

# **Kebutuhan Informasi Pasien Pasca Infark Miokard**



**Dr. Emil Huriani, S.Kp, MN**

# Kebutuhan Informasi Pasien Pasca Infark Miokard

Dr. Emil Huriani, S.Kp, MN

**Penerbit**



# Kebutuhan Informasi Pasien Pasca Infark Miokard

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Isi di luar tanggung jawab percetakan.

Ketentuan pidana pasal 72 UU No. 19 Tahun 2002.

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan penjara paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah) atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta atau hak terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

Copyright © 2022

Penulis : Dr. Emil Huriani, S.Kp, MN  
Editor : Hema Malini, S.Kp, MN, Ph.D  
Design Cover : Image by Freepik  
Layout Isi : Tim Penulis

**ISBN : 978-623-7969-95-2**

Diterbitkan oleh :  
Pustaka Galeri Mandiri  
Perum Batu Kasek E11, Jl. Batu Kasek, Pagambiran Ampalu Nan XX  
Lubuk Begalung, Padang. SUMBAR. 25226  
e-mail : [pgm@pustakagalerimandiri.co.id](mailto:pgm@pustakagalerimandiri.co.id)  
homepage : [pustakagalerimandiri.co.id](http://pustakagalerimandiri.co.id)  
fanspage FB : Pustaka Galeri Mandiri, Instagram : @pustakagaleri  
Youtube : pustaka galeri mandiri  
Jurnal Ilmiah : <http://jurnal.pustakagalerimandiri.co.id>

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillahahirabbilalamiin. Segala puji bagi Allah yang dengan segala nikmat-Nya sehingga buku yang berjudul “Kebutuhan Informasi Pasien Pasca Infark Miokard” ini telah selesai disusun.

Pasien dengan penyakit jantung memiliki kemampuan manajemen diri dan pemantauan gejala dan faktor risiko yang rendah. Kemampuan tersebut seharusnya sudah diberikan melalui pendidikan kesehatan yang menggunakan pendekatan patient centered care. Perlu diidentifikasi kebutuhan informasi pasien infark miokard menurut persepsi pasien, keluarga pasien dan perawat serta membuat perbandingan atas persepsi pasien, keluarga dan perawat tentang kebutuhan informasi pasien infark miokard pada fase akut, fase sub akut dan fase pasca akut. Untuk menjawab masalah tersebut, telah dilakukan sebuah penelitian deskriptif komparatif, dimana pengumpulan data dilakukan dengan metode survey menggunakan Cardiac Patient Learning Need Inventory (CPLNI).

Dengan ini, penyusun berharap agar buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca dalam penyusunan media informasi dan edukasi terstandar yang berkualitas yang dapat memenuhi kebutuhan informasi pasien infark miokard selama perawatan akut, sub akut dan pasca serangan akut yang sesuai dengan prioritas informasi yang dibutuhkan oleh pasien pada saat. Akhir kata penyusun sangat mengharapkan kritik dan saran dari pembaca sekalian untuk kesempurnaan buku ini. Bersama ini kami ingatkan para pembaca untuk tidak memperbanyak bahan ini tanpa seizin penulis.

Padang, November 2022

Penulis

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB I Pendahuluan .....	1
BAB II Infark Miokard .....	9
A. Definisi.....	9
B. Etiologi Infark Miokard .....	11
C. Patofisiologi .....	12
D. Manifestasi klinik .....	13
E. Penatalaksanaan medis .....	14
F. Penatalaksanaan selama di rumah sakit .....	15
G. Persiapan pemulangan pasien infark miokard .....	17
H. Intervensi setelah pemulangan.....	17
BAB III Kebutuhan pasien yang dirawat di rumah sakit .....	21
A. Kebutuhan Pasien .....	22
B. Kebutuhan informasi.....	23
C. Kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard.....	26
D. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan informasi kesehatan.....	28
E. Langkah-langkah dalam pengkajian kebutuhan informasi .....	29
F. Instrumen pengukuran kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard.....	31
G. Pentingnya pengetahuan tentang penyakit jantung.....	37
H. Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan informasi kesehatan .....	37
BAB IV Penyelidikan Fenomena .....	39
BAB V Kebutuhan Informasi Pasien Infark Miokard Menurut Persepsi Pasien.....	43
BAB VI Kebutuhan Informasi Pasien Infark Miokard Menurut Persepsi Keluarga Pasien .....	51

BAB VII Kebutuhan Informasi Pasien Infark Miokard Menurut Persepsi Perawat .....	57
BAB VIII Perbedaan Kebutuhan Informasi Pasien Jantung .....	63
BAB IX Implikasi Terhadap Penyusunan Media Pendidikan Kesehatan .....	67
BAB X Penutup .....	71
DAFTAR PUSTAKA .....	73
GLOSARIUM .....	84

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Karakteristik demografi pasien .....	43
Tabel 2. Rata-rata skor dan peringkat setiap domain dan secara keseluruhan kebutuhan informasi pasien jantung .....	45
Tabel 3. Karakteristik demografi keluarga pasien .....	51
Tabel 4. Rata-rata skor dan peringkat setiap domain dan secara keseluruhan kebutuhan informasi pasien jantung menurut persepsi keluarga pasien .....	53
Tabel 5. Karakteristik demografi perawat.....	57
Tabel 6. Rata-rata skor dan peringkat setiap domain dan secara keseluruhan kebutuhan informasi pasien jantung menurut persepsi perawat .....	58
Tabel 7. Perbedaan rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung .....	63

# **BAB I**

## **Pendahuluan**

Infark miokard merupakan salah satu penyakit pada kelompok penyakit kardiovaskular, spesifiknya pada subkelompok penyakit jantung koroner (Sanchis-Gomar et al., 2016). Pada pasien dengan infark miokard, terjadi nekrosis jaringan miokard (Thygesen et al., 2018), sebagai akibat dari adanya aterosklerosis pada arteri koronaria (Sanchis-Gomar et al., 2016).

Penyakit kardiovaskular masih menjadi penyebab kematian utama di seluruh dunia. Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab dari 17,6 juta kematian di dunia pada tahun 2021 (World Health Organization (WHO), 2021). Penyakit kardiovaskular juga merupakan penyebab kematian tertinggi diantara penyakit tidak menular pada usia dibawah 70 tahun (37%) dan 85% dari kematian ini terjadi di negara berkembang. Proporsi ini diprediksi akan terus meningkat setiap tahunnya. Proyeksi kedepan menunjukkan bahwa kematian akibat penyakit kardiovaskular pada tahun 2030 mencapai 23,6 juta orang (Angell et al., 2020). WHO menargetkan 25% penurunan mortalitas akibat penyakit tidak menular, salah satunya akibat penyakit kardiovaskular (World Health Organization (WHO), 2014).

Terdapat variasi dari berbagai negara mengenai kejadian dan kematian akibat penyakit jantung secara umum dan khususnya penyakit jantung iskemik. Pada tahun 2020, diperkirakan 50% warga di Amerika Serikat berusia lebih dari 20 tahun memiliki penyakit jantung, atau 6,2% dari populasi (Angell et al., 2020). Adapun prevalensi infark miokard di Amerika Serikat adalah 2,8% dari total populasi, dengan perkiraan bahwa setiap 42 detik, terdapat 1 orang di Amerika Serikat mengalami infark miokard. Prevalensi ini lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Di Amerika Serikat, diperkirakan 34% penduduk

yang mengalami serangan jantung meninggal dan sekitar 15% dari pasien infark miokard meninggal setelah serangan. Faktor yang mempengaruhi kematian pada 30 hari serangan termasuk pendidikan kesehatan (Mozaffarian et al., 2016).

Dibandingkan dengan negara barat, negara-negara di asia tengah memiliki tingkat kematian akibat penyakit jantung iskemik yang lebih tinggi tetapi negara-negara di asia timur dan tenggara memiliki tingkat kematian yang lebih rendah. Di Jepang, kematian akibat penyakit jantung iskemik menempati 8,3% dari semua penyebab kematian pada tahun 2011 (World Health Organization, 2021). Di Asia, terdapat 3,3% dari penduduk berusia lebih dari 18 tahun menderita penyakit jantung koroner (Mozaffarian et al., 2016). Faktanya, walaupun merupakan penyebab kematian terbesar di seluruh dunia, insiden penyakit jantung koroner di negara berkembang menduduki proporsi yang cukup besar, sedangkan di negara maju terdapat penurunan kematian dan kesakitan akibat penyakit ini (Sanchis-Gomar et al., 2016). Namun hal ini tidak terjadi secara merata di seluruh dunia. Fenomena ini berkaitan dengan kecendrungan kejadian aterosklerosis dan pola konsumsi bahan makanan serta kebiasaan minum alcohol (Hata & Kiyohara, 2013; Ohira & Iso, 2013).

Di Indonesia, kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskular diperkirakan sebesar 37%, dan angka ini didominasi oleh kelompok usia 30 – 70 tahun (World Health Organization (WHO)., 2021). Terdapat sekitar 2% penduduk yang hidup dengan penyakit jantung koroner. Di Sumatera Barat pada tahun 2017, terdapat 1,8% penduduk yang hidup dengan penyakit jantung koroner dengan estimasi jumlah absolut penderita penyakit jantung koroner hampir mencapai 62.000 jiwa (Kemenkes RI, 2018).

Namun, penanganan infark miokard saat ini belum optimal. Program pengobatan fase akut telah mengalami perkembangan sehingga *Case fatality rate* setelah infark miokard

menurun secara signifikan sejak tahun 1990-an jumlah pasien yang sembuh dari infark miokard semakin meningkat. Namun demikian, pada orang-orang yang sembuh dari fase akut infark miokard memiliki peluang sakit dan meninggal 1,5-15 kali lebih tinggi dari populasi secara umum, tergantung pada jenis kelamin dan keadaan klinis. Pada orang-orang ini, risiko serangan infark miokard berikutnya, kematian mendadak, angina pectoris, gagal jantung dan stroke, pada laki-laki dan perempuan, lebih tinggi. Sekitar 17% laki-laki dan 21% perempuan berusia lebih dari 45 tahun, setelah serangan pertama infark miokard akut, mengalami serangan ulang infark miokard atau penyakit jantung koroner yang mematikan. Selain itu, sekitar 16% laki-laki dan 22% perempuan lainnya akan mengalami gagal jantung (Mozaffarian et al., 2016).

Kejadian perawatan ulang setelah 30 hari pada pasien STEMI adalah sekitar 5,4-10,3%, sedangkan kejadian perawatan ulang setelah 3 bulan adalah 9,3% dan 20,2% setelah 1 tahun (Rodriguez-padiol et al., 2017; Tripathi et al., 2019). Angka kematian 30 hari setelah pemulangan pada pasien STEMI adalah 2% (Brown et al., 2013). Penelitian lain menyebutkan *case fatality rate* 30 hari dan 1 tahun setelah pulang dari RS dan pada pasien STEMI dan NSTEMI adalah hampir sama (6% vs 6%), sedangkan setelah 8 tahun, kematian lebih banyak pada NSTEMI (26% vs 43%) (Kvakkestad et al., 2018). Penelitian lain menunjukkan kematian setelah pulang dari rumah sakit 3 bulan, 1 tahun dan 2 tahun lebih rendah pada pasien STEMI yang telah mendapatkan penanganan yaitu 6,1%, 11,5%, dan 16,4% dibandingkan dengan pasien NSTEMI yaitu 12,6%, 23,5%, dan 33,2% (Darling et al., 2013).

Orang-orang yang sembuh dari fase akut infark miokard memiliki peluang sakit dan meninggal 1,5-15 kali lebih tinggi dibandingkan dengan populasi secara umum berupa risiko serangan infark miokard berikutnya, kematian mendadak, angina pectoris, gagal jantung dan stroke lebih tinggi. Sekitar 17% laki-laki dan 21% perempuan berusia lebih dari 45 tahun, mengalami

serangan ulang infark miokard atau penyakit jantung koroner yang mematikan. Selain itu, sekitar 16% laki-laki dan 22% perempuan lainnya akan mengalami gagal jantung (Mozaffarian et al., 2016; Torabi et al., 2014). Sebanyak 30,6% pasien mengalami gagal jantung setelah serangan pertama infark miokard (Gerber et al., 2016).

Pasien dengan penyakit jantung memiliki kemampuan manajemen mandiri dan pemantauan gejala dan faktor-faktor risiko yang rendah (Herliani et al., 2015). Padahal, kemampuan-kemampuan tersebut sangat diperlukan untuk deteksi dini dan pengobatan terhadap perburukan penyakit, dan mengurangi risiko dirawat ulang di rumah sakit. Kemampuan-kemampuan tersebut seharusnya sudah diberikan melalui pendidikan kesehatan yang dimulai pada saat pasien dirawat di rumah sakit. Pendidikan kesehatan haruslah menggunakan pendekatan *patient-centered care*. Perawat sebagai edukator bagi pasien memiliki peran penting dalam proses pembelajaran termasuk dalam mengkaji masalah atau defisit dan kemampuan dari pasien, menyediakan informasi penting berbasis bukti dan menampilkannya dengan cara yang tepat dan unik, mengidentifikasi perkembangan yang terjadi, memberikan umpan balik dan tindak lanjut, memperkuat pembelajaran dalam perolehan pengetahuan, keterampilan, dan sikap baru, dan menentukan efektivitas pendidikan yang diberikan (Bastable, 2019).

Pasien yang pernah mendapat serangan jantung mengalami perubahan dibandingkan dengan sebelum sakit yang mengharuskan pasien untuk belajar lagi agar dapat hidup dengan perbedaan tersebut. Sekitar separuh pasien memiliki pengetahuan tentang perawatan diri, motivasi perawatan diri dan keterampilan perawatan diri pada tingkat yang tidak mencukupi (Alfasfos et al., 2016; Mirza et al., 2016).

Pasien infark miokard memiliki pengetahuan yang tidak adekuat tentang faktor risiko penyakit kardiovaskular. Sebanyak

51%-71% pasien yang dirawat di rumah sakit memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti konsumsi makanan berlemak, merokok, kegemukan dan aktifitas fisik (Dahal & Karki, 2017; Zuhaid et al., 2014). Sekitar 50-62% juga memiliki pengetahuan yang tidak adekuat tentang gejala penyakit (O'Brien et al., 2014) dan sebanyak 57% pasien memiliki pengetahuan yang rendah tentang perawatan pencegahan infark miokard 57% (Michalski et al., 2016). Pengetahuan yang tidak adekuat merupakan hambatan untuk perawatan mandiri setelah pulang dari rumah sakit dalam melakukan pencegahan sekunder, penatalaksanaan dini serangan berulang dan modifikasi lingkungan.

Kebutuhan informasi pasien berbeda sesuai perkembangan penyakit, mengalami perubahan sepanjang waktu, dan dipengaruhi oleh tradisi budaya dan tradisi spiritual pasien. Informasi dan pendidikan adalah salah satu kebutuhan utama pasien yang dirawat di rumah sakit. Pasien infark miokard yang dirawat di rumah sakit memiliki kebutuhan informasi pada tingkat tinggi (Almamari et al., 2019). Pasien dengan penyakit jantung memiliki lima domain kebutuhan meliputi anatomi dan fisiologi jantung, psikologis, gaya hidup, informasi obat, informasi diet, aktifitas fisik, manajemen gejala dan informasi tambahan lainnya (Nuraeni et al., 2018). Terdapat kemungkinan perbedaan pentingnya informasi kesehatan bagi pasien dan tim kesehatan (Gentil & Costa, 2016). Kebutuhan belajar dan dukungan setelah serangan infark miokard berhubungan juga dengan tingkat perawatan diri pasien.

Identifikasi kebutuhan belajar sangat penting untuk keberhasilan mendidik pasien dan menghasilkan perubahan perilaku dan pengendalian faktor risiko. Namun demikian, harus ditekankan bahwa pengetahuan tentang penyakit, pengobatan dan faktor risiko saja tidak menyebabkan perubahan perilaku. Oleh karena itu, orang mungkin bertanya, apa yang penting untuk dipelajari pasien tentang penyakit dan pengobatannya.

Sebelum pengajaran yang efektif dapat dimulai, penyedia layanan kesehatan harus terlebih dahulu menilai kebutuhan pendidikan dan gaya belajar pasien. Penurunan rawat inap berkontribusi pada pasien yang merasa kewalahan oleh sejumlah besar informasi yang diberikan kepada mereka pada tahap awal proses penyakit. Perpendekan masa inap di rumah sakit mengurangi waktu yang tersedia untuk mengajarkan pasien informasi yang diperlukan untuk pemulihan mereka. Dengan jumlah waktu yang tidak memadai, informasi dipadatkan. Informasi ringkas yang diberikan kepada pasien oleh anggota tim kesehatan mungkin bias menurut apa yang mereka anggap penting. Oleh karena itu, penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk menilai kebutuhan pembelajaran setiap pasien sebelum mengembangkan, menerapkan, dan mengevaluasi desain pendidikan (Hamdan & Al-Momani, 2015).

Pendidikan kesehatan yang tepat tidak hanya memberikan manfaat pada perilaku kesehatan pasien, tetapi juga pada pembiayaan. Pendidikan kesehatan pada pasien dengan penyakit jantung dapat meningkatkan proporsi kunjungan ke klinik dan menurunkan kejadian perawatan ulang, sehingga dapat mengurangi pembiayaan kesehatan oleh individu maupun oleh pemerintah (Seraji & Rakhshani, 2016). Lebih jauh lagi, diperlukan juga strategi pendidikan kesehatan yang dapat dilakukan di sistem pelayanan kesehatan dan efisien.

Berdasarkan masalah diatas, maka jelaslah bahwa diperlukan langkah awal berupa identifikasi kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard ditinjau dari persepsi pasien, persepsi keluarga dan persepsi perawat. Selain itu, diperlukan juga untuk mengidentifikasi kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard pada fase perawatan akut, fase sub akut dan fase pasca akut.

Tujuan penulisan buku ini adalah untuk menjelaskan kebutuhan informasi pasien infark miokard dan menjelaskan perbandingan persepsi pasien, keluarga dan perawat tentang kebutuhan informasi pasien infark miokard pada fase akut, fase sub akut dan fase pasca akut. Identifikasi kebutuhan informasi pasien infark miokard ini penting dilakukan karena jumlah kasus infark miokard meningkat setiap tahunnya seiring dengan berkembangnya gaya hidup modern. Selanjutnya, perkembangan ilmu pengetahuan tentang penatalaksanaan fase akut infark miokard perlu diiringi dengan pengembangan ilmu pengetahuan pada fase selanjutnya, sehingga keberlanjutan perawatan pada pasien dapat dilakukan dengan baik.

