

# SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERUBAHAN  
PERILAKU REHABILITASI DINI PADA PASIEN PASCA SERANGAN  
IMA (INFARK MIOKARD AKUT) DI ICCU GBPT RUMAH SAKIT  
UMUM Dr. SOETOMO SURABAYA

*PENELITIAN QUASY EXPERIMENT*

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

**NI LUH PUTU INCA BUNTARI AGUSTINI**

**NIM: 010330676-B**

**PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2005**

## SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

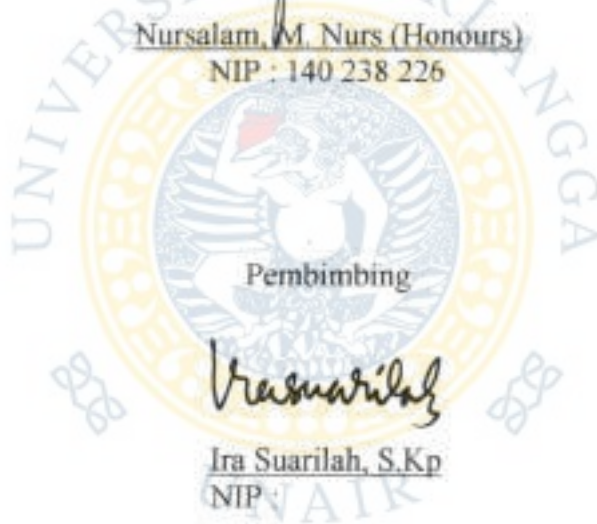


**LEMBAR PERSETUJUAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL, 14 FEBRUARI 2005

Pembimbing Ketua

Nursalam, M. Nurs (Honours)  
NIP : 140 238 226



Pembimbing

Ira Suarilah, S.Kp  
NIP :

Mengetahui,

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Pembantu Ketua I

Nursalam, M. Nurs (Honours)  
NIP : 140 238 226

## PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi Pada  
Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga  
Surabaya

Pada tanggal, 16 Februari 2005

### PANITIA PENGUJI

Ketua : Nursalam, M.Nurs (Honours)

Anggota : Ira Suarilah, S.Kp

Anggota : Yulis Setya Dewi, S.Kep, Ns

Mengetahui,

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga

Pembantu Ketua I

Nursalam, M.Nurs (Honours)

NIP : 140 238 226

## MOTTO

Yathadityah samudyan wai tamah  
Sarwwam wyapopati,  
Ewn kalyanamatitam sarwwa  
Papam wyapohati

*Weda (S.S.16)*

*Seperti halnya matahari yang terbit melenyapkan gelapnya dunia, demikianlah orang yang melakukan dharmas, memusnahkan segala macam dosa.*



## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas anugerah dan kasihNya penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini yang berjudul “ Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Perilaku Rehabilitasi Dini Pada Pasien Pasca Serangan IMA ( Infark Miokard Akut ) Di ICCU GBPT Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya ”.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan skripsi ini telah melibatkan banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. dr. Med. Puruhito, DSB/T, selaku Rektor Universitas Airlangga, Prof. Dr. H.M.S Wiyadi, dr, SpTHT, selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. Eddy Soewandoyo, dr, SpPD, KTI selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
3. Dr. Marsianto, SpOG, selaku Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4. Bapak Nursalam, M.Nurs (Honours), selaku ketua penguji sekaligus sebagai pembimbing I yang telah banyak memberikan sumbangan pemikiran dan pendapat sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini dengan baik.
5. Ibu Ira Suarilah, S.Kp, selaku pembimbing II yang penuh kesabaran membimbing dan mengarahkan dalam pembuatan skripsi ini.
6. Dr. Mohammad Soetomo, SpJP(K) FIHA, selaku ketua SMF Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah yang telah memberikan ijin untuk melakukan penelitian.
7. Dr. Achmad Lefi, SpJP FIHA selaku pembimbing ruangan yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan dalam pembuatan skripsi ini.
8. Responden yang penuh kesabaran telah bersedia untuk diteliti.
9. Ayah, bunda, adikku tersayang dan seseorang yang kucintai yang telah memberikan bantuan baik secara materiil maupun moril serta telah mendukung dalam doa untuk menyelesaikan skripsi ini.
10. Rekan-rekan PSIK angkatan VI B yang telah sama-sama berjuang, memberikan ide-ide serta dukungan untuk saling menguatkan selama menjalani pendidikan dan dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan, seperti kata pepatah “ Tiada Gading Yang Tak Retak “ oleh karena itu saran dan kritik dari pembaca sangat penulis harapkan demi penyempurnaan penulisan selanjutnya.

Semoga skripsi ini membawa berkat bagi kita sesama profesi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan pelayanan keperawatan.

Surabaya, Februari 2005

Penulis

## ABSTRACT

### THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION ON THE CHANGE OF BEHAVIOR TO EXERCISE ON THE PATIENT POST ACUTE MYOCARD INFARCTION

Quazy Experimental Study in ICCU Departement  
Dr. Soetomo General Hospital

**By : Ni Luh Putu Inca Buntari Agustini**

The patients who afraid about their activities would made their illness recurrent. This condition could be wrost the complained that feels. Its caused with minimal health education so will closed the patient Range of Motion after Acute Myocard Infarction.

The purpose of this study was to know the effect of health education on the change of behavior to exercise post Acute Myocard Infarction.

This was a Quazy-experimental study, the population was patient who accounted 16 patient who having all inclusion criteria by using Consecutive Sampling Method. Data were collected using questionnaire and analyzed statistical by means of Wilcoxon Signed Ranks and Mann Whitney U Test With significance level of  $p \leq 0,05$ .

This statistical analyzed releaved  $p = 0,000$ , indicating that health education had effect on the change of behavior to exercise on the patient post acute myocard infarction.

It can be concluded that health education influence the change of exercise post acute myocard infaction. Further studies should involve larger respondents and better measurement tools to obtain more accurate results.

**Keywords:** Health education, behavior, exercise, patient post acute myocard infarction.



## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto.....	v
Ucapan terima kasih.....	vi
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel.....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Teoritis.....	4
1.4.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Perilaku.....	6
2.1.1 Pengertian Perilaku.....	6
2.1.2 Klasifikasi Perilaku Kesehatan.....	7
2.1.3 Domain Perilaku.....	7
2.1.4 Asumsi Determinan Perilaku.....	12
2.1.5 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku.....	15

2.1.6	Strategi Perubahan Perilaku.....	16
2.2	Konsep Pendidikan Kesehatan.....	17
2.2.1	Pengertian.....	17
2.2.2	Batasan Pendidikan Kesehatan.....	18
2.2.3	Arti Dan Lingkup Belajar.....	18
2.2.4	Sasaran.....	19
2.2.5	Hasil Yang Diharapkan.....	20
2.2.6	Tempat Penyelenggaraan.....	20
2.2.7	Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan.....	21
2.2.8	Faktor Yang Berpengaruh Dalam Pendidikan Kesehatan....	22
2.3	Peran Perawat.....	23
2.3.1	Peran Perawat.....	23
2.3.2	Konsep Dasar Intervensi.....	25
2.4	Konsep Infark Miokard Akut.....	26
2.4.1	Pengertian.....	26
2.4.2	Patofisiologi.....	26
2.4.3	Manifestasi Klinik pada IMA.....	26
2.5	Aktifitas Fisik.....	28
2.6	Konsep Rehabilitasi Dini Pasca IMA.....	30
2.6.1	Pengertian Rehabilitasi Dini.....	30
2.6.2	Manfaat Rehabilitasi Dini.....	30
2.6.3	Pembagian Fase Rehabilitasi.....	30
2.6.4	Akibat tidak dilakukan Rehabilitasi Dini pasca serangan IMA.....	32
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....</b>	<b>33</b>
3.1	Kerangka Konseptual.....	33
3.2	Hipotesis Penelitian.....	34
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>35</b>
4.1	Desain Penelitian.....	35
4.2	Kerangka Kerja Penelitian.....	36

4.3	Populasi, Sampel, Sampling.....	37
4.3.1	Populasi.....	37
4.3.2	Sampel.....	37
4.3.3	Sampling.....	38
4.4	Identifikasi Variabel Dan Definisi Operasional.....	38
4.4.1	Variabel Independen.....	38
4.4.2	Variabel Dependen.....	39
4.4.3	Definisi Operasional.....	39
4.4.4	Instrumen Penelitian.....	41
4.5	Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	41
4.5.1	Lokasi.....	41
4.5.2	Waktu.....	41
4.6	Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data.....	41
4.7	Cara Analisis Data.....	42
4.8	Etika Penelitian.....	42
4.8.1	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	42
4.8.2	Anonimity.....	42
4.8.3	Confidentiality.....	43
4.9	Keterbatasan Penelitian.....	43
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>44</b>
5.1	Hasil Penelitian.....	45
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	45
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden.....	45
5.1.3	Variabel yang diukur.....	48
5.2	Pembahasan.....	53
5.2.1	Perubahan Perilaku Rehabilitasi Dini pada Pascin Pasca Serangan IMA.....	53
5.2.2	Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.....	54

5.2.3	Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.....	55
5.2.4	Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan tindakan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.....	56
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN.....	58
6.1	Kesimpulan.....	58
6.2	Saran.....	59
	Daftar Pustaka.....	60
	Lampiran 1.....	62
	Lampiran 2.....	63
	Lampiran 3.....	64
	Lampiran 4.....	65
	Lampiran 5.....	66
	Lampiran 6.....	73
	Lampiran 7.....	74
	Lampiran 8.....	79
	Lampiran 9.....	82

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Proses terbentuknya Perilaku.....	12
Gambar 2.4 Elektrokardiografi (EKG) pada IMA.....	27
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Perilaku Rehabilitasi Dini pada Pasien Pasca Serangan IMA.....	33
Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian.....	36
Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur.....	45
Gambar 5.2 Distribusi reponden berdasarkan tingkat pendidikan.....	46
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin.....	46
Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan status perkawinan.....	47
Gambar 5.5 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan.....	47

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.4 Defenisi operasional.....	39
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan.....	48
Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan sikap.....	50
Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan tindakan.....	52



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data Dari PSIK .....	62
Lampiran 2 Surat Ijin Pengambilan Data dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya.....	63
Lampiran 3 Surat Keterangan dari Litbang.....	64
Lampiran 4 Formulir Persetujuan Menjadi Responden.....	65
Lampiran 5 Satuan Acara Penyuluhan .....	66
Lampiran 6 Leaflet.....	73
Lampiran 7 Kuesioner.....	74
Lampiran 8 Tabulasi Data .....	79
Lampiran 9 Hasil Uji Statistik.....	82



**BAB 1**  
**PENDAHULUAN**





## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Rehabilitasi dini pasca serangan IMA (Infark Miokard Akut) merupakan usaha yang dapat dilakukan perawat selain tindakan medik, yang bertujuan untuk memperbaiki keadaan fisik, mental dan sosial pasien secara optimal (Kisyanto dan Manurung 1996). Berdasarkan hasil interview dilaporkan oleh Cassem dan Ilackett yang dikutip Hungler (1991), bahwa pasien pasca serangan IMA setelah 3 – 6 bulan pulang dari perawatan 80 % akan mengalami kelelahan setelah melakukan aktifitas fisik sedangkan 20 % mengalami depresi dan ansietas. Dilaporkan juga kekhawatiran pasien pasca IMA karena kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakitnya dan komplikasi yang mungkin timbul apabila pasien tidak melakukan rehabilitasi dini, (Hungler, 1991). Hasil pengamatan peneliti selama bulan September 2004 di ICCU Dr. Soetomo setelah gambaran Elektrokardiografi (EKG) normal, keluhan nyeri dada berkurang/hilang dan tidak ada komplikasi lain, sebagian besar pasien masih takut untuk melakukan aktifitas. Perilaku pasien yang cenderung takut jika melakukan aktifitas penyakitnya akan kambuh lagi seperti serangan sebelumnya, sehingga keadaan ini akan memperberat keluhan yang dirasakan. Hal ini disebabkan karena masih minimalnya pendidikan kesehatan yang diberikan sehingga memperkecil ruang gerak pasien setelah mendapat serangan IMA. Kenyataan ini merupakan masalah penelitian dimana pendidikan kesehatan masih belum jelas pengaruhnya terhadap perubahan perilaku rehabilitasi dini pasca serangan IMA.

Menurut Brouset, dkk yang dikutip Kisyanto dan Manurung (1996), pada keadaan istirahat dengan tidak adanya pompa dari otot tungkai, resiko trombo-emboli akan bertambah karena adanya statis sirkulasi vena dan meningkatnya viskositas darah. Trombo-emboli sendiri merupakan salah satu penyebab sumbatan pada arteri coronaria apabila masuk kealiran darah jantung. Beberapa ahli kardiovaskuler menyatakan bahwa sesudah IMA, sebaiknya dilakukan mobilisasi/rehabilitasi dini, karena rehabilitasi dini pasca serangan IMA tanpa komplikasi dengan memperhatikan syarat-syarat dibawah pengawasan medis tidak berbahaya, malah banyak keuntungannya yaitu :

- 1) Mengurangi resiko IMA berulang (*recurrent*), komplikasi IMA, dengan pencegahan sekunder,
- 2) Mengurangi beban ekonomi pada pasien dan keluarganya dengan mengurangi jumlah perawatan di rumah sakit,
- 3) Bekerja kembali dengan perasaan aman,
- 4) Memperbaiki gaya hidup (*quality of life*) sesudah IMA (Kisyanto dan Manurung, 1996).

Pengetahuan perawat tentang keuntungan rehabilitasi dini pasca serangan IMA diharapkan dapat mengurangi ketakutan yang dirasakan oleh pasien, karena pengetahuan dan motivasi merupakan dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap permasalahan yang dihadapi. Data yang peneliti dapatkan pada ruangan ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya dari 221 orang jumlah pasien IMA yang dirawat selama periode Juli 2002 sampai dengan Juni 2003 kasus IMA berada pada tingkat pertama rata-rata 20 orang/bulan, dimana sebagian besar pasien masih takut dalam melakukan rehabilitasi dini. Penyebab utama minimnya jumlah pasien yang melakukan rehabilitasi dini adalah kurangnya pengetahuan tentang manfaat rehabilitasi dini. Akibat pengetahuan yang kurang pada pasien tentang manfaat

rehabilitasi dini menimbulkan pemikiran yang kurang tepat karena rehabilitasi tersebut dianggap sebagai hal yang akan memperberat penyakit yang mereka derita.

Konsep solusi yang ditawarkan oleh peneliti untuk mengatasi permasalahan yang dihadapi pasien yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya rehabilitasi dini pasca serangan IMA yang bisa dilakukan oleh perawat diruangan yang bersangkutan. Pendidikan kesehatan yang diberikan melalui penyuluhan-penyuluhan diharapkan dapat merubah perilaku dalam domain kognitif dan secara bertahap akan terjadi perubahan perilaku baru dalam rehabilitasi dini.

Melihat permasalahan diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “ *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Perilaku Rehabilitasi Dini Pada Pasien Pasca Serangan Infark Miokard Akut (IMA) Di ICCU GBPT Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya* ”.

## 1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah perubahan perilaku rehabilitasi dini pada pasien pasca serangan IMA ?
2. Apakah pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA ?
3. Apakah pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA ?
4. Apakah pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan tindakan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menjelaskan pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan Infark Miokard Akut (IMA).

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi perubahan perilaku rehabilitasi dini pada pasien pasca serangan IMA.
2. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
3. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
4. Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan tindakan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Teoritis**

1. Dari segi pengembangan ilmu, pendidikan kesehatan tentang rehabilitasi dini yang diberikan pada pasien pasca serangan IMA dapat digunakan sebagai masukan untuk memberikan pelayanan yang optimal dalam hal kegawat daruratan kardiovaskuler, terutama IMA
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan menambah informasi dalam bidang ilmu Keperawatan Kritis.

#### 1.4.2 Praktis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku rehabilitasi dini pada pasien pasca serangan IMA.
2. Hasil penelitian ini merupakan bahan pertimbangan dalam upaya mengoptimalkan pelaksanaan rehabilitasi dini pasca serangan IMA melalui pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat.
3. Hasil penelitian ini sebagai data dasar dalam meluaskan penelitian lebih lanjut berkaitan dengan topik yang sama.
4. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi rekan sejawat tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku rehabilitasi dini pada pasien pasca serangan IMA.



## BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan tentang konsep-konsep teori yang akan menjadi acuan dalam penelitian.

#### 2.1 Konsep Perilaku

##### 2.1.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain : berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo,2003).

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, maka teori Skinner ini disebut teori "S-O-R" atau *Stimulus – Organisme – Respon* (Notoatmodjo, 2003).

