

**HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN AKTIVITAS FISIK PASIEN
GAGAL JANTUNG DI RSUD DR SAIFUL ANWAR DAN RSI AISYIYAH
MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan



Oleh:

Arifah Nur Wulandari

NIM. 155070200111016

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2019**

**HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN AKTIVITAS FISIK PASIEN
GAGAL JANTUNG DI RSUD DR SAIFUL ANWAR DAN RSI AISYIYAH
MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan



Oleh:

Arifah Nur Wulandari

NIM. 155070200111016

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG**

2019

HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN AKTIVITAS FISIK PASIEN GAGAL
JANTUNG DI RSUD DR SAIFUL ANWAR DAN RSI AISYIYAH MALANG**

Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

ARIFAH NUR WULANDARI

NIM 155070200111016

Menyetujui Untuk diuji:
Pembimbing-I

Pembimbing-II

dr. Ardian Rizal, Sp.JP(K)
NIP. 198108232008121002

Ns. Endah Panca Lydia F.,S.Kep.,M.Kep
NIK. 2012088604012001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

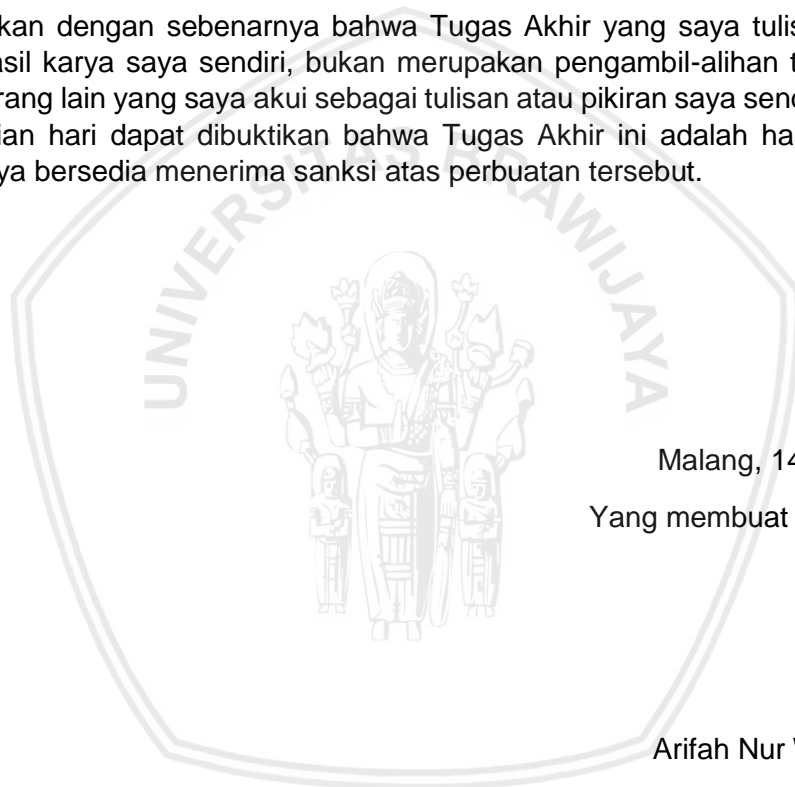
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Arifah Nur Wulandari

NIM : 155070200111016

Program Studi: Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



Malang, 14 April 2019

Yang membuat pernyataan

Arifah Nur Wulandari

NIM. 155070200111016

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberi petunjuk, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul Hubungan Efikasi Diri dengan Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang.

Ketertarikan penulis akan topik ini didasari oleh keingintahuan peneliti terkait dengan efikasi diri yang dapat mempengaruhi aktivitas fisik pada pasien gagal jantung. Penelitian ini bertujuan membuktikan bahwa terdapat hubungan antara efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung.

