikhlas dalam menghadapi penyakit jantung koroner yang saya alami				
10 .	Keluarga menyarankan untuk segera ke rumah sakit terdekat jika muncul gejala seperti nyeri dada, sesak nafas, jantung berdebar				

G. SUMBER INFORMASI

1 . Darimana anda mendapatkan informasi tentang penyakit jantung koroner?

Media cetak majalah koran buku

Media elektronik televisi radio internet

Tenaga kesehatan: dokter, perawat ,ahli gizi ahli atau fisioterapi

Keluarga

Teman

Saudara

Dari beberapa sumber informasi diatas,
2 . mana yang menurut anda paling efektif
sebutkan (salah satu)....



**KEMAMPUAN MELAKUKAN PENCEGAHAN SEKUNDER
(PERILAKU HIDUP SEHAT) FAKTOR RISIKO PENYAKIT
JANTUNG KORONER**

PETUNJUK : Berikan pendapat anda dengan memberikan tanda silang (X) atau checklist (V) pada option benar atau salah disamping pernyataan

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
		4	3	2	1
1 .	Saya melakukan kontrol tekanan darah, gula darah, dan kolesterol di puskesmas atau rumah sakit				
2 .	Saya melakukan pengaturan diit makanan yang sesuai untuk penderita PJK				
3 .	Saya menghindari konsumsi alkohol dan minuman yang mengandung soda				
4 .	Saya mengikuti anjuran dokter dan perawat untuk melakukan pola hidup sehat				
5 .	Saya melakukan olahraga ringan yang sesuai dengan kondisi tubuh saya seperti berjalan santai, bersepeda atau berenang				
6 .	Saya pergi ke dokter atau rumah sakit jika muncul gejala khas PJK seperti nyeri dada dan sesak nafas				
7 .	Saya mengikuti program rehabilitasi jantung sesuai anjuran dokter				
8 .	Jika nyeri dada muncul, saya cukup beristirahat saja di rumah				
9 .	Saya menjaga berat badan saya agar tidak obesitas dengan menghindari makanan berlemak tinggi dan olahraga ringan				
10 .	Saya akan minum obat jantung saya jika ada keluhan saja				

DIREKTORAT KESEHATAN ANGKATAN DARAT
RSPAD GATOT SOEBROTO

Jakarta, 29 - 2 - 2012

Nomor : B / 480 / II / 2012
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pemberian Izin Penelitian
di RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad

Kepada

Yth. Dekan FIK UI

di

Jakarta

1. Berdasarkan Surat Dekan FIK UI Jakarta :
 - a. Nomor 467/H2.F12.D/PDP.04.02/2012 tanggal 07 Februari 2012 tentang Permohonan Izin Penelitian an. Lina Indrawati NPM 1006748652
 - b. Nomor 473/H2.F12.D/PDP.04.02/2012 tanggal 07 Februari 2012 tentang Permohonan Izin Penelitian an. Irfan Maulana NPM 1006748596
2. Sehubungan dengan dasar tersebut, diizinkan kepada a.n. Lina Indrawati dan Irfan Maulana untuk melaksanakan penelitian di RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad dengan judul tersebut :
 - a. "Analisis Faktor yang berhubungan dengan Kemampuan Pasien PJK melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Risiko dengan Pendekatan Teori Neuman"
 - b. "Analisis Faktor faktor yang berhubungan dengan Kejadian Silent CAD pada Pasien PJK dengan Riwayat DM"
3. Untuk pelaksanaannya agar Peneliti mengikuti ketentuan sebagai berikut :
 - a. Menyerahkan dua fotokopi hasil penelitian kepada Ketua Komite Riset dan Dirbinbang RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad.
 - b. Menyelesaikan biaya administrasi kepada Dirbinbang u.p. Kabag Litbang & Pustaka Sdirbinbang RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad.
 - c. Pembimbing/ Penanggung jawab lapangan PNS dr Fireza Pratama, Sp.JP Gol.III/b NIP. 19810907200701101 dokter Spesialis Departemen Jantung RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad.
4. Demikian untuk dimaklumi.