Pasien perlu dididik untuk bisa secara mandiri dalam melakukan perawatan diri, mencegah komplikasi dan pengambilan keputusan yang tepat saat terjadi serangan berulang. Program pelayanan kesehatan khususnya pendidikan kesehatan pasca infark miokard belum mendapatkan perhatian khusus pemerintah dan belum ada program pendidikan kesehatan terstruktur.



## **BAB II**

### **Infark Miokard**

#### **A. Definisi**

Secara patologis, infark miokard didefinisikan kematian sel miokard karena iskemia lama. Setelah terjadinya iskemia miokard, kematian sel secara histologis tidak segera terjadi, melainkan membutuhkan waktu setidaknya 10-15 menit untuk terbentuk. Selanjutnya, pada jaringan tersebut dapat terjadi nekrosis komplit jika tidak terbentuk sirkulasi kolateral, terjadi oklusi arteri yang persisten, miosit sensitif terhadap iskemia, kondisi awal yang kurang baik dan kebutuhan oksigen dan nutrisi yang tinggi. Pada cedera jaringan miokard, terdeteksi adanya peningkatan biomarker spesifik jantung seperti Troponin jantung (cTn) atau Kreatinin Kinase-fraksi MB (CKMB) (Thygesen et al., 2018).

Klasifikasi klinis infark miokard terdiri dari 5 tipe. Tipe 1 atau infark miokard spontan terjadi akibat ruptur plak aterosklerotik, ulserasi, fisura, erosi atau diseksi yang menghasilkan trombus intraluminal pada satu atau lebih arteri koroner yang berujung ke penurunan aliran darah miokard atau emboli platelet distal dengan nekrosis miosit. Kriteria untuk infark miokard tipe 1 adalah adanya gejala iskemia miokard akut, perubahan EKG iskemia baru, pembentukan gelombang Q patologis pada EKG, hasil pencitraan menunjukkan kehilangan viabilitas miokardium baru atau kelainan gerakan dinding regional baru dalam pola yang konsisten dengan etiologi iskemik dan teridentifikasi trombus koroner dengan angiografi termasuk pencitraan intrakoroner atau dengan otopsi (Thygesen et al., 2018).

Selanjutnya, pada infark miokard sekunder terhadap ketidakseimbangan iskemia (tipe 2), terjadi cedera miokard

lanjutan dengan nekrosis dimana kondisi selain penyakit arteri koronaria berkontribusi pada ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen miokard, seperti disfungsi endotel koroner, spasme arteri koronaria, emboli koroner, aritmia, anemia, gagal nafas, hipotensi atau hipertensi. Pada pasien dengan penyakit arteri koronaria yang diketahui tetapi stabil atau diduga, stresor akut seperti perdarahan gastrointestinal akut dengan penurunan hemoglobin yang drastis, atau takiaritmia berkelanjutan dengan manifestasi klinis iskemia miokard, dapat menyebabkan cedera miokard dan MI tipe 2. Efek ini disebabkan oleh aliran darah yang tidak mencukupi ke miokardium untuk memenuhi peningkatan kebutuhan oksigen miokard dari stresor (Thygesen et al., 2018).

Ketidakseimbangan suplai/permintaan oksigen miokard yang disebabkan oleh iskemia miokard akut mungkin multifaktorial, terkait baik dengan: penurunan perfusi miokard karena aterosklerosis koroner tetap tanpa ruptur plak, spasme arteri koroner, disfungsi mikrovaskular koroner (yang meliputi disfungsi endotel, disfungsi sel otot polos, dan disregulasi persarafan simpatis), emboli koroner, diseksi arteri koroner dengan atau tanpa hematoma intramural, atau mekanisme lain yang mengurangi suplai oksigen seperti bradiaritmia berat, gagal napas dengan hipoksemia berat, anemia berat, dan hipotensi/syok; atau peningkatan kebutuhan oksigen miokard karena takiaritmia yang berkelanjutan atau hipertensi berat dengan atau tanpa hipertrofi ventrikel kiri. Kriteria untuk infark miokard tipe 1 adalah adanya gejala iskemia miokard akut, perubahan EKG iskemia baru, pembentukan gelombang Q patologis pada EKG, dan hasil pencitraan menunjukkan kehilangan viabilitas miokardium baru atau kelainan gerakan dinding regional baru dalam pola yang konsisten dengan etiologi iskemik (Thygesen et al., 2018).

Infark miokard tipe 3 adalah infark miokard yang menyebabkan kematian dimana nilai biomarker tidak tersedia. Pada tipe ini kematian jantung dengan gejala menunjukkan

iskemia miokard dan perubahan elektrokardiogram (EKG) iskemik baru atau *Left Bundle Branch Block* (LBBB), tapi kematian terjadi sebelum pemeriksaan darah dapat dilakukan, sebelum biomarker jantung meningkat atau biomarker jantung tidak diperiksa. Klasifikasi selanjutnya adalah infark miokard yang terjadi berkaitan dengan prosedur revaskularisasi. Infark miokard tipe 4a terjadi berkaitan dengan intervensi koroner perkutan (*percutaneous coronary intervention/PCI*) sedangkan infark miokard tipe 4b terjadi berkaitan dengan trombosis stent. Terakhir, infark miokard berkaitan dengan *coronary artery bypass grafting* (CABG) atau tipe 5 (Thygesen et al., 2018).

Infark miokard berulang (*recurrent myocardial infarction*) merupakan kondisi yang menunjukkan karakteristik infark miokard yang terjadi setelah 28 hari serangan pertama infark miokard. Sebaliknya, istilah reinfark (*reinfarction*) digunakan jika terjadi serangan ulang dalam rentang 28 hari setelah infark pertama. Pemberian istilah ini dilakukan untuk tujuan epidemiologi (Thygesen et al., 2018).

## **B. Etiologi Infark Miokard**

Penyakit aterosklerosis disebabkan akibat kelainan metabolisme lipid, koagulasi darah, dan keadaan biofisika serta biokimia dinding arteri. Kajian epidemiologis menunjukkan bahwa ada berbagai kondisi yang mendahului atau menyertai penyakit jantung koroner. Kondisi tersebut dinamakan faktor resiko karena satu atau beberapa diantaranya dapat meningkatkan resiko seseorang untuk mengalami penyakit jantung koroner. Faktor resiko ada yang dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor resiko penyakit infark miokard secara umum meliputi: kolesterol yang meningkat, merokok, berat badan yang berlebih (obesitas), diabetes melitus, hipertensi sistemik, berjenis kelamin laki-laki, riwayat penyakit keluarga, kepribadian, aktivitas fisik, dan gangguan pembekuan (Junehag et al., 2014).

Infark miokard banyak terjadi pada orang-orang yang memiliki tekanan darah tinggi, kadar kolesterol dan trigliserida tinggi, merokok, obesitas, intoleransi glukosa, dan gaya hidup santai (Hussain et al., 2016; Roffi et al., 2015). Namun demikian, penelitian menunjukkan bahwa stress dapat memicu terjadinya infark miokard. Stress di tempat bekerja meningkatkan risiko penyakit jantung koroner sebanyak 1,3 kali lipat (Steptoe & Kivimaki, 2013).

### **C. Patofisiologi**

Pada infark miokard, terjadi kerusakan miokardium permanen karena ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen miokard akibat oklusi total arteri koroner akibat ruptur plak aterosklerosis dan pembentukan trombus yang mengikutinya. Penyebab lain infark miokard meliputi vasospasme arteri koronaria, penurunan suplai oksigen terkait dengan kehilangan darah akut, anemia atau penurunan tekanan darah, dan peningkatan kebutuhan oksigen pada takikardi, tirotoksokosis dan penggunaan kokain. Area infark terbentuk setelah beberapa menit atau jam. Jika sel kekurangan oksigen, terbentuk iskemia, terjadi cedera sel dan kekurangan oksigen selanjutnya mengakibatkan infark atau kematian sel (Harding & Kwong, 2019).

Infark miokard dijelaskan berdasarkan tipe (NSTEMI dan STEMI), berdasarkan lokasi cedera pada dinding ventrikel (anterior, inferior, posterior, atau lateral) dan waktu dalam proses infark (akut, perkembangan, atau lama). STEMI didefinisikan sebagai MI dengan elevasi segmen ST pada dua sadapan yang berdekatan pada EKG (kriteria agak berbeda tergantung pada sadapan mana yang terlibat) yang paling sering memiliki oklusi lengkap arteri koroner epikardial. Sebaliknya, NSTEMI didefinisikan sebagai depresi ST atau perubahan iskemik EKG lainnya yang tidak memenuhi kriteria STEMI (Saleh & Ambrose, 2018). Untuk menjelaskan tipe, lokasi dan proses infark, dapat diinterpretasikan dari hasil EKG (Harding & Kwong, 2019).

#### **D. Manifestasi klinik**

Nyeri dada yang terjadi tiba-tiba dan berlanjut walaupun istirahat dan pengobatan merupakan gejala awal pada kebanyakan pasien dengan infark miokard. Sebagian pasien memiliki gejala yang sudah lama atau diagnosis penyakit arteri koroner. Gejala lain yang menyertai meliputi nyeri dada, nafas pendek, gangguan pencernaan, mual, dan kecemasan. Pemeriksaan kulit menunjukkan kulit dingin, pucat, dan lembab. Frekuensi jantung dapat meningkat melebihi normal. Tanda dan gejala ini, yang terjadi akibat stimulasi sistem saraf simpatis, dapat terjadi sementara atau bertahan lama. Umumnya, tanda dan gejala infark miokard tidak dapat dibedakan dengan angina tidak stabil dan sindrom koroner akut lainnya (Harding & Kwong, 2019). Namun gejala ini tidak spesifik untuk iskemia miokard dan dapat diamati pada kondisi lain seperti keluhan gastrointestinal, neurologis, paru, atau muskuloskeletal. MI dapat terjadi dengan gejala atipikal seperti palpitasi atau henti jantung, atau bahkan tanpa gejala (Thygesen et al., 2018).

Jika iskemia miokard ditemukan secara klinis atau terdeteksi oleh perubahan EKG bersama dengan cedera miokard, yang dimanifestasikan oleh pola peningkatan dan/atau penurunan nilai cTn, diagnosis MI akut tepat. Jika iskemia miokard tidak terjadi secara klinis, maka peningkatan kadar cTn dapat menjadi indikasi cedera miokard akut jika pola nilainya meningkat dan/atau menurun, atau terkait dengan cedera kronis yang sedang berlangsung jika polanya tidak berubah. Pertimbangan serupa relevan saat mengevaluasi kejadian yang berpotensi terkait dengan prosedur yang dapat menyebabkan cedera miokard dan/atau MI. Evaluasi tambahan dapat menyebabkan perlunya diagnosis awal direvisi (Thygesen et al., 2018).

## E. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan fase kritis didominasi oleh penggunaan obat-obatan untuk memperbaiki kerusakan otot jantung setelah infark miokard dan pemeriksaan invasif dan non-invasif untuk mengetahui derajat kerusakan miokard dan penyembuhannya. Obat-obatan yang digunakan meliputi golongan antiplatelet, beta bloker, *inhibitor system* renin-angiotensin-aldosteron dan statin (Ibanez et al., 2017; Roffi et al., 2015). Selama di rumah sakit, pasien dirawat di unit perawatan jantung atau unit pemantauan yang setara dimana staf perawatan familiar dengan manajemen sindrom koroner akut, aritmia, gagal jantung, dukungan sirkulasi mekanik, dan pemantauan hemodinamik invasif dan non-invasif kompleks, pemantauan pernafasan, dan juga teknik penurunan suhu tubuh. Pemantauan EKG dilakukan selama sekurang-kurangnya 24 jam setelah onset gejala. Terkait ambulasi, pasien dengan kerusakan ventrikel kiri yang signifikan harus istirahat di tempat tidur selama hari pertama (Ibanez et al., 2017).

Tujuan penatalaksanaan medis adalah meminimalkan kerusakan miokard, mengembalikan fungsi miokard dan mencegah komplikasi (Harding & Kwong, 2019). Terapi reperfusi mekanik atau farmakologis harus dilakukan dalam 12 jam pertama pada pasien dengan gejala klinis dan dengan segmen ST elevasi atau adanya LBBB atau pada onset lebih dari 12 jam dengan gejala klinis dan bukti EKG yang menunjukkan iskemia. Strategi reperfusi dapat meliputi *Primary percutaneous coronary intervention* (PCI), terapi fibrinolitik atau *coronary artery bypass surgery*, tergantung dari onset infark miokard, kemampuan dari fasilitas kesehatan dan derajat kerusakan arteri koroner. Pada pasien yang tidak mendapat atau kontraindikasi dilakukan terapi reperfusi, harus diberikan aspirin, clopidogrel dan agen antitrombin (unfraction heparin, enoxaparin atau fondaparinux) sesegera mungkin.

Strategi manajemen akut STEMI yang lebih disukai adalah PCI terhadap lesi infark jika pasien berada di rumah sakit yang

memiliki kemampuan ini. Jika tidak, agen trombolitik masih digunakan ketika PCI tidak dapat dilakukan dengan cepat setelah pasien datang, biasanya karena pasien dirawat di rumah sakit yang tidak mampu melakukan PCI. Biasanya, trombolitik digunakan hanya dalam waktu 6 sampai 12 jam setelah timbulnya gejala, dan penyelamatan miokard membantu ketika agen diberikan dalam beberapa jam dari timbulnya gejala. Setelah intervensi trombolitik, pasien sering dipindahkan ke rumah sakit berkemampuan PCI untuk angiografi dan kemungkinan PCI pada arteri yang mengalami infark. Hal ini diperlukan karena biasanya terdapat penyempitan sisa yang parah pada lesi yang berhubungan dengan infark setelah trombus larut sebagian dan stent diperlukan untuk memaksimalkan pembukaan arteri (Saleh & Ambrose, 2018).

Pada NSTEMI, pedoman merekomendasikan stratifikasi risiko awal untuk membantu memutuskan pengelolaan hilir. Pasien dalam kategori risiko yang lebih tinggi biasanya mengejar strategi invasif (angiografi diikuti oleh PCI atau CABG, jika diindikasikan) bersama dengan terapi medis yang optimal. Pasien dengan risiko lebih rendah umumnya dikelola secara konservatif. Sebagian besar pasien akan menjalani angiografi koroner selama rawat inap baik secara invasif maupun noninvasif dengan computed tomographic angiography (Saleh & Ambrose, 2018).

## **F. Penatalaksanaan selama di rumah sakit**

Selama di rumah sakit, pasien dirawat di unit perawatan jantung atau unit pemantauan yang setara dimana staf perawatan familiar dengan manajemen sindrom koroner akut, aritmia, gagal jantung, dukungan sirkulasi mekanik, dan pemantauan hemodinamik invasif dan non-invasif kompleks, pemantauan pernafasan, dan juga teknik penurunan suhu tubuh. Pemantauan EKG dilakukan selama sekurang-kurangnya 24 jam setelah onset gejala. Terkait ambulasi, pasien dengan kerusakan ventrikel kiri

yang signifikan harus istirahat di tempat tidur selama hari pertama (Ibanez et al., 2017).

Penatalaksanaan fase rawat inap pada infark miokard memerlukan pendekatan multidisipliner, yang tujuannya adalah untuk optimalisasi proses perencanaan pulang. Persiapan sebelum pulang bagi pasien infark miokard meliputi penjelasan obat, rujukan ke rehabilitasi jantung, rekomendasi aktivitas, pendidikan tentang modifikasi gaya hidup dan pengenalan gejala jantung dan rencana tindak lanjut yang jelas. Pengobatan yang umumnya diterima pasien saat pemulangan yaitu antiplatelet, statin, beta bloker, dan ACE inhibitor. Kepatuhan pengobatan, khususnya 90 hari setelah serangan akut harus menjadi perhatian karena terkait dengan pembiayaan, jumlah obat yang relatif banyak, jadwal mengkonsumsi obat, dan efek samping obat. Konseling modifikasi gaya hidup terutama terkait diet, latihan, dan berhenti merokok, dilakukan agar pasien bersama dengan tenaga kesehatan dapat menyusun target perubahan perilaku saat di rumah (Tuna & Pakyüz, 2021). Pasien yang pernah mengalami sindrom koroner akut memiliki peningkatan risiko kematian sebanyak 4 kali lipat dalam 6 bulan jika tidak mematuhi rekomendasi diet, bertahan dengan gaya hidup santai dan tetap merokok (Chow et al., 2010).

Tujuan manajemen pada tahap rawat inap adalah:

- a. Optimalisasi farmakoterapi pada pasien jantung terbaring
- b. Pencegahan sekuel imobilitasi
- c. Peningkatan kapasitas latihan
- d. Evaluasi kondisi mental pasien, pengurangan kecemasan dan dukungan mental
- e. Pendidikan kesehatan

Rehabilitasi fisik tergantung pada keparahan infark dan kontraindikasi yang mungkin dimulai setelah 12-48 jam istirahat setelah kondisi pasien stabil (2-3 hari). Selama hari-hari pertama setelah infark miokard rehabilitasi harus memakai

*electrocardiographic* (ECG) untuk memonitoring aktivitas jantung.

### **G. Persiapan pemulangan pasien infark miokard**

Persiapan sebelum pulang bagi pasien infark miokard meliputi penjelasan obat, rujukan ke rehabilitasi jantung, rekomendasi aktivitas, pendidikan tentang modifikasi gaya hidup dan pengenalan gejala jantung dan rencana tindak lanjut yang jelas. Pengobatan yang umumnya diterima pasien saat pemulangan yaitu antiplatelet, statin, beta bloker, dan ACE inhibitor. Kepatuhan pengobatan, khususnya 90 hari setelah serangan akut harus menjadi perhatian karena terkait dengan pembiayaan, jumlah obat yang relatif banyak, jadwal mengkonsumsi obat, dan efek samping obat. Konseling modifikasi gaya hidup terutama terkait diet, latihan, dan berhenti merokok, dilakukan agar pasien bersama dengan tenaga kesehatan dapat menyusun target perubahan perilaku saat di rumah (Zhang et al., 2017).

