

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN MOBILISASI DINI PADA PASIEN PASCA SERANGAN INFARK MIOKARD AKUT DI ICCU DR. SOETOMO SURABAYA

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



Oleh :

DAHLAN D. AHMAD
NIM. 010030179 B

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2002

LEMBARAN PERSETUJUAN

Diterima dan Disetujui untuk dipertahankan
Pada Ujian Sidang Skripsi

Menyetujui :

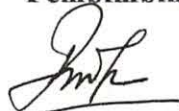
Surabaya, 22 Maret 2002

Pembimbing I,



**Sari Luthfiyah, S.Kp.
NIP. 140 299 257.**

Pembimbing II,



**Tintin Sukartini, S.Kp.
NIP.132 255 158.**

Mengetahui :

**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya,**



**Prof. Eddy Soewandojo, dr.Sp.PD.
NIP. 130 325 831**

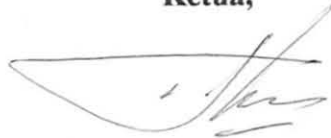
LEMBARAN PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi
Pada Program Studi S 1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Unair

Pada Tanggal, 11 April 2002.

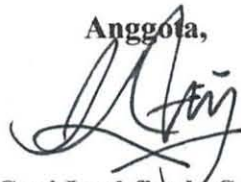
Tim Penguji

Ketua,



**Obet Sugiono, SKM.
NIP. 140 101 803**

Anggota,



**Sari Luthfiyah, S.Kp.
NIP. 140 299 257**

Anggota,



**Tintin Sukartini, S.Kp.
NIP. 132 255 158**

MENGETAHUI :

**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya,**



**Prof. Eddy Soewandjo, dr. Sp.PD
NIP. 130 325 831.**

MOTTO

“Tidak ada balasan kebaikan kecuali kebaikan (pula)”(Ar.Rahman, 55 :60)

“Berbuat baiklah terhadap orang banyak, maka anda akan dicintai oleh mereka. Sebab kebaikan itu dapat menguasai hati seseorang”.

(Penyair : Ibnu Rummy)

PROGRAM STUDI ILMU HUKUM WISATA HUKUM UNAIR

KATA PENGANTAR

Puji Syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT. atas rahmat dan karunia Nya sehingga dapat menyusun skripsi dengan judul “Faktor-Faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut di Ruang ICU. DR. Soetomo Surabaya”.

Skripsi ini disusun dengan maksud sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Terselesainya skripsi ini tidak terlepas dari bimbingan, asuhan, dan dukungan berbagai pihak, untuk itu peneliti menghaturkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, Sp.THT., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. H. Moch. Dikman Angsar, Sp.OG., selaku Direktur RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.
3. Prof Eddy Soewandojo, Sp.PD.,selaku Ketua Program Studi S 1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
4. Sari Luthfiah, S.Kp.,selaku Pembimbing I yang telah mengarahkan dan membimbing peneliti.
5. Tintin Sukartini, S.Kp. selaku Pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan peneliti.
6. Dr.Budi Baktijasa,Sp.JP.,selaku Pembimbing III yang telah memberikan dorongan dan membimbing peneliti.

7. Kepala Bidang Litbang, Kepala GBPT., dan Kepala Ruangan ICCU. RSUD.

Dr. Soetomo Surabaya.

8. Istri, anak-anakku dan Ibunda tercinta yang telah memberi dorongan dan Do'a restu selama peneliti mengikuti pendidikan.

9. Rekan-rekan mahasiswa S.1 Keperawatan yang telah memberi dukungan dalam menyusun laporan ini.

10. Responden yang telah menyetujui dan memberikan data yang diperlukan dalam penelitian ini.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, sehubungan dengan itu peneliti sangat mengharapkan saran dan kritik dari pembaca demi perbaikan penelitian di masa mendatang.

Surabaya, 26 Maret 2002.

Penyusun

DAFTAR ISI

	HALAMAN
HALAMAN JUDUL	i
LEMBARAN PERSETUJUAN	ii
LEMBARAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN / TABEL	ix
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Penelitian	1
1.2 Pernyataan dan Rumusan Masalah Penelitian	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Relevansi	5
BAB 2 LANDASAN TEORI	
2.1 Teori Dorothea E. Orem	6
2.2 Aktifitas	8
2.3 Rehabilitasi Pasca Infark Miokard Akut	11
2.4 Infark Miokard Akut	12
2.5 Faktor-Faktor Demografi yang Mempengaruhi Aktifitas	13
2.6 Kerangka Konsep	16

BAB 3 METODELOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	17
3.2 Frame Work	18
3.3 Indentifikasi Variabel	19
3.4 Definisi Operasional	20
3.5 Sampling Desain	22
3.6 Pengumpulan dan Pengolahan Data	23
3.7 Etika Penelitian	25
3.8 Keterbatasan	26

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	27
4.2 Pembahasan	31

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan	37
5.2 Saran	39

DAFTAR PUSTAKA	41
----------------	----

DAFTAR LAMPIRAN / TABEL

	HALAMAN
LAMPIRAN 1 Lembaran Persetujuan Menjadi Responden	43
LAMPIRAN 2 Lembaran kuesioner Data Demografi	44
LAMPIRAN 3 Lembaran Observasi Mobilisasi dini Pasca IMA	46
LAMPIRAN 4 Surat Permohonan Penelitian dari PSIK.	47
LAMPIRAN 5 Surat Permohonan Penelitian dari Litbang	48
LAMPIRAN 6 Surat Ijin Penelitian GBPT.	49
LAMPIRAN 7 Data Rekapitulasi Hasil Penelitian	50
LAMPIRAN 8 Data Cross Tab	51
LAMPIRAN 9 Output Pengetahuan dan Mobilisasi	52
LAMPIRAN 10 Output Pekerjaan dan Mobilisasi	53
LAMPIRAN 11 Output Umur dan Mobilisasi	54

ABSTRAK

Pada Ruangan ICCU RSUD. Dr. Soetomo Surabaya angka kejadian kardiovaskular yang paling banyak adalah infark miokard akut sesuai data tahun 2000/2001 sebanyak 219 orang. Dalam mencegah atau mengurangi hal-hal yang tak diinginkan pada pasca serangan infark miokard akut perlu dilakukan mobilisasi dini. Faktor-faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini yaitu pengetahuan, pekerjaan dan umur. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi apakah ada hubungan antara pengetahuan, pekerjaan, dan umur terhadap mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut

Desain penelitian yang di gunakan adalah Cross Sectional, sampel diambil dari pasien dengan pasca serangan infark miokard akut yang dirawat di ruangan ICCU. RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. Besar sampel 30 responden dengan non propability jenis consecutive sampling sesuai kriteria inklusi. Data dianalisa dan disimpulkan dengan menggunakan uji statistik Chi-Square ,dirancang dengan tingkat signifikan $P \leq 0,05$

Hasil analisa menunjukkan sebagian besar responden dengan pengetahuan tidak tahu 28 orang (93,3 %) dan sebagian kecil dengan pengetahuan tahu 2 orang (6,7 %). Pekerjaan sebagian besar responden dengan kapasitas rendah atau pasif 20 orang (66,7 %) dan sebagian kecil bersifat aktif 10 (33,3 %) serta kelompok umur sebagian besar 51-80 tahun 24 orang (80 %) sedangkan kelompok umur 25-50 tahun 6 orang (20 %). Uji statistik Chi-Square tidak ada hubungan antara pengetahuan dan mobilisasi dini ($P= 0,103$), ada hubungan antara pekerjaan dan mobilisasi dini ($P = 0,005$) dan tidak ada hubungan antara umur dan mobilisasi dini ($P = 1,000$).

Dapat disimpulkan bahwa ketidaktahuan tidak berhubungan dengan mobilisasi dini, pekerjaan berhubungan dengan mobilisasi dini, umur tidak mempengaruhi mobilisasi dini.

Kata kunci : Pekerjaan Pengetahuan dan umur, mobilisasi dini, Pasca IMA.

ABSTRACT

Nawadays, the number of cardiovascular event especially acut miokard infark attack evas ineveased. During 2000-2001 the incidence of MI in ICCU RSUD Dr Soetomo publik hospital were 219 patients. Complication after a cardiac event include MI must be detected and prevented. Recovery after an MI can be fasilitated with early mobilization. Physical or activity is a dynamic state, its importance faktor to decreased blood volume and work pump muscle fuethermore, physical activity can be influg by knowledge, work capasitances and age.

The purpose of this study is to know what is the influences faktor among knowledge, work capasitances, age and early mobilization after an MI attack. Respondents for this cross sectional study were patients post MI attack in ICCU ward Dr Soetomo public hospital (n=30). Data were tested by Chi-Square with $P \leq 0,05$ for significances.

The result showed that most of the respondents, twenty eight patiens (93,3%) didn'tknow about physical rehabilitation, two patients (6,7 %) already knew a bout it. The majority of respondents (66,7 %) were passive worker and (33,3 %) were active more than half of the respondents (80 %) in the ages of 51 to years old and (20 %) between 25 to 50 years old there were significant relationship between knowledge and early mobilization ($P = 0,103$) work and early mobilization ($P = 0,005$) and no significant relationship were found between ages and early mobilization ($P= 1,000$).

In general, this study confirmed that no relationship were found between early mobilization and age but less activity type of work and knowledge were found to be importance factors in early mobilization.

Key words : Work knowledge age, early mobilization, pasca IMA.

BAB 1

PENDAHULUAN

Pada bab ini akan diuraikan latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, dan relevansi.