A.n Kepala RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad

 dr. M. Lengkong
 Kolonel Ckm NRP 33068

Tembusan :

1. Ka RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad
2. Ketua Komite Medik RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad
3. Ketua Komite Riset RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad
4. Dirbinyanmed, Bang RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad
5. Kadep Jantung RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad
6. Kadep Peny. Dalam RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad
7. Kabaglitbang & Pustaka Sdirbinbang RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad
8. Pembimbing lapangan
9. Peneliti

Analisis faktor..., Lina Indrawati, FIK UI, 2012.

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Dosen pembimbing : Prof.Dra. Elly Nurachmah, SKp, M.app.Sc, D.N.Sc, RN
Ir. Yusran Nasution, M.KM

Mahasiswa : Lina Indrawati
NPM : 1006748652

NO	TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	25 Juni 2012	Konsul hasil univariat dan tabel output	- Cek jumlah responden, jangan menggunakan sampel minimal	Pak Yusran
2	27 Juni 2012	Konsul hasil univariat, interpretasi data, dan hasil bivariat	- Sesuaikan dengan DO, untuk masing-masing karakteristik responden dan variabel - Revisi univariat, lengkapi sampai uji multivariat	Pak Yusran
3	03 Juli 2012	Konsul bab 1 s.d bab 7	- Perbaiki pembahasan, kesimpulan, tidak usah menggunakan angka - Acc sidang hasil tanggal 9 Juli 2012 - Acc sidang tesis tanggal 12 Juli 2012	Prof Elly

Tabel 4.1
Jadual Pelaksanaan Penelitian Tahun 2012

No	Kegiatan	Bulan																	
		Maret				April				Mei				Juni				Juli	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1	Pengajuan judul tesis																		
2	Pembuatan Proposal																		
3	Ujian Proposal																		
4	Perbaikan proposal																		
5	Pengumpulan Data																		
6	Analisa Data																		
7	Ujian Hasil Penelitian																		
8	Perbaikan Tesis																		
9	Sidang Tesis																		
10	Perbaikan Tesis																		
11	Pengumpulan Laporan																		



UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124

Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Pasien PJK dalam Melakukan Pencegahan Sekunder Faktor Risiko yang dapat Diubah di RSPAD. Gatot Soebroto.

Nama peneliti utama : **Lina Indrawati**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 8 Mei 2012

Ketua,

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

ANALISIS UNIVARIAT DAN BIVARIAT

1. HUBUNGAN ANTARA SUMBER INFORMASI DENGAN KEMAMPUAN

informasi * ability Crosstabulation

			ability		Total
			tidak mampu	mampu	
informasi	tidak mendapat	Count	9	9	18
		% within informasi	50.0%	50.0%	100.0%
	mendapat	Count	21	29	50
		% within informasi	42.0%	58.0%	100.0%
Total		Count	30	38	68
		% within informasi	44.1%	55.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.344 ^a	1	.558	.590	.377
Continuity Correction ^b	.096	1	.757		
Likelihood Ratio	.342	1	.559		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.339	1	.561		
N of Valid Cases ^b	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.94.

2. HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KEMAMPUAN

dukungan_family * ability Crosstabulation

			ability		Total
			tidak mampu	mampu	
dukungan_family	tidak ada	Count	20	13	33
		% within dukungan_family	60.6%	39.4%	100.0%
	ada	Count	10	25	35
		% within dukungan_family	28.6%	71.4%	100.0%
Total	Count		30	38	68
	% within dukungan_family		44.1%	55.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.070 ^a	1	.008	.014	.008
Continuity Correction ^b	5.830	1	.016		
Likelihood Ratio	7.194	1	.007		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6.966	1	.008		
N of Valid Cases ^b	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.56.

b. Computed only for a 2x2 table

3. HUBUNGAN PERSEPSI DENGAN KEMAMPUAN

perseption * ability Crosstabulation

			ability		Total
			tidak mampu	mampu	
perseption	negatif	Count	17	7	24
		% within perseption	70.8%	29.2%	100.0%
	positif	Count	13	31	44
		% within perseption	29.5%	70.5%	100.0%
Total		Count	30	38	68
		% within perseption	44.1%	55.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.738 ^a	1	.001	.002	.001
Continuity Correction ^b	9.128	1	.003		
Likelihood Ratio	10.937	1	.001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	10.580	1	.001		
N of Valid Cases ^b	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.59.