### **H. Intervensi setelah pemulangan**

Penyakit jantung koroner merupakan kondisi kronis, dan pasien yang sembuh dari infark miokard memiliki risiko tinggi terjadinya serangan baru dan kematian mendadak. Manajemen jangka panjang dapat dimulai selama perawatan di rumah sakit melalui pendidikan kesehatan, dan karena perubahan gaya hidup tidak dapat dilakukan dalam waktu singkat, intervensi ini perlu dilanjutkan melalui perawatan jangka panjang (Ibanez et al., 2017). Pasien perlu mengikuti program rehabilitasi jantung untuk membantu mencapai perubahan gaya hidup terutama terkait latihan dan diet. Rekomendasi aktivitas sehari-hari seperti aktivitas seksual, mengendarai mobil, perjalanan udara dan aktivitas yang membebani pasien secara fisik, pada dasarnya sudah ada standarnya, namun pelaksanaannya perlu memperhatikan proses penyembuhan individual dan hasil uji

stress latihan. Selanjutnya, pasien perlu mendapat penjelasan tentang pengenalan gejala jantung, mengaktifkan system respon darurat, dan cara menggunakan nitrogliserin. Terakhir, jadwal kunjungan ulang pada pasien ini perlu ditetapkan. Pada saat kunjungan ulang dapat dilakukan pengkajian gejala, perubahan pengobatan, pengkajian risiko kardiovaskular, status psikologis, dan pembatasan aktivitas (Darsin Singh et al., 2018; O'Brien et al., 2014). Suatu program terstandar diharapkan dapat menjamin terlaksananya perencanaan yang telah ditetapkan.

Rehabilitasi jantung setelah pulang dari rumah sakit atau rehabilitasi tahap II harus dimulai sesegera mungkin I. Tahap ini dimulai 2-3 minggu setelah terjadinya infark miokard. Kegiatan yang boleh dilakukan yaitu: berjalan dengan berbagai jarak, bersepeda, bermain badminton atau tenis meja, berenang suhu air 27-30 derajat dan berkebun. Adapun kegiatan yang tidak boleh dilakukan oleh pasien pada tahap ini adalah: mengangkat beban berat, mendorong gerobak, mobil, mengganti ban mobil, menyekop dan menggali.

Perawatan jangka panjang meliputi intervensi gaya hidup dan terapi obat. Intervensi gaya hidup dan pengontrolan faktor risiko meliputi (a) penghentian merokok, (b) diet dan pengontrolan berat badan, (c) aktivitas fisik, (d) pengontrolan tekanan darah, (e) intervensi faktor psikososial, (f) program rehabilitasi berbasis aktivitas, dan (g) pengembalian aktivitas. Selanjutnya, terapi obat yang digunakan meliputi (1) terapi antitrombus (antiplatelet dan antitrombus tunggal, dual dan tripel), (2) beta bloker, (3) terapi penurunan lemak, (4) nitrat, (5) antagonis kalsium, (6) ACE inhibitor dan reseptor angiotensin bloker, (7) antagonis aldosterone, dan (8) magnesium, glukosa-insulin-potasium, lidokain (Ibanez et al., 2017).

Tahap pemeliharaan atau rehabilitasi jantung tahap III dapat dilakukan secara rawat jalan pada pasien yang tinggal di rumah atau berada di fasilitas rehabilitasi khusus. Biasanya

dilakukan 2-4 bulan setelah infark miokard. Pasien juga tidak memerlukan pengawasan khusus. Sasaran dari tahap ini yaitu:

- a. Kontrol farmakologi
- b. Menjaga kondisi mental dan fisik secara optimal
- c. Pengurangan faktor risiko penyakit arteri koroner
- d. Promosi kesehatan tentang gaya hidup sehat

Rehabilitasi jantung tahap III dapat mencakup berbagai bentuk aktivitas fisik. Intensitas latihan harus bersifat individual. Aktivitas yang direkomendasikan meliputi kegiatan berjalan, bersepeda, pelatihan kebugaran umum, dan permainan tim (tanpa olahraga pesaing). Sesi pelatihan harus dilakukan setidaknya dua kali seminggu dan terakhir 45-60 menit.

Program rehabilitasi jantung yang komprehensif harus bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko setiap pasien, menetapkan tujuan pengurangan risiko dan kemudian membantu pasien mencapai tujuan ini melalui modifikasi gaya hidup, latihan yang diawasi, dan obat-obatan.

Hal yang dianjurkan pada pasien jantung yaitu:

- a. Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik dapat diartikan sebagai gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot pada rangka sehingga membutuhkan pengeluaran energi dan meningkatkan manfaat kesehatan. Olahraga dapat didefinisikan sebagai gerakan tubuh yang direncanakan, terstruktur, dan teratur dilakukan untuk meningkatkan atau mempertahankan satu atau lebih komponen kebugaran fisik. Penelitian yang dilakukan bertahun-tahun telah menunjukkan bahwa peningkatan aktivitas fisik waktu luang, serta pelatihan olahraga terstruktur, memainkan peran penting dalam mengurangi mortalitas *Arteriosclerotic Heart Disease* (ASHD).

b. Resep Latihan

Resep latihan yang komprehensif untuk pasien jantung termasuk kegiatan yang dilakukan dalam program yang diawasi secara formal, serta kegiatan fisik sehari-hari. Program latihan, frekuensi, intensitas, dan durasi latihan yang tepat, harus disesuaikan dengan sesuai dengan kondisi umum kardiovaskular pada pasien.

c. Konseling Nutrisi

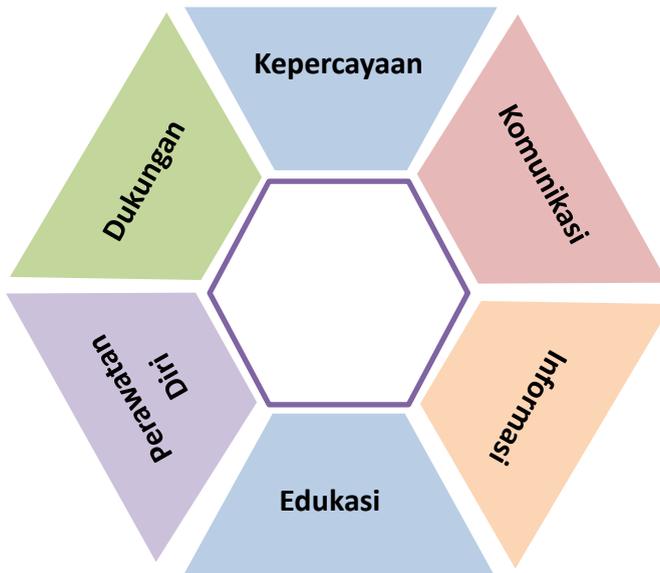
Pentingnya untuk menilai dari diet pasien untuk mendapatkan perkiraan total asupan kalori, serta konsumsi harian lemak jenuh, kolesterol, natrium, dan nutrisi lainnya. Diet rendah lemak (terutama lemak jenuh), dan tinggi karbohidrat kompleks harus direkomendasikan kepada pasien. Sebagai pedoman umum, diet harus terdiri dari 50-60% kalori dari karbohidrat, hingga 30% dari lemak (dengan lemak jenuh membentuk 10% atau kurang), dan 10-15% dari protein. Rencana individual harus dirumuskan, tergantung pada keberadaan faktor risiko, seperti diabetes, hipertensi, dan hiperkolesterolemia.

## BAB III

### Kebutuhan pasien yang dirawat di rumah sakit

#### A. Kebutuhan pasien

Kebutuhan pasien merupakan konsep yang dinamis yang berubah sepanjang waktu dan sesuai dengan perkembangan penyakit. Kebutuhan pasien selama dirawat di rumah sakit meliputi: kepercayaan, komunikasi, informasi, edukasi, perawatan diri dan dukungan (Polikandrioti & Ntokou, 2011). Kepercayaan diperlukan untuk menciptakan hubungan yang harmonis antara pasien dan tenaga kesehatan, dan untuk menghasilkan kerjasama yang baik. Kepercayaan dapat dihasilkan dari komunikasi. Komunikasi diperlukan oleh tim kesehatan pada saat pengkajian riwayat kesehatan, menghasilkan diagnosis yang akurat dan memilih pengobatan yang tepat bagi pasien, dan sebaliknya, komunikasi diperlukan pasien untuk memahami instruksi,



Gambar 1. Kebutuhan pasien yang dirawat di rumah sakit

menerima kondisi kesehatannya, dan untuk menyelesaikan pengobatan. Untuk itu, diperlukan hubungan yang interaktif antara tenaga kesehatan dan pasien.

Pasien memerlukan informasi terkait penyakit dan pengobatannya, pencegahan komplikasi dan efek samping pengobatan, dan terkait masalah praktis yang berhubungan dengan aktivitas sehari-hari, serta terkait masalah ekonomi. Kebutuhan informasi pasien yang berbeda-beda dapat merefleksikan kemampuan menerima dan memahami informasi, karenanya informasi juga dapat diberikan kepada pendukung pasien, seperti keluarganya. Kebutuhan pendidikan pasien meliputi anatomi, fisiologi, pengobatan dan bahkan kehidupan seksual, khususnya yang terkait dengan isu praktis tentang kondisi kesehatannya dan kemungkinan terjadinya komplikasi. Karenanya, pendidikan pasien harus berdasarkan pendekatan berfokus pasien, sehingga diharapkan dapat melakukan pengontrolan diri, berpartisipasi aktif dalam pembuatan keputusan, melakukan perawatan diri, mengkaji faktor risiko sendiri, implementasi dari tujuan dan harapan yang realistis (Polikandrioti & Ntokou, 2011).

Pasien mungkin tidak aktif berpartisipasi dalam perawatan diri karena kurang pengetahuan atau kurang tertarik untuk penyembuhan, atau dapat juga karena pasien tidak mengetahui efektifitas dari program pengobatan. Pasien memerlukan motivasi, pemberdayaan dan arahan untuk dapat melakukan perawatan diri sendiri. Pendidikan kesehatan dibutuhkan pasien dewasa ini tidak hanya ditujukan untuk perubahan pengetahuan dan keterampilan, tetapi juga untuk meningkatkan kontrol diri, partisipasi aktif dalam pengambilan keputusan, meningkatkan perawatan diri, menilai faktor risiko personal, implementasi tujuan dan harapan yang realistis, dan secara umum lebih efisien dalam mengatur kesehatan dan kualitas hidup. Karena itu, desain pendidikan kesehatan harus berfokus pada pasien sehingga dapat memenuhi kebutuhan individual setiap pasien dan harus berkelanjutan untuk menjamin sehingga memberikan efek jangka

panjang dalam menurunkan kematian, kesakitan dan perawatan ulang (Polikandrioti & Ntokou, 2011).

Partisipasi dan perawatan diri memerlukan keterlibatan pasien dalam pengobatan dan pengambilan keputusan terkait hal tersebut. Untuk itu, diperlukan strategi yang memotivasi, memberdayakan dan mengajak pasien untuk bertanggung jawab dalam perawatan dirinya sendiri dan beradaptasi dengan perubahan kehidupan sehari-hari yang terjadi akibat adanya penyakit. Kebutuhan pasien terkait dukungan sering berhubungan dengan sakit yang tiba-tiba, perawatan ulang dan situasi stress. Tidak semua pasien dapat beradaptasi secara fisik, emosi dan psikologis serta mau untuk menerima perubahan gaya hidup karena adanya penyakit. Karena itu, pasien memerlukan dukungan sosial agar pasien dapat memepertahankan kemampuan dalam beraktivitas, hubungan dengan orang lain dan peran fungsional (Polikandrioti & Ntokou, 2011).

## **B. Kebutuhan informasi**

Mencari informasi merupakan salah satu respon yang digunakan dalam upaya untuk mendapatkan kontrol personal dalam suatu situasi yang penuh ketegangan. Informasi yang dicari oleh individu akan mencerminkan upaya mereka untuk secara terbuka mengelola peristiwa yang mempengaruhi mereka (kontrol perilaku/*behavior control*), menciptakan gambaran keseluruhan dari urutan peristiwa yang terlibat dalam penyakit (kontrol kognitif/*cognitive control*) dan mengidentifikasi pilihan yang mereka miliki dalam mengelola hidup mereka (kontrol keputusan/*decisional control*). Pengakuan akan kebutuhan akan informasi atau keterampilan lebih di mana kontrol personal perawatan kesehatan akan tercermin dalam kebutuhan belajar yang dirasakan oleh individu tersebut. Jika kebutuhan ini benar-benar mencerminkan upaya untuk membangun kembali kontrol

personal, kebutuhan belajar mungkin mengelompok ke dalam domain kontrol kognitif, kontrol perilaku dan kontrol keputusan.

Perawat diajarkan bahwa setiap intervensi keperawatan harus didahului dengan pengkajian. Demikian juga, pengkajian kebutuhan informasi merupakan langkah awal dalam pendidikan pasien. Pengkajian kebutuhan informasi merupakan bagian dari pengkajian peserta didik. Pengkajian peserta didik terdiri atas pengkajian kebutuhan belajar, pengkajian kesiapan untuk belajar dan pengkajian gaya belajar. Pengkajian lebih dari sekadar mengidentifikasi dan memprioritaskan informasi untuk tujuan menetapkan tujuan dan sasaran perilaku, merencanakan intervensi instruksional, dan untuk evaluasi jangka panjang apakah pasien telah mencapai tujuan dan sasaran yang diinginkan. Pengkajian yang baik memastikan bahwa pembelajaran yang optimal dapat terjadi dengan sedikit stres dan kecemasan bagi pasien. Pengkajian mencegah pengulangan yang tidak perlu dari materi yang diketahui, menghemat waktu dan energi pasien dan perawat, dan membantu membangun hubungan antara kedua pihak.

Pada kesempatan ini, penulis memfokuskan pada pengkajian kebutuhan informasi. Secara umum, pengkajian kebutuhan informasi termasuk mencari tahu apa yang sudah diketahui pasien, apa yang mereka inginkan dan perlu pelajari, apa yang mampu mereka pelajari, dan apa cara terbaik untuk mengajari mereka. Dalam melakukan pengkajian kebutuhan informasi, perawat dapat mengajukan pertanyaan seperti sebagai berikut:

- Apa yang paling Anda khawatirkan?
- Apa tujuan Anda mempelajari cara merawat diri sendiri?

- Apa yang Anda rasa perlu Anda ketahui untuk mencapai tujuan Anda?
- Masalah spesifik apa yang Anda alami?
- Apa yang Anda ketahui tentang kondisi Anda?
- Apa yang paling Anda minati untuk dipelajari?
- Bagaimana Anda akan mengelola perawatan Anda di rumah?

Menetapkan prioritas untuk belajar seringkali sulit ketika pendidik perawat dihadapkan dengan banyak kebutuhan belajar di beberapa bidang. Memprioritaskan kebutuhan yang teridentifikasi membantu pasien atau perawat untuk menetapkan tujuan pembelajaran yang realistis dan dapat dicapai. Memilih informasi mana yang harus dicakup sangat penting, dan perawat harus membuat pilihan dengan tepat. Perawat harus memprioritaskan kebutuhan belajar berdasarkan kriteria sebagai berikut:

- a. **Wajib:** Kebutuhan yang harus dipelajari untuk kelangsungan hidup atau situasi di mana kehidupan atau keselamatan pasien terancam. Kebutuhan belajar dalam kategori ini harus segera dipenuhi. Misalnya, pasien yang baru saja mengalami serangan jantung perlu mengetahui tanda dan gejalanya serta kapan harus segera mendapatkan pertolongan.
- b. **Diinginkan:** Kebutuhan yang tidak bergantung pada kehidupan tetapi terkait dengan kesejahteraan atau kemampuan keseluruhan untuk memberikan perawatan berkualitas dalam situasi yang melibatkan perubahan dalam prosedur institusional. Misalnya, penting bagi pasien yang memiliki penyakit kardiovaskular untuk memahami efek dari diet tinggi lemak pada kondisi mereka.

- c. Kemungkinan: Kebutuhan akan informasi yang bagus untuk diketahui tetapi tidak esensial atau diperlukan atau situasi dimana kebutuhan belajar tidak berhubungan langsung dengan kegiatan sehari-hari. Misalnya, pasien yang baru didiagnosis menderita diabetes mellitus kemungkinan besar tidak perlu tahu tentang masalah perawatan diri yang muncul sehubungan dengan bepergian melintasi zona waktu atau tinggal di negara asing karena informasi ini tidak berhubungan dengan kehidupan sehari-hari pasien. kegiatan.

Daftar informasi yang umumnya dibutuhkan oleh pasien yang pernah disampaikan didalam literatur adalah sebagai berikut (Clarke et al., 2016):

- a. Informasi tentang penyakit atau kondisi medis
- b. Nutrisi
- c. Pengobatan alternatif atau hasil uji coba
- d. Obat
- e. Aktifitas fisik dan latihan
- f. Prognosis
- g. Penatalaksanaan
- h. Informasi tentang penyedia layanan kesehatan
- i. Efek samping obat atau tindakan
- j. Gejala
- k. Perawatan diri
- l. Diagnosis
- m. Promosi kesehatan/gaya hidup
- n. Asuransi kesehatan dan kebijakannya
- o. Produk kesehatan atau medis

### **C. Kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard**

Pasien infark miokard akut yang sedang dirawat di rumah sakit memiliki pengetahuan yang bervariasi tentang faktor risiko

yang dapat dimodifikasi. Sebanyak 33% dari pasien tidak mengetahui satupun faktor risiko, dan hanya 25% - 42% dari pasien yang memiliki pengetahuan yang baik tentang faktor risiko penyakit jantung yang dapat dimodifikasi. Selain itu, sedikit dari pasien yang mengetahui hubungan antara faktor risiko yang dapat dimodifikasi dengan penyakit jantung (Zuhaid et al., 2014). Sebelum pemulangan dari rumah sakit, penting untuk memberikan pendidikan kesehatan pada pasien tentang faktor risiko yang dapat dimodifikasi untuk membantu pasien dalam mengontrol penyakit setelah pemulangan.

Kebutuhan informasi pasien dengan penyakit jantung berkaitan meliputi: Anatomi dan fisiologi, faktor psikologis, faktor risiko, informasi pengobatan, informasi diet, aktifitas fisik dan informasi lain yang terkait. Pasien memiliki kebutuhan informasi pada tingkat tinggi dimana informasi tentang pengobatan adalah informasi paling penting dan informasi yang paling kurang penting adalah aktivitas fisik (Almamari et al., 2019). Pada 72 jam sebelum pemulangan, pasien yang telah menjalani perawatan infark miokard menyatakan sangat penting mengetahui informasi tentang pengobatan, komplikasi dan aktivitas fisik. Ketertarikan menerima informasi lebih tinggi pada kelompok usia lebih dari 65 tahun, dan kelompok ini menginginkan informasi tambahan tentang dukungan komunitas.