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua :

1. Perilaku tertutup (*convert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian,

persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

## 2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain (Notoatmodjo, 2003).

### 2.1.2 Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan menurut Notoatmodjo (2003) adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit atau penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :

#### 1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).

adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit.

#### 2. Perilaku pencarian atau penggunaan sistem atau fasilitas kesehatan, atau sering disebut perilaku pencairan pengobatan (*health seeking behavior*)

Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.

#### 3. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah apabila seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya.

### 2.1.3 Domain Perilaku

Menurut Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan seperti dikutip Notoatmodjo (2003) membagi perilaku itu didalam 3 domain (ranah/kawasan),



meskipun kawasan-kawasan tersebut tidak mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian kawasan ini dilakukan untuk kepentingan tujuan pendidikan, yaitu mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku tersebut, yang terdiri dari ranah kognitif (*kognitif domain*), ranah affektif (*affectife domain*), ranah psikomotor (*psicomotor domain*).

Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga domain itu diukur dari :

### 1. Pengetahuan (*knowlegde*)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2003). Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang

- a. Faktor Internal : faktor dari dalam diri sendiri, misalnya intelegensia, minat, kondisi fisik.
- b. Faktor Eksternal :
  - Faktor dari luar diri, misalnya keluarga, masyarakat, sarana.
  - Faktor pendekatan belajar : faktor upaya belajar, misalnya strategi dan metode dalam pembelajaran.

Ada enam tingkatan domain pengetahuan yaitu :

#### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya.

2) Memahami (*comprehension*)

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*aplication*)

Diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi yang sebenarnya.

4) Analisis (*analysis*)

Adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan ada kaitannya dengan yang lain.

5) Sintesa (*synthesis*)

Sintesa menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melaksanakan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi / objek.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok :

- a. Kepercayaan (*keyakinan*), ide, konsep terhadap suatu objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan :

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Praktik atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) praktik ini mempunyai beberapa tingkatan :

1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2) Respon terpimpin (*guide response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

### 3) Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

### 4) Adopsi (*adoption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung, yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

Menurut penelitian Rogers (1974) seperti dikutip Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni :

#### 1. Kesadaran (*awareness*)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (*objek*)

#### 2. Tertarik (*interest*)

Dimana orang mulai tertarik pada stimulus

#### 3. Evaluasi (*evaluation*)

Menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.

Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

#### 4. Mencoba (*trial*)

Dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.

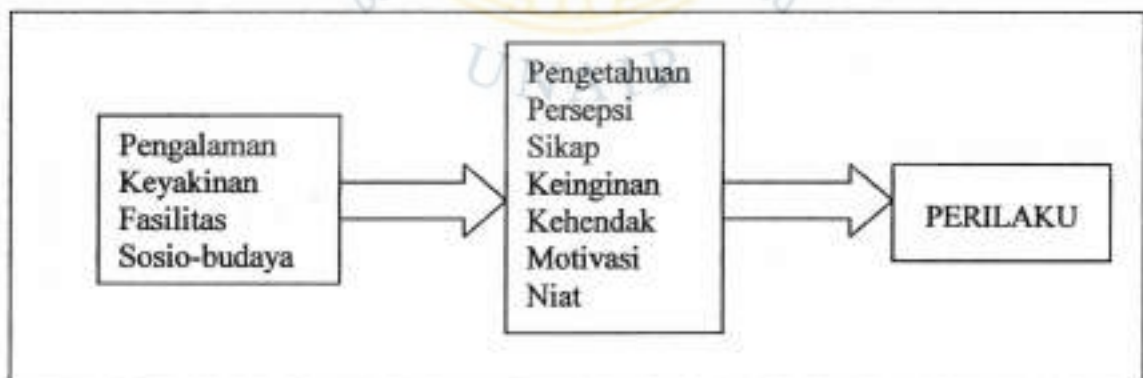
#### 5. Menerima (*Adoption*)

Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

#### 2.1.4 Asumsi Determinan Perilaku

Menurut Spranger membagi kepribadian manusia menjadi 6 macam nilai kebudayaan. Kepribadian seseorang ditentukan oleh salah satu nilai budaya yang dominan pada diri orang tersebut. Secara rinci perilaku manusia sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya.

Namun demikian realitasnya sulit dibedakan atau dideteksi gejala kejiwaan tersebut dipengaruhi oleh faktor lain diantaranya adalah pengalaman, keyakinan, sarana/fasilitas, sosial budaya dan sebagainya. Proses terbentuknya perilaku dapat diilustrasikan pada gambar berikut :



Gambar 2.1 Proses terbentuknya Perilaku

Beberapa teori lain yang telah dicoba untuk mengungkap faktor penentu yang dapat mempengaruhi perilaku khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain :

### 1. Teori Lawrence Green (1980)

Green mencoba menganalisis perilaku manusia berangkat dari tingkat kesehatan. Bahwa kesehatan seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non behavior causes*).

Faktor perilaku ditentukan atau dibentuk oleh :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factor*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor pendukung (*enabling factor*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat steril dan sebagainya.
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

### 2. Teori Snehandu B. Kar (1983)

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku merupakan fungsi dari :

- a. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior itention*).
- b. Dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
- c. Adanya atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accesebility of information*).
- d. Otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*).
- e. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak (*action situation*).

### 3. Teori WHO (1984)

WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu adalah :

- a. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*), yaitu dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan-kepercayaan dan penilaian seseorang terhadap objek (objek kesehatan).
  - 1) Pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain.
  - 2) Kepercayaan sering atau diperoleh dari orang tua, kakek, atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
  - 3) Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain yang paling dekat. Sikap membuat seseorang mendekati atau menjauhi orang lain atau objek lain. Sikap positif terhadap tindakan-tindakan kesehatan tidak selalu terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu, sikap akan diikuti oleh tindakan mengacu kepada pengalaman orang lain, sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasar pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
- b. Orang penting sebagai referensi. Apabila seseorang itu penting untuknya, maka apa yang ia katakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.
- c. Sumber-sumber daya (*resources*), mencakup fasilitas-fasilitas, uang, waktu, tenaga dan sebagainya.
- d. Perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber didalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada

umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini terbentuk dalam waktu yang lama dan selalu berubah, baik lambat ataupun cepat sesuai dengan peradapan umat manusia.

Kemudian Katz (1960) juga mengatakan bahwa perilaku dilatarbelakangi oleh kebutuhan individu yang bersangkutan, maka ia berasumsi bahwa :

1. Perilaku mempunyai instrumental artinya dapat berfungsi dan memberikan pelayanan terhadap kebutuhan. Seseorang dapat bertindak (berperilaku) positif terhadap objek ini demi pemenuhan kebutuhannya. Sebaliknya bila objek tidak memenuhi kebutuhannya, maka ia akan berperilaku negatif.
2. Perilaku berfungsi sebagai *defence mekanism* atau sebagai pertahanan diri dalam menghadapi lingkungannya. Artinya dengan berperilaku, manusia dapat melindungi ancaman-ancaman yang datang dari luar.
3. Perilaku berfungsi sebagai penerima objek dan pemberi arti. Dalam perannya dalam tindakan itu seseorang senantiasa menyesuaikan diri dengan lingkungannya menurut kebutuhannya.
4. Perilaku berfungsi sebagai nilai ekspresif dari diri seseorang dalam menjawab suatu situasi. Oleh sebab itu didalam kehidupan manusia perilaku itu tampak terus menerus dan berubah secara relatif.

#### 2.1.5 Bentuk-Bentuk Perubahan Perilaku

Bentuk-bentuk perubahan perilaku menurut WHO, dikelompokkan menjadi tiga yaitu :

1. Perubahan alamiah (*natural change*), bahwa perilaku manusia selalu berubah dimana sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah.
2. Perubahan terencana (*planned change*) bahwa perubahan ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.



3. Kesiediaan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda-beda meskipun kondisinya sama.

#### 2.1.6 Strategi Perubahan Perilaku

Strategi yang digunakan untuk merubah perilaku tersebut juga dikelompokkan menjadi tiga yaitu :

1. Menggunakan kekuatan/kekuasaan atau dorongan. Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada masyarakat sehingga mau melakukan/berperilaku seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum disadari oleh kesadaran diri.
2. Memberikan informasi-informasi sehingga akan meningkatkan pengetahuan seseorang/masyarakat. Selanjutnya dengan pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran, dan akhirnya akan merubah orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya. Hasil dari perubahan perilaku dengan cara ini akan memakan waktu yang cukup lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).
3. Diskusi dan partisipasi, cara ini sebagai peningkatan cara yang kedua diatas dimana didalam memberikan informasi-informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja tetapi dua arah. Hal ini berarti masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi yang diterimanya (Notoatmodjo, 2003).

## 2.2 Konsep Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga keperawatan, karena merupakan salah satu peranan yang harus dilaksanakan dalam memberikan asuhan keperawatan.

### 2.2.1 Pengertian

Departemen kesehatan menguraikan defenisi pendidikan kesehatan sebagai gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya, dan melakukan apa yang bisa dilakukan, secara perorangan maupun kelompok dan meminta pertolongan bila perlu.

Menurut Wood, seperti yang dikutip Effendy (1998), menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, pengetahuan dan sikap yang ada hubungannya dengan kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa. Kesemuanya ini dipersiapkan supaya perilaku yang akan meningkatkan atau memelihara kesehatan dapat diterima dengan mudah.

Dalam pengertian yang lain menurut Steward yang dikutip Effendy (1998) bahwa pendidikan kesehatan adalah unsur program kesehatan yang mengandung rencana untuk merubah perilaku perorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan, penyakit dan peningkatan kesehatan.

### 2.2.2 Batasan Pendidikan Kesehatan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan. Dari batasan ini tersirat unsur-unsur pendidikan yakni : a. input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat), dan pendidik (pelaku pendidikan), b. proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain), c. output (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku). Sedangkan pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan di dalam bidang kesehatan.

Pengembangan perilaku sehat ini ditujukan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Perilaku hidup sehat seyogianya dimulai sedini mungkin, karena kebiasaan perawatan terhadap anak termasuk kesehatan yang diberikan oleh orang tua akan langsung berpengaruh kepada perilaku sehat anak selanjutnya.

Dari uraian diatas dapat dirumuskan bahwa secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Pendidikan kesehatan tidak lepas dari proses belajar. Kadang-kadang bahan pengajaran disamakan dengan pendidikan karena kedua pengertian tersebut identik. Pendidikan dilihat secara macro sedangkan pengajaran (proses belajar) dilihat secara micro.

### 2.2.3 Arti Dan Lingkup Belajar

Belajar pada hakekatnya adalah penyempurnaan potensi atau kemampuan pada organisme biologis dan psikis yang diperlukan dalam hubungan manusia dengan dunia

luar dan hidup bermasyarakat. Akan tetapi menurut konsep Eropa arti belajar agak sempit, hanya mencakup menghafal, mengingat, dan mereproduksi sesuatu yang dipelajari.

Perkembangan teori proses belajar yang ada dapat dikelompokkan ke dalam dua kelompok besar yakni teori stimulus-respon yang kurang memperhitungkan faktor internal dan teori transformasi yang memperhitungkan faktor internal. Pada teori stimulus-respons tanggapan-tanggapan yang diperoleh melalui pemberian stimulus/rangsangan. Makin banyak stimulus, maka makin kaya tanggapan pada subyek belajar. Sedangkan pada teori transformasi berlandaskan pada psikologi kognitif dimana proses belajar adalah transformasi dari masukan (input) lalu direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan.

#### 2.2.4 Sasaran

Sasaran pendidikan kesehatan adalah :

##### 1. Individu

Individu yang mempunyai masalah keperawatan dan kesehatan, yang dapat dilakukan di rumah sakit, klinik, puskesmas, rumah bersalin, posyandu, keluarga binaan, dan masyarakat binaan. Dalam hal ini individu dirumah sakit yang terkena serangan Infark Miokard Akut (IMA).

##### 2. Keluarga

Keluarga dimana salah satu atau lebih anggota keluarganya yang mempunyai masalah keperawatan dan kesehatan. Keluarga belum mengenal akan masalah kesehatan yang diderita, dampak dan cara penanggulangannya.

##### 3. Kelompok

Kelompok penderita penyakit baik dalam intistusi pelayanan maupun rumah sakit.

#### 4. Masyarakat

Masyarakat dimana terjadi suatu penyakit. Penyuluhan dimaksudkan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat agar dapat mendorong program pemberantasan penyakit.

##### 2.2.5 Hasil Yang Diharapkan

Hasil yang diharapkan dalam pendidikan kesehatan adalah terjadinya perubahan sikap dan perilaku dari individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat untuk dapat menanamkan prinsip hidup sehat dan perubahan perilaku dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Pada pendidikan kesehatan terhadap pasien pasca serangan IMA diharapkan mereka mengetahui dan mengerti bahwa rehabilitasi dini pasca serangan IMA sangat bermanfaat untuk mempercepat keluhan yang mereka derita.

##### 2.2.6 Tempat Penyelenggaraan

Tempat penyelenggaraan pendidikan kesehatan dapat dilakukan diberbagai tempat, antara lain :

###### 1. Di institusi pelayanan

Dapat dilakukan dirumah sakit, puskesmas, rumah bersalin, klinik, dan sebagainya, yang bisa dilakukan secara langsung kepada individu maupun kelompok mengenai penyakit, perawatan, pencegahan penyakit, dan sebagainya. Dapat pula dilakukan secara tidak langsung melalui poster, gambar-gambar, panflet, dan sebagainya.

###### 2. Di masyarakat

Dapat dilakukan melalui pendekatan edukatif terhadap keluarga dan masyarakat binaan secara menyeluruh dan terorganisasi sesuai masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi. Seringkali masyarakat justru tidak menyadari masalah kesehatan yang dihadapi.

### 2.2.7 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan meliputi 3 aspek, yaitu :

#### 1. Sasaran pendidikan kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan adalah : individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Beberapa faktor yang perlu diperhatikan berhubungan dengan sasaran agar penyuluhan mencapai hasil yang optimal adalah :

- 1) Tingkat pendidikan.
- 2) Tingkat sosial ekonomi.
- 3) Adat istiadat.
- 4) Kepercayaan masyarakat.
- 5) Ketersediaan waktu.

#### 2. Materi / pesan

Materi atau pesan yang disampaikan hendaknya disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan dan keperawatan kelompok sasaran. Dalam hal menyampaikan materi, sebaiknya :

- 1) Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.
- 2) Materi yang disampaikan tidak terlalu sulit untuk dipahami.
- 3) Menggunakan alat peraga.
- 4) Sesuai kebutuhan kesehatan dan perawatan.

#### 3. Metoda

Berbagai metoda yang dipergunakan dalam pendidikan kesehatan, dapat dikelompokkan dalam dua macam metoda, yaitu :

### 1) Metoda didaktik

Pada metoda ini yang aktif adalah orang yang melakukan penyuluhan, sedang peserta penyuluhan bersifat pasif dan tidak diberi kesempatan untuk ikut serta mengemukakan pendapat atau mengajukan pertanyaan. Proses penyuluhan berjalan satu arah (*one way method*). Yang termasuk dalam metoda ini adalah : ceramah, poster, majalah, bulletin, surat kabar, televisi dan radio.

### 2) Metoda sokratik

Dengan metoda ini peserta penyuluhan diberi kesempatan mengemukakan pendapat, sehingga mereka aktif dalam proses belajar mengajar. Proses penyuluhan berjalan dua arah (*two way method*). Yang termasuk dalam metoda ini adalah : diskusi, demonstrasi, simulasi, role play, seminar, simposium, dan sebagainya.

## 2.2.8 Faktor Yang Berpengaruh Dalam Pendidikan Kesehatan

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu pendidikan kesehatan terdiri dari :

### 1. Faktor pendidik, meliputi:

- 1) Kurang persiapan.
- 2) Kurang menguasai materi.
- 3) Bahasa yang digunakan kurang bisa dimengerti.
- 4) Suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar.
- 5) Penyampaian materi terlalu monoton sehingga membosankan.

### 2. Faktor sasaran, meliputi

- 1) Tingkat pendidikan terlalu rendah sehingga sulit mencerna pesan.
- 2) Tingkat sosial ekonomi terlalu rendah sehingga kurang memperhatikan pesan.

- 3) Kepercayaan dan adat yang sudah tertanam kuat.
- 4) Kondisi lingkungan tempat tinggal yang tidak memungkinkan terjadinya perubahan perilaku.

### **2.3 Peran Perawat**

Menurut Sinopsis Dasar-Dasar Keperawatan, (1989) disebutkan bahwa peran adalah tingkah laku yang diharapkan orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukannya dalam suatu sistem.