b. Computed only for a 2x2 table

4. HUBUNGAN MOTIVASI DENGAN KEMAMPUAN

motivation * ability Crosstabulation

			ability		Total
			tidak mampu	mampu	
motivation	tidak ada	Count	19	8	27
		% within motivation	70.4%	29.6%	100.0%
	ada	Count	11	30	41
		% within motivation	26.8%	73.2%	100.0%
Total		Count	30	38	68
		% within motivation	44.1%	55.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	12.518 ^a	1	.000	.001	.000
Continuity Correction ^b	10.815	1	.001		
Likelihood Ratio	12.822	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	12.334	1	.000		
N of Valid Cases ^b	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.91.

b. Computed only for a 2x2 table

5. HUBUNGAN ANTARA SIKAP DENGAN KEMAMPUAN

attitude * ability Crosstabulation

			ability		Total
			tidak mampu	mampu	
attitude	negatif	Count	20	2	22
		% within attitude	90.9%	9.1%	100.0%
	positif	Count	10	36	46
		% within attitude	21.7%	78.3%	100.0%
Total	Count		30	38	68
	% within attitude		44.1%	55.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	28.881 ^a	1	.000	.000	.000
Continuity Correction ^b	26.144	1	.000		
Likelihood Ratio	31.751	1	.000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	28.457	1	.000		
N of Valid Cases ^b	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.71.

b. Computed only for a 2x2 table

6. HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DENGAN KEMAMPUAN

knowledge * ability Crosstabulation

			ability		Total
			tidak mampu	mampu	
knowledge	kurang	Count	19	11	30
		% within knowledge	63.3%	36.7%	100.0%
	baik	Count	11	27	38
		% within knowledge	28.9%	71.1%	100.0%
Total	Count		30	38	68
	% within knowledge		44.1%	55.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.040 ^a	1	.005	.007	.005
Continuity Correction ^b	6.706	1	.010		
Likelihood Ratio	8.168	1	.004		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	7.922	1	.005		
N of Valid Cases ^b	68				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.24.

b. Computed only for a 2x2 table

Frequencies

		Statistics						
		ability	knowledge	attitude	motivation	perseption	dukungan_family	informasi
N	Valid	68	68	68	68	68	68	68
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

		ability			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	tidak mampu	30	44.1	44.1	44.1
	mampu	38	55.9	55.9	100.0
Total		68	100.0	100.0	

		knowledge			Cumulative
		Frequency	Percent	Valid Percent	Percent
Valid	kurang	30	44.1	44.1	44.1
	baik	38	55.9	55.9	100.0
Total		68	100.0	100.0	

attitude

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	negatif	22	32.4	32.4	32.4
	positif	46	67.6	67.6	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

motivation

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	27	39.7	39.7	39.7
	ada	41	60.3	60.3	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

perseption

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	negatif	24	35.3	35.3	35.3
	26	44	64.7	64.7	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

dukungan_family

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	33	48.5	48.5	48.5
	ada	35	51.5	51.5	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

informasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak mendapat	18	26.5	26.5	26.5
mendapat	50	73.5	73.5	100.0
Total	68	100.0	100.0	

Statistics

	pengetahuan	kemampuan	sikap	persepsi	motivasi	dukungan_klg	sumber_info
N Valid	68	68	68	68	68	68	68
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Median	75.00	29.00	22.00	26.00	30.00	33.00	3.00

Frequency Table

pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 50	1	1.5	1.5	1.5
55	3	4.4	4.4	5.9
60	7	10.3	10.3	16.2
65	9	13.2	13.2	29.4
70	9	13.2	13.2	42.6
74	1	1.5	1.5	44.1
75	15	22.1	22.1	66.2
80	8	11.8	11.8	77.9
85	9	13.2	13.2	91.2
90	4	5.9	5.9	97.1