Pasien dan tim kesehatan yang merawatnya dapat memiliki opini berbeda tentang informasi kesehatan yang sangat penting diberikan sebelum pemulangan pasien dari rumah sakit. Pasien menilai sangat penting informasi tentang diet, membersihkan rumah dan pencegahan cedera di rumah, instruksi obat, kemungkinan efek samping obat, kemungkinan interaksi obat, dan apa yang harus dilakukan jika merasa tidak sehat di rumah. Dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang merawatnya, informasi yang dianggap penting meliputi: diet, konsumsi alkohol, kembali ke aktivitas fisik dan olah raga, apa yang harus dilakukan jika merasa tidak sehat di rumah, berhenti merokok, risiko

penggunaan tembakau, dan kunjungan ulang. Hanya 48% dari seluruh informasi yang ada pada daftar yang sama-sama dianggap sangat penting oleh 85% pasien ataupun tenaga kesehatan (Gentil & Costa, 2016).

#### **D. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan informasi kesehatan**

Kebutuhan informasi berbeda pada setiap pasien. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan informasi, seperti berikut ini:

1. Usia. Usia pasien berkontribusi terhadap kebutuhan informasi, khususnya terkait dengan kembali bekerja, mengemudi dan seks. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa hampir semua kelompok umur menyatakan ketiga poin diatas adalah penting kecuali pada kelompok umur 70 – 79 tahun dan 80 – 89 tahun.
2. Pekerjaan. Penelitian menunjukkan bahwa pasien yang sudah pension memerlukan informasi yang lebih dibandingkan dengan pasien yang masih bekerja.
3. Jenis Kelamin. Pasien laki-laki dan perempuan memerlukan informasi kesehatan yang berbeda (Polikandrioti & Babatsikou, 2013), khususnya informasi terkait dengan intervensi jantung.
4. Persepsi tentang keparahan penyakit. Seorang pasien yang telah mendapatkan intervensi jantung yang sesuai memiliki persepsi keparahan penyakit yang lebih rendah dan memerlukan informasi kesehatan lebih sedikit (Polikandrioti & Babatsikou, 2013).
5. Penghasilan. Penghasilan atau status ekonomi pasien khususnya pada pasien yang memerlukan pengobatan jangka panjang mempengaruhi kebutuhan informasinya (Polikandrioti & Babatsikou, 2013).
6. Pendidikan. Kemampuan pasien dalam menerima informasi kesehatan berbeda sesuai dengan tingkat pendidikan sehingga

dipersepsikan bahwa kebutuhan informasi pasien berbeda berdasarkan tingkat pendidikan.

7. Tahapan penyembuhan. Pada tahap awal penyembuhan, pasien memerlukan informasi terkait respon psikologis dan emosional sedangkan pada saat sebelum pulang, pasien memerlukan informasi tentang obat, komplikasi penyakit, dan aktivitas fisik (Polikandrioti & Babatsikou, 2013).
8. Pengalaman sebelumnya. Pada awal serangan jantung, banyak pasien yang mempersepsikan sebagai gangguan pencernaan, tapi setelah mengetahui adanya serangan jantung, pasien memerlukan informasi tentang tanda dan gejala terkait infark miokard.
9. Status perkawinan. Kategori informasi aktivitas seksual penting bagi pasien yang menikah sehingga pendidikan kesehatan tentang aktivitas seksual penting bagi pasien yang menikah.

#### **E. Langkah-langkah dalam pengkajian kebutuhan informasi**

Seseorang dapat menjadi ahli dalam suatu topik jika diberikan waktu dan dukungan yang tepat. Seorang edukator perlu mengidentifikasi apa yang sebenarnya perlu dipelajari oleh pasien dan untuk mengidentifikasi pendekatan untuk menyajikan informasi dengan cara yang paling dapat dipahami oleh pasien. Berikut adalah langkah penting dalam pengkajian kebutuhan informasi (Bastable, 2019):

1. Identifikasi peserta didik. Identifikasi siapa audiensnya, banyaknya kebutuhan yang harus dipenuhi, dan apakah ada keseragaman kebutuhan audiens yang jumlahnya lebih dari 1 orang. Pengembangan program pendidikan kesehatan untuk pasien dan keluarganya harus didasarkan pada identifikasi audiens yang akurat.

2. Pilih lingkungan yang tepat. Lingkungan yang memberikan rasa aman dalam menceritakan permasalahan akan menciptakan rasa percaya dan membuat pasien dianggap memiliki kebutuhan yang serius dan dianggap penting, dan merasa dihormati.
3. Kumpulkan data tentang peserta didik. Setelah mengidentifikasi peserta didik, edukator menentukan kebutuhan karakteristik populasi peserta didik dengan mengeksplorasi masalah kesehatan yang khas atau isu-isu yang menarik bagi populasi tersebut. Selanjutnya, pencarian literatur dapat membantu edukator dalam mengidentifikasi jenis dan tingkat konten yang akan dimasukkan dalam sesi pengajaran serta strategi pendidikan untuk mengajar populasi tertentu berdasarkan analisis kebutuhan.
4. Mengumpulkan data dari peserta didik. Peserta didik merupakan sumber data penilaian kebutuhan yang paling penting tentang diri mereka sendiri dan mereka anggap perlu. Peserta didik juga mengetahui dengan jelas jenis sistem dukungan sosial apa yang tersedia, dan jenis bantuan apa yang dapat diberikan oleh saat ini. Proses ini membantu dalam memotivasi mereka untuk belajar karena mereka turut serta dalam perencanaan program yang secara khusus disesuaikan dengan keadaan unik mereka.
5. Libatkan anggota tim kesehatan. Profesional kesehatan lainnya mungkin memiliki wawasan tentang kebutuhan pasien atau keluarga yang didapat dari kontak mereka yang sering dengan pasien dan keluarga. Perawat perlu untuk berkolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya untuk penilaian kebutuhan belajar yang lebih menyeluruh.
6. Prioritaskan kebutuhan. Kebutuhan pasien mungkin banyak dan tampaknya mustahil untuk dicapai. Gunakan hirarki kebutuhan manusia Maslow (1970) untuk membantu dalam memprioritaskan sehingga kebutuhan dasar pasien

diperhatikan terlebih dahulu dan terutama sebelum kebutuhan yang lebih tinggi ditangani.

7. Tentukan ketersediaan sumber daya pengajaran. Ketersediaan sumber daya dan peralatan untuk pengajaran adalah penting. Jika sumber daya dan peralatan tidak mencukupi, mungkin lebih baik untuk fokus pada kebutuhan belajar lain yang teridentifikasi. Namun perlu dihindari untuk membatalkan pertemuan. Setelah itu, pendidik akan segera bekerja untuk mendapatkan peralatan yang diperlukan untuk pertemuan di masa depan.
8. Menilai tuntutan organisasi. Penilaian tuntutan organisasi seperti filosofi, misi, rencana strategis, dan tujuan organisasi akan menghasilkan informasi yang mencerminkan iklim organisasi. Pendidik harus terbiasa dengan standar kinerja, deskripsi pekerjaan dan peraturan yang ditetapkan.
9. Pertimbangkan masalah manajemen waktu. Proses pengkajian kebutuhan belajar memerlukan waktu. Perlu penekanan pada poin-poin penting seperti melakukan pengkajian awal, menanyakan hal apa yang ingin diketahui terlebih dahulu, melakukan pengkajian di waktu manapun yang memungkinkan adanya interaksi dengan pasien dan meminimalkan interupsi dan distraksi.

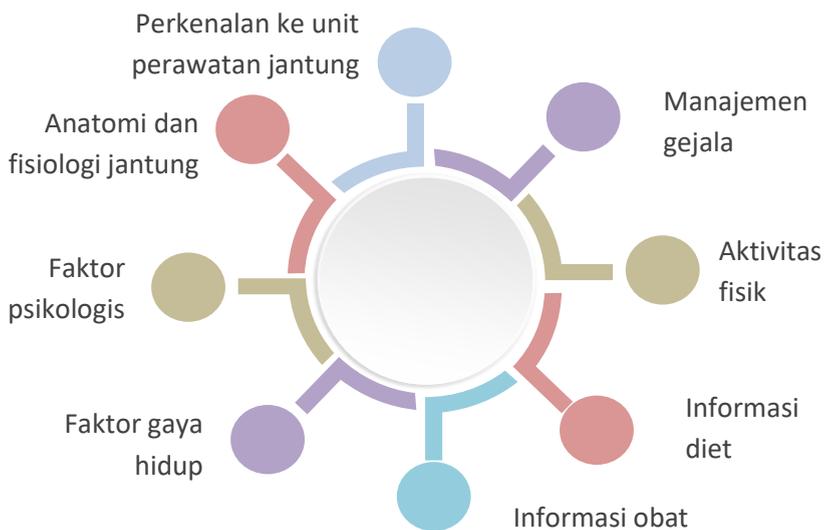
#### **F. Instrumen pengukuran kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard**

Penggunaan instrumen pengukuran yang telah teruji melalui penelitian telah menjadi pilihan. Perlu diperhatikan bahwa selain penilaian validitas dan reliabilitas dari sebuah instrumen pengukuran, pertanyaan terkait kesesuaian dari instrumen untuk digunakan dalam suatu investigasi, termasuk kesesuaiannya dengan populasi yang dituju.

Tersedia beberapa instrumen yang lazim digunakan untuk mengkaji kebutuhan informasi pasien dengan berbagai penyakit ataupun yang spesifik untuk pasien dengan masalah jantung. Diantaranya adalah *Patient learning need scale* (Bubela et al., 1990), suatu instrumen pengkajian kebutuhan informasi saat sebelum pulang dari rumah sakit dan bersifat generik, *Everything You Ever Wanted To Know About Heart Disease* (Czar, 1997), instrumen pengkajian kebutuhan informasi pada pasien dengan gagal jantung, *Cardiac Patients Learning Needs Inventory* (CPLNI) (Luzia E Galdeano et al., 2014), *Information Needs in Cardiac Rehabilitation* (INCR) (Bonin et al., 2014) dan *Heart Failure Learning Needs Inventory—Patient Section* (HFNLI) (Yu et al., 2016).

Diantara instrumen tersebut, *Cardiac Patients Learning Needs Inventory* (CPLNI) dapat digunakan untuk mengkaji kebutuhan informasi pasien dengan masalah jantung khususnya infark miokard, mulai dari awal dirawat di rumah sakit sampai dengan kebutuhan informasi setelah pulang dari rumah sakit. Instrumen ini juga memiliki property psikometrik yang baik khususnya pada aspek validitas lintas budaya. Instrument ini telah pernah diuji kesesuaiannya untuk digunakan di Portugis (Luzia E Galdeano et al., 2014), di Turki (Sultana et al., 2015), Yordania (Hamdan & Al-Momani, 2015), Oman (Almamari et al., 2019), dan Indonesia (Nuraeni et al., 2018).

*Cardiac Patient Learning Need Inventory* (CPLNI) pertama kali disusun oleh Gerard and Peterson (1984). Kuesioner aslinya terdiri dari 43 item yang mengukur kebutuhan informasi yang dikategorikan menjadi 8 domain, yaitu pengenalan ke unit perawatan jantung (6 pernyataan), anatomi dan fisiologi (5 pernyataan), faktor psikologis (4 pernyataan), faktor gaya hidup (3 pernyataan), informasi obat (5 pernyataan), informasi diet (5 pernyataan), aktivitas fisik (6 pernyataan), dan manajemen gejala (6 pernyataan) dan informasi lainnya yang terkait (3 pernyataan). Jika instrumen ini dipergunakan untuk pasien pada seting rawat jalan, maka domain pengenalan ke unit perawatan jantung dapat dihilangkan. Responden diminta untuk memberikan jawaban pada 5 skala jawaban, dengan rentang ‘tidak penting’, ‘sedikit penting’, ‘agak penting’, ‘penting’ sampai ke ‘sangat penting’.



Gambar 2. Domain Kebutuhan Informasi Pasien Jantung

Instrumen ini telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia oleh ahli Bahasa yang dipilih oleh penulis dan diujicobakan untuk mengetahui ketepatan dan kesesuaiannya untuk dipergunakan dalam penelitian. Penulis menemukan pernyataan pada domain informasi lainnya yang terkait tidak sesuai untuk ditanyakan kepada pasien di Indonesia khususnya di lokasi penelitian dilaksanakan. Pernyataan pada domain ini terkait dengan dukungan yang tersedia untuk pasien dan keluarga setelah pasien pulang dari rumah sakit dan pemeriksaan lanjutan yang akan dijalani oleh pasien setelah pulang dari rumah sakit. Ketiga hal tersebut tidak relevan untuk lokasi penelitian.

Adaptasi untuk kuesioner ini telah pernah dilakukan dengan cara menambahkan kata-kata 'saya perlu tahu' pada bagian awal setiap pernyataan (Luzia E Galdeano et al., 2014). Nilai Cronbach's alpha Modifikasi CPLNI yang telah diterjemahkan kedalam Bahasa Indonesia adalah 0.907 (Huriani, 2019). Interpretasi hasil dapat dilakukan menggunakan acuan jika skor rata-rata  $\leq 3$  dikategorikan kebutuhan rendah, 3-4 dikategorikan sedang dan  $>4$  dikategorikan kebutuhan tinggi.

Berikut ini adalah daftar pernyataan pada setiap domain pada Modifikasi CPLNI.

#### **A. Perkenalan pada Unit Perawatan Jantung**

1. Saya perlu mengetahui alasan dirawat di unit perawatan jantung
2. Saya perlu mengetahui pemeriksaan yang akan dilakukan untuk mengetahui jenis serangan jantung
3. Saya perlu mengetahui alasan pemasangan selang infus
4. Saya perlu mengetahui alasan pembatasan aktivitas
5. Saya perlu mengetahui rutinitas keperawatan dan peraturan di unit perawatan jantung

6. Saya perlu mengetahui tindakan yang dilakukan jika saya merasakan nyeri dada

**B. Anatomi dan Fisiologi (Cara Kerja Jantung)**

1. Saya perlu mengetahui penyebab nyeri dada
2. Saya perlu mengetahui bentuk jantung dan kerja jantung, termasuk aliran darah ke otot jantung
3. Saya perlu mengetahui penyebab terjadinya serangan jantung
4. Saya perlu mengetahui akibat serangan jantung
5. Saya perlu mengetahui proses penyembuhan otot jantung yang rusak

**C. Faktor Psikologis**

1. Saya perlu mengetahui respon psikologis umum setelah serangan jantung
2. Saya perlu mengetahui pentingnya berbicara dengan seseorang tentang ketakutan, perasaan dan pikiran.
3. Saya perlu mengetahui efek stress terhadap jantung pasien
4. Saya perlu mengetahui tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi stress dalam hidup

**D. Faktor gaya hidup**

1. Saya perlu mengetahui arti istilah faktor gaya hidup
2. Saya perlu mengetahui faktor gaya hidup yang berkontribusi terhadap serangan jantung
3. Saya perlu mengetahui tindakan yang dapat dilakukan untuk mengurangi kemungkinan serangan jantung berikutnya

**E. Informasi Obat**

1. Saya perlu mengetahui peran penggunaan obat
2. Saya perlu mengetahui alasan penggunaan setiap obat yang diberikan
3. Saya perlu mengetahui waktu penggunaan setiap obat yang diberikan
4. Saya perlu mengetahui kemungkinan efek samping setiap obat yang diberikan
5. Saya perlu mengetahui tindakan yang harus dilakukan jika memiliki masalah dengan penggunaan obat

## **F. Informasi Diet**

1. Saya perlu mengetahui manfaat diet sehat
2. Saya perlu mengetahui kandungan dalam diet yang dapat mempengaruhi kesehatan jantung
3. Saya perlu mengetahui tentang kolesterol/lemak dan pengaruhnya terhadap kesehatan
4. Saya perlu mengetahui makanan yang mengandung kolesterol
5. Saya perlu mengetahui perubahan pola makan yang perlu dilakukan, jika ada

## **G. Aktivitas Fisik**

1. Saya perlu mengetahui panduan umum tentang aktivitas fisik setelah serangan jantung
2. Saya perlu mengetahui kapan dapat kembali mengemudi/berkendara
3. Saya perlu mengetahui pembatasan aktivitas yang perlu dilakukan, jika ada
4. Saya perlu mengetahui kapan dapat meningkatkan tingkatan aktivitas
5. Saya perlu mengetahui kapan dapat kembali melakukan aktivitas seksual
6. Saya perlu mengetahui kapan dapat kembali bekerja

## **H. Manajemen Gejala**

1. Saya perlu mengetahui berbagai penyebab dan jenis nyeri dada
2. Saya perlu mengetahui tindakan yang harus dilakukan jika mengalami nyeri dada
3. Saya perlu mengetahui tanda dan gejala serangan jantung
4. Saya perlu mengetahui kapan harus bertemu dokter atau memanggil ambulans
5. Saya perlu mengetahui kapan paling sering mengalami nyeri dada
6. Saya perlu mengetahui kapan dan bagaimana cara penggunaan tablet nitrogliserin/tablet dibawah lidah

## **G. Pentingnya pengetahuan tentang penyakit jantung**

Pengetahuan yang diperlukan oleh pasien tentang penyakit meliputi patofisiologi umum, gejala, pencegahan dan penanganan terkait dengan kondisinya. Pengetahuan tentang penyakit secara kuat mempengaruhi pengenalan gejala, advokasi untuk pemeriksaan dokter, sikap terhadap penyakit dan pemberian motivasi untuk perubahan perilaku individu (Henriksson et al., 2012). Sebaliknya, kurangnya pemahaman tentang penyakit dapat menyebabkan distress emosional, perilaku koping yang tidak tepat, ketidakpatuhan dengan program pengobatan dan perburukan penyakit. Secara umum, pengetahuan pasien yang dirawat di rumah sakit tentang penyakit jantung tidak adekuat (Ahmed et al., 2013).

Pengetahuan tentang gejala penyakit jantung diperlukan agar pasien dapat melakukan tindakan segera yang tepat sebagai bagian dari proses pengobatan. Penelitian menunjukkan separuh pasien memiliki pengetahuan yang tinggi tentang gejala penyakit jantung (Henriksson et al., 2012; O'Brien et al., 2012). Pengetahuan tentang gejala yang rendah berhubungan dengan keterlambatan sebelum masuk rumah sakit. Selanjutnya, faktor risiko infark miokard yang dapat dimodifikasi yang perlu diketahui oleh pasien meliputi konsumsi makanan berlemak, merokok, aktivitas fisik dan obesitas. Pengetahuan pasien tentang faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah pada tingkat tinggi (Zuhaid et al., 2014).