Dengan selesainya Tugas Akhir ini, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Dr. Ardian Rizal, Sp. JP(K) selaku Dosen Pembimbing I atas bimbingan, saran, dan motivasi yang diberikan.
2. Ns. Endah Panca Lydia F, S.Kep., M.Kep, selaku Dosen Pembimbing II atas bimbingan, saran, dan motivasi yang diberikan.
3. Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes, selaku Penguji I Ujian Tugas Akhir yang telah memberikan ilmu dan masukan untuk menyempurnakan naskah Tugas Akhir
4. Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med., Sp A(K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya Malang yang telah memberikan penulis kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
5. Ns. Tony Suharsono, S.Kep, M.Kep selaku sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah membimbing penulis menuntut ilmu di PS Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
6. Dr. dr Moh. Saifur Rohman, Sp. JP(K), PhD dan Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc atas kesempatan dan ilmu yang diberikan dalam penelitian gagal jantung

7. Segenap guru dan dosen Jurusan Ilmu Keperawatan FKUB Malang, ustadz, ustadzah, serta masyayikh Bahrul Ulum Tambakberas Jombang, Guru SD dan juga SMA yang telah memberikan ilmunya kepada penulis.
8. Orang tua, kakak, dan keponakan, atas doa dan kasih sayang yang selalu tercurah selama ini.
9. Seluruh tenaga kesehatan dan civitas RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang yang telah memberikan kesempatan dan ilmu untuk melakukan penelitian di kedua tempat tersebut
10. Seluruh Tim Pengelola Tugas Akhir dan civitas Ilmu Keperawatan FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi Tugas Akhir
11. Seluruh tiga belas teman-teman penelitian gagal jantung atas semangat dan kerjasamanya
12. Teman-teman seperjuangan penulis yaitu Ziadah, Nur, Vitara, dan Isma serta seluruh kolega di Jurusan Ilmu Keperawatan FKUB, atas semua dukungan, semangat, serta kerjasamanya.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun.

Malang, 22 April 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Akademis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Gagal Jantung.....	8
2.1.1 Definisi Gagal Jantung	8
2.1.2 Etiologi Gagal Jantung	8
2.1.3 Klasifikasi Gagal Jantung	9
2.1.4 Patofisiologi Gagal Jantung	11
2.1.5 Manifestasi Gagal Jantung	12



2.1.6 Tatalaksanaan Non Farmakologi Gagal Jantung	13
2.2 Konsep Aktivitas Fisik	15
2.2.1 Definisi Aktivitas Fisik	15
2.2.2 Manfaat Aktivitas Fisik	16
2.2.3 Klasifikasi Aktivitas Fisik	17
2.2.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Aktivitas Fisik	19
2.2.5 Aktivitas Fisik Pada Pasien Gagal Jantung	21
2.2.6 Pengukuran Aktivitas Fisik	23
2.3 Konsep Efikasi Diri	24
2.3.1 Definisi Efikasi Diri	24
2.3.2 Dimensi Efikasi Diri.....	24
2.3.3 Proses Pembentukan Efikasi Diri.....	25
2.3.4 Manfaat Efikasi Diri.....	26
2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri	26
2.3.6 Pengukuran Efikasi Diri.....	27
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	29
3.2 Penjelasan kerangka Konsep	30
3.2 Hipotesa Penelitian	30
BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	31
4.2 Populasi dan Sampel	31
4.2.1 Populasi	31
4.2.2 Sampel	31
4.3 Variabel Penelitian	33
4.3.1 Variabel Independen	33
4.3.2 Variabel Dependen	33
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	33



4.5 Instrumen Penelitian	33
4.5.1 Alat Ukur Penelitian	33
4.5.2 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	39
4.5.2.1 Uji Validitas	39
4.5.2.2 Uji Reliabilitas	40
4.6 Definisi Operasional	41
4.7 Prosedur Penelitian	43
4.7.1 Prosedur Administrasi	43
4.7.2 Prosedur Teknis.....	43
4.7.3 Alur Penelitian	45
4.8 Analisis Data	46
4.8.1 Pre Analisis Data	46
4.8.2 Analisis Data	46
4.9 Etika Penelitian	48
BAB V HASIL DAN ANALISIS DATA	
5.1 Pelaksanaan Penelitian	50
5.2 Analisis Univariat	50
5.2.1 Analisis Data Umum	50
5.2.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	51
5.2.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	51
5.2.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	51
5.2.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pernikahan.....	52
5.2.1.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan	52
5.2.1.6 Karakteristik Responden Berdasarkan NYHA.....	53
5.2.1.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Menderita	53
5.2.2 Analisis Data Khusus	53
5.2.2.1 Distribusi Data Efikasi Diri Pasien Gagal Jantung.....	53
5.2.2.1 Distribusi Data Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung.....	54