Perawat adalah seseorang yang menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien (Zaidin, 2002).

#### **2.3.1 Peran Perawat**

Berdasarkan standar Depkes, (1998) peran perawat :

##### **1) Sebagai Pelaksana Pelayanan Keperawatan**

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang spesifik dalam sistem pelayanan kesehatan tetap bersatu dengan profesi lain dalam pelayanan kesehatan. Setiap anggota kesehatan adalah anggota potensial dalam kelompoknya yang dapat mengatur, merencanakan, melaksanakan dan menilai tindakan yang diberikan. Mengingat perawat harus merencanakan, melaksanakan dan mengatur berbagai alternatif terapi yang harus diterima oleh klien. Tugas ini menuntut kemampuan managerial yang handal.



## 2) Sebagai Pengelola Keperawatan

Perawat bertanggung jawab dalam hal administrasi keperawatan baik di rumah sakit maupun di masyarakat, dalam mengelola keperawatan untuk individu, keluarga atau masyarakat.

## 3) Sebagai Pendidik Keperawatan

Perawat bertanggung jawab dalam bidang pendidikan dan pelajaran ilmu keperawatan kepada klien, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya. Salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam keperawatan adalah aspek pendidikan, karena perubahan tingkah laku merupakan salah satu sasaran dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

## 4) Sebagai Peneliti Keperawatan.

Perawat diharapkan menjadi pembaharu (*innovator*) dalam ilmu keperawatan karena memiliki keterampilan, inisiatif, cepat tanggap terhadap rangsangan dan lingkungan. Kegiatan peneliti pada hakekatnya adalah melakukan evaluasi, mengukur kemampuan, menilai dan mempertimbangkan sejauh mana efektifitas tindakan yang telah diberikan. Dengan hasil penelitian, perawat dapat menggerakkan orang lain untuk berbuat sesuatu yang baru berdasarkan kebutuhan, perkembangan dan aspirasi individu, keluarga, kelompok atau masyarakat. Oleh karena itu, perawat dituntut untuk selalu mengikuti perkembangan, memanfaatkan media masa atau media informasi lain dari berbagai sumber. Selain itu perawat perlu melakukan penelitian dalam rangka mengembangkan ilmu keperawatan dan meningkatkan praktek profesi keperawatan.

### 2.3.2 Konsep Dasar Intervensi

Dikutip dari Nursalam (2001) fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi: independen, dependen dan interdependen. Pemenuhan kebutuhan fisik dan emosional adalah bervariasi tergantung individu dan masalah spesifik. Tetapi ada beberapa komponen yang terlibat dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang meliputi pengkajian yang terus menerus, perencanaan dan pengajaran.

Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktek keperawatan.

#### 1. Independen

Tindakan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tindakan tersebut merupakan suatu respon dimana perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti berdasarkan pendidikan dan pengalamannya.

#### 2. Interdependen

Interdependen keperawatan merupakan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerjasama dengan tenaga kesehatan lain misalnya dokter, tenaga sosial, ahli gizi, dan fisioterapi.

#### 3. Dependen

Tindakan dependen berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara dimana tindakan medis dilaksanakan.

## 2.4 KONSEP INFARK MIOKARD AKUT (IMA)

### 2.4.1 Pengertian

Infark Miokard Akut (IMA) adalah nekrosis miokard akibat aliran darah ke otot jantung terganggu (Harun 1996).

### 2.4.2 Patofisiologi

Terjadinya trauma pada endotel yang labil yang melingkupi plak stenosis akan menimbulkan perlukaan, perdarahan trombus dan spasme yang mengakibatkan terjadinya iskemi sel miokard. Bila berlangsung terus dapat terjadi oklusi total, sel dapat tahan 20 menit terhadap iskemi mendadak ini, sedikit ATP dan asidosis. Kondisi ini memudahkan terjadinya gangguan konduksi dan dysritmia. Bila berlangsung terus terjadilah infark – kematian sel dengan peningkatan enzim dan penurunan kontraktilitas.

### 2.4.3 Manifestasi Klinik pada IMA sebagai Berikut :

#### 1. Riwayat sakit dada terdiri dari :

- a. Lokasi : Mid/Retrosternal, antar epigastrium dan rahang.
- b. Perjalanan : Kebahu kiri, leher, punggung, rahang dan lengan kiri.
- c. Sifat : Nyeri hebat (tertekan, diremas dan ditusuk).
- d. Lamanya : Lebih dari 30 menit tidak hilang dengan istirahat atau nitrat.
- e. Pencetus : Waktu istirahat atau Aktifitas.

#### 2. Elektrokardiografi (EKG) :

- a. Gelombang Q patologis = signifikan infark miokard
- b. Segment ST = ST elevasi
- c. Gambaran EKG pada IMA : Evolusi



Gambar 2.4 : Elektrokardiografi (EKG) pada IMA

3. Komplikasi :

- a. Syock Kardiogenik
- b. Aritmia terutama ventrikel (Prematur Ventrikel Contraction (PVC), Takhikardi Sinus, Ventrikel Fibrilasi)
- c. Gagal jantung dan edema paru akut
- d. Cardiac arrest
- e. Miokard Infark berulang
- f. Sudden death

4. Pengobatan :

- a. Terapi Trombolitik (STREPTOKINASE)
- b. Asetosal dosis rendah (80 – 360 mg)
- c. Dilator koroner (spray, sublingual, dilanjutkan per infus/pump)
- d. Antagonis Calcium bila angina masih berlangsung
- e. Obat-obat lain sesuai dengan komplikasi
- f. Analgetik, kalau perlu morfin titrasi, penenang

(Harun, 1996).

## 2.5 Aktifitas Fisik

Aktifitas didefinisikan sebagai suatu aksi energik keadaan gerak. Semua manusia yang normal memerlukan kemampuan untuk dapat bergerak. Kehilangan kemampuan gerak walaupun pada waktu yang singkat memerlukan tindakan tertentu yang tepat baik oleh pasien atau perawat (Priharjo, 1996).

Pola aktifitas pada pasien pasca serangan IMA sesuai kemampuan dalam perawatan diri yaitu : 1) Makan/minum, 2) Menggosok gigi, 3) Mandi, 4) Berpakaian/berdandan, 5) Toileting, 6) Mobilisasi ditempat tidur, 7) Berpindah, 8) Berjalan, 9) Menaiki tangga, 10) Berbelanja, 11) Memasak, dan 12) Memelihara rumah (Carpenito, 1999).

Untuk aktifitas atau pergerakan melibatkan tulang dan persendian serta otot-otot yang terkait.

Ada beberapa macam gerakan sendi diartrosis antara lain :

1. Fleksi yaitu gerakan menekuk suatu tulang pada tulang yang lain, misalnya menekukkan tangan kearah telapak tangan.
2. Ekstensi yaitu gerakan menarik suatu tulang menjauhi tulang yang lain.
3. Abduksi yaitu gerakan menjauh garis tengah tubuh.
4. Adduksi yaitu gerakan tulang mendekati garis tengah tubuh.
5. Rotasi yaitu gerakan memutar suatu tulang pada aksinya.
6. Sirkumduksi yaitu gerakan melingkar.

Adapun macam kontraksi otot antara lain :

1. Isotonik yang terjadi bila satu ujung otot bergerak ke ujung otot yang lain secara tetap dan pendek.

2. Esometrik terjadi bila kedua ujung otot tetap terjadi penambahan tekanan otot, tetapi otot tidak memendek.

Pengkajian preaktifitas yang harus dilakukan perawat meliputi (Priharjo, 1996) :

1. Status kardiovaskuler.
2. Gangguan fisik.
3. Tanda-tanda vital.
4. Usia dan jenis kelamin.
5. Kenyamanan (adanya nyeri).
6. Berat badan.
7. Terakhir makan atau minum obat.
8. Status emosional.
9. Tingkat aktifitas sebelum sakit.

Sepuluh respon yang perlu dikaji untuk mengetahui toleransi pasien terhadap aktifitas yaitu :

1. Denyut nadi.
2. Ritme jantung.
3. Kekuatan denyut nadi.
4. Tekanan darah.
5. Pernafasan.
6. Warna kulit.
7. Suhu dan kelembaban kulit.
8. Postur dan keseimbangan.
9. Kecepatan aktifitas.
10. Status emosional.

## 2.6 Konsep Rehabilitasi Dini Pasca IMA

### 2.6.1 Pengertian Rehabilitasi Dini

Rehabilitasi dini adalah salah satu usaha yang dilakukan perawat dalam membantu mempercepat pemulihan pasien pasca serangan IMA selain tindakan medik, yang bertujuan untuk memperbaiki keadaan fisik, mental dan sosial secara optimal (Kisyanto dan Manurung, 1996).

### 2.6.2 Manfaat Rehabilitasi Dini

1. Mengurangi resiko Infark Miokard berulang (*recurent*), komplikasi IMA, dengan pencegahan sekunder.
2. Mengurangi beban ekonomi pada pasien dan keluarganya dengan mengurangi jumlah perawatan di rumah sakit.
3. Bekerja kembali dengan perasaan aman.
4. Memperbaiki gaya hidup (*Quality of life*) sesudah IMA.

### 2.6.3 Pembagian Fase Rehabilitasi

Pembagian rehabilitasi pasien pasca serangan Infark Miokard Akut (IMA) menurut Kisyanto dan Manurung, 1996) ialah :

1. Fase 1A di *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) dengan mobilisasi pada hari ke-2.
2. Fase 1B dilakukan diruangan *Intermediate Zone* pada akhir minggu ke-2 dilaksanakan naik tangga dengan telemetri, lalu dipulangkan.
3. Fase II (*convalescence phase* = di rumah). Pada akhir minggu ke-3 dilakukan *low-intensity exercise test*, pada akhir minggu ke-6 atau ke-8 pasien sudah bekerja kembali.
4. Fase III *Rehabilitation Maintenance* melalui Klub jantung yang sudah ada.

Adapun Rehabilitasi Dini (mobilisasi dini) yang dilakukan di ICCU yaitu :

#### Latihan I

1. Pasien menggerakkan secara pasif tungkai dan lengan, 3 x sehari. Tiap gerakan dilakukan 5 x.
2. Pasien secara aktif memutar pergelangan tangan dan kaki tiap 2 jam.

#### Latihan II

1. Pasien mengangkat dan menurunkan bahu atau mencondongkan bahu kedepan dan menarik kebelakang, kemudian melakukan gerakan menekuk dan meluruskan siku dan paha, 3 x sehari.
2. Pasien melakukan gerakan memutar pada pergelangan tangan dan kaki, tiap gerakan dilakukan 5 x.

#### Latihan III

1. Pasien menggerakkan secara aktif lengan dan kaki dalam posisi baring.
2. Pasien secara aktif melakukan gerakan memutar tangan dan kaki. Tiap gerakan dilakukan 5 x.

#### Latihan IV

1. Pasien menggerakkan otot kedua tangan dan kaki secara bersamaan dengan tanpa menahan nafas, 3 x sehari.
2. Pasien lebih aktif melakukan gerakan memutar tangan dan kaki.

#### Latihan V

1. Pasien mengangkat keatas secara aktif kedua tangan dan kaki ditempat tidur, tiap gerakan dilakukan 5 x, selama 3 x sehari.
2. Pasien melakukan pernafasan dengan normal.



### Latihan VI

1. Pasien duduk ditempat tidur dan menurunkan tungkai sambil menggayung kedepan, kebelakang dan kesamping. Gerakan dilakukan 3 x sehari.
2. Pasien melakukan gerakan sendi lutut dengan cara menekuk dan meluruskan dengan 5 x tahanan (Kisyanto dan Manurung, 1996).

Indikator mobilisasi di ICCU adalah : denyut jantung tidak boleh lebih dari 120 x/menit, tidak ada nyeri dada, tidak ada sesak nafas, tidak lelah sekali, tidak timbul aritmia, tidak ada depresi segmen ST pada EKG, pemantauan dan tekanan sistolik tidak menurun lebih dari 15 mmHg, biasanya sebagai respons terhadap *exercise*, maka sistolik sedikit naik (Kisyanto dan Manurung, 1996).

#### 2.6.4 Akibat tidak dilakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA antara lain :

1. Pada istirahat total selama 10 hari, volume plasma berkurang lebih banyak dibandingkan sel darah merah, sehingga menyebabkan bertambahnya Tromboemboli, dan dengan tidak adanya kerja pompa dari otot tungkai, resiko trombo-emboli akan bertambah karena adanya statis sirkulasi vena.
2. Berbaring ditempat tidur terlalu lama dapat menjadikan pasien mengalami kardiak neurosis, hipotensi ortostatik dan takikardia.

(Kisyanto dan Manurung, 1996).

**BAB 3**

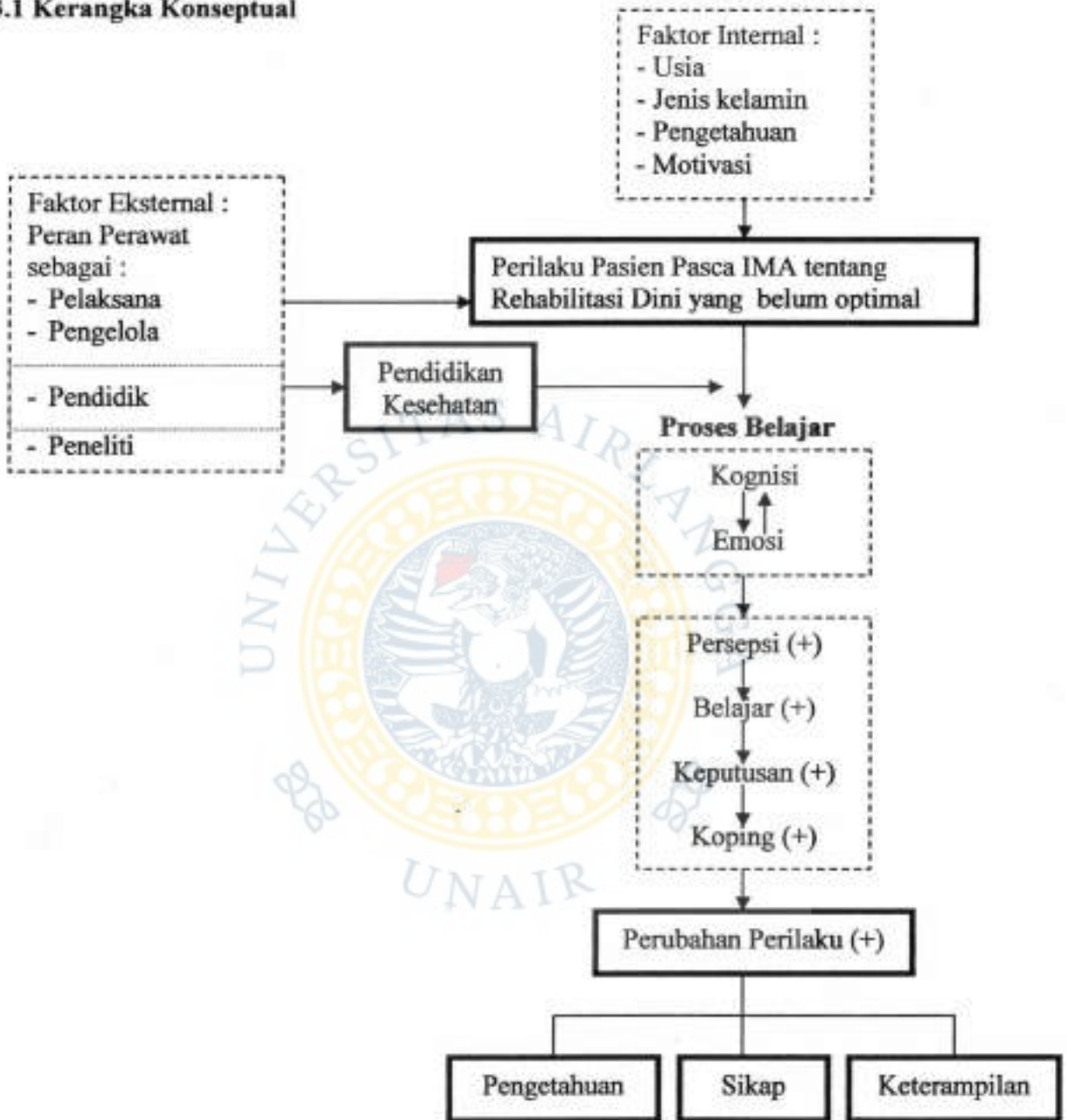
**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**



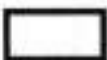
**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

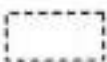
**3.1 Kerangka Konseptual**



**Keterangan :**



Diteliti



Tidak Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Perilaku Rehabilitasi Dini Pada Pasien Pasca Serangan IMA.