1.1 Latar Belakang. Penelitian.

Orem secara universal mendefinisikan pemenuhan self care, salah satunya yaitu adanya keseimbangan aktifitas dan istirahat. Aktifitas adalah sebagai suatu aksi energik atau keadaan gerak (Robert Priharjo, 1996). Toleransi terhadap aktifitas merupakan hal yang penting dalam membuat perencanaan, terutama pada pasien gangguan kardiovaskular (Gordon, 1976; Robert Priharjo, 1996). Perencanaan pada pasien pasca infark miokard akut yaitu mobilisasi dini dengan tujuan untuk mencapai kembali keadaan fisik, mental dan sosial secara optimal (Y. Kisyanto dan D. Manurung, 1996).

Berdasarkan hasil interview dilaporkan oleh Cassem dan Ilackett (Hungler, B.P, et all, 1991) bahwa pasien pasca serangan infark miokard akut setelah 3-6 bulan pulang dari perawatan 80 % akan mengalami kelelahan setelah melakukan aktifitas fisik sedangkan 20 % mengalami depresi dan ansietas. Dilaporkan juga oleh Cassem dan Ilackett bahwa ada kekhawatiran pasien pasca serangan infark miokard akut karena 1) pengaruh penyakit terhadap pekerjaannya 2) Aktifitas sex waktu senggama 3) Kurang

pengetahuan tentang penyakitnya dan 4) kemungkinan komplikasi akan terjadi (Hangler,B.P,et all, 1991). (Y.Kisyanto dan D.Manurung, 1996).

Faktor-faktor yang berhubungan dengan mobilitas dan aktifitas (Robert Priharjo,1996) yaitu 1) gaya hidup 2) Nyeri 3) budaya,4) Pengetahuan (5) tingkat usia. Adapun yang diteliti dari lima faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini pasca serangan IMA adalah 1) Pengetahuan, 2) Pekerjaan dan 3) Umur.

Apabila mobilisasi dini tidak dilakukan hal ini akan memperburuk keadaan pasien. Menurut Miller (dalam Y.Kisyanto dan D.Manurung, 1999) pada istirahat baring, volume plasma berkurang lebih banyak dibandingkan sel darah merah, sehingga menyebabkan bertambahnya kemungkinan trombo-emboli. Menurut Broustet dkk. (dalam Y.Kisyanto dan D.Manurung, 1999) pada istirahat baring dengan tak adanya pompa dari otot tungkai, resiko trombo-emboli akan bertambah karena adanya statis sirkulasi vena dan meningkatnya viskositas darah. Kemudian trombo-emboli sendiri merupakan salah satu penyebab sumbatan pada arteri coronaria apabila masuk kealiran darah jantung

Data yang peneliti dapatkan pada Ruang ICU RSUD Dr. Soetomo Surabaya pasien IMA yang dirawat selama periode dari bulan Juli 2000 s/d Juni 2001 dengan jumlah pasien 219 orang. Kemudian kasus terbanyak dari sejumlah pasien kardiovaskular yang dirawat selama periode tersebut diatas infark miokard akut berada pada peringkat pertama dengan rata-rata 18 orang / bulan.

Berdasarkan permasalahan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut, solusi yang diberikan yaitu pemberian informasi tentang keuntungan latihan atau rehabilitasi dini pasca serangan infark miokard akut tanpa komplikasi kemudian diberikan informasi pula cara rehabilitasi yang akan dilanjutkan setelah pasien pulang kerumah. Faktor-faktor diatas sangat menarik untuk dikaji lebih lanjut mengenai. apakah faktor-faktor tersebut berhubungan dengan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut.

1.2 Pernyataan dan Rumusan Masalah Penelitian.

1.2.1 Pernyataan Masalah

Pada pasien pasca serangan infark miokard akut mempunyai kecenderungan takut melakukan aktifitas, kecemasan dan takut kambuh lagi serangan seperti yang dirasakan sebelumnya. Dalam hal ini bantuan dari perawat sangat berarti karena dapat memenuhi kebutuhan aktifitas sebagai salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi dalam rangka mengurangi terjadinya komplikasi dan bertambah berat infark yang yang terjadi.

Disamping kejadian diatas faktor demografi yaitu pengetahuan, pekerjaan, usia dapat berhubungan dengan mobilisasi dini dan kemungkinan komplikasi pada pasien pasca serangan infark miokard akut (Hungler,B.P. et all, 1991).

1.2.2 Pertanyaan Masalah

Berdasarkan identifikasi / pernyataan masalah diatas, maka dapat dirumuskan pertanyaan masalah penelitian sebagai berikut :

- 1) Apakah faktor pengetahuan, pekerjaan, dan usia dapat berhubungan dengan mobilisasi dini pasca serangan infark miokard akut

1.3 Tujuan Penelitian.

Adapun yang menjadi tujuan pada penelitian ini akan diuraikan dibawah yaitu

1.3.1 Tujuan Umum.

Untuk mempelajari faktor –faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini pasien pasca serangan infark miokard akut.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi hubungan faktor pengetahuan dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut.
- 2) Mengidentifikasi hubungan faktor pekerjaan dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut.
- 3) Mengidentifikasi hubungan faktor usia dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut

1.4 Manfaat Penelitian.

Adapun manfaat penelitian yang dituangkan dalam penelitian ini yaitu:

- 1) Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam upaya mengurangi faktor-faktor yang tidak berhubungan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut. di ICCU RSUD.DR. Soetomo Surabaya.
- 2) Dapat memberikan gambaran atau informasi bagi peneliti berikutnya.

- 3) Memberi masukan kepada perawat pentingnya mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut agar membantu pasien / keluarga untuk memanfaatkan program latihan yang tepat.

1.5 Relevansi Penelitian

Gangguan mobilisasi dini merupakan masalah yang biasa terjadi pada semua pasien pasca serangan infark miokard akut. Gangguan mobilisasi dini terjadi berhubungan dengan faktor-faktor pengetahuan, pekerjaan, dan usia. Hal ini dapat menyebabkan volume plasma berkurang lebih banyak tidak sebanding dengan sel darah merah dan adanya statis sirkulasi vena serta meningkatnya viskositas darah. Mobilisasi dini pasca serangan bertujuan memperbaiki aliran darah ke jantung dan mencegah komplikasi-komplikasi yang tidak diinginkan.

BAB 2

LANDASAN TEORI

2.1 Teori Dorothea E.Orem.

Teori Keperawatan menurut Orem secara umum terdiri atas 3 bentuk hubungan yaitu:

2.1.1 Teori Self Care.

Teori ini meliputi :

- 1) Self Care adalah kegiatan praktek dimana seseorang secara individu menandai dan menampilkan kebutuhannya dan memelihara kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan (George, Julia B., 1990).
- 2) Perantara Self Care adalah kemampuan seseorang dimana mampu dimintai self care, kemampuan individu untuk dimintai gambaran mengenai self care dipengaruhi oleh usia, status perkembangan, pengalaman hidup, pandangan sosial kultural, kesehatan dan sumber-sumber lain (George, Julia B.,1990)
- 3) Terapeutik Self Care adalah tindakan perawatan diri secara total untuk diberikan dalam beberapa waktu dimana ditemui kebutuhan perawatan diri dengan menggunakan metode validasi yang berhubungan (George Julia B., 1990).

Orem memberikan 3 kategori dalam pemenuhan self care yaitu :

1) Universal.

Orem secara universal mendefinisikan pemenuhan self care sebagai berikut

- (1) Keseimbangan pemenuhan udara.
- (2) Keseimbangan pemenuhan air.
- (3) Keseimbangan pemenuhan makan.
- (4) Kebutuhan yang berhubungan dengan eliminasi.
- (5) Keseimbangan aktifitas dan istirahat.
- (6) Keseimbangan antara kesendiriandan interaksi sosial
- (7) Pencegahan resiko kehidupan, fungsi dan kesejahteraan seseorang.
- (8) Peningkatan fungsi dan perkembangan seseorang dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi seseorang , keterbatasan pengetahuan dan keinginan seseorang untuk menjadi sempurna.

2) Perkembangan kebutuhan perawatan diri adalah ke khususan lain yang mengemukakan kebutuhan self care yang menjadi bagian dari proses perkembangan.

Deviasi Sehat adalah perbaikan kondisi sakit, terutama atau penyakit yang diakibatkan dari diagnosa medis untuk memeriksa suatu keadaan.

Perawatan diri pada deviasi sehat yaitu :

- (1) Mencari dan menjamin bantuan medis.
- (2) Menyadarkan dan menghadirkan atau mengatur ketidaknyamanan atau menghapus pengaruh pengobatan medis.

- (3) Memodifikasi konsep diri sebagai bagian dari status kesehatan dan dalam bentuk khusus kebutuhan perawatan diri.
- (4) Belajar untuk hidup dengan pengaruh kondisi patologi dan pengaruh diagnosa medis serta pengobatan yang meningkatkan kelanjutan perkembangan seseorang.

2.1.2 Teori Penurunan Self Care

Teori penurunan self care merupakan inti dari teori umum orem dalam keperawatan sebab menggambarkan saat kapan perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan ketika seseorang dalam ketidakmampuan ,atau keterbatasan memenuhi perawatan diri secara efektif. Orem mengidentifikasi 5 metode dalam dalam pemberian bantuan yaitu :

- 1) Melakukan untuk orang lain.
- 2) Membimbing orang lain.
- 3) Mendukung secara fisik dan psikologis.
- 4) Memberikan lingkungan yang dapat meningkatkan hubungan untuk menjadi mampu melakukan sesuatu bila ada tuntutan.
- 5) Mengajarkan.

2.2 Aktifitas Fisik.

Aktifitas didefinisikan sebagai suatu aksi energik atau keadaan gerak. Semua manusia yang normal memerlukan kemampuan untuk dapat bergerak. Kehilangan kemampuan gerak walaupun pada waktu yang singkat

memerlukan tindakan-tindakan tertentu yang tepat baik oleh pasien atau perawat (Robert Priharjo, 1996).

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

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

Ada beberapa macam gerakan sendi diastrosis 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.