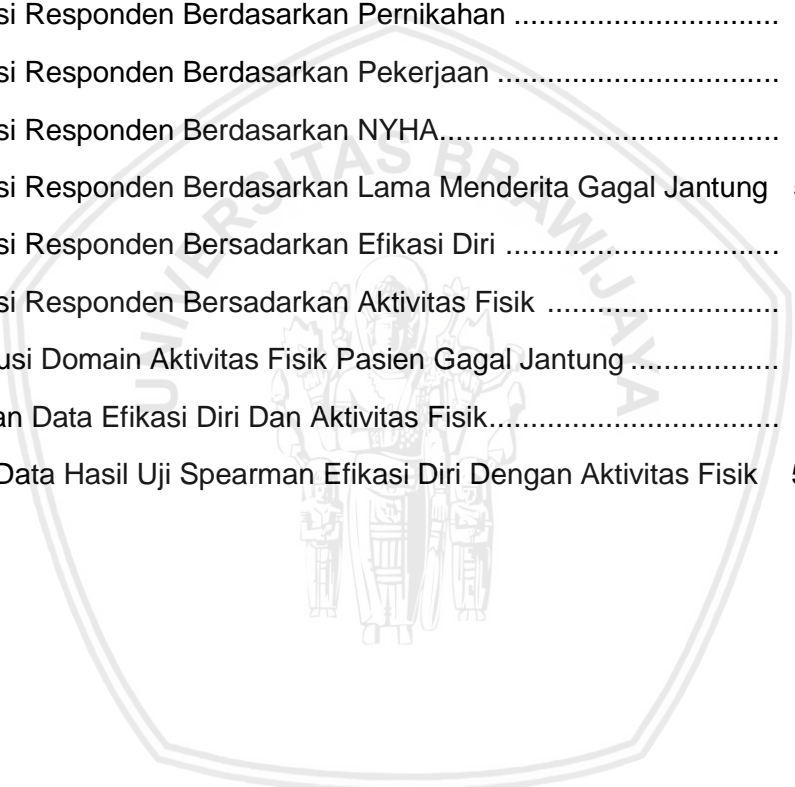
5.3 Analisis Bivariat	55
BAB VI PEMBAHASAN	
6.1 Efikasi Diri Pasien Gagal Jantung	57
6.2 Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung	61
6.3 Hubungan Efikasi Diri dengan Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung	65
6.4 Keterbatasan Peneitian	67
6.5 Implikasi Keperawatan	68
BAB VII PENUTUP	
7.1 Kesimpulan	69
7.2 Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	70



DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 4.1 Hasil Uji Validitas Kuisoneer Efikasi Diri	40
Tabel 4.2 Hasil Reliabilitas Kuisoner Efikasi Diri	40
Tabel 4.3 Variabel, Definisi Operasional, Cara Ukur, Hasil Ukur, Skala	41
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia	51
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	51
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan.....	51
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pernikahan	52
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan	52
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan NYHA.....	53
Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menderita Gagal Jantung	53
Tabel 5.8 Distribusi Responden Bersadarkan Efikasi Diri	54
Tabel 5.9 Distribusi Responden Bersadarkan Aktivitas Fisik	54
Tabel 5.10 Distribusi Domain Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung	54
Tabel 5.11 Sebaran Data Efikasi Diri Dan Aktivitas Fisik.....	55
Tabel 5.12. Tabel Data Hasil Uji Spearman Efikasi Diri Dengan Aktivitas Fisik	56



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	29
Gambar 4.1 Alur Penelitian	45



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Kelaiakan Etik	79
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian	80
2.1 Surat Izin Penelitian RSUD Dr Saiful Anwar Malang	80
2.2 Surat Izin Penelitian RSI Aisyiyah Malang	81
Lampiran 3 Pengantar Informed Consent.....	82
Lampiran 4 Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian	83
Lampiran 5 <i>Informed Consent</i>	86
Lampiran 6 Lembar Kuesioner	87
6.1 Kuesioner Demografi	87
6.2 Kuesioner Efikasi Diri.....	88
6.3 Kuesioner Aktivitas Fisik	89
Lampiran 7 Lembar Konsultasi	94
Lampiran 8 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuisoner Efikasi Diri.....	97
Lampiran 9 Data Karakteristik Sampel	98
Lampiran 10 Hasil Uji Deskriptif Variabel dan Tabulasi Silang Variabel	100
Lampiran 11 Hasil Uji Statistika Spearman Rank	101
Lampiran 12 Curriculum Vitae	102
Lampiran 13 Dokumentasi Penelitian.....	104
Lampiran 14 Jadwal Kegiatan Penelitian	105