100	2	2.9	2.9	100.0
Total	68	100.0	100.0	

kemampuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	1	1.5	1.5	1.5
	20	1	1.5	1.5	2.9
	22	3	4.4	4.4	7.4
	23	1	1.5	1.5	8.8
	24	6	8.8	8.8	17.6
	25	3	4.4	4.4	22.1
	26	5	7.4	7.4	29.4
	27	2	2.9	2.9	32.4
	28	8	11.8	11.8	44.1
	29	15	22.1	22.1	66.2
	30	3	4.4	4.4	70.6
	31	2	2.9	2.9	73.5
	32	4	5.9	5.9	79.4
	33	5	7.4	7.4	86.8
	34	3	4.4	4.4	91.2
	35	1	1.5	1.5	92.6
	36	1	1.5	1.5	94.1
	39	1	1.5	1.5	95.6
	40	3	4.4	4.4	100.0
Total		68	100.0	100.0	

sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16	2	2.9	2.9	2.9
	17	3	4.4	4.4	7.4
	18	6	8.8	8.8	16.2
	19	4	5.9	5.9	22.1
	20	4	5.9	5.9	27.9
	21	3	4.4	4.4	32.4
	22	17	25.0	25.0	57.4
	23	10	14.7	14.7	72.1
	24	11	16.2	16.2	88.2
	26	7	10.3	10.3	98.5
	28	1	1.5	1.5	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

persepsi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20	2	2.9	2.9	2.9
	21	3	4.4	4.4	7.4
	22	2	2.9	2.9	10.3
	23	5	7.4	7.4	17.6
	24	5	7.4	7.4	25.0
	25	7	10.3	10.3	35.3
	26	14	20.6	20.6	55.9
	27	8	11.8	11.8	67.6
	28	1	1.5	1.5	69.1
	29	1	1.5	1.5	70.6
	30	3	4.4	4.4	75.0
	31	4	5.9	5.9	80.9
	32	3	4.4	4.4	85.3
	33	2	2.9	2.9	88.2
	34	4	5.9	5.9	94.1
	35	1	1.5	1.5	95.6
	36	3	4.4	4.4	100.0
Total		68	100.0	100.0	

motivasi					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24	1	1.5	1.5	1.5
	25	3	4.4	4.4	5.9
	26	2	2.9	2.9	8.8
	27	6	8.8	8.8	17.6
	28	8	11.8	11.8	29.4
	29	7	10.3	10.3	39.7
	30	10	14.7	14.7	54.4
	31	11	16.2	16.2	70.6
	32	9	13.2	13.2	83.8
	33	1	1.5	1.5	85.3
	34	4	5.9	5.9	91.2
	35	1	1.5	1.5	92.6
	36	1	1.5	1.5	94.1
	38	1	1.5	1.5	95.6
	40	3	4.4	4.4	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

dukungan_klg

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26	2	2.9	2.9	2.9
	27	4	5.9	5.9	8.8
	28	1	1.5	1.5	10.3
	29	10	14.7	14.7	25.0
	30	3	4.4	4.4	29.4
	31	2	2.9	2.9	32.4
	32	11	16.2	16.2	48.5
	33	12	17.6	17.6	66.2
	34	10	14.7	14.7	80.9
	35	5	7.4	7.4	88.2
	36	4	5.9	5.9	94.1
	38	3	4.4	4.4	98.5
	40	1	1.5	1.5	100.0
Total		68	100.0	100.0	

sumber_info

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	5.9	5.9	5.9
	2	14	20.6	20.6	26.5
	3	41	60.3	60.3	86.8
	4	8	11.8	11.8	98.5
	6	1	1.5	1.5	100.0
Total		68	100.0	100.0	



Model if Term Removed					
Variable		Model Log Likelihood	Change in -2 Log Likelihood	df	Sig. of the Change
Step 1	informasi	-19.644	1.976	1	.160
	knowledge	-19.140	.968	1	.325
	attitude	-28.332	19.353	1	.000
	motivation	-23.685	10.058	1	.002
	perseption	-18.837	.363	1	.547
	dukungan_family	-21.899	6.486	1	.011
Step 2	informasi	-19.731	1.789	1	.181
	knowledge	-19.752	1.831	1	.176
	attitude	-31.850	26.025	1	.000
	motivation	-23.852	10.030	1	.002
	dukungan_family	-21.931	6.187	1	.013
Step 3	knowledge	-21.176	2.890	1	.089
	attitude	-32.329	25.196	1	.000
	motivation	-24.731	10.000	1	.002
	dukungan_family	-21.965	4.467	1	.035

Variabel yang diikutkan dalam seleksi pemodelan multivariat adalah variabel pengetahuan, sikap, motivasi dan dukungan keluarga. (menggunakan metode backward : dilihat p value yang paling besar pada tiap step ; p value yang terbesar akan otomatis keluar, begitu juga pada step 2. Pada step ke 3 adalah pemodelan yang diikutkan pada pemodelan multivariat)

Variabel yang dikeluarkan adalah persepsi dan sumber informasi.