Perawat melakukan pengkajian preaktifitas meliputi (Gordon,1976:73 dalam Robert Priharjo,1996):

- 1) Status kardiovaskular.
- 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.

Pada pasien dengan infark miokard akut memerlukan bedrest (tirah baring) dalam jangka pendek maupun jangka lama.

2.3 Rehabilitasi Pasca Infark Miokard Akut

Pembagian rehabilitasi pasien pasca serangan infark miokard akut (Y.Kisyanto dan Manurung, 1996) yaitu 1) Fase IA yang dilakukan di ICCU hari II, 2) Fase IB dilakukan Minggu II di Intermediate Zone, 3) Fase II dilakukan di rumah pada Minggu III, 4) Fase III rehabilitation maintenance dilakukan di Klub Jantung yang sudah ada.

Adapun Rehabilitasi Fase IA (mobilisasi dini yang dilakukan di ICCU yaitu:

- 1) Pasien menggerakkan secara pasif tungkai dan lengan
- 2) Pasien melakukan secara aktif gerakan memutar pergelangan tangan dan kaki.(Latihan I).
- 3) Pasien mengangkat dan menurunkan bahu atau mencondongkan bahu kedepan dan menarik kebelakang.
- 4) Pasien melakukan gerakan menekuk dan meluruskan siku dan paha.
- 5) Pasien melakukan gerakan memutar pada pergelangan tangan dan kaki (Latihan II).
- 6) Pasien menggerakkan secara aktif lengan dan kaki dalam posisi baring.
- 7) Pasien secara pasif melakukan gerakan memutar tangan dan kaki (Latihan III).
- 8) Pasien menggerakkan otot ekstremitas secara bersamaan tanpa tahan nafas.

- 9) Pasien secara aktif melakukan gerakan memutar tangan dan kaki (Latihan IV).
- 10) Pasien mengangkat keatas secara aktif ekstremitas bawah ditempat tidur
- 11) Pasien melakukan pernafasan dengan normal
- 12) Pasien duduk ditempat tidur dan menurunkan tungkai sambil mengayung kedepan,kebelakang dan kesamping.
- 13) Pasien melakukan gerakan sendi lutut dengan cara menekuk dan meluruskan dengan tahanan. (Latihan V). (Y.Kisyanto dkk,1996).

Sebagai pedoman untuk pemantauan mobilitasi di ICCU diperhatikan adalah denyut jantung tak boleh lebih dari 120 x/menit, tidak ada nyeri dada, tidak 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 (Y.Kisyanto dan Manurung,1996).

2.4 Infark Miokard Akut.

Infark Miokard Akut adalah kematian jaringan miokard diakibatkan oleh kekurangan aliran darah(Lynda J.L,1995).

Manifestasi klinik pada infark miokard akut sebagai berikut.

2.3.1 Riwayat sakit dada.terdiri dari :

- 1) Lokasi: Mid / Retrosternal, antara epigastrium dan rahang.
- 2) Perjalanan: Kebahu kiri, leher, punggung, rahang, dan lengan kiri.
- 3) Sifat: Nyeri hebat (tertekan, diremas dan ditusuk).
- 4) Lamanya: > 30 menit tidak hilang dengan istirahat atau Nitrat.

5) Pencetus: Waktu istirahat atau aktifitas.

2.3.1 ECG:

- 1) Gelombang Q = signifikan infark miokard
- 2) Segment ST = Elevasi.

2.3.2 Komplikasi:

- 1) Disrhitmia.
- 2) Cardiogenik.shock.
- 3) Gagal jantung dan edema paru.
- 4) Emboli paru
- 5) Miokard infark berulang.

2.5 Faktor-Faktor Demografi Yang Mempengaruhi Aktifitas (Robert Priharjo)

2.5.1 Faktor internal

1) Pengetahuan.

Pengetahuan merupakan kemampuan seseorang untuk mengingat fakta, simbol, prosedur, tehnik dan teori (T.Soemadi,1996).

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orangg melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Penginderaan terjadi melalui pancaindera yaitu : Indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Notoatmojo S, 1997 : hal 127).

Tingkatan domain koognitif pada pengetahuan (Notoatmojo S, 1997 :hal 128) sebagai berikut :

(1) Tahu (Know)

- (2) Memahami (Comprehension)
- (3) Aplikasi (Application)
- (4) Analisis (Analysis)
- (5) Sintesis (Synthesis)
- (6) Evaluasi (Evaluation)

Infark miokard berulang salah satu faktor penunjangnya adalah kurang pengetahuan pasien tentang infark miokard yang dideritanya.

2) Usia

Usia yaitu lama waktu hidup atau sejak dilahirkan (Depdikbud, 1996)

Usia adalah umur hidup yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun (Elizabeth B.H,1995). Tingkat energi bervariasi pada setiap individu. Demikian juga halnya pada tingkat usia berpengaruh terhadap aktifitas, misalnya pada usia pertengahan cenderung mengalami penurunan aktifitas yang berlanjut sampai usia tua (Robert Priharjo, 1996). Pada usia pertengahan kecenderungan penurunan aktifitas (olah raga) dan terjadi peningkatan berat badan sebagai akibatnya arterosklerosis sedangkan pada usia tua terjadi penurunan fungsi organ, maka dengan sendirinya pola aktifitas akan menurun pula. Kemudian setelah mendapat serangan infark miokard akut pasien cenderung akan takut melakukan aktifitas. Ketakutan untuk melakukan aktifitas pasca serangan infark miokard akut akibat kelelahan dan kecemasan dan ketidaknyamanan. Sebagai gambaran

bahwa salah satu faktor resiko penyakit jantung pada usia lanjut adalah inaktifitas atau kurangnya latihan Kannel, 1992 (dalam R.Boedhi-Darmojo et all, 1999). Memperhatikan keadaan diatas usia merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan aktifitas pasien pasca serangan infark miokard akut.

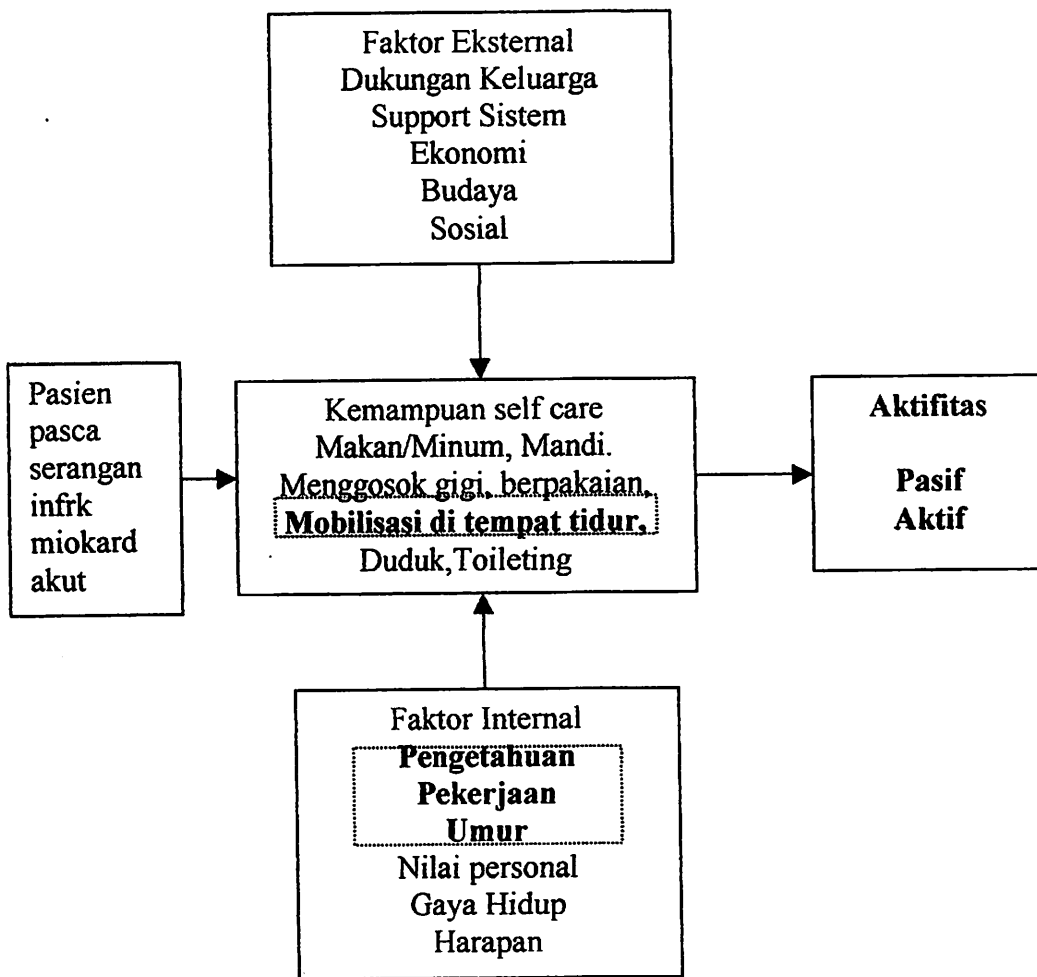
3) Pekerjaan

Pekerjaan adalah kegiatan yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarganya (Thomas,1996). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia pekerjaan adalah pencaharian, barang apa yang dijadikan pokok penghidupan atau sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah.

Bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga (Markum,1991 dalam Nursalam 2001 : hal 133). Menurut Rosenman dan Friedman (dalam Sylvia A. Price, et all, 1995) kepribadian yang termasuk tipe A adalah mereka yang memperlihatkan persaingan kuat, ambisius, agresif dan merasa terburu-buru waktu biasanya aktifitasnya tinggi dibandingkan tipe B dan C demikian juga halnya pada pasien dengan latar belakang sebagai pekerja berat (petani / buruh) kemudian setelah pasca serangan infark miokard akut merasa takut untuk melakukan aktifitas untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutanya sebagaimana

yang dilakukan sebelumnya, karena dikaitkan dengan keadaan nyeri pada serangan infark miokard akut sebelumnya. Dengan memperhatikan keadaan diatas pekerjaan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pemenuhan aktifitas fisik pasca serangan infark miokard akut.