Perilaku pasien pasca serangan IMA tentang rehabilitasi dini yang belum optimal dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal. Faktor internal yaitu usia, jenis kelamin, pengetahuan dan motivasi, faktor eksternal yaitu peran perawat sebagai pelaksana, pengelola, pendidik dan peneliti. Pada penelitian ini, difokuskan pada peran perawat sebagai pendidik. Untuk mengubah perilaku pasien supaya mau melakukan rehabilitasi dini secara aktif dengan baik dan benar perlu tindakan perawat sebagai pendidik untuk meningkatkan pengetahuannya melalui pemberian pendidikan kesehatan. Diharapkan setelah menerima pendidikan kesehatan, pasien akan mengalami proses belajar yang akan mempengaruhi kognisi pasien, dimana proses kontrol kognisi berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan dan emosi. Pengetahuan baru yang diperoleh diharapkan akan dipersepsikan positif sehingga akan membentuk koping yang positif. Koping yang positif akan berdampak positif terhadap perubahan perilaku pasien, baik dari segi pengetahuan, sikap dan keterampilan, sehingga pasien dapat melakukan rehabilitasi dini secara aktif dengan baik dan benar.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

#### HI :

1. Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
2. Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
3. Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan tindakan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.

## BAB 4

# METODE PENELITIAN



## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara sistematis untuk menjawab suatu permasalahan. Pada bab ini akan diuraikan tentang desain penelitian, kerangka kerja, sampling, variabel, definisi operasional, pengambilan data, etika dan keterbatasan penelitian.

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah suatu yang sangat penting dalam penelitian yang memungkinkan pemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil (Nursalam, 2003).

Berdasarkan ruang lingkup permasalahan dan tujuan penelitian maka peneliti menggunakan desain penelitian “*Quasy Experiment*”, dimana dalam rancangan ini, kelompok eksperimental diberi perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kedua kelompok diawali dengan pra test dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali atau pasca test (Nursalam, 2003).

Subyek	Pra	Perlakuan	Pasca test
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time I	Time 2	Time 3

Keterangan :

K-A : Subyek (pasca IMA) perlakuan

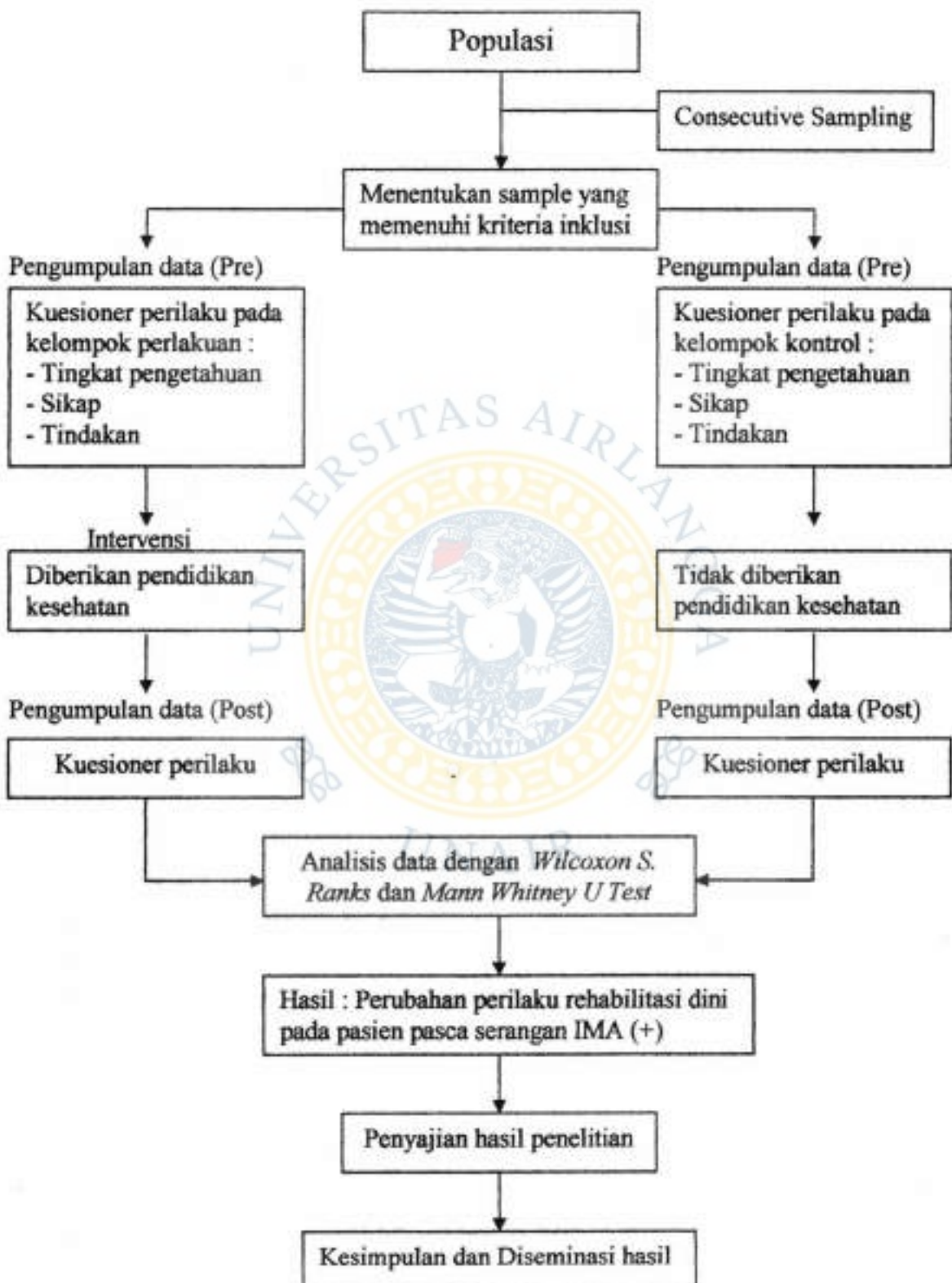
K-B : Subyek (pasca IMA) kontrol

O : Observasi perilaku pasien sebelum intervensi (kelompok perlakuan)

I : Intervensi (Pendidikan Kesehatan)

O1 (A+B) : Observasi perilaku pasien sesudah intervensi (kelompok perlakuan dan kontrol)

## 4.2 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian.

### 4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

#### 4.3.1 Populasi

Dalam penelitian ini populasi yang diambil oleh peneliti adalah semua pasien pasca IMA. Menurut Sugiono (2003) populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas : objek/ subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Selain itu dikenal juga populasi target yaitu populasi yang memenuhi sampling kriteria dan menjadi sasaran akhir penelitian ( Sastroasmoro dan Ismail, 1995).

#### 4.3.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang telah dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi / mewakili populasi (Nursalam, 2000).

Kriteria Inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam,2003).

1. Kriteria Inklusi dalam penelitian ini :
  - a. Pasien yang bersedia diteliti.
  - b. Mampu membaca dan mengerti informed consent yang diajukan oleh peneliti.
  - c. Diagnosa primer IMA hari ke 2 tanpa komplikasi, serangan I.
  - d. Tidak ada depresi segmen ST pada EKG.
  - e. Denyut jantung tidak lebih dari 120 x/menit.
  - f. Tidak ada nyeri dada, tidak sesak nafas, tidak lelah, tidak timbul aritmia.
  - g. Usia 40 – 65 tahun.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan / mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2003).



Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Tidak bersedia untuk diteliti.
- b. Pasien pasca IMA yang mengalami komplikasi dan penyulit lainnya.

Rumus besar sampel menurut Notobroto (2004) adalah :

$$(p-1)(r-1) \geq 15/12 \quad \rightarrow \quad (2-1)(r-1) \geq 15/12$$

$$r-1 \geq 15/12$$

$$r \geq 15 + 1/12 + 1$$

$$r \geq 16/13 \rightarrow (16 \text{ atau } 13)$$

Keterangan :

p = Kelompok perlakuan

r = Replikasi

Berdasarkan rumus besar sample diatas, maka untuk penelitian ini diambil minimal 8 responden kelompok perlakuan dan 8 responden kelompok kontrol.

#### 4.3.3 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2003). Pada penelitian ini peneliti menggunakan *Consecutive Sampling*. Pada cara ini pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi.

### 4.4 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

#### 4.4.1 Variabel Independen

Adalah suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen. Variabel Independen dalam penelitian ini adalah: Pendidikan Kesehatan.

#### 4.4.2 Variabel Dependen

Adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah : Perilaku.

#### 4.4.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Score
<b>Independent</b> Pendidikan kesehatan	Suatu kegiatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan dimana pasien mengetahui bagaimana cara dan melakukan apa yang bisa dilakukan secara perorangan maupun kelompok dan meminta pertolongan bila perlu khususnya tentang rehabilitasi dini pasca serangan IMA.	Memberi penyuluhan kesehatan tentang : 1. Pengertian rehabilitasi dini pasca IMA. 2. Manfaat rehabilitasi dini pasca IMA. 3. Fase-fase dalam rehabilitasi pasca IMA. 4. Cara-cara melakukan rehabilitasi dini pasca IMA. 5. Akibat yang akan timbul bila tidak dilakukan rehabilitasi dini pasca IMA.			
<b>Dependent</b> Perilaku a. Pengetahuan	Jawaban yang diberikan pasien merupakan hasil tahu pasien tentang rehabilitasi dini pasca serangan IMA.	Pengetahuan pasien tentang 1. Pengertian rehabilitasi dini pasca IMA. 2. Manfaat rehabilitasi dini pasca serangan IMA. 3. Fase-fase dalam rehabilitasi pasca serangan IMA. 4. Cara-cara melakukan rehabilitasi dini pasca IMA. 5. Akibat yang akan timbul bila tidak	Kuesioner	Ordinal	Jawaban benar = 1 Jawaban salah = 0 Kategori : - Baik = 76-100% - Cukup = 56-75% - Kurang = ≤ 55%

b. Sikap	Reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.	<p>dilakukan rehabilitasi dini pasca IMA.</p> <p>Sikap pasien dalam rehabilitasi dini pasca IMA :</p> <p>Pernyataan positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menerima (Kuesioner no : 1)</li> <li>- Merespon (no : 6)</li> <li>- Menghargai (no : 3)</li> <li>- Bertanggung jawab (no : 2,7)</li> </ul> <p>Pernyataan negatif :</p> <p>Kuesioner no : 4,5</p>	Kuesioner	Ordinal	<p>Pernyataan Positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangat setuju = 5</li> <li>- Setuju = 4</li> <li>- Tidak dapat menentukan pendapat = 3</li> <li>- Tidak setuju = 2</li> <li>- Sangat tidak setuju = 1</li> </ul> <p>Pernyataan negatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangat setuju = 1</li> <li>- Setuju = 2</li> <li>- Tidak dapat menentukan pendapat = 3</li> <li>- Tidak setuju = 4</li> <li>- Sangat tidak setuju = 5</li> </ul> <p>Kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baik : 76 - 100%</li> <li>- Cukup : 56 - 75%</li> <li>- Kurang : <math>\leq 55\%</math></li> </ul>
c. Tindakan	Kemampuan pasien melaksanakan kegiatan rehabilitasi dini pasca serangan IMA.	<p>Tindakan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Latihan I</li> <li>b. Latihan II</li> <li>c. Latihan III</li> <li>d. Latihan IV</li> <li>e. Latihan V</li> <li>f. Latihan VI</li> </ul>	Observasi	Ordinal	<p>Pernyataan positif : Ya = 1, Tidak = 0</p> <p>Pernyataan negatif : Ya = 0 Tidak = 1</p> <p>Kategori :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baik : 76 - 100%</li> <li>- Cukup : 56 - 75%</li> <li>- Kurang : <math>\leq 55\%</math></li> </ul>

#### 4.4.4 Instrumen Penelitian

Proses pengambilan dan pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh dengan melakukan observasi dan menyebarkan kuesioner yang menggunakan cek list untuk menunjang jawaban, dimana kuesioner akan dibagikan pada pasien yang akan diteliti. Pada lembar kuesioner ini digunakan peneliti untuk mengetahui data demografi, kebudayaan/kebiasaan, pengetahuan, sikap dan tindakan sebelum perlakuan. Setelah itu pasien diberikan perlakuan yaitu pendidikan kesehatan tentang rehabilitasi dini pasca serangan IMA, kemudian dilakukan evaluasi dengan cara diberikan kuesioner mengenai data demografi, pengetahuan, sikap dan tindakan setelah perlakuan.

#### 4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

##### 4.5.1 Lokasi

Lokasi penelitian diruang ICCU GBPT Rumah Sakit Umum Dr. Soetomo Surabaya.

##### 4.5.2 Waktu

Waktu penelitian ini adalah mulai 01 – 31 Januari 2005.

#### 4.6 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

Peneliti akan memulai pengumpulan data sebelum intervensi dengan menggunakan lembar kuesioner untuk mengetahui pengetahuan, sikap dan keterampilan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA. Responden yang sesuai kriteria inklusi diberikan perlakuan yaitu pendidikan kesehatan tentang rehabilitasi dini pasca serangan IMA tiga kali dalam waktu  $\pm$  30 menit. Setelah itu responden diobservasi ulang selang waktu 1 hari sebelum dipindahkan keruangan untuk mengisi kuisisioner perilaku setelah intervensi.

#### 4.7 Cara Analisis Data

Data yang terkumpul ditabulasi dengan cara penelitian menggunakan perangkat lunak komputer dengan uji statistik *Wilcoxon Signed Ranks* dan *Mann Whitney U Test* untuk mengetahui bagaimanakah pengaruh antara variabel independen dan variabel dependen dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ .

#### 4.8 Etik Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari PSIK FK Unair dan mengajukan permohonan persetujuan kepada Direktur Dr. Soetomo yang tembusannya kepada unit yang menjadi tempat penelitian. Setelah peneliti mendapat persetujuan kemudian dilakukan penelitian dengan menekankan pada masalah etika yang meliputi :

##### 4.8.1 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lembar persetujuan diedarkan sebelum penelitian dilaksanakan kepada seluruh subyek yang akan diteliti. Tujuan agar subyek mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Jika subyek tidak bersedia diteliti, peneliti harus menghormati hak-hak klien.

##### 4.8.2 Anonimity

Untuk menjaga kerahasiaan klien peneliti tidak akan mencantumkan identitas klien pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberikan kode pada masing-masing lembar tersebut.

#### 4.8.3 Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti. Data hanya akan disajikan kepada kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian ini.

#### 4.9 Keterbatasan Penelitian

1. Waktu penelitian terbatas sehingga sampel yang didapatkan terbatas jumlahnya. Oleh karena itu hasilnya kurang sempurna dan memuaskan.
2. Terbatasnya kemampuan peneliti untuk menjabarkan permasalahan sehingga kedalaman isi penelitian kurang sempurna.
3. Instrumen yang digunakan kurang valid dan reliabel karena belum diuji kebenarannya sehingga instrumen ini belum bisa diandalkan baik konsistensinya, keakuratannya dan ketepatannya.

## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN



## BAB 5

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai hasil penelitian dengan desain penelitian *Quasy Experiment* yang menampilkan gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden yang meliputi umur, tingkat pendidikan, status perkawinan, pekerjaan dan agama. Kemudian dilanjutkan dengan variabel yang diukur berkaitan dengan perubahan perilaku rehabilitasi dini pasca serangan IMA yang mencakup aspek kognitif (pengetahuan), afektif (sikap) dan psikomotor (tindakan) pasien baik sebelum maupun setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang rehabilitasi dini. Data-data tersebut diperoleh dengan menyebarkan kuesioner pada responden yang berjumlah 16 orang.

Dalam bab ini akan dibahas pula tentang bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku rehabilitasi dini pasca serangan IMA baik secara kuantitatif maupun secara kualitatif. Kuantitatif dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dan *Mann Whitney U Test* yang dilakukan dengan metode komputerisasi. Dari hasil uji statistik tersebut dapat diketahui ada tidaknya signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan intervensi, dilanjutkan dengan menggunakan hasil analisa isi (*Content Analyse*) dari hasil proses wawancara terstruktur baik sebelum maupun sesudah diberikan intervensi untuk mengetahui adakah perubahan yang signifikan dari respon verbal responden yang mendukung hasil dari uji statistik. Diharapkan dengan hasil analisa isi (*Content Analyse*) ini dapat menjadi bahan pertimbangan untuk mendukung hasil uji statistik.