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 2 ^a	Variables	perseption(1)	.362	1	.547
	Overall Statistics		.362	1	.547
Step 3 ^b	Variables	informasi(1)	1.726	1	.189
		perseption(1)	.177	1	.674
	Overall Statistics		1.998	2	.368

a. Variable(s) removed on step 2: perseption.

b. Variable(s) removed on step 3: informasi.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	knowledge	1.539	.908	2.869	1	.090	4.660
	attitude	4.089	1.061	14.843	1	.000	59.672
	motivation	2.618	.918	8.136	1	.004	13.712
	dukungan_family	1.796	.908	3.913	1	.048	6.028
	usia_kat	.359	.852	.178	1	.673	1.432
	Constant	-6.054	1.582	14.646	1	.000	.002

a. Variable(s) entered on step 1: usia_kat.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	knowledge	1.503	.900	2.787	1	.095	4.493
	attitude	4.071	1.060	14.756	1	.000	58.601
	motivation	2.555	.898	8.096	1	.004	12.875
	dukungan_family	1.801	.903	3.979	1	.046	6.057
	Constant	-5.800	1.430	16.451	1	.000	.003

a. Variable(s) entered on step 1: knowledge, attitude, motivation, dukungan_family.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	knowledge	1.434	.926	2.396	1	.122	4.195
	attitude	4.038	1.052	14.730	1	.000	56.733
	motivation	2.627	.937	7.858	1	.005	13.837
	dukungan_family	1.852	.924	4.017	1	.045	6.372
	didik_kat	.419	1.306	.103	1	.748	1.520
	Constant	-6.164	1.845	11.164	1	.001	.002

a. Variable(s) entered on step 1: didik_kat.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a knowledge	1.493	.903	2.732	1	.098	4.449
attitude	4.085	1.063	14.752	1	.000	59.424
motivation	2.611	.950	7.560	1	.006	13.614
dukungan_family	1.800	.907	3.938	1	.047	6.049
jk_kat	-.179	.933	.037	1	.848	.836
Constant	-5.777	1.433	16.240	1	.000	.003

a. Variable(s) entered on step 1: jk_kat.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a knowledge	1.924	.967	3.959	1	.047	6.851
attitude	4.571	1.204	14.421	1	.000	96.606
motivation	2.610	.959	7.407	1	.006	13.598
dukungan_family	2.354	1.018	5.344	1	.021	10.529
kerja_kat	-2.424	1.452	2.789	1	.095	.089
Constant	-4.628	1.561	8.790	1	.003	.010

a. Variable(s) entered on step 1: kerja_kat.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a knowledge	1.736	.966	3.230	1	.072	5.672
attitude	4.291	1.151	13.894	1	.000	73.061
motivation	2.570	.908	8.007	1	.005	13.060
dukungan_family	1.852	.929	3.971	1	.046	6.373
ht_kat	-1.575	.978	2.593	1	.107	.207
Constant	-5.145	1.452	12.564	1	.000	.006

a. Variable(s) entered on step 1: ht_kat.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a knowledge	1.540	.906	2.891	1	.089	4.665
attitude	3.950	1.054	14.053	1	.000	51.951
motivation	2.635	.920	8.200	1	.004	13.947
dukungan_family	1.794	.907	3.913	1	.048	6.011
dm_kat	1.209	1.297	.869	1	.351	3.348
Constant	-5.948	1.458	16.641	1	.000	.003

a. Variable(s) entered on step 1: dm_kat.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a knowledge(1)	-1.641	.924	3.152	1	.076	.194
attitude(1)	-4.531	1.215	13.914	1	.000	.011
motivation(1)	-2.592	.948	7.479	1	.006	.075
dukungan_family(1)	-2.181	1.008	4.682	1	.030	.113
ekon	-1.654	1.396	1.403	1	.236	.191
Constant	5.959	1.944	9.400	1	.002	387.202

a. Variable(s) entered on step 1: ekon.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a knowledge(1)	-1.551	.914	2.878	1	.090	.212
attitude(1)	-4.135	1.082	14.606	1	.000	.016
motivation(1)	-2.440	.898	7.377	1	.007	.087
dukungan_family(1)	-1.784	.901	3.919	1	.048	.168
hospi_kat	-.624	.915	.464	1	.496	.536
Constant	4.514	1.167	14.969	1	.000	91.246

a. Variable(s) entered on step 1: hospi_kat.