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN EFIKASI DIRI DENGAN AKTIVITAS FISIK PASIEN GAGAL JANTUNG DI
RSUD DR SAIFUL ANWAR DAN RSI AISIYAH MALANG**

Oleh:

Arifah Nur Wulandari
NIM 155070200111016

Telah diuji pada

Hari : Senin

Tanggal: 22 April 2019

dan dinyatakan lulus oleh:

Penguji I



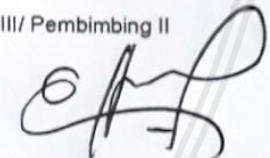
Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes
NIP.197702262003122001

Penguji II/ Pembimbing I



dr. Ardian Rizal, Sp.JP(K)
NIP. 198108232008121002

Penguji III/ Pembimbing II



Ns. Endah Panca Lydia F., S.Kep., M.Kep
NIK. 2012088604012001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan



Ns. Tony Scharsono, S.Kep., M.Kep
NIP.1980090222006041003



ABSTRAK

Wulandari, Arifah Nur. 2019. *Hubungan Efikasi Diri dengan Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang*. Tugas Akhir, Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) dr. Ardian rizal, Sp.JP (K) (2) Ns. Endah Panca Lydia Fatma, S.Kep, M.Kep

Aktivitas fisik merupakan salah satu upaya manajemen perawatan mandiri yang bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik dan menghindari perilaku yang memperburuk kondisi pasien gagal jantung sehingga dapat menurunkan kejadian rawat inap ulang dan meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Namun, kepatuhan aktivitas fisik pasien gagal jantung sesuai rekomendasi tergolong rendah. Tingkat aktivitas fisik dipengaruhi oleh berbagai faktor dan efikasi diri sering dikaitkan dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung. Efikasi diri berpengaruh pada aktivitas fisik yang dilakukan sehari-hari sebagai salah satu upaya perawatan mandiri pasien gagal jantung. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD DR Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional study*. Responden penelitian ini berjumlah 83. Data diambil pada bulan Januari-Maret 2019. Hasil penelitian menunjukkan 32,5% memiliki efikasi diri rendah dan 37,5% memiliki efikasi diri tinggi. Sebanyak 25,3% memiliki aktivitas fisik rendah, 62,7% memiliki aktivitas fisik sedang dan 12% memiliki aktivitas fisik tinggi. Hasil uji statistik *spearman rank* memiliki *p-value* 0.000 dan koefisien korelasi 0.773. Hasil tersebut menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara efikasi diri dan aktivitas fisik dengan nilai hubungan yang kuat dimana hasil positif menunjukkan semakin tinggi efikasi diri semakin tinggi pula aktivitas fisik. Kesimpulan dari hasil penelitian adalah rendahnya efikasi diri membuat pasien gagal jantung mempraktikkan aktivitas fisik yang rendah. Keperawatan di Indonesia diharapkan lebih memperhatikan efikasi diri pasien gagal jantung untuk meningkatkan praktik aktivitas fisik oleh pasien gagal jantung.

Kata kunci: Efikasi diri, Aktivitas fisik, Gagal Jantung

ABSTRACT

Wulandari, Arifah Nur. 2019. *The Association of Self-Efficacy to Physical Activity in Patients with Heart Failure in RSUD Dr Saiful Anwar and RSI Aisyiyah Malang*. Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) dr.Ardianrizal, Sp.JP (K) (2) Ns. Endah Panca Lydia Fatma, S.Kep, M.Kep

Physical activity is one of self-care management efforts that aim to maintain physical stability and avoid behavior that worsens the condition of patients with heart failure so as to reduce the incidence of hospitalization and improve quality of life in a patient with heart failure. However, adherence to physical activity according to recommendations is low. The level of physical activity is influenced by various factors and self-efficacy is often associated with physical activity of patients with heart failure. Self-efficacy influences patients in carrying out daily physical activities as one of their self-care efforts. The purpose of this study was to determine the relationship between self-efficacy and physical activity of heart failure patients in DR Saiful Anwar Hospital Malang and RSI Aisyiyah Malang. This study used a cross-sectional study design. This study used 83 people as samples. The data was taken in January-March 2019. The results showed 32.5% had low self-efficacy and 37.5% had high self-efficacy. As many as 25.3% had low physical activity, 62.7% had moderate physical activity and 12% had high physical activity. The results of the Spearman rank statistical test have a p-value 0.000 and a correlation coefficient value 0.773. These results indicate that there is a significant relationship between self-efficacy and physical activity with a strong relationship which positive results indicate the higher self-efficacy the higher physical activity. The conclusion is the low self-efficacy makes heart failure patients practice low physical activity. It is expected for nurses to pay more attention to to the self-efficacy of heart failure patients to improve the practice of physical activity by heart failure patients.