2.5 Kerangka Konseptual



Keterangan :



Hipotesa : H0 Ditolak artinya Faktor pengetahuan, pekerjaan dan umur berhubungan dengan mobilisasi pada pasien pasca serangan IMA.

BAB 3

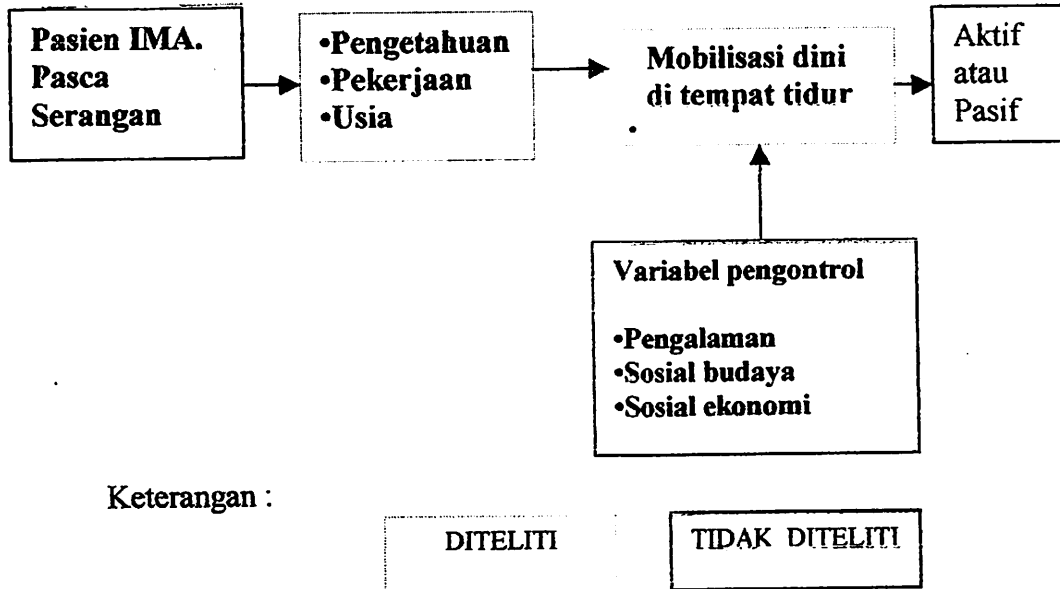
METODELOGI PENELITIAN:

Metodologi penelitian ini adalah cara menyelesaikan masalah menurut metode keilmuan. Pada bagian ini akan disajikan antara lain : (1) desain penelitian, (2) kerangka kerja (Frame Work), (3) identifikasi variabel, (4) definisi operasional, (5) sampling, (6) Pengumpulan data dan analisa data, (7) etika penelitian, (8) keterbatasan.

3.1 Desain Penelitian.

Desain penelitian adalah seluruh dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Berdasarkan tujuan penelitian, desain penelitian yang di gunakan “cross sectional”,dimana peneliti melakukan observasi menggunakan lembaran check list untuk melihat pasien melakukan aktifitas fisik atau pengukuran variabel sesaat, artinya subyek yang diobservasi satu kali saja dan pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan pada saat pemeriksaan atau pengkajian data (SastroAsmoro dan Ismael,1995).

3.2 Frame Work.



3.3 Identifikasi Variabel

Variabel adalah karakteristik subjek penelitian yang berubah dari subjek ke subjek lain (Sastroasmoro & Ismael, 1995).

3.3.1 Variabel independen.

Variabel independent adalah faktor yang diduga sebagai faktor yang mempengaruhi variabel dependen (Srikandi,1997). Variabel independen dalam penelitian ini adalah yang diduga sebagai faktor penyebab timbulnya gangguan aktifitas fisik pada pasien pasca serangan infar miokard akut yaitu

- 1) Pengetahuan
- 2) Pekerjaan
- 3) Usia

3.3.2 Variabel Dependen.

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen atau bebas (Noto Atmojo, 1993). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah **mobilisasi dini**

3.3.3 Variabel Pengontrol

Variabel pengontrol adalah variabel yang berhubungan dengan variabel bebas dan variabel tergantung tetapi bukan merupakan variabel antara (Sastro Asmoro & Ismael, 1995).

Adapun variabel pengontrol sebagai berikut :

- 1) Pengalaman
- 2) Sosial budaya
- 3) Sosial ekonomi

3.4 Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Independen

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Score
Independent	1.1 Pengetahuan adalah pengertian pasien tentang mobilisasi dini di tempat tidur pasca serangan IMA	<ul style="list-style-type: none"> - Pengertian - Tujuan - Cara - Akibat 	Kuesioner	Nominal	Tidak = 1 Ya = 2
	1.2 Pekerjaan adalah kegiatan yang sering dilakukan pasien sebelum mendapat serangan IMA	<ul style="list-style-type: none"> - Petani - PNS/TNI/Polri - Wiraswasta - Swasta 	Kuesioner	Nominal	Pasif = 1 Aktif = 2
	1.3 Umur adalah lama waktu hidup atau sejak dilahirkan sampai sekarang.	<ul style="list-style-type: none"> -20-50 -51-80 	Kuesioner	Nominal	20-50= 1 51-80= 2

3.4.2 Variabel Dependen

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Score
Dependen	Mobilisasi dini adalah salah satu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam membantu mempercepat pemulihan pasien pasca serangan IMA selain tindakan Medik.	<ul style="list-style-type: none"> • Latihan I • Latihan II • Latihan III • Latihan IV • Latihan V • Latihan VI 	Observasi	Nominal	Aktif 7-13 = 2 Pasif 1- 6 = 1

3.5 Sampling Desain

3.5.1 Populasi.

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti . Variabel tersebut bisa berupa orang, kejadian perilaku, atau sesuatu yang akan dilakukan penelitian (Nursalam, 2000). Pada penelitian ini yang menjadi populasi yaitu semua pasien pasca serangan infark miokard akut yang dirawat di ICCU. RSUD. DR. Soetomo Surabaya. setahunnya 219 orang dan untuk tiap bulan rata-rata 19-20 orang.

3.5.2 Sampel.

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan “sampling” tertentu untuk bisa memenuhi / mewakili populasi.(Nursalam, 2000). Besar sampel untuk metode penelitian deskriptif crosesional minimal 30 subjek (Husen Umar, 2000). Pada penelitian ini sampel yang yang dijadikan subyek penelitian adalah 30 sesuai dengan kriteria inklusi.

3.5.2.1 Kriteria Inklusi.

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau yang layak untuk diteliti.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini

- 1) Mampu membaca dan mengerti informed consent yang diajukan oleh peneliti.
- 2) Bersedia untuk diteliti.

- 3) Diagnosa primer infark miokard akut hari ke 2
- 4) Orientasi baik terhadap waktu, tempat dan orang (peneliti).
- 5) Usia 25-80 tahun

3.5.2.2 Kriteria Eksklusi.

Kriteria eksklusi adalah dalam penelitian ini :

- 1) Tidak bersedia untuk diteliti.
- 2) Meninggal sewaktu di ICCU.RSUD.Dr.Soetomo Surabaya.

3.5.3 Sampling.

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2001). Teknik sampling suatu cara yang ditempuh dalam pengambilan keputusan, agar memperoleh yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan penelitian. Cara pengambilan sampel dengan Nonprobability sampling consecutive artinya setiap pasien memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi.

3.6 Pengumpulan dan Pengolahan data.

Dalam pengumpulan data menggunakan cara-cara yaitu tehnik pengumpulan data, instrumen, kriteria dan skor penilaian.

3.6.1 Tehnik Pengumpulan Data

Setelah mendapat ijin dari Direktur RSUD.DR.Soetomo Surabaya peneliti mengadakan pendekatan kepada klien untuk

mendapatkan persetujuan klien sebagai responden peneliti. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan observasi pasien ICCU.

Sebagai subyek penelitian yaitu pasien pasca serangan infark miokard akut di ICCU. RSUD. DR. Soetomo Surabaya yang memenuhi kriteria inklusi.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah berbentuk check list dan kuesioner serta observasi tertutup. Data demografi menggunakan check list dan kuesioner yaitu : pengetahuan, pekerjaan dan usia sedangkan mobilisasi dini menggunakan observasi berdasarkan teori "Likert Scale" dan dikembangkan oleh peneliti sesuai kepentingan penelitian

3.6.2.1 Kriteria Penilaian

Kuesioner untuk demografi dan observasi untuk mengukur mobilisasi dini, diwakili 13 item dengan kriteria penilaian sebagai berikut :

3.6.2.2 Kuesioner

Ya = Pernah mengetahui cara mobilisasi pasca serangan sakit dada dengan skor nilai 2

Tidak = Belum mengetahui cara mobilisasi pasca serangan sakit dada dengan skor nilai 1

3.6.2.3 Observasi

Ya = Melakukan mobilisasi dini 7-13 item skor nilai 2

Tidak = Melakukan mobilisasi dini 1-6 item skor nilai 1

3.6.3 Pengolahan Data

Dari hasil pengisian check list dilakukan dengan cara diskriptif menggunakan tabel distribusi yang dikonfirmasi dalam bentuk prosentase dan narasi. Kemudian dilakukan tabulasi silang (Singarimbun, 1989).

Untuk mengetahui faktor gaya hidup, pengetahuan, pekerjaan, dan usia mempengaruhi pemenuhan kebutuhan aktifitas pada pasien pasca serangan infark miokard akut diuji dengan Chi-Square dengan derajat kemaknaan $P = \leq 0,05$ artinya ada pengaruh yang bermakna antara 2 variabel, maka H_0 ditolak.