## **H. Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan informasi kesehatan**

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan sehingga bertanggung jawab dan memiliki kewenangan untuk meningkatkan kesehatan, pencegahan dan pelayanan kepada pasien yang sakit (*International Council of Nurses (ICN)*, 2018). Menurut

Konsorsium Ilmu Kesehatan tahun 1989, perawat memiliki peran sebagai pemberi asuhan keperawatan, advokat pasien, pendidik/*educator*, koordinator perawatan, kolaborator tim multidisipliner, konsultan dan peneliti. Sebagai pendidik, perawat membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit, dan tindakan kesehatan, sehingga terjadi perubahan perilaku klien setelah diberikan pendidikan kesehatan. Pemberian pendidikan kesehatan dilakukan untuk mencapai tujuan professional yaitu perawatan yang efektif dalam hal biaya, aman dan berkualitas tinggi (Bastable, 2019).

Peran perawat sebagai pendidik tidak hanya mengajar, tetapi untuk mendukung pembelajaran, menciptakan lingkungan yang kondusif untuk pembelajaran dan menciptakan momentum yang tepat untuk proses belajar. Sebuah paket pengajaran terstandar dapat membantu perawat dalam melaksanakan pendidikan kesehatan agar pendidikan kesehatan yang diberikan akurat. Paket pengajaran terstandar diperlukan mengingat keterbatasan pengetahuan yang mungkin dialami oleh perawat (Bastable, 2019).

Selain itu, sebagai pendidik perawat juga harus mampu untuk berperan sebagai rekan dari pasien. Pemberian informasi dan edukasi kepada pasien harus mencerminkan sebuah proses partisipasi dimana pasien terlibat secara aktif dalam proses pendidikan kesehatan. Tujuan yang akan dicapai dari pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat adalah perpindahan tanggung jawab kesehatan ke pasien, melalui memfasilitasi pasien dalam melakukan perawatan kesehatan mandiri (Bastable, 2019).

## **BAB IV**

### **Penyelidikan Fenomena**

Sebuah penelitian telah dilakukan dengan tujuan adalah teridentifikasi gambaran kebutuhan informasi pasien infark miokard dan teridentifikasinya perbandingan persepsi pasien, keluarga dan perawat tentang kebutuhan informasi pasien infark miokard pada fase akut, fase sub akut dan fase pasca akut.

Kegiatan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan dalam penyusunan standar informasi dan pendidikan kesehatan pada pasien infark miokard yang ada di CVCU, bangsal jantung dan poliklinik jantung agar pendidikan kesehatan dapat berjalan secara efektif dan efisien, informasi yang diberikan berkualitas dan perawat dapat menjalankan perannya sebagai pendidik secara efektif dan efisien.

Untuk menjelaskan fenomena yang kebutuhan informasi pada pasien pasca infark miokard, telah dilakukan sebuah penelitian deskriptif komparatif, yang menganalisis perbedaan persepsi pasien, keluarga dan perawat tentang kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard. Kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard diidentifikasi kepada 3 kelompok pasien yaitu pasien yang sedang dirawat inap fase akut di ruang CVCU, pasien yang dirawat fase sub akut di bangsal jantung dan pasien yang berobat ke poliklinik, keluarga pasien, dan 3 kelompok perawat yaitu perawat perawat yang bekerja di ruang perawatan akut dan sub akut jantung dan perawat di poliklinik jantung.

Tempat pelaksanaan penelitian adalah ruang rawat CVCU, bangsal jantung dan Poliklinik Jantung RS Dr. M. Djamil Padang. RS Dr M Djamil Padang memiliki Pusat Jantung Regional Sumatera Tengah yang menjadi pusat rujukan kesehatan jantung

untuk wilayah Sumatera Barat, Riau, Jambi dan propinsi lain disekitarnya. Pusat Jantung Regional ini memiliki ruang perawatan akut jantung yaitu Cardiovascular Care Unit (CVCU), ruang perawatan sub akut yaitu bangsal jantung, ruang intervensi invasif jantung non bedah, ruang poliklinik jantung, dan ruang diagnostik jantung. Pusat Jantung regional ini memiliki kemampuan perawatan dan intervensi jantung yang lebih tinggi dibandingkan dengan pusat perawatan jantung disekitarnya khususnya dalam hal intervensi invasif non bedah dan perawatan akut.

Ruang perawatan akut memiliki kapasitas 8 pasien dengan jumlah rata-rata pasien yang dirawat setiap bulannya 98 pasien orang. Dari jumlah tersebut, sekitar 66% nya merupakan pasien dengan diagnosis infark miokard. Selama ini, pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga telah dilakukan oleh perawat, namun belum berdasarkan modul pendidikan kesehatan dan belum memiliki panduan pendidikan kesehatan. Belum terdapat pencatatan tentang pendidikan kesehatan yang telah diberikan sehingga pendidikan kesehatan yang diberikan pada tingkatan perawatan selanjutnya bukan merupakan lanjutan dari pendidikan kesehatan sebelumnya.

Pasien yang berpartisipasi adalah pasien pasca infark miokard, dengan kriteria berusia 30-75 tahun yang dirawat di CVCU atau bangsal jantung atau yang berkunjung untuk berobat ke poliklinik jantung RS Dr. M. Djamil Padang, dalam kondisi hemodinamik stabil, dan tidak mengalami penyakit psikiatrik. Keluarga pasien pasca infark miokard yang berpartisipasi adalah keluarga pasien yang dirawat di CVCU atau bangsal jantung atau yang berkunjung untuk berobat ke poliklinik jantung RS Dr. M. Djamil Padang yang berada di tempat saat penelitian. Perawat yang berpartisipasi adalah perawat yang bekerja di ruang CVCU dan bangsal jantung RS Dr M Djamil Padang, dengan kriteria minimal telah bertugas di lokasi penelitian selama 6 bulan.

Kebutuhan informasi pasca infark miokard dinilai menggunakan kuesioner *Cardiac Patient Learning Need Inventory* (CPLNI). CPLNI disusun oleh Gerard and Peterson (1984). Kuesioner aslinya terdiri dari 43 item yang dikategorikan kedalam 8 domain, yaitu pengenalan ke unit perawatan jantung, anatomi dan fisiologi, faktor psikologis, faktor risiko, informasi obat, informasi diet, aktivitas fisik, dan informasi lainnya yang terkait. Responden diminta untuk memberikan jawaban pada 5 skala jawaban, dengan rentang ‘tidak penting’ sampai ke ‘sangat penting’. Untuk kuesioner anggota keluarga pasien dan perawat, pernyataan pada setiap item dimodifikasi sehingga dapat digunakan untuk menanyakan persepsi anggota keluarga atau perawat tentang kebutuhan belajar pasien.



## BAB V

### Kebutuhan Informasi Pasien Infark Miokard Menurut Persepsi Pasien

Untuk mengetahui gambaran kebutuhan informasi pasien infark miokard menurut persepsi pasien, telah dikumpulkan data melalui proses penelitian terhadap 42 orang pasien yang dirawat di CVCU, 42 orang pasien yang dirawat di bangsal jantung dan 204 orang pasien yang berkunjung ke poliklinik jantung. Adapun karakteristik meliputi kelompok usia, jenis kelamin, status perkawinan dan pendidikan terakhir pasien yang dirawat di CVCU, pasien yang dirawat di Bangsal Jantung dan pasien yang berkunjung ke poliklinik jantung saat dilakukan penelitian ditampilkan melalui Tabel 1.

*Tabel 1. Karakteristik demografi pasien*

Karakteristik demografi	CVCU (n=42)		Bangsal Jantung (n=42)		Poliklinik Jantung (n=204)	
	f	%	f	%	F	%
<b>Kelompok Usia</b>						
21-30 tahun			1	2,4		
31-40 tahun			1	2,4	2	1
41-50 tahun	7	16,7	12	28,6	24	11,8
51-60 tahun	14	33,3	16	38,1	88	43,1
61-70 tahun	15	35,7	8	19,0	65	31,9
71-80 tahun	6	14,3	4	9,5	25	12,3
<b>Jenis kelamin</b>						
Laki-laki	32	76,2	28	66,7	169	82,8
Perempuan	10	23,8	14	33,3	35	17,2
<b>Status perkawinan</b>						
Memiliki pasangan	37	88,1	37	88,1	195	95,6
Tidak memiliki pasangan	5	11,9	5	11,9	9	4,4

Pendidikan terakhir						
Tidak sekolah	1	2,4				
SD	10	23,8	8	19,0	22	10,8
SMP	6	14,3	5	11,9	38	18,6
SMA	22	52,4	20	47,6	88	43,1
Perguruan tinggi	3	7,1	9	21,4	56	27,5

Karakteristik pasien yang menjadi responden di CVCU menunjukkan bahwa 35,7% pasien berada pada rentang usia 61-70 tahun, 76,2% merupakan pasien laki-laki, 88,1% memiliki pasangan/menikah dan 52,4% memiliki pendidikan terakhir SMA. Dibandingkan dengan pasien yang dirawat di bangsal jantung, 38,1% pasien berada pada rentang usia 51-60 tahun, 66,7% adalah laki-laki, 88,1% memiliki pasangan/menikah dan 47,6% memiliki pendidikan terakhir SMA. Kelompok ketiga yaitu pasien di poliklinik jantung memiliki karakteristik 43,1% berada pada rentang usia 51-60 tahun, 82,8% adalah laki-laki, 95,6% memiliki pasangan/menikah dan 43,1% memiliki pendidikan terakhir SMA. Secara keseluruhan, ketiga kelompok pasien paling banyak berada pada rentang usia 51-60 tahun, berjenis kelamin laki-laki, memiliki pasangan/menikah dan memiliki pendidikan terakhir SMA (Tabel 1).

Rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung pada setiap domain dan secara keseluruhan dan tingkat kepentingan kebutuhan informasi pasien jantung ditampilkan dalam tiga tabel terpisah. Pertama, Tabel 2 menampilkan rata-rata skor dan tingkat kepentingan kebutuhan informasi pasien jantung menurut persepsi pasien CVCU, pasien Bangsal Jantung dan pasien poliklinik jantung.

*Tabel 2. Rata-rata skor dan peringkat setiap domain dan secara keseluruhan kebutuhan informasi pasien jantung*

<b>Informasi</b>	<b>CVCU</b>		<b>Bangsals jantung</b>		<b>Rawat Jalan</b>	
	Rata-rata	Peringkat	Rata-rata	Peringkat	Rata-rata	Peringkat
Perkenalan pada Unit Perawatan Jantung	3.88	8	4.02	5	-	-
Anatomi dan Fisiologi (Cara Kerja Jantung)	4.01	6	3.94	6	3.79	4
Faktor Psikologis	3.92	7	3.91	8	3.78	5
Faktor gaya hidup	4.10	2	4.05	4	3.75	6
Informasi Obat	4.37	1	4.27	1	4.16	1
Informasi Diet	4.06	4	4.09	2	3.89	3
Aktivitas Fisik	3.75	9	3.82	9	3.43	7
Manajemen Gejala	4.04	5	4.05	3	3.86	2
Lain-lain	4.07	3	3.93	7	3.35	8
<b>CPLNI</b>	4.01		4,11		3,87	

Rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung paling tinggi adalah pada kelompok pasien di bangsal jantung, diikuti oleh rata-rata skor pasien di CVCU dan paling rendah dari ketiga kelompok adalah pasien di poliklinik (Tabel 4). Rata-rata skor pada setiap domain kebutuhan informasi menunjukkan bahwa domain informasi obat memiliki rata-rata skor tertinggi untuk ketiga kelompok pasien. Selanjutnya pada ketiga kelompok pasien, terdapat perbedaan dalam prioritas domain kebutuhan informasi dimana pasien di CVCU, rata-rata skor tertinggi kedua adalah faktor gaya hidup, pasien di bangsal jantung, rata-rata skor tertinggi kedua adalah informasi diet dan pasien di poliklinik jantung, rata-rata skor tertinggi kedua adalah manajemen gejala. Domain kebutuhan informasi yang berada pada prioritas terendah pada kelompok pasien CVCU adalah aktivitas fisik. Hal ini sama dengan prioritas terendah pada kelompok pasien bangsal jantung. Namun prioritas kebutuhan informasi yang terendah pada kelompok pasien di poliklinik jantung adalah domain lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien di CVCU, bangsal jantung dan poliklinik jantung sama-sama memerlukan informasi terkait dengan penyakitnya. Ketiga kelompok pasien menunjukkan kesamaan dalam hal domain informasi yang diperlukan, yaitu pengenalan dengan unit perawatan jantung (khususnya bagi pasien yang menjalani rawat inap), anatomi dan fisiologi jantung, faktor psikologis, faktor gaya hidup, informasi obat, informasi diet, aktifitas fisik, manajemen gejala dan informasi lain yang terkait dengan sistem pendukung. Hasil penelitian ini mendukung hasil-hasil penelitian sebelumnya yang juga telah dirangkum dalam beberapa kajian literatur (Almamari et al., 2019; Blair et al., 2014; Greco et al., 2016; Nuraeni et al., 2018; Polikandrioti & Babatsikou, 2013; Sultana et al., 2015). Hal ini menunjukkan pentingnya perawat untuk berespon dalam pemberian informasi kesehatan pada ke-sembilan area penting ini. Terdapat kebutuhan informasi pasien yang perlu direspon cepat melalui pendidikan kesehatan oleh tenaga kesehatan, khususnya perawat.

Ketiga kelompok pasien memiliki kesamaan dalam prioritas pertama tentang informasi yang penting yaitu domain informasi obat. Domain ini berfokus pada aturan penggunaan obat, indikasi, cara penggunaan, efek samping serta tata laksana jika terjadi efek samping pengobatan. Hasil ini mendukung penelitian sebelumnya dimana informasi yang paling diperlukan oleh pasien jantung sebelum pulang dari rumah sakit adalah tentang pengobatan (Alsaqri et al., 2020; Sultana et al., 2015). Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa informasi tentang pengobatan tidak mengalami penurunan seiring dengan berjalannya waktu setelah serangan infark miokard (Greco et al., 2016). Setelah pulang dari rumah sakit, pasien diharuskan untuk mandiri mengenai pengobatan, sehingga pasien perlu mengetahui kerja obat dan efek sampingnya (Almamari et al., 2019). Perhatian pasien tentang informasi pengobatan menunjukkan keinginan pasien untuk secara aktif terlibat dalam kesembuhannya. Terdapat berbagai kemungkinan alasan pasien menganggap informasi

tentang obat merupakan hal yang penting. Salah satunya adalah pasien memahami bahwa pengobatan infark miokard memerlukan waktu yang lama sehingga pasien merasa penting untuk memahami segala sesuatu terkait pengobatan.

Namun terdapat perbedaan mengenai informasi berikutnya yang dianggap penting oleh pasien pada fase akut, sub akut dan pasca akut. Ditemukan bahwa pasien pada fase akut yang dirawat di CVCU memprioritaskan informasi tentang faktor gaya hidup, pasien di bangsal jantung memprioritaskan informasi tentang informasi diet dan pasien di poliklinik jantung memprioritaskan informasi tentang manajemen gejala. Hal ini menunjukkan pentingnya menggali informasi yang diperlukan oleh pasien sebelum pemberian pendidikan kesehatan. Kebutuhan informasi individu pasien sepanjang masa penyembuhan penyakit penting untuk dikaji agar pendidikan kesehatan yang diberikan dapat berpusat ada pasien (Polikandrioti & Babatsikou, 2013).

Pendidikan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien membantu perawat dalam melibatkan pasien dalam perencanaan perawatan sehingga memungkinkan pasien secara aktif berpartisipasi dalam penyembuhan (Nuraeni et al., 2018). Untuk itu, diperlukan suatu model pendidikan kesehatan berfokus pada pasien yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan informasi pasien infark miokard sesuai dengan fase penyembuhan penyakit. Diperlukan juga suatu media pendidikan kesehatan yang memuat informasi sesuai dengan kebutuhan pasien. Model dan media tersebut diharapkan dapat menjadi pedoman bagi petugas kesehatan khususnya perawat dalam pemberian pendidikan pada pasien infark miokard.

Informasi kesehatan yang menduduki prioritas terendah diantara ke-sembilan domain pada pasien CVCU dan bangsal jantung adalah aktivitas fisik. Domain aktivitas fisik membahas tentang panduan aktivitas, kegiatan mengemudi, batasan fisik, aktivitas seksual dan kegiatan pekerjaan. Temuan ini konsisten

dengan penelitian sebelumnya (Sultana et al., 2015). Sultana menemukan bahwa kebutuhan informasi pasien jantung pada area aktivitas fisik relatif rendah dan menyebutkan bahwa hal ini berkaitan dengan kurangnya tempat untuk melakukan aktivitas fisik dan pendapatan yang rendah.

Namun hal ini dapat dijelaskan dari sudut pandang yang berbeda. Pada fase akut dan sub akut, pasien diprogramkan untuk beristirahat atau meminimalkan aktivitas sesuai dengan panduan *American Heart Association* (AHA) (O’Gara et al., 2013) dan *European Society of Cardiology* (ESC) (Roffi et al., 2015). Karena itu pasien tidak terlalu tertarik dengan informasi terkait peningkatan aktivitas dan pasien cenderung untuk fokus pada meningkatkan kepatuhannya dalam menjalankan program penatalaksanaan saat ini. Lain halnya yang dilaporkan oleh pasien di poliklinik, dimana rata-rata skor terendah adalah pada domain lain-lain. Pada domain ini ditanyakan tentang pentingnya informasi layanan pendukung bagi pasien dan keluarga dan pemeriksaan lanjutan yang akan dijalani oleh pasien. Pasien sudah merasa mendapatkan dukungan dan informasi tentang pemeriksaan lanjutan yang baik melalui kunjungan ke poliklinik sehingga tidak merasa penting untuk mendapatkan informasi mengenai hal tersebut.

Hasil penelitian juga menunjukkan perbedaan kebutuhan informasi pasien jantung sesuai dengan fase perawatan dimana pasien yang dirawat di bangsal jantung menunjukkan rata-rata skor tertinggi. Pasien yang dirawat di bangsal jantung telah berhasil melewati fase akut dan sedang menjalani perawatan fase sub akut. Pada fase ini, pasien umumnya telah mengalami perbaikan keadaan umum dimana nyeri yang dirasakan sudah mulai berkurang, status hemodinamik sudah mulai stabil dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari sudah meningkat. Pada fase ini, pasien mulai merasakan perlunya informasi kesehatan terkait penyebab penyakit sampai ke perawatan diri setelah pulang sari rumah sakit. Kebutuhan ini

meningkat karena kemampuan pasien untuk menyerap informasi mulai membaik setelah berkurangnya stress akibat serangan jantung yang mungkin mempengaruhi kemampuan kognitif. Fase perawatan sub akut merupakan waktu yang paling baik dalam pemberian informasi kesehatan bagi pasien jantung dimana pasien baru saja mengalami kejadian yang berkesan dan pasien sudah menyadari tentang perlunya informasi.