## 5.1. Hasil Penelitian

### 5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi yang dipergunakan untuk penelitian ini adalah ruang ICCU (*Intensive Cardiac Care Unit*) GBPT Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya. ICCU merupakan ruang rawat inap dengan kapasitas 6 tempat tidur. Pasien yang dirawat di ICCU adalah pasien dengan gangguan kardiovaskuler baik tanpa atau dengan komplikasi, lama perawatan umumnya 3 hari sampai dengan 1 minggu. Tenaga keperawatan di ICCU berjumlah 15 orang. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 01 – 31 Januari 2005 dengan jumlah keseluruhan responden 16 orang sesuai dengan kriteria inklusi.

### 5.1.2. Karakteristik Demografi Responden

Pada bagian ini diuraikan tentang karakteristik demografi responden yang meliputi : 1) umur, 2) tingkat pendidikan, 3) jenis kelamin, 4) status perkawinan, 5) pekerjaan.

#### 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur.

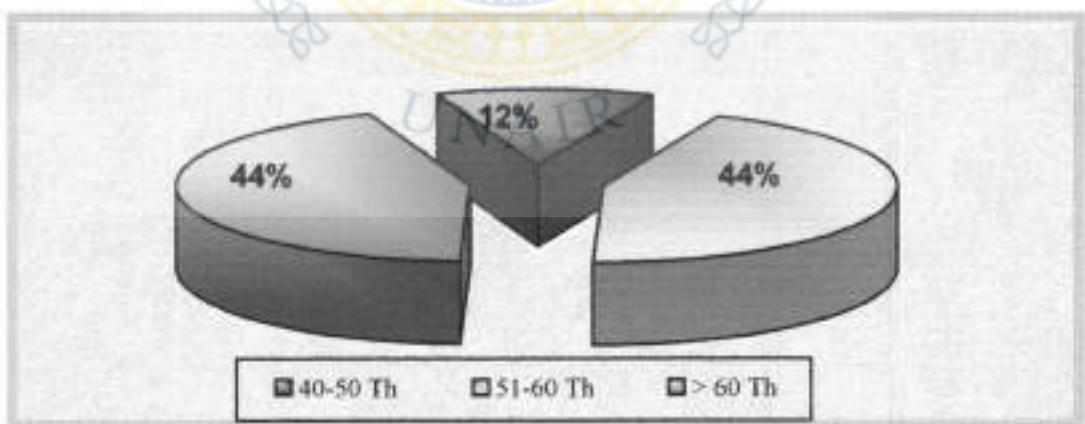


Diagram 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur di ICCU RSU Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 01 -31 Januari 2005.

Dari diagram 5.1 distribusi responden yang berusia 51 – 60 tahun dan  $\geq$  60 tahun sama yaitu 7 orang (44 %), sisanya berusia 40 – 50 tahun 2 orang (12 %).

## 2. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Karakteristik tingkat pendidikan responden di ICCU RSUD Dr. Soetomo dapat dilihat pada digram 5.2.

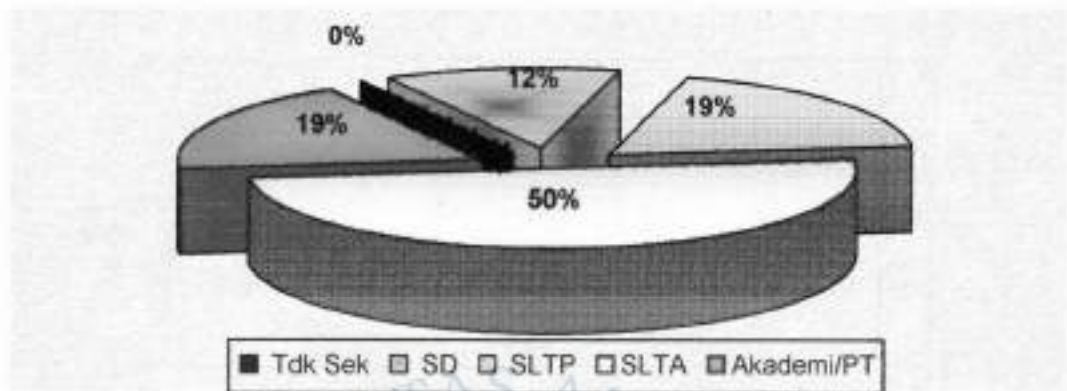


Diagram 5.2 Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan di ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 01 -31 Januari 2005.

Tingkat pendidikan responden mayoritas adalah SLTA ada 8 orang (50 %) dan sisanya SLTP ada 3 orang (19 %), Akademi/PT ada 3 orang (19 %), SD ada 2 orang (12 %). Responden yang tidak sekolah tidak ada selama dilakukan penelitian.

## 3. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

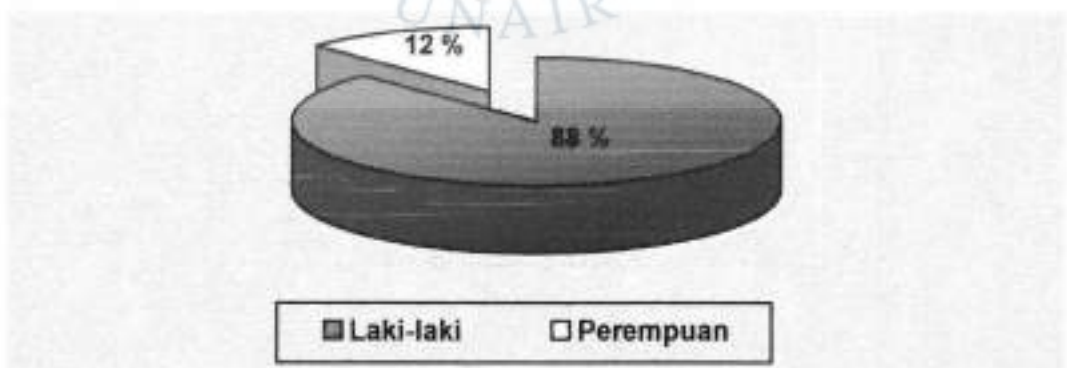


Diagram 5.3 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 01 -31 Januari 2005.

Jenis kelamin responden mayoritas adalah laki-laki ada 14 orang (88 %), sisanya adalah perempuan ada 2 orang (12 %).

#### 4. Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan

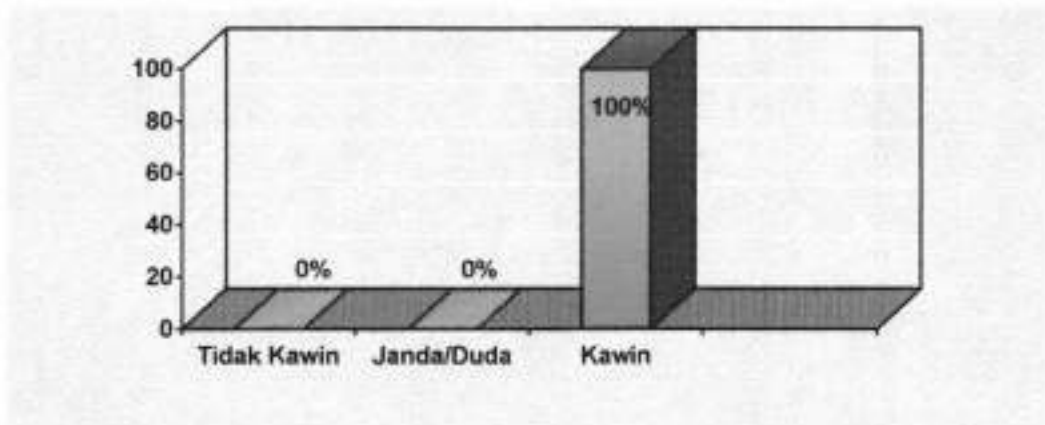


Diagram 5.4 Distribusi responden berdasarkan status perkawinan di ICCU RSU Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 01 -31 Januari 2005.

Dari diagram 5.4 dapat dilihat bahwa semua responden menikah yaitu 16 orang (100 %).

#### 5. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

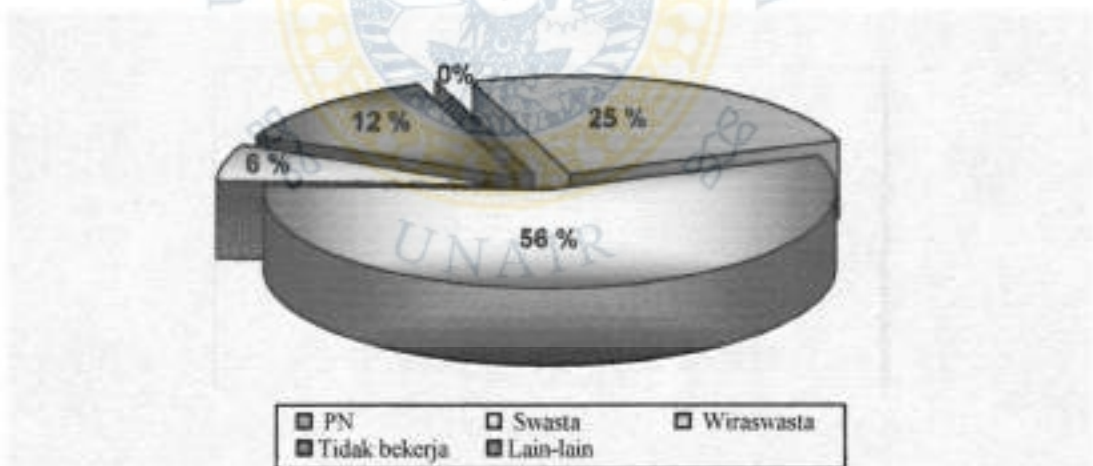


Diagram 5.5 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di ICCU RSU Dr. Soetomo Surabaya pada tanggal 01 -31 Januari 2005.

Dari diagram 5.5 dapat dilihat mayoritas responden bekerja sebagai pegawai swasta ada 9 orang (56 %), sisanya bekerja sebagai pegawai negeri ada 4 orang (25 %), wiraswasta ada 1 orang (6 %) dan tidak bekerja ada 2 orang (12 %).

### 5.1.3. Variabel yang diukur

Pada bagian ini akan diuraikan data tentang : 1) Pengetahuan, 2) Sikap dan 3) Tindakan pasien pasca serangan IMA untuk melakukan rehabilitasi dini yang dilakukan pada dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang dilakukan melalui pengisian kuesioner dan wawancara terstruktur pada pre dan post penelitian.

#### 1. Pengetahuan

Pada bagian ini akan disajikan data tentang pengetahuan pasien pada dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan pengetahuan di ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 01 – 31 Januari 2005.

No	<i>Wilcoxon Signed Ranks</i>				<i>Mann Whitney U Test</i>	
	Pengetahuan kelompok perlakuan		Pengetahuan kelompok kontrol		Post rehabilitasi	Post tanpa rehabilitasi
	Pre	Post	Pre	Post	Post	Post
1	73	100	60	73	100	73
2	67	100	67	67	100	67
3	53	100	67	67	100	67
4	73	100	53	73	100	73
5	60	100	67	67	100	67
6	60	100	67	67	100	67
7	60	100	53	73	100	73
8	67	100	73	73	100	73
	$\bar{x} = 64,13$	$\bar{x} = 100,00$	$\bar{x} = 63,38$	$\bar{x} = 70,00$	Signifikansi (p) = 0,00	
	SD = 7,060	SD = 0,000	SD = 7,289	SD = 3,207		
	Signifikansi (p) = 0,01		Signifikansi (p) = 0,10			

Tabel diatas menunjukkan pada kelompok perlakuan yang diberikan pendidikan kesehatan mengenai rehabilitasi dini terdapat hubungan yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan pasien. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik *Wilcoxon* yang menunjukkan adanya peningkatan nilai rata-rata dari 64,13 sampai 100,00. Nilai rata-rata pada kelompok perlakuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan adalah ( $\bar{x} = 64,13$ ) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam tingkat

pengetahuan yang cukup. Nilai rata-rata dari tingkat pengetahuan menunjukkan peningkatan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan nilai ( $\bar{x} = 100,00$ ) dan sebagian besar berada dalam tingkat pengetahuan yang baik. Hasil ini juga diperkuat dengan hasil uji statistik *Mann Whitney U test* yang menunjukkan nilai yang signifikansi ( $p = 0,00$ ).

Kelompok kontrol yang tidak diberikan pendidikan kesehatan tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan pasien. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,10$ ), meskipun terdapat peningkatan hasil atau nilai rata-rata dari 63,38 menjadi 70,00, responden masih dalam tingkat pengetahuan yang cukup.

#### **Hasil wawancara terstruktur tentang pengetahuan pasien.**

- a. Apa yang anda ketahui tentang rehabilitasi dini (melakukan gerakan) setelah serangan sakit dada ?

Pre-test : " saya tidak tahu sus..... "

" memangnya kalau bergerak sekarang tidak bahaya sus.....saya takut sakit dada ini akan kambuh lagi "

Post-test : " Rehabilitasi dini merupakan suatu usaha yang dilakukan perawat dalam membantu mempercepat pemulihan pasca serangan IMA selain tindakan medik, baik fisik mental dan sosial secara optimal "

- b. Apakah anda tahu tentang manfaat rehabilitasi dini setelah sakit dada dan kapan harus melakukannya ?

Pre-test : " ya.....mungkin cuma sekedar menghilangkan rasa capek badan ini karena tiduran terus, melakukannya dirumah saja ya sus..... "

Post-test : " untuk mengurangi resiko sakit dada saya tidak berulang, mengurangi beban ekonomi karena bisa cepat pulang, nanti saya dapat bekerja lagi dengan aman tanpa ada rasa takut, dan memperbaiki gaya hidup"

" rehabilitasi dini mulai dilakukan di ICCU dan dapat dilakukan di klub jantung setelah keluar dari rumah sakit "

c. Apakah anda tahu cara-cara melakukan rehabilitasi dini ?

Pre-test : " gak tahu sus.....atau bisa dengan hanya miring-miring aja sus....."

Post-test : " ada 13 tahap yang harus saya lakukan yaitu dengan menggerakkan tangan dan kaki secara pasif maupun aktif,dst....., dan saya akan berlatih terus dengan dibantu keluarga supaya bisa maksimal karena saya ingin cepat sembuh sus....."

## 2. Sikap

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan sikap di ICCU RSU Dr. Soetomo Surabaya, 01 – 31 Januari 2005.

No	<i>Wilcoxon Signed Ranks</i>				<i>Mann Whitney U Test</i>	
	Sikap kelompok perlakuan		Sikap kelompok kontrol		Post rehabilitasi	Post tanpa rehabilitasi
	Pre	Post	Pre	Post	Post	Post
1	80	85	63	69	85	69
2	69	80	69	69	80	69
3	57	80	69	69	80	69
4	69	80	69	69	80	69
5	74	85	69	69	85	69
6	63	80	63	69	80	69
7	69	85	51	69	85	69
8	69	80	69	69	80	69
	$\bar{x} = 68,75$	$\bar{x} = 81,88$	$\bar{x} = 65,25$	$\bar{x} = 69,00$	Signifikansi (p) = 0,00	
	SD = 6,819	SD = 2,588	SD = 6,346	SD = 0,000		
	Signifikansi (p) = 0,01		Signifikansi (p) = 0,10			

Tabel 5.2 menunjukkan pada kelompok perlakuan yang diberikan pendidikan kesehatan terdapat hubungan yang signifikan terhadap peningkatan sikap pasien. Hal ini dapat dilihat dari hasil uji statistik *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $P = 0,01$ ), dan dapat dilihat dengan adanya peningkatan nilai rata-rata dari 68,75 sampai 81,88. Nilai rata-rata pada kelompok perlakuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan adalah ( $\bar{x} = 68,75$ ) yang menunjukkan bahwa sebagian besar sikap responden mempunyai sikap yang cukup. Nilai rata-rata dari sikap menunjukkan peningkatan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan nilai ( $\bar{x} = 81,88$ ) dan sebagian besar berada dalam tingkat sikap yang baik. Hasil ini juga diperkuat dengan hasil uji statistik *Mann Whitney U Test* yang menunjukkan nilai yang signifikansi ( $p = 0,00$ ).

Kelompok kontrol yang tidak diberikan pendidikan kesehatan tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan terhadap peningkatan sikap pasien dengan memperhatikan uji statistik *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,10$ ), meskipun terdapat peningkatan hasil atau nilai rata-rata dari 65,25 menjadi 69,00, responden masih dalam tingkat sikap yang cukup.

#### **Hasil wawancara terstruktur tentang sikap pasien.**

Melakukan rehabilitasi dini setelah serangan sakit dada adalah hal yang menyulitkan ?