3.7 Etika.Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Panitia etik RSUD.DR.Soetomo Surabaya untuk mendapatkan persetujuan. Kemudian kuesioner dikirim ke subyek yang diteliti dengan menekankan pada masalah etika yang meliputi :

3.7.1 Lembar persetujuan penelitian diberikan pada responden.

Tujuannya supaya subyek mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika subyek bersedia diteliti maka harus menanda tangani lembar persetujuan. Jika subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

3.7.2 Anonimity(tanpa nama).

Untuk menjaga kerahasiaan identitas subyek,peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar pengumpulan data

(kuesioner) yang diisi oleh subyek. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu.

3.7.3 Confidentiality.

Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh subyek dijamin oleh peneliti.

3.8 Keterbatasan.

3.8.1 Pengumpulan data dalam bentuk kuesioner dan observasi serta chck list

- 1) Tidak boleh digeneralisasi
- 2) Pertanyaan tertutup yaitu menjawab secara tebakan.
- 3) Pada pengumpulan data dalam bentuk kuesioner dan cek list memiliki jawaban lebih banyak dipengaruhi oleh sikap dan harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif, sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.

3.8.2 Waktu penelitian

Waktu pengumpulan data dalam penelitian ini dilaksanakan selama 2 bulan (15 Januari s/d 11 Pebruari 2002).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan mengenai hasil penelitian tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut yang dirawat di ruangan ICCU. RSUD. Dr. Soetomo Surabaya mulai tanggal 15 Januari sampai dengan 11 Maret 2002, hasil penelitian dikelompokkan menjadi dua yaitu data umum dan data khusus.

Data umum akan menampilkan data demografi yang terdiri dari (1) pengetahuan, (2) pekerjaan, (3) umur. Data khusus adalah data mobilisasi dini pasca serangan infark miokard akut akan disajikan dalam bentuk Crosstabs antara data umum dan data khusus (variabel dependen dan variabel independen) untuk mengetahui tingkat signifikan antara variabel tersebut dengan menggunakan uji statistik Chi-Square. Tingkat kemaknaan dalam penelitian ini adalah $P \leq 0,05$, maka H_0 ditolak, berarti ada hubungan yang bermakna antara dua variabel yang diukur, bila $P \geq 0,05$ maka H_0 diterima berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara variabel yang diukur. Pada bagian berikutnya akan disajikan pembahasan hasil penelitian guna mencari alternatif jawaban tentang masalah penelitian.

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Data Umum

Gambaran demografi dari 30 responden yang dijadikan sampel penelitian terlihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.1 Demografi (Pengetahuan, Pekerjaan, dan Umur) Pasien Pasca Serangan Infark Miokard Akut di ICCU.RSUD. Dr. Soetomo Surabaya Tanggal 15 Januari s/d 11 Maret 2002

No.	Demografi	Jumlah	%
1.	Pengetahuan		
	Tahu	2	6,7
	Tidak tahu	28	93,3
	Total	30	100
2.	Pekerjaan		
	Aktif	10	33,3
	Pasif	20	66,7
	Total	30	100
3.	Usia		
	20-50 tahun	6	20
	51-80 tahun	24	80
	Total	30	100

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 30 responden sebagian besar dengan pengetahuan tidak tahu tentang langkah-langkah mobilisasi dini pasca serangan infark miokard akut yaitu 28 orang (93,3 %) dan sebagian kecil 2 orang (6,7 %) sedangkan pekerjaan yang digeluti sebagian besar bersifat pasif 20 orang (66,7 %) dan sebagian kecil bersifat aktif 10 orang (33,3 %) dan kelompok umur terbanyak 51-80 tahun 24 orang (80 %) dan sebagian kecil kelompok umur 20-50 tahun 6 orang (20 %)

4.1.2 Data Khusus

Menyajikan tabel silang yang menggambarkan hubungan antara demografi (pengetahuan, pekerjaan dan umur) dan mobilisasi dini pasca serangan infark miokard akut.

**Tabel 4.2 Tingkat Pengetahuan terhadap Mobilisasi Pasien Pasca Serangan
Infark Miokard Akut di ICCU. RSUD. DR. Soetomo Surabaya
Tanggal 15 Januari s/d 11 Maret 2002**

Pengetahuan	Mobilisasi dini				Total	
	Aktif	%	Pasif	%	N	%
1. Tahu	2	6,7	0	0	2	6,7
2. Tidak tahu.	8	26,6	20	66,7	28	93,3
Jumlah	10	33,3	20	66,7	30	100
Chi-Square : $X^2 = 4,288$ df = 1 P = 0,103						

Pada tabel 4.2 menunjukkan bahwa pengetahuan dari 30 responden tentang mobilisasi fisik pasca serangan infark miokard akut sebagian besar tidak tahu 28 orang (93,3 %) dengan mobilisasi dini secara pasif 20 orang (66,7 %) dan sebagian kecil yang tahu yaitu 2 orang (6,7 %) dengan mobilisasi dini secara aktif 8 orang (26,6 %).

Dilihat dari hasil uji statistik Chi-Square Crosstabs menunjukkan $P = 0,103$, maka H_0 di terima pada tingkat signifikan $P \geq 0,05$ artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan mobilisasi dini pasca serangan infark miokard akut.

**Tabel 4.3 Pengaruh Pekerjaan Terhadap Mobilisasi Dini Pasien Pasca
Serangan Infark Miokard Akut di ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Tanggal 15 Januari s/d 11 Maret 2002**

Pekerjaan	Mobilisasi dini				Total	
	Aktif	%	Pasif	%	N	%
1. Aktif	7	23,3	3	10	10	33,3
2. Pasif	3	10	17	56,7	20	66,7
Jumlah	10	33,3	20	66,7	30	100
Chi-Square : $X^2 = 9,075$ df = 1 P = 0.005						

Pada tabel 4.3 menunjukkan bahwa pekerjaan dari 30 responden sebagian besar bersifat pasif 20 orang (66,7 %) dengan mobilisasi pasif 20 orang

(66,7 %) dan sebagian kecil pekerjaan bersifat aktif 10 orang (33,3 %) dengan mobilisasi fisik secara aktif 10 orang (33,3 %).

Dilihat dari hasil uji statistik Chi-Square crosstabs menunjukkan bahwa $P = 0,005$, maka H_0 ditolak pada tingkat signifikan $P \leq 0,05$ artinya ada pengaruh yang bermakna antara pekerjaan dan mobilisasi dini pada pasca serangan infark miokard akut.

Tabel 4.4 Pengaruh Umur Terhadap Mobilisasi Dini Pasien Pasca Serangan Infark Miokard Akut di ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya Tanggal 15 Januari s/d 11 Maret 2002

Umur	Mobilisasi dini				Total	
	Aktif	%	Pasif	%	N	%
1. 20 – 50	2	6,7	4	13,3	6	20
2. 51 – 80.	8	20	16	60	24	80
Jumlah	10	26,7	20	73,3	30	100
Chi-Square : $X^2 = 0,000$ df = 1 P = 1,000						

Pada tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari 30 responden dengan klasifikasi umur sebagian besar antara 51-80 tahun yaitu 24 orang (80 %) dengan mobilisasi pasif 20 orang (73,3 %) dan sebagian kecil kelompok umur 20-50 tahun yaitu 6 orang (20 %) dengan mobilisasi fisik secara aktif 10 orang (26,7 %).

Dilihat dari hasil uji statistik Chi-Square crosstabs menunjukkan $P = 1,000$, maka H_0 diterima pada tingkat signifikan $P \geq 0,05$ artinya tidak ada pengaruh yang bermakna antara umur dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut.

4.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisa hasil uji statistik Chi-Square crasstabs maka diakan dibahas tentang :

1. Hubungan pengetahuan dan mobilisasi dini pasien pasca serangan infark miokard akut (IMA).
2. Hubungan Pekerjaan dan mobilisasi dini pasien pasca serangan infark miokard akut (IMA).
3. Hubungan umur dan mobilisasi dini pasien pasca serangan infark miokard akut (IMA).

4.2.1 Hubungan Pengetahuan dan Mobilisasi Dini Pasca Serangan IMA

Dilihat pada tabel 4.2 mengenai hasil uji statistik chi-square crosstabs ($P = 0,103$) ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut. Pasien dengan pengetahuan tidak tahu cara mobilisasi dini pasca serangan infark miokard akut 28 responden (93,3 %) dengan hasil penelitian memberikan gambaran bahwa pasien tidak bisa berbuat banyak dalam menghadapi keadaan pasca serangan infark miokard akut yaitu sebanyak 20 orang (66,7 %) .yang melakukan mobilisasi dini secara pasif.

Kurangnya pengetahuan dan pengalaman mengenai mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut dikaitkan dengan pengalaman rasa nyeri dada mendadak yang dirasakan sebelumnya merupakan penghalang bagi pasien untuk melakukan mobilisasi dini secara aktif. Keadaan ini terbukti dari hasil penelitian yang dilakukan peneliti pada tanggal 15 januari s/d 11 Maret 2002, dimana dari 30 responden didapatkan 28 orang (93,3 %) diantaranya tidak

tahu tentang cara mobilisasi fisik secara dini pasca serangan infark miokard akut dan hanya 2 orang (6,7 %) yang tahu melakukan mobilisasi dini secara aktif.

Berdasarkan pengertian nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang berhubungan dengan jaringan yang rusak, cenderung rusak atau segala keadaan yang menunjukkan adanya kerusakan jaringan (Netty R.H. Tejawinata, 1999) Rasa nyeri ini dikaitkan dengan serangan IMA. Membuat pasien semakin takut dan bersifat pasif untuk melakukan aktifitas.