Informasi yang diberikan segera setelah kejadian dan pada saat pasien siap untuk menerima informasi diharapkan akan lebih banyak diserap dan mempengaruhi perilaku pasien jangka panjang. Selain itu, kebutuhan informasi yang meningkat ini menunjukkan bahwa pasien ingin mempersiapkan diri sebelum pulang dari rumah sakit. Pulang dari rumah sakit juga berarti berkurangnya kedekatan pasien dengan pelayanan kesehatan. Sebagai persiapan untuk perawatan mandiri di rumah dan persiapan karena mulai jauh dari pelayanan kesehatan, pasien menginginkan informasi dari petugas kesehatan. Disaat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit, maka tidak akan ada lagi petugas kesehatan yang berada tepat disamping pasien. Karena itu pasien menginginkan lebih banyak informasi dan pasien akan menjadi lebih terbuka dengan informasi yang diberikan melalui pendidikan kesehatan. Hasil akhir yang diharapkan adalah partisipasi aktif dari pasien dalam perawatan pasca infark miokard dan menurunkan risiko serangan infark miokard berulang.

Pasien di poliklinik jantung memiliki kebutuhan informasi yang lebih rendah dibandingkan dengan kelompok pasien lainnya. Fakta ini sejalan dengan fakta pada penelitian sebelumnya (Greco et al., 2016). Terdapat penurunan kebutuhan informasi pasien jantung seiring dengan berjalannya waktu setelah infark miokard dan terdapat variasi sumber informasi yang dipilih oleh pasien. Setelah pulang dari rumah sakit dan mulai kembali ke aktivitas semula, pasien dapat menjadi lebih aktif dalam mengumpulkan informasi dari berbagai sumber, dan seiring dengan berjalannya waktu pasien menunjukkan kebutuhan informasi bersumber dari

tenaga kesehatan yang lebih rendah. Selain itu, pasien juga akan lebih mudah terhubung dengan berbagai sumber informasi dan menunjukkan penurunan ketergantungan dengan informasi dari perawat yang diberikan dalam bentuk pendidikan kesehatan. Variasi dalam metode mendapatkan informasi dengan menggunakan berbagai media pendidikan kesehatan dibandingkan dengan konseling tatap muka dapat menjadi metode yang efektif dan efisien dalam mensiasati keterbatasan tenaga di poliklinik secara umum, khususnya tenaga perawat.

Pada akhirnya, apapun tingkat kebutuhan informasi dan prioritas informasi serta tahapan apapun proses penyakit dan penyembuhan pasien, pemberian pengetahuan melalui pendidikan kesehatan merupakan kunci utama dalam meningkatkan peran aktif pasien dalam perawatan dirinya sendiri setelah infark miokard. Informasi pendidikan kesehatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan pasien pada saat itu serta metode yang berevolusi mengikuti perubahan kebutuhan pasien perlu menjadi sentral dalam pengembangan model pendidikan kesehatan bagi pasien infark miokard.

## BAB VI

### Kebutuhan Informasi Pasien Infark Miokard Menurut Persepsi Keluarga Pasien

Untuk mengetahui gambaran kebutuhan informasi pasien infark miokard menurut persepsi keluarga pasien, telah dikumpulkan data melalui proses penelitian terhadap 33 orang keluarga pasien yang dirawat di CVCU, 35 orang keluarga pasien yang dirawat di bangsal jantung dan 77 orang keluarga pasien yang berkunjung ke poliklinik jantung. Persentase pasien di CVCU yang didampingi oleh keluarga adalah 78,5%, persentase pasien di bangsal jantung yang didampingi oleh keluarga adalah 83,3% dan persentase pasien di poliklinik jantung yang didampingi oleh keluarga adalah 37,7%. Adapun karakteristik meliputi kelompok usia, jenis kelamin, dan pendidikan terakhir keluarga pasien yang dirawat di CVCU, keluarga pasien yang dirawat di Bangsal Jantung dan keluarga pasien yang berkunjung ke poliklinik jantung saat dilakukan penelitian ditampilkan melalui Tabel 3.

*Tabel 3. Karakteristik demografi keluarga pasien*

Karakteristik Demografi	CVCU (n=33)		Bangsal Jantung (n=35)		Poliklinik Jantung (n=77)	
	f	%	f	%	F	%
Kelompok Usia						
11-20 tahun	1	3	3	8,6	1	1,3
21-30 tahun	7	21,2	8	22,9	14	18,2
31-40 tahun	7	21,2	6	17,1	10	13,0
41-50 tahun	9	27,3	12	34,3	20	26,0
51-60 tahun	4	12,1	4	11,4	16	20,8
61-70 tahun	5	15,2	2	5,7	12	15,6
71-80 tahun					4	5,2

<hr/>						
Jenis kelamin						
Laki-laki	8	24,2	12	34,3	18	23,4
Perempuan	25	75,8	23	65,7	59	76,6
<hr/>						
Pendidikan terakhir						
SD	3	9,1	2	5,7	5	6,5
SMP	3	9,1	5	14,3	10	13
SMA	17	51,5	20	57,1	45	58,4
Perguruan tinggi	10	30,3	8	22,9	17	22,1
<hr/>						

Pada kelompok keluarga pasien di CVCU, bangsal jantung dan poliklinik jantung, karakteristik yang dominan adalah pada rentang usia 41-50 tahun, berjenis kelamin perempuan dan memiliki pendidikan terakhir SMA. Sebanyak 27,3% keluarga pasien di CVCU berada pada rentang usia 41-50 tahun, sebanyak 34,3% keluarga pasien di bangsal jantung berada pada rentang usia yang sama dan sebanyak 26% keluarga pasien di poliklinik jantung yang berada pada rentang usia yang sama. Persentase keluarga yang berjenis kelamin perempuan adalah 75,8% dari kelompok yang dirawat di CVCU, 65,7% dari kelompok yang dirawat di bangsal jantung dan 76,6% dari kelompok yang berobat di poliklinik jantung. Berikutnya, persentase keluarga yang berpendidikan SMA adalah 51,5% dari kelompok yang dirawat di CVCU, 57,1% dari kelompok yang dirawat di bangsal jantung dan 58,4% dari kelompok yang berobat di poliklinik jantung (Tabel 3).

Tabel 4 menampilkan rata-rata skor dan tingkat kepentingan kebutuhan informasi pasien jantung menurut persepsi keluarga pasien CVCU, pasien Bangsal Jantung dan pasien poliklinik jantung.

*Tabel 4. Rata-rata skor dan peringkat setiap domain dan secara keseluruhan kebutuhan informasi pasien jantung menurut persepsi keluarga pasien*

<b>Informasi</b>	<b>CVCU</b>		<b>Bangsar</b>		<b>Rawat Jalan</b>	
	Rata-rata	Prioritas	Rata-rata	Prioritas	Rata-rata	Prioritas
Perkenalan pada Unit Perawatan Jantung	3.99	8	4.00	7		
Anatomi dan Fisiologi (Cara Kerja Jantung)	4.18	3	4.09	4	3.70	4
Faktor Psikologis	4.04	7	3.96	8	3.66	6
Faktor gaya hidup	4.12	5	4.05	6	3.70	5
Informasi Obat	4.22	2	4.15	1	4.02	1
Informasi Diet	4.09	6	4.14	2	3.88	2
Aktivitas Fisik	3.99	9	3.90	9	3.17	7
Manajemen Gejala	4.25	1	4.07	5	3.74	3
Lain-lain	4.16	4	4.13	3	3.13	8
CPLNI	4.11		4.05		3.74	

Rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung menurut persepsi keluarga pasien jantung yang paling tinggi adalah pada kelompok keluarga pasien di CVCU, diikuti oleh rata-rata skor keluarga pasien di bangsal jantung dan paling rendah dari ketiga kelompok adalah keluarga pasien di poliklinik (Tabel 4). Rata-rata skor pada setiap domain kebutuhan informasi pasien jantung menunjukkan bahwa domain manajemen gejala memiliki rata-rata skor tertinggi pada kelompok keluarga pasien di CVCU dan domain informasi obat memiliki rata-rata skor tertinggi pada kelompok keluarga pasien di bangsal jantung dan di poliklinik jantung. Selanjutnya prioritas kedua domain kebutuhan informasi pasien jantung pada kelompok keluarga pasien di CVCU adalah informasi obat sedangkan pada kelompok keluarga pasien di bangsal jantung dan poliklinik jantung adalah informasi diet. Domain kebutuhan informasi pasien jantung yang berada pada

prioritas terendah pada kelompok keluarga pasien di CVCU adalah aktivitas fisik. Hal ini sama dengan prioritas terendah pada kelompok keluarga pasien bangsal jantung. Namun prioritas kebutuhan informasi yang terendah pada kelompok keluarga pasien di poliklinik adalah domain lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga mempersepsikan kebutuhan informasi pasien jantung yang tinggi. Menurut persepsi keluarga, pasien infark miokard memerlukan informasi terkait penyakit, penyebab dan proses perawatan agar pasien memiliki pemahanan mengenai penyakitnya dan proses pengobatan yang akan dijalaninya. Ketiga kelompok keluarga; keluarga pasien di CVCU, keluarga pasien di bangsal jantung dan keluarga pasien di poliklinik jantung; menunjukkan kesamaan dalam hal sembilan domain informasi yang diperlukan oleh pasien. Hal ini memperkuat fakta pentingnya pemberian pendidikan kesehatan pada pasien dengan penyakit jantung. Selain itu, fakta ini juga menunjukkan pentingnya keluarga terlibat dalam pendidikan kesehatan sehingga keluarga pasien dapat memberikan kontribusi dalam perawatan pasien selama fase akut sampai dengan penyembuhan.

Belum banyak ditemukan penelitian sebelumnya yang menilai persepsi keluarga tentang kebutuhan informasi pasien jantung. Satu penelitian yang dilaksanakan beberapa waktu yang lalu juga menunjukkan pentingnya informasi kesehatan bagi pasien jantung menurut persepsi pasangannya. Namun demikian, hasil penelitian ini dan penelitian sebelumnya cukup kuat untuk membuktikan bahwa persepsi keluarga tentang kebutuhan informasi pasien jantung tidak jauh berbeda dengan persepsi pasien dan kebutuhan keluarga terhadap pendidikan kesehatan juga tidak jauh berbeda dengan kebutuhan pasien. Dengan melibatkan keluarga dalam pendidikan kesehatan diharapkan dapat menciptakan sistem pendukung yang kuat untuk proses penyembuhan pasien.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa keluarga pasien memiliki persepsi yang sama dengan pasien di CVCU, bangsal jantung dan poliklinik jantung dalam hal perlunya pasien mendapatkan informasi terkait dengan penyakitnya. Rata-rata skor kebutuhan informasi menurut persepsi pasien dan keluarga pasien hampir sama. Hasil penelitian ini konsisten dengan penelitian sebelumnya. Kesamaan persepsi dan kerjasama antara pasien dan keluarga dalam meningkatkan kesehatan dapat menjadi salah satu kunci keberhasilan dalam pengobatan.

Ketiga kelompok keluarga menunjukkan prioritas domain informasi yang sedikit berbeda. Domain kebutuhan informasi yang menempati prioritas pertama bagi keluarga pasien di CVCU adalah manajemen gejala, yang diikuti oleh domain informasi obat pada prioritas kedua. Pada domain manajemen gejala, ditanyakan tentang pentingnya pasien mendapatkan informasi mengenai penyebab dan jenis nyeri dada, tindakan dalam mengatasi nyeri dada, dan tanda dan gejala serangan jantung. Keluarga sering menjadi orang yang dituntut untuk berespon cepat pada saat terjadi serangan jantung setelah pasien itu sendiri. Keluarga mempersepsikan pentingnya pasien mendapatkan informasi tentang manajemen gejala segera setelah gejala mulai dirasakan oleh pasien. Hasil ini juga dapat berarti bahwa keluarga merasa sangat penting untuk mengetahui apa yang harus dilakukan segera jika terjadi serangan jantung berikutnya pada pasien karena seorang yang pernah mengalami infark miokard memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami serangan berulang.

Dilain sisi, kelompok keluarga pasien di bangsal jantung dan poliklinik jantung menunjukkan bahwa prioritas informasi yang dibutuhkan pasien jantung adalah informasi obat. Prioritas kebutuhan informasi yang disampaikan oleh kedua kelompok ini sudah sama dengan yang disampaikan oleh kelompok pasien yang sama.

Menariknya, kelompok keluarga pasien di CVCU dan bangsal jantung sama-sama mempersepsikan kebutuhan informasi

pasien jantung yang berada pada prioritas terendah adalah pada domain aktivitas fisik, sedangkan pada kelompok keluarga pasien di poliklinik, prioritas terendah adalah pada domain lain-lain. Prioritas kebutuhan informasi yang disampaikan oleh ketiga kelompok ini sudah sama dengan yang disampaikan oleh kelompok pasien.

Dari ketiga kelompok keluarga pasien, kelompok keluarga pasien di CVCU mempersepsikan kebutuhan informasi pasien jantung dengan rata-rata skor tertinggi, diikuti dengan kelompok keluarga pasien di bangsal jantung, dan rata-rata skor yang paling rendah adalah pada kelompok keluarga pasien di poliklinik. Kesadaran keluarga tentang perlunya informasi kesehatan dan pendidikan kesehatan merupakan sebagian prasyarat dalam meningkatkan tanggung jawabnya terhadap kesehatan (Uysal & Enç, 2012).

## BAB VII

### Kebutuhan Informasi Pasien Infark Miokard Menurut Persepsi Perawat

Untuk mengetahui gambaran kebutuhan informasi pasien infark miokard menurut persepsi perawat, telah dikumpulkan data melalui proses penelitian terhadap 21 orang perawat di CVCU dan 19 orang perawat di bangsal jantung. Dalam penelitian ini, tidak dilakukan pengumpulan data terhadap perawat di poliklinik jantung karena jumlah perawat yang hanya 6 orang, artinya tidak sebanding dengan jumlah perawat di ruangan lainnya. Adapun karakteristik yang meliputi kelompok usia, jenis kelamin, lama bekerja, lama bekerja di unit sekarang dan pendidikan terakhir pada perawat yang bekerja di CVCU dan bangsal jantung adalah sebagai berikut.

*Tabel 5. Karakteristik demografi perawat*

Karakteristik Demografi	CVCU (n=21)		Bangsal Jantung (n=19)	
	F	%	f	%
<b>Kelompok Usia</b>				
21-30 tahun	7	33,3	5	26,3
31-40 tahun	10	47,6	7	36,8
41-50 tahun	3	14,3	6	31,6
51-60 tahun	1	4,8	1	5,3
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	2	9,5		
Perempuan	19	90,5	19	100
<b>Lama Bekerja</b>				
≤ 5 tahun	4	19		
6-10 tahun	8	38,1	8	42,1
> 10 tahun	9	42,8	11	57,9

Lama bekerja di unit sekarang				
<= 5 tahun	10	47,6	9	47,4
> 5 tahun	11	52,4	10	52,6
Pendidikan terakhir				
D3 Keperawatan	17	81	10	52,6
S1/Ners	4	19	9	47,4

Pada kelompok perawat, 47,6% perawat di CVCU berada pada rentang usia 31-40 tahun dan 36,8% perawat di bangsal jantung berada pada rentang usia yang sama. Perawat di ruang CVCU yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 90,5% sedang di bangsal jantung, seluruh perawat adalah perempuan. Sebesar 42,8% perawat di CVCU dan sebesar 57,9% perawat di bangsal jantung telah bekerja selama lebih dari 10 tahun. Berdasarkan lama bekerja di unit yang sekarang, sebesar 52,4% perawat di CVCU dan sebesar 52,6 % perawat di bangsal jantung telah bekerja di unit yang sekarang selama lebih dari 5 tahun. Pendidikan terakhir perawat di CVCU adalah 81% pada tingkat DIII keperawatan dan di bangsal jantung adalah 52,6% pada tingkat yang sama (Tabel 5).

Tabel 6 menampilkan rata-rata skor dan tingkat kepentingan kebutuhan informasi pasien jantung menurut persepsi perawat CVCU dan perawat Bangsal Jantung.

*Tabel 6. Rata-rata skor dan peringkat setiap domain dan secara keseluruhan kebutuhan informasi pasien jantung menurut persepsi perawat*

Informasi	CVCU		Bangsal jantung	
	Rata-rata	Prioritas	Rata-rata	Prioritas
Perkenalan pada Unit Perawatan Jantung	4.72	1	4.64	4
Anatomi dan Fisiologi (Cara Kerja Jantung	4.07	9	4.60	7

Faktor Psikologis	4.15	7	4.64	5
Faktor gaya hidup	4.41	4	4.72	2
Informasi Obat	4.61	2	4.75	1
Informasi Diet	4.39	6	4.64	6
Aktivitas Fisik	4.40	5	4.52	8
Manajemen Gejala	4.46	3	4.72	3
Lain-lain	4.08	8	4.49	9
Rata Rata	4.39		4.64	

Rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung yang lebih tinggi menurut perawat adalah pada kelompok perawat di bangsal jantung dibandingkan dengan perawat di CVCU (Tabel 6). Rata-rata skor pada setiap domain kebutuhan informasi menunjukkan bahwa domain pengenalan pada unit perawatan jantung memiliki rata-rata skor tertinggi untuk kelompok perawat di CVCU dan diikuti dengan domain informasi obat. Dibandingkan dengan kelompok perawat di bangsal jantung, rata-rata skor tertinggi adalah domain informasi obat dan didikuti dengan domain faktor gaya hidup. Domain kebutuhan informasi yang berada pada prioritas terendah pada kelompok perawat di CVCU adalah anatomi dan fisiologi/cara kerja jantung. Namun prioritas kebutuhan informasi yang terendah pada kelompok perawat di bangsal jantung adalah domain lain-lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat di CVCU dan bangsal jantung mempersepsikan kebutuhan informasi pasien jantung yang tinggi. Perawat menyadari bahwa pasien memerlukan informasi mengenai proses penyakitnya, penyebab dan faktor risiko, serta proses perawatan dan pengobatan yang akan dijalaninya selama di rumah sakit maupun setelah pulang dari rumah sakit. Hal ini perlu diapresiasi karena menunjukkan kesadaran perawat akan pentingnya pemberian informasi kepada pasien sebagai bagian dari perwujudan peran perawat sebagai pendidik bagi pasien.