Pre-test : " *ya sus.....apalagi kondisi saya ini benar-benar membuat saya takut karena saya tidak pernah sakit seperti ini "*

Post-test : " *tidak sus.....ternyata dengan melakukan rehabilitasi dini sangat bermanfaat ya sus.....saya merasa sehat dan tidak takut lagi karena ada yang mendampingi saya melakukannya, saya merasa optimis akan kesembuhan saya.....dan pengetahuan saya jadi bertambah sehubungan dengan penyakit ini "*

### 3. Tindakan

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan tindakan di ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 01 – 31 Januari 2005.

No	<i>Wilcoxon Signed Ranks</i>				<i>Mann Whitney U Test</i>	
	Tindakan kelompok perlakuan		Tindakan kelompok kontrol		Post rehabilitasi	Post tanpa rehabilitasi
	Pre	Post	Pre	Post	Post	Post
1	30	100	30	54	100	54
2	30	100	30	54	100	54
3	30	100	30	54	100	54
4	30	100	30	54	100	54
5	30	100	30	54	100	54
6	30	100	30	54	100	54
7	30	100	30	54	100	54
8	30	100	30	54	100	54
	$\bar{x} = 30,00$	$\bar{x} = 100,00$	$\bar{x} = 30,00$	$\bar{x} = 54,00$	Signifikansi (p) = 0,000	
	SD = 0,000	SD = 0,000	SD = 0,000	SD = 0,000		
	Signifikansi (p) = 0,005		Signifikansi (p) = 0,005			

Tabel diatas menunjukkan kelompok perlakuan yang diberikan pendidikan kesehatan mengenai rehabilitasi dini pasca serangan IMA terdapat hubungan yang signifikan terhadap peningkatan tindakan pasien dengan memperhatikan uji statistik Wilcoxon yang menunjukkan nilai signifikansi ( $P = 0,05$ ), dan dapat dilihat dengan adanya peningkatan nilai rata-rata dari 30,00 sampai 100,00. Nilai rata-rata pada kelompok perlakuan sebelum diberikan pendidikan kesehatan adalah ( $\bar{x} = 30,00$ ) yang menunjukkan bahwa sebagian besar tindakan responden masih kurang. Nilai rata-rata dari tindakan menunjukkan peningkatan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan nilai ( $\bar{x} = 100,00$ ) yang menunjukkan responden mampu melakukan rehabilitasi dini dengan baik dan benar. Hasil ini juga diperkuat dengan hasil uji statistik *Mann Whitney U Test* yang menunjukkan nilai yang signifikansi ( $p = 0,00$ ).

Kelompok kontrol yang tidak diberikan pendidikan kesehatan tidak menunjukkan adanya hubungan yang signifikan terhadap peningkatan tindakan pasien



dengan memperhatikan uji statistik *Wilcoxon*, meskipun terdapat peningkatan hasil atau nilai rata-rata dari 30,00 menjadi 54,00 responden masih belum mampu melakukan rehabilitasi dini dengan baik dan benar.

## 5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisa data dan menguji hasil penelitian baik secara kuantitatif (dengan uji statistik *Wilcoxon Signed Ranks Test* dan *Mann Whitney U test*) maupun secara kualitatif (dengan analisa isi atau *Content Analyse*) diperoleh hasil yang cukup bervariasi yang memerlukan beberapa pembahasan yaitu : pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan tindakan pasien pasca serangan IMA untuk melakukan rehabilitasi dini.

### 5.2.1 Perubahan Perilaku Rehabilitasi Dini pada Pasien Pasca Serangan IMA

Pada kelompok perlakuan terdapat perubahan perilaku rehabilitasi dini pasca serangan IMA secara signifikan. Hal tersebut dipengaruhi oleh meningkatnya pengetahuan yang diberikan melalui pendidikan kesehatan secara optimal, penyebaran leaflet dan melatih pasien secara langsung, sehingga mempengaruhi persepsi pasien akan pengertian, manfaat dan cara-cara melakukan rehabilitasi dini. Pada kelompok kontrol, walaupun mengalami peningkatan perubahan perilaku akan tetapi kurang signifikan. Perilaku pasien cenderung stabil, baik dari segi pengetahuan, sikap maupun tindakan. Pasien kurang memahami tentang rehabilitasi dini sehingga melakukan gerakan sekedarnya sesuai yang diingat dalam leaflet yang dibagikan.

Berdasarkan teori menurut Steward yang dikutip Effendy (1998) bahwa pendidikan kesehatan adalah unsur program kesehatan yang mengandung rencana untuk merubah perilaku perorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu

tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan, penyakit dan peningkatan kesehatan, sehingga melalui pendidikan kesehatan yang optimal diharapkan akan merubah perilaku rehabilitasi dini pasien pasca serangan IMA.

Berdasarkan hasil penelitian, ada perubahan perilaku rehabilitasi dini pasien pasca serangan IMA terutama pada kelompok perlakuan. Hal ini disebabkan karena keyakinan atau persepsi pasien akan pentingnya rehabilitasi dini yang terkait dengan tingkat pengetahuan pasien, sehingga diwujudkan atau direalisasikan dalam suatu tindakan, yaitu melakukan rehabilitasi dini secara tepat, dengan baik dan benar.

### **5.2.2 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan pengetahuan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.**

Pengetahuan pasien tentang rehabilitasi dini pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan yang ditunjukkan oleh hasil statistik dengan nilai signifikansi ( $p = 0,01$ ). Hal ini diperkuat dengan hasil analisa isi melalui wawancara terstruktur dimana setelah diberikan pendidikan kesehatan mengenai rehabilitasi dini, responden mampu mengungkapkan secara verbal tentang pengertian, manfaat dan cara-cara melakukan rehabilitasi dini. Sedangkan pada kelompok kontrol, tidak ada pengaruh yang kuat terhadap peningkatan pengetahuan dengan melihat hasil uji statistik yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,10$ ). Sebagian besar pasien masih dalam tingkat pengetahuan cukup, dapat dilihat pada (tabel 5.1).

Berdasarkan teori pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 1997). Berubahnya perilaku jika didasari oleh pengetahuan yang benar akan lebih langgeng bertahan daripada berubahnya perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Sebelum individu mengalami perubahan perilaku, individu akan lebih dahulu mempunyai persepsi yang

jelas terhadap apa yang akan dijalani dimana munculnya persepsi itu berhubungan dengan tingkat pengetahuan/informasi yang didengar dan dicerna. Pengetahuan / informasi yang tidak optimal dapat mempengaruhi persepsi individu dan bisa mempengaruhi perubahan perilakunya. Penyampaian informasi melalui pendidikan kesehatan dapat merubah pemahaman responden dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti dan dari tidak paham menjadi paham. Pengetahuan baru yang diterima berdasarkan teori transformasi yang berlandaskan pada psikologi kognitif telah menghantar individu pada proses belajar dari mulai masukan (input) lalu direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali lalu dimanfaatkan. (Notoadmodjo, 1997).

Dari hasil penelitian didapatkan pada kelompok perlakuan setelah pasien diberikan pendidikan kesehatan dengan wawancara langsung dan pemberian leaflet terjadi peningkatan pengetahuan menjadi lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini disebabkan karena melalui pendidikan kesehatan pasien diberi kesempatan untuk lebih memahami tentang rehabilitasi dini, sehingga pasien dapat mengklarifikasi dan mendapatkan solusi terhadap masalah yang dihadapinya, tidak sekedar melihat-lihat yang tertera didalam leaflet, karena setelah melihat-lihat leaflet yang dibagikan pasien cenderung memilih tidur.

### **5.2.3 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan sikap pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.**

Ada pengaruh yang kuat dari pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien terhadap peningkatan sikap yang ditunjukkan oleh hasil statistik dengan nilai signifikansi ( $p = 0,01$ ) yang diperkuat dengan hasil analisa isi dimana sebagian responden mengungkapkan secara verbal adanya peningkatan sikap. Pasien menyatakan

melakukan rehabilitasi dini tidak menyulitkan. Sedangkan pada kelompok kontrol, tidak ada pengaruh yang kuat terhadap peningkatan sikap dengan melihat hasil uji statistik yang menunjukkan nilai signifikansi ( $p = 0,10$ ), dapat dilihat pada (tabel 5.2).

Berdasarkan teori pengetahuan baru yang diterima berdasarkan teori transformasi yang berlandaskan pada psikologi kognitif telah menghantar individu pada proses belajar dari mulai masukan (input) lalu direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali lalu dimanfaatkan. (Notoadmodjo, 1997). Hal ini dapat dilihat responden pasien pasca serangan IMA yang telah diberikan pendidikan kesehatan yang optimal akan memilih dan memahami apakah ia akan melakukan rehabilitasi dini atau tidak setelah diberikan informasi yang akurat (Depkes, 2002).

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa setelah pasien diberikan pendidikan kesehatan terjadi peningkatan sikap Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan pengetahuan pasien yang lebih baik sehingga diikuti dengan komponen kognitif (kepercayaan atau persepsi) dari sikap pasien terhadap arti dan pentingnya manfaat rehabilitasi dini pasca serangan IMA. Sedangkan pada kelompok kontrol walaupun terdapat peningkatan nilai rata-rata tetapi pasien cenderung pesimis terhadap hal baru yang diterimanya. Hal ini disebabkan karena tingkat pengetahuan pasien tentang rehabilitasi dini masih dalam kategori cukup.

#### **5.2.4 Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan tindakan pasien dalam rehabilitasi dini pasca serangan IMA.**

Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien memberikan pengaruh yang kuat terhadap peningkatan tindakan yang ditunjukkan oleh hasil statistik dengan nilai signifikansi ( $p = 0,005$ ) yang diperkuat dengan hasil observasi tindakan dimana seluruh responden mampu melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA mulai dari latihan

I – VI dengan baik dan benar. Sedangkan pada kelompok kontrol, tidak ada pengaruh yang kuat terhadap peningkatan tindakan. Pasien masih takut dan tidak mau melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA dengan baik dan benar, dapat dilihat pada (tabel 5.3).

Berdasarkan teori rehabilitasi dini merupakan salah satu usaha yang dilakukan perawat dalam membantu mempercepat pemulihan pasien pasca serangan IMA selain tindakan medik, yang bertujuan memperbaiki kondisi fisik, mental dan sosial secara optimal (Kisyanto dan Manurung 1996). Kekhawatiran pasien pasca IMA untuk melakukan rehabilitasi dini karena kurangnya pengetahuan pasien tentang penyakitnya dan komplikasi yang mungkin timbul apabila pasien tidak melakukan rehabilitasi dini (Hungler, 1991). Diberikannya pendidikan kesehatan yang optimal ternyata merupakan langkah awal yang sangat penting untuk mengubah perilaku pasien terutama dalam melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA yang mencakup aspek kognitif (pengetahuan), afektif (sikap) dan psikomotor (tindakan) pasien.

Dari hasil penelitian didapatkan pada kelompok perlakuan setelah pasien diberikan pendidikan kesehatan dengan wawancara, melatih pasien secara langsung dan pemberian leaflet, pasien mampu melakukan rehabilitasi dini mulai dari latihan I – VI secara tepat dengan baik dan benar. Pasien mengungkapkan badannya terasa lebih ringan dan sehat setelah melakukan gerakan bila dibandingkan dengan hanya tiduran saja. Sedangkan pada kelompok kontrol pasien hanya melakukan gerakan bila ingin merubah posisi. Pasien cenderung memilih tidur dibandingkan dengan melakukan gerakan yang menurutnya sangat menyulitkan. Hal ini disebabkan karena pasien belum sepenuhnya memahami tentang pengertian, manfaat dan cara-cara melakukan rehabilitasi dini.

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN



## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada tanggal 01 – 31 Januari 2005 di ruang ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya maka dapat diambil kesimpulan dan saran sebagai berikut :

#### 6.1 Kesimpulan

1. Pendidikan kesehatan yang diberikan sebagai suatu proses belajar berpengaruh terhadap kognisi sehingga terjadi suatu mekanisme koping yang merupakan proses kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi yang meliputi persepsi yang positif, belajar, keputusan yang positif sehingga akan membentuk koping yang positif. Koping yang positif akan berdampak positif terhadap perubahan perilaku pasien, baik dari segi pengetahuan, sikap dan tindakan.
2. Perubahan perilaku pasien dalam memutuskan untuk melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA, dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain : pendidikan kesehatan yang diberikan secara optimal melalui wawancara langsung, pemberian leaflet dan melatih pasien melakukan rehabilitasi dini secara langsung, sehingga pasien mampu memahami pengertian, manfaat dan cara-cara melakukan rehabilitasi dini secara tepat dengan baik dan benar, mengklarifikasi dan menempatkan masalah.
3. Pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan pasien untuk melakukan rehabilitasi dini. Tindakan pasien melakukan rehabilitasi dini merupakan wujud atau realisasi dari pengetahuan dan sikap pasien yang memahami pentingnya arti dan manfaat rehabilitasi dini pasca serangan IMA.

## 6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang dapat diberikan sebagai berikut :

1. Pendidikan kesehatan mengenai rehabilitasi dini diberikan secara intensif dan berkesinambungan terutama di ruang ICCU, agar dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan pasien dalam melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA. Hal ini dapat dilakukan dengan penyebaran leaflet, ataupun melatih secara langsung gerakan rehabilitasi dini pada pasien pasca serangan IMA hari ke 2 setelah fase akut.
2. Mengingat bahwa peran perawat bukan hanya sebagai pelaksana tetapi juga sebagai pendidik yang tidak harus berprofesi sebagai dosen, diharapkan perawat memiliki kesadaran untuk memberikan pengarahan/pendidikan kesehatan tentang rehabilitasi dini pada pasien pasca serangan IMA terutama di ruang ICCU.
3. Meningkatkan kemampuan dalam mengidentifikasi indikator-indikator penting dalam melakukan rehabilitasi dini, yaitu denyut jantung tidak boleh lebih dari 120x/menit, tidak ada nyeri dada, tidak sesak nafas, tidak lelah, tidak timbul aritmia, tidak ada depresi segmen ST pada EKG, dan juga memperhatikan produksi urine. Perawat tidak hanya sebagai asisten yang menunggu instruksi dokter.
4. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan sampel yang lebih besar atau penelitian lain mengenai pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku rehabilitasi dini pasca serangan IMA dengan mengukur variabel yang berbeda.



**DAFTAR PUSTAKA**



**DAFTAR PUSTAKA**

- Arikunto S. (1998). **Prosedur Penelitian**. PT Bina Aksara. Jakarta.
- Arikunto S. (1998). **Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek**. PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Barbara E. (1993). **Medical Surgical Nursing Care Plants**. EGC. Jakarta
- Benyamin L. (1989). **Perawat, Citra, Peran dan Fungsi**. Penerbit Kanisius. Yogyakarta.
- Bulletin. (1998). **Cardiac Rehabilitation**. University of york.
- Dede K. (1997). **Olahraga Bagi Kesehatan Jantung**. FKUI. Jakarta.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan (1996). **Kamus Dasar Bahasa Indonesia**. Balai Pustaka. Jakarta.
- Effendi N. (1995). **Pengantar Proses Keperawatan**. EGC. Jakarta
- Hadi, S. (1993). **Statistik 2**. Andi offset. Yogyakarta.
- Harun. (1996) **Infark Miokard Akut**. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.
- Hungler B.P et al. (1991). **Essential of Nursing Research**. J.B Lippmcott Co. Philadelpia.
- Internet : <http://www.acc.org/clinical/guidelines/exercise/references.htm#166>
- Iwan N Boeton. (1996). **Rehabilitasi Pasien Dengan Infark Miokard**. Yayasan Jantung Indonesia Cabang Utama. Jawa Timur.
- Kisyanto et al. (1996). **Pemenuhan Aktifitas Istirahat Pasien**. EGC. Jakarta
- Lukman J et al. (1995). **Medical Surgical Nursing**. W.B. Sanders Company.
- Lynda Jual C. (1995). **Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan**. EGC. Jakarta
- Madyo Ekosusilo et al. (1999). **Pedoman Penulisan Karya Ilmiah**. Effhar. Semarang.
- Munro, Manthei, Small. (1985) (Alih Bahasa Ermin Amti). **Penyuluhan (Counselling)**. Galia Indonesia. Jakarta.
- Notoatmodjo S. (2003). **Pendidikan dan Perilaku Kesehatan**. Rineka Cipta. Jakarta.