Dilihat dari tabel 4.2 menunjukkan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara pengetahuan dan mobilisasi fisik secara dini pasca serangan infark miokard akut. Teori menyatakan pengetahuan adalah merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman rasa dan raba (Notoatmojo, 1997). Pasien pasca serangan infark miokard akut akan berusaha mengatasi gangguan atau situasi ketidak tahuan dengan mencari pengetahuan untuk membantu mengatasi situasi (Carpenito, 1995). Mencari pengetahuan ini terbukti bahwa pasien selalu menanyakan apa yang boleh dilakukan, kapan dilakukan dan bagaimana cara melakukannya pada peneliti. Kontrol kognitif (Cognitive Control) : ialah kemampuan untuk menggunakan proses dan strategi yang sudah dipikirkan untuk mengubah pengaruh stressor. Khususnya kontrol kognitif nampaknya mempunyai pengaruh yang secara konsisten menguntungkan (Sarafino, 1990) dikutip dari Psikologi Kesehatan (Bart Smet, 1994).

Berdasarkan paparan di atas tidak ada kesesuaian antara hasil penelitian dan teori yang dikemukakan yang menyatakan ada hubungan antara pengetahuan dan mobilisasi dini pasca serangan infark miokard akut.

4.2.2 Hubungan Pekerjaan dan Mobilisasi dini pasca serangan IMA.

Dilihat dari tabel 4.3 hasil uji statistik Chi-Square crosstabs ($P= 0,005$) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut (IMA). Dari 20 (66,7 %) responden melakukan pekerjaan yang bersifat pasif sebelum sakit dengan menunjukkan 20 (66,7 %) responden melakukan mobilisasi pasif setelah serangan infark miokard akut dan 10 (33,3 %) responden melakukan pekerjaan bersifat aktif sebelum sakit dengan menunjukkan 10 (33,3 %) responden melakukan mobilisasi dini aktif pasca serangan infark miokard akut. Teori menyatakan bahwa kebanyakan pasien pasca infark miokard (tanpa komplikasi) setelah 3 minggu akan mampu untuk melakukan aktifitas fisik antara 4 s/d 6 MET (Iwan N. Boestan, 1996).

Pasien yang kemampuan (kapasitas) kerjanya rendah / pasif pasca serangan infark miokard akut hari ke 2-3 perlu dilakukan latihan fisik yang teratur dan terarah serta terawasi; sehingga kemampuan untuk melakukan aktifitas fisik akan bertambah atau toleransi kerja meningkat sebagaimana sebelum terjadi serangan nyeri dada (Iwan N. Boestan, 1996). Program latihan fisik yang baik dan terarah dikatakan akan memperbaiki kualitas hidup seseorang pasien penyakit jantung sehingga mampu untuk bekerja dan melakukan aktifitas seperti sebelum sakit.

Kapasitas (kemampuan) seseorang berkaitan dengan tipe kepribadian, pada penelitian-penelitian yang terbaru banyak dilakukan untuk meneliti faktor-faktor kepribadian dan / atau pola-pola perilaku sebagai faktor resiko untuk penyakit jantung coroner dan penyakit kardiovaskular (Bart Smet,1994). Pada kepribadian tipe A ciri-cirinya ambisius,kritik terhadap diri sendiri,berjuang melawan waktu, tidak sabaran, mudah marah kadang- kadang agresif sedang tipe B sebaliknya yaitu rileks, tidak terburu-buru, berbicara dan bersikap lebih tenang dan lebih terbuka. Keadaan pasien yang diteliti kebanyakan pekerjaan sebelumnya sifat pasif atau kapasitas rendah, keadaan pasif seperti ini pada pasca serangan infark miokard akut terutama dalam jangka waktu lama akan memperberat beban jantung. Teori menyatakan Pada istirahat total selama 10 hari, volume darah yang bersirkulasi berkurang 700-800 ml.(Hyatt dkk). Menurut Miller pada istirahat baring volume plasma berkurang lebih banyak dibandingkan sel darah merah, sehingga menyebabkan bertambah kemungkinan trombo emboli. Menurut Broustet dkk, pada istirahat baring dengan tak adanya kerja pompa dari otot tungkai, resiko trombo emboli akan bertambah karena adanya statis sirkulasi vena dan meningkatnya viskositas darah. Berdasarkan data tersebut diatas , dapat dimengerti bahwa rehabilitasi dini akan mengurangi hal-hal yang tak di inginkan pada pasca infark miokard akut.

Berdasarkan paparan diatas menunjukkan ada hubungan antara pekerjaan dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut.

4.2.3 Hubungan Umur dan Mobilisasi Dini Pasien Pasca serangan IMA

Dilihat dari tabel 4.4 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dan mobilisasi dini pasca serangan infark miokard akut. Pada hasil penelitian didapatkan sebagian besar kelompok umur 51-80 tahun 24 orang (80 %) dengan kemampuan mobilisasi fisik secara pasif 20 (66,7 %) responden dan sebagian kecil kelompok umur 20-50 tahun 6 (20 %) responden dengan kemampuan mobilisasi fisik secara aktif 10 (33,3).

Pada umur 51-80 tahun seyogyanya dari segi kemampuan atau kekuatan seseorang untuk melakukan mobilisasi sudah menurun karena faktor penurunan otot serta kekuatannya, laju denyut jantung maksimal, toleransi latihan, kapasitas erobik dan terjadinya peningkatan lemak tubuh (Hadi Martono, 1992, Whitehead, 1995). Penelitian lain juga membuktikan bahwa kemungkinan ketergantungan fungsional pada lanjut usia yang inaktif akan meningkat sebanyak 40-60 % dibandingkan dengan lansia yang bugar dan aktif secara fisik (Reuben et al, 1996). Salah satu pendapat yang banyak dianut adalah bahwa penurunan sangat besar atas kematian dan disabilitas pada lansia akan banyak dihasilkan dengan cara meningkatkan satu tahap saja dari keadaan aktifitas sebelumnya. Jadi lansia yang sebelumnya inaktif menjadi kadang-kadang aktif, lansia yang sebelumnya kadang aktif menjadi melakukan aktifitas teratur kemudian melakukan olahraga secara teratur. Pendapat ini berdasar pada suatu perspektif tingkah laku yang menyatakan bahwa adalah suatu hal yang realistis untuk mengharapkan seseorang meningkatkan frekuensi atau intensitas dari aktifitas yang disukainya, tetapi tidak realistis untuk mengharapkan seseorang yang tadinya hidup tidak aktif untuk menjadi seorang atlit (Reuben et al, 1996).

Self efficacy (Keberdayagunaan mandiri) adalah suatu istilah untuk menggambarkan rasa percaya atas keamanan dalam melakukan aktifitas. Hal ini sangat berhubungan dengan ketidak tergantungan dalam aktifitas sehari-hari instrumental (I-ADL). Dengan keberdayagunaan mandiri ini seorang lansia mempunyai keberanian dalam melakukan aktifitas (R.Boedhi dkk,1999).

Pada keadaan lain menunjukan bahwa resiko aktifitas pada lansia adalah kematian mendadak. Selanjutnya didefinisikan sebagai kematian yang terjadi selama melakukan latihan, kemudian pasien lansia pasca serangan infark miokard akut cenderung takut untuk melakukan aktifitas fisik ditambah lagi dengan umur tua, inaktif sehingga cenderung pasif.

Berdasarkan paparan tersebut diatas tidak ada hubungan antara umur dan kemampuan mobilisasi dini pasca serangan infark mikoard akut.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dari hasil penelitian untuk menjawab pertanyaan penelitian dan saran-saran yang sesuai dengan kesimpulan.

5.1 Kesimpulan

Pada penelitian ini tidak ada hubungan antara faktor pengetahuan, umur dan mobilisasi dini dan ada hubungan antara faktor pekerjaan dan mobilisasi dini pasca serangan IMA

5.1.1 Hubungan antara Faktor Pengetahuan dan Mobilisasi Dini ($P = 0,103$).

Tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut. Kurangnya pengetahuan dan pengalaman mengenai mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut dikaitkan dengan pengalaman rasa nyeri dada mendadak yang dirasakan sebelumnya merupakan penghalang bagi pasien untuk melakukan mobilisasi dini secara aktif.

Immobilisasi yang lama akan memberikan beberapa kerugian, diantaranya adalah penurunan kapasitas kerja fisik. Keadaan inilah yang sering kali disalah artikan oleh pasien sebagai suatu keadaan yang mencerminkan gangguan fungsi jantung, sehingga menimbulkan perasaan ketidakmampuan (invalidism) yang menetap (Iwan N.Boeston, 1996).

5.1.2 Hubungan antara Faktor Pekerjaan dan Mobilisasi Dini ($P = 0,005$)

Ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut (IMA). Pada pasien dengan kapasitas kerja yang rendah sebelum serangan sakit cenderung memberikan dampak yang sama pada mobilisasi fisik pasca serangan infark akut.

Kapasitas (kemampuan) seseorang berkaitan dengan tipe kepribadian, pada penelitian-penelitian yang terbaru banyak dilakukan untuk meneliti faktor-faktor kepribadian dan / atau pola-pola perilaku sebagai faktor resiko untuk penyakit jantung coroner dan penyakit kardiovaskular (Bart Smet,1994).

5.1.3 Hubungan antara Faktor umur dan Mobilisasi dini ($P = 1.000$)

Tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut. Pada umur 51-80 tahun seyogyanya dari segi kemampuan atau kekuatan seseorang untuk melakukan mobilisasi sudah menurun karena faktor penurunan otot serta kekuatannya, laju denyut jantung maksimal, toleransi latihan, kapasitas erobik dan terjadinya peningkatan lemak tubuh (Hadi Martono,1992, Whitehead, 1995).

Penelitian lain juga membuktikan bahwa kemungkinan ketergantungan fungsional pada lanjut usia yang inaktif akan meningkat sebanyak 40-60 % dibandingkan dengan lansia yang bugar dan aktif secara fisik (Reuben et al, 1996).