Hasil penelitian ini menunjukkan konsistensi dengan sebelumnya, dimana perawat mempersepsikan kebutuhan

informasi pasien jantung yang tinggi (Mosleh et al., 2017). Temuan penelitian ini perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan model yang efektif dan efisien dalam pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien sesuai dengan tahapan proses penyakit dan penyembuhan.

Domain kebutuhan informasi pasien jantung yang menempati prioritas pertama sesuai persepsi perawat di CVCU adalah pengenalan pada unit perawatan jantung sedangkan menurut persepsi perawat di bangsal jantung adalah informasi obat. Perawat perlu mengetahui area informasi yang dibutuhkan oleh pasien sehingga informasi diberikan terkait dengan area tersebut. Hasil penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa perawat di ruang perawatan lanjutan mempersepsikan kebutuhan informasi pasien yang menduduki prioritas pertama adalah informasi obat (Se et al., 2008), khususnya oleh perawat di ruang perawatan sub akut.

Salah satu alasan yang dapat menjelaskan hasil penelitian ini adalah karena infark miokard merupakan kondisi yang mengancam kehidupan yang mutlak memerlukan penatalaksanaan farmakologis dan harus dilakukan jangka panjang. Walaupun demikian, penatalaksanaan non farmakologis seperti pengontrolan faktor risiko penggunaan terapi modalitas mungkin dapat membantu pasien selama perawatan di rumah.

Domain kebutuhan informasi pasien jantung yang menempati prioritas terendah sesuai persepsi perawat di CVCU adalah domain anatomi dan fisiologi/cara kerja jantung sedangkan menurut persepsi perawat di bangsal jantung adalah domain lain-lain. Perawat mendapatkan pengetahuan tentang anatomi dan fisiologi jantung melalui pendidikan formalnya. Oleh karena itu, perawat mempersepsikan hanya orang-orang yang memiliki latar belakang pendidikan formal kesehatan yang memerlukan informasi tersebut atau perawat menganggap informasi mengenai

anatomi dan fisiologi terlalu mendalam untuk dijelaskan secara gamblang kepada pasien.

Kesenjangan antara persepsi pasien dan perawat tentang konten penting yang harus dipelajari menyoroti pentingnya mempertimbangkan kedua pihak ini ketika membuat program pendidikan kesehatan. Seharusnya, perawat dapat memberikan informasi mengenai hal ini menggunakan bahasa yang sederhana sehingga dapat dipahami oleh pasien.



## BAB VIII

### Perbedaan Kebutuhan Informasi Pasien Jantung

Dari semua data yang diperoleh dari penelitian, rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung yang paling tinggi adalah pada kelompok perawat di bangsal jantung, dan diikuti oleh rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung pada kelompok perawat CVCU. Rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung yang paling rendah adalah pada kelompok keluarga di poliklinik jantung. Hasil uji *analysis of variance* terhadap rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung didapatkan nilai  $p < 0,05$ , artinya terdapat perbedaan bermakna rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung diantara semua kelompok responden.

Hasil *post hoc tes* untuk *multiple comparison* seperti ditampilkan pada Tabel 7 menunjukkan terdapat perbedaan bermakna rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung pada kelompok responden pasien CVCU dan perawat bangsal jantung, pasien bangsal jantung dan perawat bangsal jantung, pasien poliklinik jantung dan perawat CVCU, pasien poliklinik jantung dan perawat bangsal jantung, keluarga pasien bangsal jantung dan perawat bangsal jantung, keluarga pasien poliklinik jantung dan perawat CVCU, dan keluarga pasien poliklinik jantung dan perawat bangsal jantung ( $p < 0,05$ ).

Tabel 7. Perbedaan rata-rata skor kebutuhan informasi pasien jantung

Kelompok responden	1	2	3	4	5	6	7	8
1	-							
2	0.09	-						
3	0.13	0.23	-					
4	0.10	0.00	0.24	-				
5	0.04	0.05	0.17	0.06	-			
6	0.27	0.37*	0.13	0.37	0.31	-		

7	0.38	0.28	0.52*	0.27	0.34	0.65*	-
8	0.63*	0.53*	0.76*	0.52	0.59*	0.90*	0.24 -

Ket: kelompok responden: (1) Pasien CVCU, (2) Pasien Bangsal Jantung, (3) Pasien poliklinik jantung, (4) Keluarga pasien CVCU, (5) Keluarga di bangsal jantung, (6) Keluarga di poliklinik jantung, (7) Perawat CVCU, dan (8) Perawat bangsal jantung. \* Nilai  $p < 0,05$

Data tersebut diatas menunjukkan bahwa secara keseluruhan, terdapat perbedaan persepsi dari ke-delapan kelompok responden mengenai kebutuhan informasi pasien jantung. Secara khusus, terdapat perbedaan antara persepsi pasien dan keluarga pasien di bangsal jantung dengan persepsi perawat di bangsal jantung tentang kebutuhan informasi pasien infark miokard. Terdapat gap antara persepsi pasien dan keluarga dengan persepsi perawat. Rata-rata skor persepsi perawat jauh melebihi dari kebutuhan informasi pasien dan keluarga pasien. Perawat perlu mengkaji kebutuhan informasi sebelum memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien. Perawat dapat menyusun perencanaan program pendidikan kesehatan terstandar pada pasien, namun dalam pelaksanaannya, perlu memperhatikan informasi apa yang dibutuhkan oleh pasien.

Penelitian sebelumnya menunjukkan adanya inkonsistensi hasil. Perbedaan sering ada antara persepsi kebutuhan yang diidentifikasi oleh pasien versus kebutuhan yang diidentifikasi oleh profesional kesehatan yang merawat mereka. Dalam satu studi sampel kenyamanan dari 365 pasien jantung yang baru-baru ini melakukan intervensi koroner utama, preferensi mereka untuk belajar setelah intervensi berbeda dari apa yang dianggap penting oleh 166 perawat jantung untuk dipelajari pasien (Mosleh et al., 2017). Sebaliknya, penelitian lain menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan persepsi perawat dan pasien mengenai kebutuhan informasi pasien infark miokard (Hamdan & Al-Momani, 2015). Penelitian terdahulu menemukan bahwa terdapat kesamaan persepsi pasien dan perawat dimana pasien perlu mengetahui tentang penyakitnya baik selama berada di rumah sakit, dan

terlebih lagi saat pasien telah pulang dari rumah sakit. Namun demikian, domain informasi yang dianggap paling penting oleh ketiga kelompok responden di bangsal jantung adalah sama yaitu informasi obat.



## **BAB IX**

### **Implikasi Terhadap Penyusunan Media Pendidikan Kesehatan**

Hasil penelitian yang dijelaskan pada bagian sebelumnya pada dasarnya relevan untuk perawat dan tenaga kesehatan lain seperti dokter dan ahli gizi. Namun karena perawat memiliki waktu interaksi dengan pasien yang paling banyak dan peran perawat sebagai edukator, maka perawat memainkan peranan penting dalam memandirikan pasien agar dapat merawat dirinya sendiri dan menurunkan mortalitas dan morbiditas melalui perubahan gaya hidup ke arah yang lebih baik.

Informasi yang diberikan harus sesuai dengan kebutuhan dan tahapan penyembuhan pasien. Untuk itu, perawat perlu memiliki panduan berupa media pendidikan kesehatan dalam pemberian informasi sehingga pendidikan kesehatan yang diberikan dapat memenuhi kebutuhan informasi. Dapat juga disusun desain media informasi yang spesifik digunakan untuk memenuhi kebutuhan informasi pada setiap tahapan proses penyembuhan penyakit. Disamping itu, dalam memberikan pendidikan kesehatan, perawat juga dapat menyesuaikan informasi yang diberikan dengan kebutuhan yang bersifat individual sehingga gap pengetahuan dapat diminimalkan.

Media pembelajaran menyediakan alat bagi pendidik untuk menyampaikan pesan pendidikan secara kreatif, jelas, akurat, dan tepat waktu. Media pembelajaran yang baik membantu pendidik memperkuat informasi, memperjelas konsep abstrak, dan menyederhanakan pesan yang kompleks. Media pembelajaran memiliki potensi untuk membantu pasien tidak hanya dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan tetapi juga dalam mempertahankan lebih efektif apa yang mereka pelajari.

Pengorganisasian materi pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan domain kebutuhan belajar yang menjadi prioritas bagi pasien sesuai dengan fase penyembuhan sedangkan materi pembelajaran disusun dengan mengacu pada item-item yang merupakan penjabaran dari masing-masing domain. Domain yang menjadi prioritas bagi pasien di CVCU dapat dimasukkan ke dalam materi pendidikan kesehatan pada saat pasien dirawat pada fase akut. Demikian juga dengan domain yang menjadi prioritas bagi pasien di bangsal jantung dan di poliklinik jantung.

Bertitik tolak dari hasil penelitian tentang kebutuhan informasi pasien jantung, dapat disusun rancangan awal media pendidikan kesehatan, dengan memperhatikan domain kebutuhan belajar yang merupakan prioritas bagi pasien di fase akut, fase sub akut dan fase pasca akut. Isi media pendidikan kesehatan disusun berdasarkan 8 domain kebutuhan belajar pasien jantung yang meliputi pengenalan ke unit perawatan jantung, anatomi dan fisiologi, faktor psikologis, faktor risiko, informasi obat, informasi diet, aktivitas fisik, dan informasi lainnya yang terkait (Luzia Elaine Galdeano et al., 2012).

Berdasarkan urutan prioritas kebutuhan informasi pasien rawat inap tersebut diatas, proses mengintegrasikan item-item kebutuhan informasi menjadi sub topik dan topik bahasan yang akan menjadi dasar dalam pengembangan media pendidikan kesehatan bagi pasien infark miokard.

Memilih media pembelajaran yang tepat perlu mempertimbangkan tiga variabel utama: (1) karakteristik peserta didik, (2) karakteristik media, dan (3) karakteristik tugas yang harus dicapai. Media pendidikan kesehatan yang digunakan dapat berbentuk media cetak seperti booklet atau leaflet, atau media dalam jaringan berupa materi yang ditampilkan dalam media berbasis internet, dan dapat juga berupa media audiovisual berupa video pendidikan kesehatan. Penjelasan materi dapat dilengkapi dengan gambar yang relevan untuk membantu perawat dalam

memberikan penjelasan kepada pasien dan membantu pasien dalam memahami materi pendidikan kesehatan.

Media cetak dapat dibagi dalam beberapa lembaran atau buku kecil yang dapat menjadi bahan pendidikan kesehatan pada saat pasien di rawat di ruang rawat intensif, pada saat pasien di rawat di ruang perawatan lanjutan dan pada saat pasien sudah pulang dari rumah sakit. Beberapa keunggulan media cetaka antara lain: tersedia sebagai referensi untuk memperkuat informasi bagi pasien ketika perawat pada saat tersebut tidak hadir untuk menjawab pertanyaan atau mengklarifikasi informasi, banyak digunakan di semua lapisan masyarakat, sehingga media ini dapat diterima dan familiar bagi public, mudah diperoleh melalui sumber komersial, biasanya dengan biaya yang relatif rendah dan berbagai topik, untuk didistribusikan oleh pendidik dan dapat disediakan dalam bentuk yang nyaman, seperti pamflet, yang portabel, dapat digunakan kembali, dan tidak memerlukan sumber daya perangkat lunak atau perangkat keras untuk mengaksesnya.

Media audiovisual berupa video singkat berisikan tentang informasi yang bersifat prosedural dalam melakukan suatu kegiatan atau tindakan seperti materi ringkas tentang penanganan awal angina pektoris/nyeri dada, olahraga jantung sehat, diet sehat dan mengelola stress. Keunggulan penggunaan video adalah dapat di putar secara berulang sesuai dengan kebutuhan pasien. Media video dapat menarik perhatian dari rangsangan luar lainnya dalam waktu yang singkat. Media audiovisual mendukung dan memperkaya proses pendidikan dengan merangsang indera penglihatan dan pendengaran, menambah variasi pada pengalaman belajar-mengajar, dan menanamkan ingatan visual, yang ternyata lebih permanen daripada ingatan pendengaran. Media audiovisual telah dikenal untuk meningkatkan pemahaman dan retensi informasi serta kepuasan dengan perawatan dengan menggabungkan apa yang didengar dengan apa yang dilihat. Teknologi audiovisual menawarkan lebih banyak kontrol atas

konten serta urutan, kecepatan, dan waktu informasi, yang memungkinkan pengalaman mengajar dan belajar disesuaikan untuk memenuhi tujuan perilaku untuk setiap individu.

## **BAB X**

### **Penutup**

Penelitian ini memberikan kontribusi orisinal pada ilmu pengetahuan terkait kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard dan perubahan kebutuhan informasi pasien jantung sesuai dengan proses penyakit dan penyembuhan, serta perbedaan persepsi antara pasien, keluarga pasien dan perawat terkait informasi yang diinginkan oleh pasien pasca infark miokard. Selain menunjukkan kebutuhan informasi yang tinggi pada pasien infark miokard dan perbedaan prioritas informasi yang diinginkan pasien sesuai dengan proses penyakit dan penyembuhan, hasil penelitian ini juga menunjukkan perbedaan persepsi pasien, keluarga dan perawat terkait informasi yang dibutuhkan oleh pasien infark miokard. Hasil penelitian ini mendukung pentingnya pemberian informasi yang berpusat pada pasien, bersifat individual dan memperhatikan prioritas informasi.

Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat disusun media informasi dan edukasi terstandar yang berkualitas yang dapat memenuhi kebutuhan informasi pasien infark miokard selama perawatan akut, sub akut dan pasca serangan akut yang sesuai dengan prioritas informasi yang dibutuhkan oleh pasien pada saat itu. Sejalan dengan hal tersebut, pihak rumah sakit dapat menetapkan standar media informasi dan edukasi sebagai standar pelayanan asuhan keperawatan pada pasien infark miokard. Luaran yang diharapkan adalah memaksimalkan pembelajaran dan memanfaatkan waktu untuk pembelajaran dengan sebaik mungkin. Kegiatan pendidikan kesehatan seharusnya didukung dengan sistem formal sehingga dapat menjamin pemberian pendidikan kesehatan yang berkualitas untuk pasien infark miokard. Pembaharuan dalam media informasi dan edukasi diharapkan tidak hanya memberikan manfaat bagi pasien dan keluarga, tetapi juga membantu dalam pelaksanaan peran perawat

sebagai pendidik secara efektif dan efisien dibandingkan dengan yang berlangsung saat ini.

Keluarga juga menyadari bahwa pasien memerlukan informasi. Untuk itu, keluarga perlu dilibatkan pada saat pemberian pendidikan kesehatan. Keluarga merupakan sistem pendukung bagi pasien baik selama dirawat di rumah sakit, dan terlebih lagi saat pasien sudah pulang dari rumah sakit. Informasi yang diterima oleh keluarga dapat menguatkan upaya perubahan perilaku pada pasien. Kadangkala, perubahan perilaku pada pasien juga perlu diikuti dengan perubahan perilaku keluarga sehingga keluarga dapat secara optimal berperan sebagai sistem pendukung bagi pasien infark miokard.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, E., Youssif, M., Ayasreh, I., & Al-Mawajdeh, N. (2013). Assess the risk factors and knowledge on modification of lifestyle among patients who have experienced acute myocardial infarction in Taif. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(2), 354–359. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2013.2.368-373>
- Alfasfos, N., Darawad, M. W., Nofal, B., Samarkandi, O. A., & Abdulqader, B. (2016). Knowledge, Attitudes, Beliefs and Perceived Risk of Acute Coronary Syndrome among Jordanian Patients. *Health*, 08(15), 1830–1844. <https://doi.org/10.4236/health.2016.815175>
- Almamari, R. S., Lazarus, E. R., & Muliira, J. K. (2019). Information needs of post myocardial infarction patients in Oman. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 7, 629–633. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.02.006>
- Alsaqri, S. H., Alkuwaisi, M. J., Shafie, Z. M., Aldalaykeh, M. K., & Alboliteeh, M. (2020). Saudi myocardial infarction patients' learning needs: Implications for cardiac education program. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(4), 1208–1212. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.04.015>
- Angell, S. Y., Mcconnell, M. V., Anderson, C. A. M., Bibbins-Domingo, K., Boyle, D. S., Capewell, S., Ezzati, M., De Ferranti, S., Gaskin, D. J., Goetzl, R. Z., Huffman, M. D., Jones, M., Khan, Y. M., Kim, S., Kumanyika, S. K., Mccray, A. T., Merritt, R. K., Milstein, B., Mozaffarian, D., ... Warner, J. J. (2020). The american heart association 2030 impact goal: A presidential advisory from the american heart association. *Circulation*, 141, E120–E138. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000758>

- Bastable, S. B. (2019). *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*, (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Blair, J., Volpe, M., & Aggarwal, B. (2014). Challenges, Needs, and Experiences of Recently Hospitalized Cardiac Patients and Their Informal Caregivers. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29, 29–37. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182784123>.Challenges
- Bonin, C. D. B., dos Santos, R. Z., Ghisi, G. L. D. M., Vieira, A. M., Amboni, R., & Benetti, M. (2014). Construction and Validation of a Questionnaire about Heart Failure Patients ' Knowledge of Their Disease. *Arq Bras Cardiol.*, 102(4), 364–373. <https://doi.org/10.5935/abc.20140032>
- Brown, J. R., Conley, S. M., & Niles, N. W. (2013). Predicting Readmission or Death After Acute ST-Elevation Myocardial Infarction. *Clin. Cardiol.*, 36(10), 570–575. <https://doi.org/10.1002/clc.22156>
- Bubela, N., Galloway, S., McCay, E., McKibbin, A., Nagle, L., Pringle, D., Ross, E., & Shamian, J. (1990). The Patient Learning Needs Scale: reliability and validity. *Journal of Advanced Nursmg*, 15, 1181–1187.
- Chow, C. K., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, K. A. A., Anand, S. S., & Yusuf, S. (2010). Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, 121(6), 750–758. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.891523>
- Clarke, M. A., Moore, J. L., Steege, L. M., Koopman, R. J., Belden, J. L., Canfield, S. M., Meadows, S. E., Elliott, S. G.,

- & Kim, M. S. (2016). Health information needs, sources, and barriers of primary care patients to achieve patient-centered care: A literature review. *Health Informatics Journal*, 22(4), 992–1016. <https://doi.org/10.1177/1460458215602939>
- Dahal, P., & Karki, R. (2017). Knowledge and practice regarding prevention of myocardial infarction among visitors of Sahid Gangalal national heart center, Kathmandu, Nepal. *Diabetes Manag*, 7(2), 240–246.
- Darling, C. E., Fisher, K. A., Mcmanus, D. D., Coles, A. H., Spencer, F. A., Gore, J. M., & Goldberg, R. J. (2013). Survival after hospital discharge for ST-segment elevation and non-ST-segment elevation acute myocardial infarction : a population-based study. *Clin Epidemiol*, 5, 229–236.
- Darsin Singh, S. K., Ahmad, A., Rahmat, N., & Hmwe, N. T. T. (2018). Nurse-led intervention on knowledge, attitude and beliefs towards acute coronary syndrome. *Nursing in Critical Care. Online Version.*, 23(4), 186–191. <https://doi.org/10.1111/nicc.12240>
- Galdeano, Luzia E, Furuya, R. K., Rodrigues, M. A., Dantas, R. A. S., & Rossi, A. (2014). Reliability of the Cardiac Patients Learning Needs Inventory ( CPLNI ) for use in Portugal. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1532–1540. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04158.x>
- Galdeano, Luzia Elaine, Rossi, L. A., Spadoti, R. A., Rodrigues, M. A., & Furuya, R. K. (2012). Adaptation and validation of Cardiac Patients ' Learning Needs Inventory for Brazilian patients \*. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 116–121.
- Gentil, L. L. S., & Costa, A. L. S. (2016). Discharge Planning After Myocardial Revascularization Differences in Opinions

From Patients and Health Experts. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(5), 441–444.  
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000262>

Gerber, Y., Weston, S., Enriquez-Sarano, M., Manemann, S., Chamberlain, A., Jiang, R., & Roger, V. (2016). Atherosclerotic Burden and Heart Failure after Myocardial Infarction. *JAMA Cardiol*, 1(2), 156–162.  
<https://doi.org/10.1002/nbm.3369>.Three

Greco, A., Cappelletti, E. R., Monzani, D., Pancani, L., Addario, M. D., Magrin, M. E., Miglioretti, M., Sarini, M., Scignaro, M., Vecchio, L., Fattiroli, F., & Steca, P. (2016). A longitudinal study on the information needs and preferences of patients after an acute coronary syndrome. *BMC Family Practice*, 17, 136. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0534-8>

Hamdan, F. R. S., & Al-Momani, I. N. (2015). Jordanian nurses and acute myocardial infarction patients' perceptions about learning needs. *Glob. J. Med. Phys. Health Educ.*, 3(3), 85–99.