- Nursalam dan Siti Pariani. (2001). **Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan**. Sagung Seto. Jakarta.
- Nursalam. (2003) **Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan**. Salemba Medika. Jakarta.
- Notobroto. (2004) **Perhitungan Besar Sampel**. Lembaga Penelitian Universitas Airlangga. Surabaya.
- Robert Priharjo. (1996). **Pemenuhan Aktifitas Istirahat Pasien**. EGC. Jakarta.
- Rusk. Howard A. (1997). **Rehabilitasi Medicine**. Fourth Edition. With 315 ilustrsions and 23 charts The C.V. Mosby Company. Saint Louis.
- Sadilly Hasan. (1995). **Kamus Inggris- Indonesia**. Gramedia. Jakarta.
- Sjaifoellah N et al, (1995). **Ilmu Penyakit Dalam**. FKUI. Jakarta.
- Singgih D. Gunarsa & Ny. Y.Singgih D.G.(1986) **Psikologi Perawatan**. Penerbit. BPK Gunung Mulia. Jakarta.
- Smeltzer, Susanne dan Bare, Brenda. (2001) **Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah**. EGC. Jakarta.
- A. Sony Keraf. (2001). **Ilmu Pengetahuan**. Kanisius. Yogyakarta.
- Sugiono, (2003) **Statistik untuk Penelitian**. CV Alfabeta. Bandung.
- Suharsimi, A. (1987). **Prosedur Penelitian**. Bina Aksara. Jakarta.
- WHO. (1992) (Alih Bahasa Tjitarsa. I.B). **Pendidikan Kesehatan**. Penerbit Universitas Udayana. Bali.





Surabaya, 14 Des 2004

Nomor : 4701 /J03.1.17/PSIK & DIV PP/ 2004  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian  
Mahasiswa PSIK - FK Unair

Kepada Yth.

Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Di  
Tempat

Dengan hormat,


Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal penelitian terlampir.

Nama : Ni Luh Putu Inca Buntari Agustini  
NIM : 010330676-B  
Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan Perilaku Rehabilitasi Diri Pada Pasien Pasca Serangan IMA (Infark Myocard Akut)  
Tempat : Di Ruang ICCU GBPT RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Tembusan :  
1. Kepala Bidang Litbang

Ketua Program Studi

  
Prof. Eddy Soewandoyo, dr., Sp.PD, KTI  
NIP. : 130 325 831



**PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO**  
JL. MAYJEN. PROF. Dr. MOESTOPO NO. 6 - 8 TELP. (031) 5501011 - 5501012  
SURABAYA

63

Surabaya, 17 JAN 2005

Nomor : 070/ 317 /304/2004  
Sifat :  
Lampiran :  
Perihal : Ijin penelitian

Kepada Yth :

Ketua Program Studi S. 1 Ilmu  
Keperawatan Fakultas Kedokteran  
Universitas Airlangga  
Jl. Mayjen Prof Dr. Moestopo 47  
Surabaya

Menunjuk surat Saudara nomor. 4791/JO3.1.17/PSIK & DIV  
PP/2004 tanggal 14 Desember 2004 perihal pada pokok surat, dengan ini  
diberitahukan bahwa kami tidak berkeberatan memberikan ijin penelitian  
atas nama :

Ni Luh Putu Inca Buntari Agustini  
NIM. 010330676 - B

dengan judul " Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perubahan  
Perilaku Rehabilitasi Dini pada pasien Pasca Serangan IMA ( Infark  
Myocard Akut ) di RSU Dr. Soetomo " untuk melaksanakan penelitian  
di RSU Dr. Soetomo, selanjutnya yang bersangkutan diminta  
menghadap Bidang Litbang RSU Dr. Soetomo . Ka. Sub.Bid. Litbang  
Penunj Medik telp. 5501072.

Atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

  
K. Direktur RSU Dr. Soetomo  
Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian,  
Dr. Marsianto, SpOG  
Pembina  
NIP. 130 520 447

Tembusan :  
Direktur RSU Dr. Soetomo  
( sebagai laporan )

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR  
RUMAH SAKIT UMUM Dr. SOETOMO  
**BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**  
JL. KARANGMENJANGAN NO. 12 TELP. 5501071 – 5501073 FAX. 5501071  
S U R A B A Y A

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 070/71/304/Litb/II/2005

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Supriyanto, SKM, MM  
N I P : 140 106 458  
Jabatan : Kepala Sub Bidang Litbang Penunjang Medik

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : Ni Luh Putu Inca Buntari Agustini  
NIM/NIRM : 010330676-B

telah menyelesaikan penelitian di GBPT dan Ketua SMF Jantung RSUD. Dokter. Soetomo dengan judul :

**“ Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap perubahan perilaku rehabilitasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut ( IMA ) di ICCU GBPT RSUD Dr. Soetomo Surabaya ”.**

mulai tanggal 1 Januari s/d 31 Januari 2005

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Surabaya, 11 Pebruari 2005

a.n. Kepala Bidang Litbang  
Kepala Sub Bid Litbang Penjang Medik,



Lampiran 4

**FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**  
**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERUBAHAN**  
**PERILAKU REHABILITASI DINI PADA PASIEN PASCA SERANGAN**  
**INFARK MIOKARD AKUT (IMA) DI ICCU GBPT RUMAH SAKIT**  
**Dr. SOETOMO SURABAYA**

OLEH :

**NI LUH PUTU INCA BUNTARI AGUSTINI**

Saya adalah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui “ *PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU REHABILITASI DINI PADA PASIEN PASCA SERANGAN INFARK MIOKARD AKUT (IMA) DI ICCU GBPT RUMAH SAKIT Dr. SOETOMO SURABAYA* ”.

Partisipasi saudara sangat saya harapkan, saya mengharapkan tanggapan/jawaban yang saudara berikan sesuai dengan pendapat saudara sendiri tanpa ada paksaan atau pengaruh dari orang lain. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas saudara.

Informasi yang saudara berikan digunakan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan.

Partisipasi saudara dalam penelitian bersifat bebas, saudara bebas untuk ikut serta sebagai responden dan tidak ada sangsi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta penelitian ini silahkan saudara menandatangani kolom dibawah ini.

Tandatangan : .....

Tanggal : .....

No Responden : .....



## Lampiran 5

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Topik	: Rehabilitasi Dini pasca serangan IMA
Sasaran	: Pasien pasca serangan IMA
Hari/tanggal pelaksanaan	: disesuaikan
Tempat	: ICCU GBPT Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya.

---

## I. Tujuan Instruksional Umum :

Setelah mendapat penyuluhan selama  $\pm$  30 menit tentang rehabilitasi dini pasca serangan IMA, pasien memahami bahwa rehabilitasi dini sangat penting untuk mencegah bertambah beratnya keluhan yang dirasakan sehingga pasien mau untuk melakukan rehabilitasi dini secara aktif dengan baik dan benar.

## II. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapat penyuluhan tentang rehabilitasi dini pasca serangan IMA, pasien dapat :

1. Menjelaskan pengertian rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
2. Menjelaskan manfaat rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
3. Menjelaskan fase-fase dan cara-cara melakukan rehabilitasi pasca serangan IMA.
4. Menjelaskan akibat yang akan timbul bila tidak dilakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
5. Melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA secara aktif dengan baik dan benar.

### III. Materi bahasan :

1. Pengertian rehabilitasi dini.
2. Manfaat rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
3. Fase-fase dalam rehabilitasi pasca serangan IMA.
4. Cara-cara melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
5. Akibat yang akan timbul bila tidak dilakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA.

### IV Media :

- Gambar
- Leaflet

### V. Alokasi Waktu :

Alokasi waktu yang diperlukan untuk penyuluhan dengan materi rehabilitasi dini pasca serangan IMA  $\pm$  25 menit.

### VI. Kriteria Evaluasi :

1. Evaluasi Struktur :
  - a. Klien siap menerima pembelajaran.
  - b. Pembelajaran dilakukan di ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Evaluasi proses :
  - a. Peserta mengikuti pembelajaran dan antusias terhadap materi pembelajaran.
  - b. Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan baik.
3. Evaluasi Hasil :

Klien mau melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA secara tepat dengan baik dan benar.

## VII. Proses belajar mengajar :

NO	TAHAP	WAKTU	KEGIATAN PENGAJAR	KEGIATAN PESERTA
1	Pembukaan	5'	Perkenalan	Menanggapi
2	Pengembangan	15'	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tentang :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengertian rehabilitasi dini pasca serangan IMA.</li> <li>b. Manfaat rehabilitasi dini pasca IMA.</li> <li>c. Fase-fase dalam rehabilitasi pasca serangan IMA.</li> <li>d. Cara-cara melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA.</li> <li>e. Akibat yang akan timbul bila tidak dilakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA.</li> </ol> </li> <li>2. Memberi kesempatan peserta penyuluhan untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas.</li> <li>3. Menjawab pertanyaan yang diajukan peserta penyuluhan.</li> <li>4. Mengajak pasien melakukan gerakan-gerakan dalam rehabilitasi dini.</li> </ol>	<p>Mendengarkan dan memperhatikan</p> <p>Melakukan gerakan dalam rehabilitasi dini secara aktif dengan baik dan benar.</p>

3	Penutup	5'	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan</li> <li>2. Melakukan evaluasi hasil penyuluhan.</li> <li>3. Memberi salam penutup</li> </ol>	Mempertahankan dan menjawab pertanyaan.
---	---------	----	--	---

### VIII. Daftar Pustaka

Iwan N Boeton. (1996). **Rehabilitasi Pasien Dengan Infark Miokard**. Yayasan Jantung Indonesia Cabang Utama. Jawa Timur.

S. Harun. (1996) **Infark Miokard Akut**. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.

Kisyanto et al. (1996). **Pemenuhan Aktifitas Istirahat Pasien**. EGC. Jakarta



## MATERI PENYULUHAN KESEHATAN REHABILITASI DINI PADA PASIEN PASCA SERANGAN IMA

---

### 1. Pengertian rehabilitasi dini

Salah satu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam membantu mempercepat pemulihan pasien pasca serangan IMA selain tindakan medik, yang bertujuan untuk memperbaiki kondisi fisik, mental dan sosial secara optimal.

### 2. Manfaat Rehabilitasi Dini

- a. Mengurangi resiko Infark Miokard berulang (*recurent*), komplikasi IMA, dengan pencegahan sekunder.
- b. Mengurangi beban ekonomi pada pasien dan keluarganya dengan mengurangi jumlah perawatan di rumah sakit.
- c. Bekerja kembali dengan perasaan aman.
- d. Memperbaiki gaya hidup (*Quality of life*) sesudah IMA.

### 3. Fase-fase dalam Rehabilitasi Dini

- a. Fase 1A di *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) dengan mobilisasi pada hari ke-2.
- b. Fase 1B dilakukan diruangan *Intermediate Zone* pada akhir minggu ke-2 dilaksanakan naik tangga dengan telemetri, lalu dipulangkan.
- c. Fase II (*convalescence phase* = di rumah). Pada akhir minggu ke-3 dilakukan *low-intensity exercise test*, pada akhir minggu ke-6 atau ke-8 pasien sudah bekerja kembali.
- d. Fase III *Rehabilitation Maintenance* melalui Klub jantung yang sudah ada.

#### 4. Cara-cara melakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA.

##### Latihan I

1. Pasien menggerakkan secara pasif tungkai dan lengan, 3 x sehari. Tiap gerakan dilakukan 5 x.
2. Pasien melakukan secara aktif gerakan memutar pergelangan tangan dan kaki tiap 2 jam.

##### Latihan II

1. Pasien mengangkat dan menurunkan bahu atau mencondongkan bahu kedepan dan menarik kebelakang, kemudian melakukan gerakan menekuk dan meluruskan siku dan paha, 3 x sehari.
2. Pasien melakukan gerakan memutar pada pergelangan tangan dan kaki, tiap gerakan dilakukan 5 x.

##### Latihan III

1. Pasien menggerakkan secara aktif lengan dan kaki dalam posisi baring.
2. Pasien secara aktif melakukan gerakan memutar tangan dan kaki. Tiap gerakan dilakukan 5 x.

##### Latihan IV

1. Pasien menggerakkan otot kedua tangan dan kaki secara bersamaan dengan tanpa menahan nafas, 3 x sehari.
2. Pasien lebih aktif melakukan gerakan memutar tangan dan kaki.

##### Latihan V

1. Pasien mengangkat keatas secara aktif kedua tangan dan kaki ditempat tidur, tiap gerakan dilakukan 5 x, selama 3 x sehari.
2. Pasien melakukan pernafasan dengan normal.

## Latihan VI

4. Pasien duduk ditempat tidur dan menurunkan tungkai sambil menggayung kedepan, kebelakang dan kesamping. Gerakan dilakukan 3 x sehari.
  5. Pasien melakukan gerakan sendi lutut dengan cara menekuk dan meluruskan dengan 5 x tahanan (Kisyanto dan Manurung, 1996).
5. Akibat yang akan timbul bila tidak dilakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA.
- a. Pada istirahat total selama 10 hari, volume plasma berkurang lebih banyak dibandingkan sel darah merah, sehingga menyebabkan bertambahnya Tromboemboli, dan dengan tidak adanya kerja pompa dari otot tungkai, resiko trombo-emboli akan bertambah karena adanya statis sirkulasi vena.
  - b. Berbaring ditempat tidur terlalu lama dapat menjadikan pasien mengalami kardiak neurosis, hipotensi ortostatik dan takikardia.  
(Kisyanto dan Manurung, 1996).

### 1. Pengertian Rehabilitasi Dini

Salah satu usaha yang dilakukan perawat dalam membantu mempercepat pemulihan pasien pasca serangan IMA selain tindakan medik, baik fisik, mental dan sosial secara optimal.

### 2. Manfaat Rehabilitasi Dini

- a. Mengurangi resiko Infark Miokard Berulang (*recurent*), komplikasi IMA, dengan pencegahan sekunder.
- b. Mengurangi beban ekonomi pada pasien dan keluarganya dengan mengurangi jumlah perawatan di rumah sakit.
- c. Bekerja kembali dengan perasaan aman.
- d. Memperbaiki gaya hidup (*Quality of Life*) sesudah IMA.

### 3. Fase-fase Rehabilitasi

- a. Fase 1A di ICCU dengan mobilisasi pada hari ke-2.
- b. Fase 1B diruangan *Intermediate Zone*, pada akhir minggu ke-2 dilaksanakan naik tangga dengan telemetri, lalu dipulangkan.
- c. Fase II (*convalescence phase* = dirumah) Pada akhir minggu ke-3 dilakukan *low-intensity exercise test*, pada akhir minggu ke-6 atau ke-8 pasien sudah dapat bekerja kembali.
- d. Fase III (*Rehabilitation Maintenance*) melalui Klub Jantung yang sudah ada.

### 4. Akibat yang akan timbul bila tidak dilakukan rehabilitasi dini pasca serangan IMA.

- a. Tromboemboli
- b. Kardiak neurosis
- c. Hipotensi Ortostatik
- d. Takikardi

## REHABILITASI DINI PASCA SERANGAN INFARK MIOKARD AKUT (IMA)



*Ni Luh Putu Inca BA*

Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran  
Universitas Airlangga  
Surabaya  
2005



Lampiran 7

**KUESIONER**  
**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PERUBAHAN**  
**PERILAKU REHABILITASI DINI PADA PASIEN PASCA SERANGAN**  
**INFARK MIOKARD AKUT (IMA)**

No. Responden :

Tanggal Penelitian :

Petunjuk : Berilah tanda “√” pada kotak jawaban yang anda pilih :

**I. Data Demografi****Kode diisi oleh petugas**

1. Umur Responden :

 40 – 50 tahun 51 – 60 tahun ≥ 61 tahun

2. Tingkat pendidikan :

 Tidak sekolah SD SLTP SLTA Akademi/PT

3. Jenis Kelamin

 Laki-laki Perempuan

4. Status perkawinan :

Tidak kawin

Janda / duda

Kawin

5. Pekerjaan sebelum sakit :

Tidak bekerja

Pegawai Negri

Swasta

Wiraswasta

Lain-Lain



## II. Tingkat Pengetahuan

Petunjuk : Berilah tanda "√" pada kotak jawaban yang anda pilih :

No	Pertanyaan	Benar	Salah	Skore
1	Apakah rehabilitasi dini setelah serangan sakit dada adalah salah satu tindakan perawat dalam membantu mempercepat pemulihan kesehatan ?			
2	Apakah rehabilitasi dini bertujuan untuk memperbaiki kondisi fisik mental dan sosial secara optimal ?			
3	Apakah manfaat rehabilitasi dini untuk mengurangi resiko serangan berulang, mengurangi beban ekonomi, dan memperbaiki gaya hidup ( <i>Quality of life</i> ) ?			
4	Tujuan rehabilitasi untuk mempercepat pemulihan kesehatan pasien ?			
5	Rehabilitasi dini setelah serangan sakit dada bisa dilakukan di ICCU ?			
6	Tahap rehabilitasi dini adalah di ICCU, ruangan, rumah dan klub jantung ?			
7	Jika tidak melakukan rehabilitasi dini apakah dapat memperberat penyakit pasien ?			
8	Rehabilitasi dini dapat dilakukan di ICCU ?			
9	Rehabilitasi dini bisa dilakukan dengan duduk ditempat tidur ?			
10	Rehabilitasi dini dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien ?			
11	Rehabilitasi dini perlu dibantu oleh perawat ?			
12	Mengangkat kaki dari tempat tidur keatas tanpa menahan nafas setelah serangan sakit dada merupakan salah satu cara rehabilitasi dini ?			
13	Anda akan melakukan rehabilitasi lanjutan setelah keluar dari ICCU ?			
14	Rehabilitasi dini penting untuk dilakukan ?			
15	Jika sudah mengetahui keuntungan rehabilitasi dini apakah anda akan melakukannya secara tepat dengan baik dan benar ?			