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka peneliti mengemukakan saran yang mungkin dapat dipertimbangkan dan bermanfaat untuk meningkatkan keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut di ICCU.

- 1) Tirah baring yang lama akan terjadi kenaikan viskositas darah, kenaikan viskositas darah akan memudahkan terjadinya thrombo-emboli. Disamping itu dengan tirah baring lama menyebabkan berkurangnya kekuatan dan masa otot tubuh, penurunan kontraksi otot menyebabkan kebutuhan oksigen yang lebih tinggi, kebutuhan oksigen yang tinggi akan memperberat keadaan iskemia otot jantung. Atas dasar hal-hal tersebut diatas maka *program mobilisasi dini* merupakan satu cara yang baik untuk mencegah akibat-akibat yang bisa ditimbulkan oleh tirah baring yang lama.
- 2) Mobilisasi dini merupakan tindakan yang paling tepat bagi pasien infark mikoard tanpa komplikasi dimana secara klinis tidak ditemukan adanya gangguan irama jantung, payah jantung, keluhan nyeri dada yang menetap dan sering kambuh hipotensi maupun shock; Demikian pada pasien dengan komplikasi maka kita *melakukan seleksi* yaitu menunggu keadaan stabil baru mobilisasi dilakukan secara bertahap.
- 3) Untuk *keselamatan (safety)* pasien dari mobilisasi dini, hendaknya dilakukan dengan suatu program yang baik dan terawasi.
- 4) *Penyuluhan kesehatan* dalam program rehabilitasi yang ditujukan pada pasien maupun keluarganya, dengan memberikan penjelasan mengenai penyakitnya serta bagaimana cara pengelolaan untuk kesuksesan program rehabilitasi.

- 5) Mengatasi kemungkinan timbulnya suatu *problema psikologis* dalam rehabilitasi, perlu memberikan informasi yang tepat sehingga mengurangi kesalahan pengertian mengenai penyakit infark miokard dan peningkatan aktifitas fisik secara bertahap dapat mempertinggi rasa kepercayaan diri.
- 6). Perlu dilakukan *penelitian lebih lanjut* tentang kepatuhan pasien pasca perawatan yang akan dilakukan dirumah berhubungan dengan hasil pengetahuan yang diberikan selama dirawat di Rumah Sakit atau mengidentifikasi mobilisasi fisik dirumah pasca perawatan di Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Bambang M. et al, (1999), **Kamus Lengkap Inggris Indonesia**, Gitamedia, Surabaya.
- Barbara E, (1993), **Medical Surgical Nursing Care Plans**, EGC, Jakarta
- Bart Smet, (1994), **Psikologi Kesehatan**, PT. Gramedia, Jakarta.
- Christine Read, (1994), **Mengatasi Kelelahan**, Arcan, Jakarta.
- Dede Kusuma, (1997), **Olahraga Bagi Kesehatan Jantung**, FKUI, Jakarta.
- Gail W. S. et al, (1995), **Keperawatan Jiwa**, EGC, Jakarta.
- Hungler B. P et al, (1991), **Essential of Nursing Research**, J. B Lippincott Co. Philadelphia.
- Husen Umar, (2000), **Riset Sumber Daya Manusia dalam Organisasi**, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Iwan N Boeton. (1996), **Rehabilitasi Pasien dengan Infark Miokard.**, Yayasan Jantung Indonesia Cabang Utama ,Jawa Timur.
- Lukmann J et al, (1987), **Medical Surgical Nursing**, W. B. Sandders Company. Philadelphia.
- Lynda Juall C, (1995), **Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan**, EGC, Jakarta.
- M. Sjaifoellah N. et al, (1996), **Ilmu Penyakit Dalam**, FKUI, Jakarta.
- Madyo Ekosusilo et al, (1999), **Pedoman Penulisan Karya Ilmiah**, Effhar, Semarang
- Merys Webb et al, (1994), **Risearch A Comparison of Anxiaty Level of Famale and Male Patients With Myocardial Infarktion**, Critical Care Nurse. Florida Collage.
- Nursalam, (2000), **Metodologi Riset Keperawatan**,EGC, Jakarta.
- S. Harun, (1996), **Infark Miokard Akut**, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Singgih Santoso, (2001), **SPSS Versi 10 Mengolah Data Statistik Secara Profesional**, PT. Alex Media Komputindo, Jakarta.

- Sudirman N et al, (1990). **Ilmu Pendidikan**, Remaja Rosda Karya, Bandung.
- Suharsimi Arikunto, (1998), **Prosedur Penelitian**, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Y. Kisyanto et al, (1996). **Rehabilitasi sesudah Infark Miokard Akut**, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.
- Robert Priharjo, (1996), **Pemenuhan Aktifitas Istirahat Pasien**, EGC, Jakarta.
- R. Boedhi-Darmojo, (1999), **Buku Ajar Geriatri**, Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

Lampiran 1

LEMBARAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth..... (Responden)

Nama saya Dahlan D.Ahmad Mahasiswa Program Studi S I Ilmu Keperawatan FK Unair Surabaya Angkatan III (2000-2002). Saya akan melakukan penelitian tentang **“Faktor-faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini pada pasien pasca serangan infark miokard akut”**. Hasil penelitian akan sangat bermanfaat dalam membantu menyelesaikan masalah-masalah gangguan pemenuhan kebutuhan aktifitas pada pasien pasca serangan infark miokard akut.

Untuk itu kami mohon partisipasi saudara, semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk kepentingan pengembangan ilmu keperawatan.

Partisipasi saudara adalah secara sukarela, tanpa adanya paksaan. Apabila saudara berkenan menjadi responden, silahkan menanda tangani pada tempat yang telah disediakan.

Atas partisipasi saudara saya sampaikan terima kasih.

Tempat&Tanggal:.....

Tanda Tangan:.....

Code:.....

Lampiran 2

**Judul : Faktor-faktor yang berhubungan dengan mobilisasi dini pada pasien
pasca serangan infark miokard akut
LEMBARAN KUESIONER**

1.Data Demografi**Kode****1.1 Pekerjaan**

Pekerjaan pasien yang diteliti adalah

1.2 Usia.

Usia pasien yang diteliti adalah : tahun

1.3 Pengetahuan.

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Apakah pernah mengetahui <i>makna</i> menggerakkan badan dan ektrimitas setelah serangan sakit dada		
2	Apakah pernah mengetahui <i>tujuan</i> pergerakan cepat setelah serangan sakit dada		
3	Apakah pernah mengetahui tentang <i>cara</i> menggerakkan ekstrimitas atas dan bawah setelah serangan sakit dada		
4	Apakah pernah mengetahui tentang <i>akibat yang terjadi</i> apabila tidak melakukan menggerakkan ektrimitas dan posisi setelah serangan sakit dada.		
5	Apakah pernah mengetahui tentang cara		

	menggerakan lengan dan kaki setelah serangan sakit dada.		
6	Apakah pernah mengetahui tentang cara mengangkat kaki dari tempat tidur keatas tanpa tahan nafas setelah serangan sakit dada.		
7	Apakah pernah mengetahui tentang cara duduk dipinggir tempat tidur setelah serangan sakit dada.		

Lampiran 3**Lembaran Observasi aktifitas fisik Pasien Pasca Serangan IMA****Di ICCU RSUD Dr.Soetomo Surabaya**

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



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN

48

Lampiran 4 PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs : 5022472
Telp. (031) 5012496 - 5014067 - 5020251 Pes. 124 Kode Pos : 60131

Surabaya, 29 Oktober 2001

Nomor : 1281 / JO3.1.17 / D-IV & PSIK / 2001
Lampiran : 1 (satu) Berkas.
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data Awal
Mahasiswa PSIK – FK UNAIR

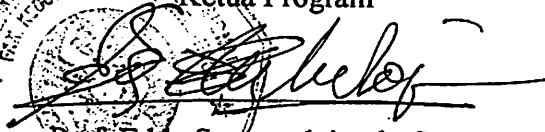
Kepada Yth. :
Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Di -
Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAIR, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu / Saudara untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data awal sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan.

Nama : Dahlan D. Ahmad
NIM : 010030179.B
Semester : III (tiga)

Atas perhatian dan kerjasamanya , kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program

Prof. Eddy Soewandojo, dr. Sp.PD
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN 130.325 831

Tembusan :

1. Kabid Litbang RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Arsip.



Lampiran 5

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs : 5022472
Telp. (031) 5012496 - 5014067 - 5020251. Pev. 124 Kode Pos : 60131

Surabaya, 2 Januari 2002

Nomor : /340/JO3.1.17/D-IV & PSIK/2001
Lampiran : 1 (satu) Berkas.
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data
Mahasiswa PSIK - FK UNAIR

Kepada Yth. :

Direktur RSUD dr. Soetomo Surabaya.

Di -

Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Program B Angkatan III, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun daftar nama mahasiswa dan judul penelitian terlampir.

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Ketua Program

(Signature)
Prof. Eddy Soewandoyo, dr. Sp.Pd.
NIP. 130 325 831

Tembusan

1. Kepala Bidang Diklat RSUD dr. Soetomo.
2. Kepala Bidang Litbang RSUD dr. Soetomo.
3. Kepala Bidang Keperawatan RSUD dr. Soetomo.
4. Arsip.

Lampiran 6

PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO
· **BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**
JL. KARANGMENJANGAN NO. 12 TELP. 551071-5501072
SURABAYA

NOTA DINAS

Kepada Yth : Kepala GBPT RSUD Dr. Soetomo
Dari : Kepala Bidang Litbang
Nomor : 070 / 02 / 308 / Litb / I / 2002
Tanggal : 3 Januari 2002
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian
An. DAHLAN D. AHMAD

Menunjuk surat dari Ketua Program Studi S.1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga nomor. 1340/J03.1.17/D-IV & PSIK/2001 tanggal 2 Januari 2002 perihal pada pokok surat, dengan ini mohon ijin bagi mahasiswa atas nama :

DAHLAN D. AHMAD
NIM. 010030179 B

agar dipertimbangkan untuk dapat melakukan penelitian di Bagian Saudara sebagai syarat tugas akhir studinya dengan judul “ **Faktor-faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan aktifitas fisik pada pasien pasca serangan infark miokard akut di ICCU RSUD Dr. Soetomo Surabaya** “ dan kami mengharap jawaban Saudara guna proses administrasi lebih lanjut. Sebagai bahan pertimbangan Saudara bersama ini kami lampirkan foto kopi surat permohonan yang bersangkutan.