Harding, M. M., & Kwong, J. (2019). *Lewis 's Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*.

Hata, J., & Kiyohara, Y. (2013). Epidemiology of Stroke and Coronary Artery Disease in Asia. *Circulation Journal*, 77, 1923–1932. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-13-0786>

Henriksson, C., Larsson, M., Arnetz, J., Herlitz, J., Karlsson, J., Svensson, L., Thuresson, M., Zedigh, C., Wernroth, L., & Lindahl, B. (2012). Knowledge about Acute Myocardial Infarction (AMI) and attitudes to medical care seeking — A comparison between patients and the general public. *Open*

*Journal of Nursing*, 2, 372–378.

- Herliani, Y. K., Matchim, Y., & Kritpracha, C. (2015). Health Behaviors and Clinical Outcomes Among Patients with Myocardial Infarction in Indonesia. *Jurnal NERS*, 10(2), 308. <https://doi.org/10.20473/jn.V10I22015.308-317>
- Hussain, M. A., Mamun, A. Al, Peters, S. A. E., Woodward, M., & Huxley, R. R. (2016). The Burden of Cardiovascular Disease Attributable to Major Modifiable Risk Factors in Indonesia. *J Epidemiol*, 26(10), 515–521. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20150178>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., & Petr Widimsky. (2017). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation – Web Addenda The Task Force for the management of acute myocardial infarction. *European Heart Journal*, 00, 1–8. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- International Council of Nurses (ICN). (2018). *Definition of nursing*. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
- Juneag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 289–296. <https://doi.org/10.1111/scs.12058>
- Kemenkes RI. (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*.

- Kvakkestad, K. M., Sandvik, L., Andersen, G. Ø., Sunde, K., & Halvorsen, S. (2018). Long-term survival in patients with acute myocardial infarction and out-of-hospital cardiac arrest: A prospective cohort study. *Resuscitation*, *122*, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.11.047>
- Michalski, P., Kosobucka, A., Pietrzykowski, Ł., Wawrzyniak, M., Jurek, A., Kasprzak, M., Felsmann, M., & Kubica, A. (2016). Knowledge and learning preferences of patients with myocardial infarction. *Medical Research Journal*, *1*(4), 120–124.
- Mirza, A.-S., Aslam, S., Perrin, K., Curtis, T., Stenback, J., Gipson, J., & Alrabaa, S. (2016). Knowledge, attitudes and practices among patients with coronary artery disease in Dhaka, Bangladesh. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, *3*(10), 2740–2748. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20163355>
- Mosleh, S. M., Eshah, N. F., & Almalik, M. M. A. (2017). Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(3–4), 418–426. <https://doi.org/10.1111/jocn.13417>
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., Das, S. R., Ferranti, S. De, Després, J. P., Fullerton, H. J., Howard, V. J., Huffman, M. D., Isasi, C. R., Jiménez, M. C., Judd, S. E., Kissela, B. M., Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Liu, S., ... Turner, M. B. (2016). Heart disease and stroke statistics-2016 update a report from the American Heart Association. *Circulation*, *133*, e38–e48. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>
- Nuraeni, A., Mirwanti, R., & Anna, A. (2018). Coronary Heart

- Disease Patients' Learning Needs. *Belitung Nursing Journal*, 4, 287–294. <https://doi.org/10.33546/bnj.440>
- O'Brien, F., McKee, G., Mooney, M., Donnell, S. O., & Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 96, 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.022>
- O'Brien, F., O'Donnell, S., Mckee, G., Mooney, M., & Moser, D. (2012). Knowledge , attitudes , and beliefs about acute coronary syndrome in patients diagnosed with ACS : an Irish cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(2), 201–208. <https://doi.org/10.1177/1474515112446544>
- O'Gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., Casey, D. E. J., Chung, M. K., de Lemos, J. A., Ettinger, S. M., Fang, J. C., Fesmire, F. M., Franklin, B. A., Granger, C. B., Krumholz, H. M., Linderbaum, J. A., Morrow, D. A., Newby, L. K., Ornato, J. P., Ou, N., Radford, M. J., Tamis-Holland, J. E., ... Zhao, D. X. (2013). 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 127, 529–555. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182742c84>
- Ohira, T., & Iso, H. (2013). Cardiovascular Disease Epidemiology in Asia: An Overview. *Circulation Journal*, 77, 1646–1652. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-13-0702>
- Polikandrioti, M., & Babatsikou, F. (2013). Information to coronary disease patients. *Health Science Journal*, 7, 3–10.

- Polikandrioti, M., & Ntokou, Ma. (2011). Needs of Hospitalized Patients. *Health Science Journal*, 5(1), 15–22.
- Rodriguez-padial, L., Elola, F. J., Fernández-pérez, C., Bernal, J. L., Iñiguez, A., Segura, J. V, & Bertomeu, V. (2017). Patterns of inpatient care for acute myocardial infarction and 30-day , 3-month and 1-year cardiac diseases readmission rates in Spain. *International Journal of Cardiology*, 230, 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.12.121>
- Roffi, M., Patrono, C., Collet, J.-P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., Bax, J. J., Borger, M. A., Brotons, C., Chew, D. P., Gencer, B., Hasenfuss, G., Kjeldsen, K., Lancellotti, P., Landmesser, U., Mehilli, J., Mukherjee, D., Storey, R. F., & Windecker, S. (2015). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 32(23), 2999–3054. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr236>
- Saleh, M., & Ambrose, J. A. (2018). Understanding myocardial infarction. *F1000Research*, 7, 1–8. <https://doi.org/10.12688/f1000research.15096.1>
- Sanchis-Gomar, F., Perez-quilis, C., Leischik, R., & Lucia, A. (2016). Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Annals of Translational Medicine*, 4(13), 256–256. <https://doi.org/10.21037/atm.2016.06.33>
- Se, H., Hayati, Y., Ck, T., Oteh, M., & Yc, C. (2008). Information Needs of Post Myocardial Infarction (MI) Patients : Nurse ' s Perception in Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre (UKMMC). *Med & Health*, 3(2), 281–287.
- Seraji, M., & Rakhshani, F. (2016). Evaluation of the Effect of

Educating Self Care Behavior of Heart failure Patients on Economy of Health. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(8), 279–284.

Steptoe, A., & Kivimaki, M. (2013). Stress and Cardiovascular Disease: An Update on Current Knowledge. *Annu. Rev. Public Health*, 34, 337–354. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114452>

Sultana, R., Petpichetchian, W., & Kritpracha, C. (2015). Patients' Discharge Information Needs Regarding Myocardial Infarction in Bangladesh. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(3), 1–14.

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., White, H. D., Mickley, H., Crea, F., Van De Werf, F., Bucciarelli-Ducci, C., Katus, H. A., Pinto, F. J., Antman, E. M., Hamm, C. W., De Caterina, R., Januzzi, J. L., Apple, F. S., Garcia, M. A. A., ... Parkhomenko, A. (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European Heart Journal*, 40, 237–269. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000617>

Torabi, A., Cleland, J. G., Rigby, A. S., & Sherwi, N. (2014). Development and course of heart failure after a myocardial infarction in younger and older people. *Journal of Geriatric Cardiology: JGC*, 11, 1–12. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1671-5411.2014.01.002>

Tripathi, B., Yeh, R. W., Bavishi, C. P., Sardar, P., Atti, V., Mukherjee, D., Bashir, R., Abbott, J. D., Giri, J., & Chatterjee, S. (2019). Etiologies, trends, and predictors of readmission in ST-elevation myocardial infarction patients undergoing multivessel percutaneous coronary intervention. *Catheter Cardiovasc Interv*, May, 1–10.

<https://doi.org/10.1002/ccd.28344>

Tuna, S., & Pakyüz, S. Ç. (2021). The effectiveness of planned discharge education on health knowledge and beliefs in patients with acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *Irish Journal of Medical Science, Ahead of p.* <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02601-7>

Uysal, H., & Enç, N. (2012). A Turkish Version of the Cardiac Patients ' Learning Needs Inventory; Patient Questionnaire (TR-CPLNI): Reliability-Validity Assessment. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 264–279.

World Health Organization. (2021). *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals.*

World Health Organization (WHO). (2021). *WHO Cardiovascular diseases Fact Sheets 2021.* [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

World Health Organization (WHO). (2014). *Global Status Report in non noncommunicable diseases 2014.* World Health Organization.

Yu, M., Chair, S., Chan, C., & Choi, K. (2016). Information needs of patients with heart failure: Health professionals' perspectives. *Int J Nurs Pract*, 22(4), 348–355. <https://doi.org/10.1111/ijn.12442>

Zhang, P., Hu, Y., Xing, F., Li, C., Lan, W., & Zhang, X. (2017). Effects of a nurse-led transitional care program on clinical outcomes, health- related knowledge, physical and mental health status among Chinese patients with coronary artery

disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 34–43.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.004>

Zuhaid, M., Kazmi, S., Farooq, U., Khan, I. A., Aziz, T., Aziz, S., & Rahim, M. (2014). Knowledge of Modifiable Risk Factors of Cardiovascular Diseases Among Patients With Acute Myocardial Infarction. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 26(3), 364–367.

## GLOSARIUM

Angina pektoris	: Suatu jenis nyeri dada yang disebabkan oleh berkurangnya aliran darah ke jantung akibat penyakit arteri koroner.
Arteri Koronaria	: pembuluh darah utama yang mengelilingi jantung yang berfungsi menyediakan suplai darah dan oksigen untuk otot jantung
Aterosklerosis	: penyempitan dan pengerasan pembuluh darah arteri akibat penumpukan plak pada dinding pembuluh darah.
Elektrokardiografi/ EKG	: tes untuk mengukur dan merekam aktivitas listrik jantung menggunakan mesin pendeteksi impuls listrik (elektrokardiograf).
Faktor risiko	: karakteristik, tanda dan gejala pada individu yang secara statistik berhubungan dengan peningkatan insiden penyakit.
Gagal jantung	: kondisi saat pompa jantung melemah, sehingga tidak mampu mengalirkan darah yang cukup ke seluruh tubuh.
Infark miokard	: kematian sel miokard karena iskemia lama
Oksigen	: salah satu komponen gas dan unsur vital dalam proses metabolisme
Penyakit kardiovaskular	: berbagai kondisi di mana terjadi penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah yang dapat menyebabkan serangan jantung, nyeri dada (angina), atau stroke.

- Penyakit jantung koroner : gangguan fungsi jantung yang terjadi saat arteri koroner tersumbat oleh timbunan lemak.
- Penyakit jantung iskemik : keadaan berkurangnya pasokan darah pada otot jantung yang menyebabkan nyeri di bagian tengah dada dengan intensitas yang beragam dan dapat menjalar ke lengan serta rahang.
- Percutaneous coronary intervention* : prosedur intervensi non bedah dengan menggunakan kateter untuk melebarkan atau membuka pembuluh darah koroner yang menyempit dengan balon atau stent.
- Tekanan darah : ukuran seberapa kuatnya jantung memompa darah ke seluruh tubuh

## TENTANG PENULIS



**Emil Huriani, S.Kp, MN**, perempuan kelahiran Padang, 17 Agustus 1978. Penulis bekerja sebagai dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas (PSIK FK Unand - sejak tahun 2012 berubah bentuk menjadi Fakultas Keperawatan Universitas Andalas) sejak tahun 2001. Penulis memulai pendidikan tinggi keperawatan tingkat sarjana pada tahun 1996 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan menyelesaikannya pada tahun 2000. Penulis menyelesaikan pendidikan magister keperawatan di *Faculty of Nursing, Midwifery and Health, University of Technology Sydney*, Australia pada tahun 2005 dan program pendidikan doktor pada Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Andalas pada tahun 2022.

Pada tahun 2012-2016 penulis menjabat sebagai Wakil Dekan I pada Fakultas Keperawatan Universitas Andalas dan pada tahun 2020-2021 penulis menjabat sebagai Ketua Program Studi Keperawatan Program Sarjana pada institusi yang sama. Penulis merupakan staf dosen pada Bagian Keperawatan Medikal Bedah – Keperawatan Gawat Darurat (KMB-KGD) Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.

Penulis telah melakukan berbagai penelitian dan publikasi ilmiah untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami masalah jantung.

## RINGKASAN ISI BUKU

Pasien dengan penyakit jantung memiliki kemampuan manajemen diri dan pemantauan gejala dan faktor risiko yang rendah. Kemampuan tersebut seharusnya sudah diberikan melalui pendidikan kesehatan yang menggunakan pendekatan *patient centered care*. Perlu diidentifikasi kebutuhan informasi pasien infark miokard menurut persepsi pasien, keluarga pasien dan perawat serta membuat perbandingan atas persepsi pasien, keluarga dan perawat tentang kebutuhan informasi pasien infark miokard pada fase akut, fase sub akut dan fase pasca akut. Buku ini menjawab masalah tersebut, dengan cara memaparkan hasil sebuah penelitian deskriptif komparatif, dimana pengumpulan data dilakukan dengan metode survey menggunakan *Cardiac Patient Learning Need Inventory* (CPLNI). Kebutuhan informasi pasien infark miokard tinggi baik menurut persepsi pasien, keluarga pasien maupun perawat. Terdapat perbedaan prioritas informasi yang diinginkan pasien sesuai dengan proses penyakit dan penyembuhan. Terdapat perbedaan persepsi pasien, keluarga dan perawat terkait kebutuhan informasi pasien infark miokard. Paparan ini memberikan kontribusi orisinil pada ilmu pengetahuan terkait kebutuhan informasi pasien pasca infark miokard dan perubahan kebutuhan informasi pasien jantung sesuai dengan proses penyakit dan penyembuhan, serta perbedaan persepsi antara pasien, keluarga pasien dan perawat terkait informasi yang diinginkan oleh pasien pasca infark miokard. Selain menunjukkan kebutuhan informasi yang tinggi pada pasien infark miokard dan perbedaan prioritas informasi yang diinginkan pasien sesuai dengan proses penyakit dan penyembuhan, paparan ini juga menunjukkan perbedaan persepsi pasien, keluarga dan

perawat terkait informasi yang dibutuhkan oleh pasien infark miokard. Untuk itu, penting dilakukan pemberian informasi yang berpusat pada pasien, bersifat individual dan memperhatikan prioritas informasi.

# Kebutuhan Informasi Pasien Pasca Infark Miokard

**Dr. Emil Huriani, S.Kp, MN**

Pasien dengan penyakit jantung memiliki kemampuan manajemen diri dan pemantauan gejala dan faktor risiko yang rendah. Kemampuan tersebut seharusnya sudah diberikan melalui pendidikan kesehatan yang menggunakan pendekatan patient centered care. Perlu diidentifikasi kebutuhan informasi pasien infark miokard menurut persepsi pasien, keluarga pasien dan perawat serta membuat perbandingan atas persepsi pasien, keluarga dan perawat tentang kebutuhan informasi pasien infark miokard pada fase akut, fase sub akut dan fase pasca akut. Untuk menjawab masalah tersebut, telah dilakukan sebuah penelitian deskriptif komparatif, dimana pengumpulan data dilakukan dengan metode survey menggunakan Cardiac Patient Learning Need Inventory (CPLNI).

Dengan ini, penyusun berharap agar buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca dalam penyusunan media informasi dan edukasi terstandar yang berkualitas yang dapat memenuhi kebutuhan informasi pasien infark miokard selama perawatan akut, sub akut dan pasca serangan akut yang sesuai dengan prioritas informasi yang dibutuhkan oleh pasien pada saat.

## Pustaka Galeri Mandiri

 Perum Batu Kasek E11. Padang. SUMBAR  
 @pustakagaleri  Pustaka Galeri Mandiri  
 pustakagalerimandiri.co.id  Pustaka Galeri Mandiri  
 <https://jurnal.pustakagalerimandiri.co.id/>

  
Pustaka  
Galeri Mandiri