### III. Sikap

**Petunjuk :** Berilah tanda “√” pada kotak jawaban yang anda pilih, karena jawaban diharapkan sesuai dengan pendapat anda sendiri, maka tidak ada jawaban yang dianggap salah dan anda tidak perlu mencantumkan nama.

#### Keterangan pilihan :

**SS** : Sangat Setuju

**S** : Setuju

**E** : Bila anda tidak dapat mengemukakan pendapat

**TS** : Tidak Setuju

**STS** : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	E	TS	STS	Skore
1	Saya yakin rehabilitasi dini setelah serangan sakit dada sangat bermanfaat buat kesehatan saya.						
2	Walaupun masih ada rasa takut saya akan tetap melakukan rehabilitasi dini setelah serangan sakit dada.						
3	Jika saya harus melakukan rehabilitasi dini saya ingin didampingi perawat.						
4	Melakukan rehabilitasi dini membuat saya merasa pesimis pada kesembuhan saya.						
5	Jika melaksanakan rehabilitasi dini akan dapat memperberat sakit yang saya rasakan.						
6	Jika rehabilitasi dini setelah serangan sakit dada dilakukan dengan tepat akan mengurangi bahaya lain dari penyakit saya.						
7	Saat ini saya melakukan rehabilitasi dini untuk menambah pengetahuan sehubungan dengan penyakit saya.						

#### IV. Observasi Tindakan Pasien dalam Rehabilitasi Dini Pasca Serangan IMA

NO	Uraian Kegiatan	Jawaban		Keterangan
		Ya	Tidak	
1	Pasien mampu menggerakkan secara pasif tungkai dan lengan.			Latihan I
2	Pasien mampu melakukan secara aktif gerakan memutar pergelangan tangan dan kaki.			
3	Pasien mampu mengangkat dan menurunkan bahu atau mencondongkan bahu kedepan dan menarik kebelakang.			Latihan II
4	Pasien mampu melakukan gerakan menekuk dan meluruskan siku dan paha.			
5	Pasien mampu melakukan gerakan memutar pada pergelangan tangan dan kaki.			
6	Pasien mampu menggerakkan secara aktif lengan dan kaki dalam posisi baring.			Latihan III
7	Pasien mampu secara aktif melakukan gerakan memutar tangan dan kaki.			
8	Pasien mampu menggerakkan otot ekstremitas secara bersamaan dengan tanpa tahan nafas.			Latihan IV
9	Pasien mampu secara aktif melakukan gerakan memutar tangan dan kaki.			
10	Pasien mampu mengangkat keatas secara aktif ekstremitas bawah ditempat tidur.			Latihan V
11	Pasien mampu melakukan pernafasan dengan benar.			
12	Pasien mampu duduk ditempat tidur dan menurunkan tungkai sambil menggayung kedepan, kebelakang dan kesamping.			Latihan VI
13	Pasien mampu melakukan gerakan sendi lutut dengan cara menekuk dan meluruskan dengan tahanan.			

## Lampiran 8

## TABULASI NILAI HASIL PENELITIAN

Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Tanggal 01 – 31 Januari 2005

## A. Karakteristik

No Resp	Umur	Pendidikan	Status	Pekerjaan	Agama	Keterangan
1	5	5	3	2	1	Umur : 1 = 40 –50 thn 2 = 51-60 thn 3 = > 61 thn
2	3	4	3	3	1	
3	3	3	3	3	1	
4	4	4	3	2	1	Pendidikan: 1 = Tidak sekolah 2 = SD 3 = SLTP 4 = SLTA 5 = Akademi/PT
5	4	4	3	3	1	
6	4	4	3	3	1	
7	4	4	3	4	1	
8	2	2	3	3	1	
9	4	4	3	3	1	Status Perkawinan : 1 = Tidak kawin 2 = Janda/duda 3 = Kawin
10	3	3	3	1	1	
11	4	4	3	3	1	
12	2	2	3	1	1	Pekerjaan : 1 = Tidak bekerja 2 = Pegawai Negeri 3 = Swasta 4 = Wiraswasta 5 = Lain-lain
13	5	5	3	3	1	
14	4	4	3	3	1	
15	3	3	3	2	1	
16	5	5	3	2	1	
						Agama : 1 = Islam 2 = Kristen 3 = Hindu 4 = Budha 5 = Lain-lain

## B. Tingkat Pengetahuan

No	Tingkat pengetahuan kelompok perlakuan				Tingkat pengetahuan kelompok kontrol			
	Pre	Klasifikasi	Post	Klasifikasi	Pre	Klasifikasi	Post	Klasifikasi
1	73	Cukup	100	Baik	60	Cukup	73	Cukup
2	67	Cukup	100	Baik	67	Cukup	67	Cukup
3	53	Kurang	100	Baik	67	Cukup	67	Cukup
4	73	Cukup	100	Baik	53	Cukup	73	Cukup
5	60	Cukup	100	Baik	67	Cukup	67	Cukup
6	60	Cukup	100	Baik	67	Cukup	67	Cukup
7	60	Cukup	100	Baik	53	Kurang	73	Cukup
8	67	Cukup	100	Baik	73	Cukup	73	Cukup
	Baik : 0 resp : 0% Cukup: 7 resp : 88% Kurang : 1 resp : 12%		Baik 8 resp : 100% Cukup : 0 resp : 0% Kurang 0 resp: 0%		Baik : 0 resp : 0% Cukup : 6 resp : 75% Kurang : 2 resp : 25%		Baik : 0 resp : 0% Cukup : 8 resp : 100% Kurang : 0 resp : 0%	

## C. Tingkat Sikap

No	Tingkat sikap kelompok perlakuan				Tingkat sikap kelompok kontrol			
	Pre	Klasifikasi	Post	Klasifikasi	Pre	Klasifikasi	Post	Klasifikasi
1	80	Baik	85	Baik	63	Cukup	69	Cukup
2	69	Cukup	80	Baik	69	Cukup	69	Cukup
3	57	Kurang	80	Baik	69	Cukup	69	Cukup
4	69	Cukup	80	Baik	69	Cukup	69	Cukup
5	74	Cukup	85	Baik	69	Cukup	69	Cukup
6	63	Cukup	80	Baik	63	Cukup	69	Cukup
7	69	Cukup	85	Baik	51	Kurang	69	Cukup
8	69	Cukup	80	Baik	69	Cukup	69	Cukup
	Baik : 1 resp : 12% Cukup: 6 resp : 75% Kurang : 1 resp : 12%		Baik : 8 resp : 100% Cukup : 0 resp : 0% Kurang : 0 resp : 0%		Baik : 0 resp : 0% Cukup : 7 resp : 88% Kurang : 1 resp : 12%		Baik : 0 resp : 0% Cukup: 8 resp : 88% Kurang : 0 resp : 0%	

## D. Tingkat Tindakan

No	Tingkat tindakan kelompok perlakuan				Tingkat tindakan kelompok kontrol			
	Pre	Klasifikasi	Post	Klasifikasi	Pre	Klasifikasi	Post	Klasifikasi
1	30	Kurang	100	Baik	30	Kurang	54	Kurang
2	30	Kurang	100	Baik	30	Kurang	54	Kurang
3	30	Kurang	100	Baik	30	Kurang	54	Kurang
4	30	Kurang	100	Baik	30	Kurang	54	Kurang
5	30	Kurang	100	Baik	30	Kurang	54	Kurang
6	30	Kurang	100	Baik	30	Kurang	54	Kurang
7	30	Kurang	100	Baik	30	Kurang	54	Kurang
8	30	Kurang	100	Baik	30	Kurang	54	Kurang
	Baik : 0 resp : 0 % Cukup: 0 resp : 0 % Kurang : 8 resp : 100%		Baik : 8 resp : 100% Cukup: 0 resp : 0% Kurang : 0 resp : 0%		Baik : 0 resp : 0 % Cukup : 0 resp : 0 % Kurang : 8 resp : 100%		Baik : 0 resp : 0 % Cukup : 0 resp : 0 % Kurang : 8 resp : 100 %	



**NPar Tests****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PREPENG1	8	64.13	7.060	53	73
PREPENG2	8	63.38	7.289	53	73
PRESKP1	8	68.75	6.819	57	80
PRESKP2	8	65.25	6.364	51	69
PRETIND1	8	30.00	.000	30	30
PRETIND2	8	30.00	.000	30	30
POSTPEN1	8	100.00	.000	100	100
POSTPEN2	8	70.00	3.207	67	73
POSTSKP1	8	81.88	2.588	80	85
POSTSKP2	8	69.00	.000	69	69
POSTIND1	8	100.00	.000	100	100
POSTIND2	8	54.00	.000	54	54

**Wilcoxon Signed Ranks Test**

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSTPEN1 - PREPENG1	Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	8 <sup>b</sup>	4.50	36.00
	Ties	0 <sup>c</sup>		
	Total	8		
POSTPEN2 - PREPENG2	Negative Ranks	0 <sup>d</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	3 <sup>e</sup>	2.00	6.00
	Ties	5 <sup>f</sup>		
	Total	8		
POSTSKP1 - PRESKP1	Negative Ranks	0 <sup>g</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	8 <sup>h</sup>	4.50	36.00
	Ties	0 <sup>i</sup>		
	Total	8		
POSTSKP2 - PRESKP2	Negative Ranks	0 <sup>j</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	3 <sup>k</sup>	2.00	6.00
	Ties	5 <sup>l</sup>		
	Total	8		
POSTIND1 - PRETIND1	Negative Ranks	0 <sup>m</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	8 <sup>n</sup>	4.50	36.00
	Ties	0 <sup>o</sup>		
	Total	8		
POSTIND2 - PRETIND2	Negative Ranks	0 <sup>p</sup>	.00	.00
	Positive Ranks	8 <sup>q</sup>	4.50	36.00
	Ties	0 <sup>r</sup>		
	Total	8		

- a. POSTPEN1 < PREPENG1  
 b. POSTPEN1 > PREPENG1  
 c. PREPENG1 = POSTPEN1  
 d. POSTPEN2 < PREPENG2  
 e. POSTPEN2 > PREPENG2  
 f. PREPENG2 = POSTPEN2  
 g. POSTSKP1 < PRESKP1  
 h. POSTSKP1 > PRESKP1  
 i. PRESKP1 = POSTSKP1  
 j. POSTSKP2 < PRESKP2  
 k. POSTSKP2 > PRESKP2  
 l. PRESKP2 = POSTSKP2  
 m. POSTIND1 < PRETIND1  
 n. POSTIND1 > PRETIND1  
 o. PRETIND1 = POSTIND1  
 p. POSTIND2 < PRETIND2  
 q. POSTIND2 > PRETIND2  
 r. PRETIND2 = POSTIND2

Test Statistics<sup>a</sup>

	POSTPEN1 - PREPENG1	POSTPEN2 - PREPENG2	POSTSKP1 - PRESKP1	POSTSKP2 - PRESKP2	POSTIND1 - PRETIND1	POSTIND2 - PRETIND2
Z	-2.539 <sup>a</sup>	-1.633 <sup>a</sup>	-2.552 <sup>a</sup>	-1.633 <sup>a</sup>	-2.828 <sup>a</sup>	-2.828 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011	.102	.011	.102	.005	.005

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

## Frequencies

Statistics

	REPENG	OSTPEN	REPENG	OSTPEN	RESKP	OSTSKP	RESKP	OSTSKP	RETIND	OSTIND	RETIND	OSTIND
N	Valid 8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	Missing 9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Mean	64.13	100.00	63.38	70.00	68.75	81.88	65.25	69.00	30.00	100.00	30.00	54.00
Median	63.50	100.00	67.00	70.00	69.00	80.00	69.00	69.00	30.00	100.00	30.00	54.00
Std. Deviation	7.060	.000	7.289	3.207	6.819	2.588	6.364	.000	.000	.000	.000	.000
Variance	49.839	.000	53.125	10.286	46.500	6.696	40.500	.000	.000	.000	.000	.000

## Frequency Table

PREPENG1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 53	1	5.9	12.5	12.5
60	3	17.6	37.5	50.0
67	2	11.8	25.0	75.0
73	2	11.8	25.0	100.0
Total	8	47.1	100.0	
Missing System	9	52.9		
Total	17	100.0		

POSTPEN1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 100	8	47.1	100.0	100.0
Missing System	9	52.9		
Total	17	100.0		

PREPENG2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 53	2	11.8	25.0	25.0
60	1	5.9	12.5	37.5
67	4	23.5	50.0	87.5
73	1	5.9	12.5	100.0
Total	8	47.1	100.0	
Missing System	9	52.9		
Total	17	100.0		

**POSTPEN2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	67	4	23.5	50.0	50.0
	73	4	23.5	50.0	100.0
	Total	8	47.1	100.0	
Missing	System	9	52.9		
Total		17	100.0		

**PRESKP1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	57	1	5.9	12.5	12.5
	63	1	5.9	12.5	25.0
	69	4	23.5	50.0	75.0
	74	1	5.9	12.5	87.5
	80	1	5.9	12.5	100.0
	Total	8	47.1	100.0	
Missing	System	9	52.9		
Total		17	100.0		

**POSTSKP1**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	80	5	29.4	62.5	62.5
	85	3	17.6	37.5	100.0
	Total	8	47.1	100.0	
Missing	System	9	52.9		
Total		17	100.0		

**PRESKP2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	51	1	5.9	12.5	12.5
	63	2	11.8	25.0	37.5
	69	5	29.4	62.5	100.0
	Total	8	47.1	100.0	
Missing	System	9	52.9		
Total		17	100.0		

**POSTSKP2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	69	8	47.1	100.0	100.0
Missing	System	9	52.9		
Total		17	100.0		

## PRETIND1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30	8	47.1	100.0	100.0
Missing	System	9	52.9		
Total		17	100.0		

## POSTIND1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	100	8	47.1	100.0	100.0
Missing	System	9	52.9		
Total		17	100.0		

## PRETIND2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30	8	47.1	100.0	100.0
Missing	System	9	52.9		
Total		17	100.0		

## POSTIND2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	54	8	47.1	100.0	100.0
Missing	System	9	52.9		
Total		17	100.0		

## NPar Tests

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
POSTPENG	16	85.00	15.846	67	100
POSTSKP	16	75.44	6.880	69	85
POSTIND	16	77.00	23.754	54	100
KLMPK	16	1.50	.516	1	2

## Mann-Whitney Test

## Ranks

	KLMPK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
POSTPENG	rehabilitasi	8	12.50	100.00
	Tanpa rehabilitasi	8	4.50	36.00
	Total	16		
POSTSKP	rehabilitasi	8	12.50	100.00
	Tanpa rehabilitasi	8	4.50	36.00
	Total	16		
POSTIND	rehabilitasi	8	12.50	100.00
	Tanpa rehabilitasi	8	4.50	36.00
	Total	16		

Test Statistics<sup>b</sup>

	POSTPENG	POSTSKP	POSTIND
Mann-Whitney U	.000	.000	.000
Wilcoxon W	36.000	36.000	36.000
Z	-3.651	-3.664	-3.873
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.000 <sup>a</sup>	.000 <sup>a</sup>	.000 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KLMPK

## Frequencies

## Statistics

		POSTPENG	POSTSKP	POSTIND	KLMPK
N	Valid	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0
Mean		65.00	75.44	77.00	1.50
Median		66.50	74.50	77.00	1.50
Std. Deviation		15.646	6.880	23.754	.516
Variance		244.800	47.329	564.267	.267

## Frequency Table

## POSTPENG

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	67	4	25.0	25.0	25.0
	73	4	25.0	25.0	50.0
	100	8	50.0	50.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

## POSTSKP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	69	8	50.0	50.0	50.0
	80	5	31.3	31.3	81.3
	85	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

## POSTIND

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	54	8	50.0	50.0	50.0
	100	8	50.0	50.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

## KLMPK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rehabilitasi	8	50.0	50.0	50.0
	Tanpa rehabilitasi	8	50.0	50.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	