PEMODELAN AKHIR MULTIVARIAT

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a	knowledge	2.242	1.072	4.372	1	.037	9.417
	attitude	5.132	1.453	12.484	1	.000	169.416
	motivation	2.607	.973	7.180	1	.007	13.552
	dukungan_family	2.453	1.081	5.147	1	.023	11.622
	kerja_kat	-2.120	2.573	.679	1	.410	.120
	ekon	-.715	2.704	.070	1	.791	.489
	ht_kat	-1.754	1.136	2.386	1	.122	.173
	Constant	-3.787	1.578	5.757	1	.016	.023

a. Variable(s) entered on step 1: knowledge, attitude, motivation, dukungan_family, kerja_kat, ekon, ht_kat.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	knowledge	2.242	1.072	4.372	1	.037	9.417	1.151	77.045
	attitude	5.132	1.453	12.484	1	.000	169.416	9.829	2.920E3
	motivation	2.607	.973	7.180	1	.007	13.552	2.014	91.198
	dukungan_family	2.453	1.081	5.147	1	.023	11.622	1.396	96.730
	kerja_kat	-2.120	2.573	.679	1	.410	.120	.001	18.603
	ekon	-.715	2.704	.070	1	.791	.489	.002	98.000
	ht_kat	-1.754	1.136	2.386	1	.122	.173	.019	1.602
	Constant	-3.787	1.578	5.757	1	.016	.023		

a. Variable(s) entered on step 1: knowledge, attitude, motivation, dukungan_family, kerja_kat, ekon, ht_kat.

usia_kat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lansia	32	47.1	47.1	47.1
	bukan lansia	36	52.9	52.9	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

didik_kat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menengah ke bawah	7	10.3	10.3	10.3
	menengah ke atas	61	89.7	89.7	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

jk_kat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pria	49	72.1	72.1	72.1
	wanita	19	27.9	27.9	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

kerja_kat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nonPNS	8	11.8	11.8	11.8
	PNS	60	88.2	88.2	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

ht_kat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	27	39.7	39.7	39.7
	ya	41	60.3	60.3	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

dm_kat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tdk	56	82.4	82.4	82.4
	ya	12	17.6	17.6	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

hospi_kat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	23	33.8	33.8	33.8
	ya	45	66.2	66.2	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

rokok_kat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak	24	35.3	35.3	35.3
	ya	44	64.7	64.7	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

ekon

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	7	10.3	10.3	10.3
	baik	61	89.7	89.7	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Lina Indrawati

Tempat tanggal lahir : Jakarta, 21 Oktober 1980

Pekerjaan : Staf Pengajar S1 keperawatan STIKes Medistra Indonesia
Bekasi

Alamat rumah : Jl. Hamka, Gg. Saman I Rt 03/07 No.03, Kelurahan gaga
Kecamatan Larangan, Ciledug Tangerang

Alamat Insitusi : Jl. Cut Mutia Raya NO 88A, Kelurahan Sepanjang Jaya
Bekasi

Riwayat pendidikan : 1. SDN 02 Pagi Petukangan Selatan, 1986-1992
2. SMP Hang Tuah II SESCOAL Kebayoran Lama, 1992-1995
3. SMAN 32 Jakarta Selatan, 1995-1998
4. Akper Depkes RI Jakarta, 1998-2001
5. PSIK-FK Universitas Brawijaya, 2002-2005
6. Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia Kekhususan Medikal Bedah, 2010-sekarang

Riwayat pekerjaan : 1. Perawat Pelaksana di ICU Rs Usada Insani, 2001-2002
2. Staf Pengajar S1 Keperawatan STIKes Medistra
Indonesia, 2005-sekarang