Atas perhatiandan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

A.n. Kepala Bidang Litbang
Kasi Litbang II,


Supriyanto SKM, MM
NIP. 140 106 458

Tembusan Yth :
Koordinator penelitian unit kerja

Lampiran 7
PEMERINTAH PROPINSI DAERAH TINGKAT I JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
“ GEDUNG BEDAH PUSAT TERPADU ”
SEKRETARIAT GBPT : (031) 5501340 - 46
EKSTENSI : 4109, 4113, 4105, 4114
Jl. Mayjend. Prof. Dr.Moestopo 6 - 8
SURABAYA

NOTA DINAS


Kepada Yth, : Kepala Bidang Litbang RSDS
 Dari : Kepala GBPT.
 Tanggal : 15 Januari 2002.
 Nomor : 070/009/308/SEK-GBPT/1/2002.
 Lampiran : -
 Sifat : -
 Perihal : **Ijin untuk mengadakan penelitian di GBPT.**

Dengan hormat,
 Menunjuk surat Saudara nomor. 070/02/308/Litb/1/2002 tanggal 3
 Januari 2002 perihal tersebut pada surat, atas :

N a m a : DAHLAN D. AHMAD
 No. Pokok : 010030179 - B

Kami dapat menyetujui dan mengijinkan Sdr. Dahlan untuk
 mendapatkan data-data dan mengadakan penelitian di GBPT guna
 keperluan dalam studinya.

Atas perhatian dan kerjasamanya yang baik, kami ucapkan
 terimakasih.


Kepala GBPT
Dr. ROERWADI, SpB/SpBA
NIP. 140 067 389

Tembusan : Kepada Yth,

1. Koordinator ICCU - GBPT
2. Koordinator Litbang - GBPT

SKRIPSI

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN...

DAHLAN D. AHMAD

Lampiran 8

SKRIP NOMOR	REKAPITULASI DATA													
	PEKERJAAN		UMUR		PENGETAHUAN		MOBILISASI		AKTIFITAS		MINIM		TOTAL	
	AKTIF	PASIF	20-50	51-80	TAHU	TIDAK	AKTIF	PASIF	AKTIF	PARSIAL	MINIM	PARSIAL	TOTAL	TOTAL
1	1	0	0	49	0	0	1	8	5	4	3	1		
2	1	0	0	58	0	0	1	8	5	3	4	1		
3	0	1	0	67	0	0	1	8	5	3	4	1		
4	0	1	45	0	0	0	1	7	6	2	5	1		
5	0	1	0	56	0	0	1	9	3	2	5	1		
6	0	1	0	69	0	0	1	6	7	4	3	1		
7	1	0	0	69	1	0	0	11	2	3	4	1		
8	1	0	0	57	0	0	1	11	2	3	4	1		
9	0	1	41	0	0	0	1	6	7	3	4	1		
10	1	0	0	77	1	0	0	8	5	4	3	1		
11	0	1	0	80	0	0	1	6	7	4	3	1		
12	0	1	50	0	0	0	1	3	10	2	4	2		
13	0	1	0	70	0	0	1	6	7	5	2	1		
14	1	0	0	70	0	0	1	4	9	6	2	1		
15	0	1	0	61	0	0	1	3	10	5	2	1		
16	1	0	0	56	0	0	1	6	7	5	3	1		
17	0	1	0	65	0	0	1	4	9	4	2	2		
18	1	0	0	60	0	0	1	3	10	4	2	2		
19	0	1	0	70	0	0	1	5	8	4	2	2		
20	0	1	0	64	0	0	1	4	9	4	2	2		
21	1	0	0	72	0	0	1	8	5	5	2	1		
22	0	1	37	0	0	0	1	3	10	4	3	1		
23	0	1	50	0	0	0	1	5	8	5	2	1		
24	0	1	0	68	0	0	1	6	7	3	4	1		
25	0	1	0	69	0	0	1	4	9	4	3	1		
26	1	0	0	51	0	0	1	5	8	5	2	1		
27	0	1	0	69	0	0	1	3	10	4	3	1		
28	0	1	0	51	0	0	1	3	10	5	2	1		
29	0	1	0	55	0	0	1	6	7	2	5	1		
30	0	1	0	67	0	0	1	4	9	3	4	1		
JUMLAH	10	20	6	24	2	28	10	10	20	19	11	0		
PERCENT	33,3	66,7	20	80	6,7	93,3	33,3	66,7	63,3	36,7	0	0		

FAKTOR-FAKTOR YANG BERTERKAITAN...

DAHLAN D. AHMAD

Cross Tab

Lampiran 9

	pengetah	umur	pekerjaa	mobilisa	aktif
1	Tidak ta	20-50	Aktif	Aktif	Baik
2	Tidak ta	51-80	Aktif	Aktif	Sedang
3	Tidak ta	51-80	Pasif	Aktif	Sedang
4	Tidak ta	20-50	Pasif	Aktif	Sedang
5	Tidak ta	51-80	Pasif	Aktif	Sedang
6	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
7	Tahu	51-80	Aktif	Aktif	Sedang
8	Tidak ta	51-80	Aktif	Aktif	Sedang
9	Tidak ta	20-50	Pasif	Pasif	Sedang
10	Tahu	51-80	Aktif	Aktif	Baik
11	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
12	Tidak ta	20-50	Pasif	Pasif	Sedang
13	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
14	Tidak ta	51-80	Aktif	Pasif	Baik
15	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
16	Tidak ta	51-80	Aktif	Pasif	Baik
17	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
18	Tidak ta	51-80	Aktif	Aktif	Baik
19	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
20	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
21	Tidak ta	51-80	Aktif	Aktif	Baik
22	Tidak ta	20-50	Pasif	Pasif	Baik
23	Tidak ta	20-50	Pasif	Pasif	Baik
24	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Sedang
25	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
26	Tidak ta	51-80	Aktif	Pasif	Baik
27	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
28	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Baik
29	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Sedang
30	Tidak ta	51-80	Pasif	Pasif	Sedang

Crosstabs

Case Processing Summary

Lampiran 10

	Cases	
	Valid	
	N	Percent
Pengetahuan * Mobilisasi	30	100,0%

Case Processing Summary

	Cases			
	Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Mobilisasi	0	,0%	30	100,0%

Pengetahuan * Mobilisasi Crosstabulation

			Mobilisasi		Total
			Pasif	Aktif	
Pengetahuan	Tidak tahu	Count	20	8	28
		Expected Count	18,7	9,3	28,0
		% within Pengetahuan	71,4%	28,6%	100,0%
		Std. Residual	,3	-,4	
		Adjusted Residual	2,1	-2,1	
	Tahu	Count	0	2	2
		Expected Count	1,3	,7	2,0
		% within Pengetahuan	,0%	100,0%	100,0%
		Std. Residual	-1,2	1,6	
		Adjusted Residual	-2,1	2,1	
Total	Count	20	10	30	
	Expected Count	20,0	10,0	30,0	
	% within Pengetahuan	66,7%	33,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,286 ^b	1	,038		
Continuity Correction ^a	1,674	1	,196		
Likelihood Ratio	4,688	1	,030		
Fisher's Exact Test				,103	,103
Linear-by-Linear Association	4,143	1	,042		
N of Valid Cases	30				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,67.

Crosstabs

Case Processing Summary

Lampiran 11

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pekerjaan * Mobilisasi	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Pekerjaan * Mobilisasi Crosstabulation

			Mobilisasi		Total
			Pasif	Aktif	
Pekerjaan	Pasif	Count	17	3	20
		Expected Count	13,3	6,7	20,0
		% within Pekerjaan	85,0%	15,0%	100,0%
		Std. Residual	1,0	-1,4	
		Adjusted Residual	3,0	-3,0	
Aktif	Aktif	Count	3	7	10
		Expected Count	6,7	3,3	10,0
		% within Pekerjaan	30,0%	70,0%	100,0%
		Std. Residual	-1,4	2,0	
		Adjusted Residual	-3,0	3,0	
Total		Count	20	10	30
		Expected Count	20,0	10,0	30,0
		% within Pekerjaan	66,7%	33,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,075 ^b	1	,003		
Continuity Correction ^a	6,769	1	,009		
Likelihood Ratio	9,065	1	,003		
Fisher's Exact Test				,005	,005
Linear-by-Linear Association	8,773	1	,003		
N of Valid Cases	30				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,33.

Crosstabs**Case Processing Summary****Lampiran 12**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Umur * Mobilisasi	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

Umur * Mobilisasi Crosstabulation

			Mobilisasi		Total
			Pasif	Aktif	
Umur	20-50	Count	4	2	6
		Expected Count	4,0	2,0	6,0
		% within Umur	66,7%	33,3%	100,0%
		Std. Residual	,0	,0	
		Adjusted Residual	,0	,0	
51-80	Count	Count	16	8	24
		Expected Count	16,0	8,0	24,0
		% within Umur	66,7%	33,3%	100,0%
		Std. Residual	,0	,0	
		Adjusted Residual	,0	,0	
Total	Count	Count	20	10	30
		Expected Count	20,0	10,0	30,0
		% within Umur	66,7%	33,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,000 ^b	1	1,000		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,000	1	1,000		
Fisher's Exact Test				1,000	,674
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000		
N of Valid Cases	30				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.