Keywords: Self-efficacy, Physical activity, Heart failure

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal jantung merupakan masalah kesehatan yang bersifat progresif dan memiliki angka mortalitas serta morbiditas yang tinggi baik di negara maju maupun di negara berkembang (PERKI, 2015). Jumlah angka kejadian gagal jantung di dunia mencapai 6,5 juta pada tahun 2011-2014. Angka kejadian gagal jantung diproyeksikan meningkat 46% pada tahun 2030 (*America Heart Association*, 2017). Gagal jantung merupakan salah satu dari sembilan penyebab kematian pada tahun 2009 (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2016).

Di Indonesia, prevalensi kasus gagal jantung tahun 2013 mencapai 0,13 % atau 229.696 orang. Jumlah penderita gagal jantung tertinggi berada di Provinsi Jawa Timur sebanyak 54.286 (0,19%) (Pusdatin, 2014). Jumlah penderita gagal jantung di kota Malang menurut *Heart Failure Registry* yang diterbitkan pada tahun 2017 mencapai 300 pasien (Sargowo, Utomo, Rubiyaktho, Saragih, Hendrawati, Haspito *et al.*, 2017).

Jumlah penderita penyakit gagal jantung banyak ditemukan seiring bertambahnya usia dan paling sering pada rentang usia 45-74 tahun (Pusdatin, 2014). Pada usia yang lebih muda, dalam beberapa dekade terakhir gagal jantung lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada wanita, hal ini biasa disebabkan oleh penyakit jantung koroner (PJK). Namun, pada usia lanjut prevalensi insiden gagal jantung sama untuk kedua jenis kelamin atau bahkan lebih sering terjadi pada perempuan (Jurgens, Goodlin, Dolansky, Ahmed, Fonarow *et al.*, 2015).

Masih tingginya prevalensi penyakit jantung di Indonesia disebabkan oleh beberapa faktor resiko, antara lain makan makanan asin, kurangnya konsumsi sayur dan buah, kurangnya aktivitas fisik, merokok setiap hari dan konsumsi alkohol (Kemenkes RI, 2009). Morbiditas dan mortalitas akibat gagal jantung disebabkan oleh diant yaitu disfungsi ventrikel kiri secara progresif dan buruknya manajemen gagal jantung (Doukky, Mangla, Ibrahim, Poulin, Avery *et al.*, 2016; Roger, 2013).

Manajemen terapi gagal jantung memiliki tujuan untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas. Manajemen perawatan mandiri sebagai salah satu upaya terapi non farmakologis bertujuan untuk menjaga stabilitas fisik dan menghindari perilaku yang dapat memperburuk kondisi dan mendeteksi gejala awal perburukan gagal jantung. Manajemen perawatan mandiri tersebut antara lain seperti, monitor berat badan dan cairan, pengaturan diit, dan aktivitas fisik (Dickstein, Cohen, Filappatos, McMurray, Ponikowski, Pole *et al.*, 2008).

Kegagalan jantung bekerja sebagai pemompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme seluruh tubuh mengakibatkan peningkatan aliran darah balik vena dan aliran kontraksi sehingga terjadi peningkatan kebutuhan oksigen dan peningkatan konsumsi oksigen oleh jantung. Dampak dari peningkatan konsumsi Oksigen (O_2) oleh jantung adalah terjadi ketidakseimbangan antara Oksigen (O_2) dan Karbondioksida (CO_2) yang dimanifestasikan dengan adanya perubahan tanda-tanda vital, berkeringat, kelemahan, dan kelelahan sehingga menyebabkan berkurangnya aktivitas fisik (Smeltzer dan Bare, 2010).

Gejala yang ditimbulkan oleh karena gagal jantung menyebabkan rendahnya aktivitas yang dilakukan oleh pasien gagal jantung. Djadmiko (2017) menyatakan bahwa 60% pasien gagal jantung memiliki aktivitas fisik kategori rendah. Aktivitas fisik sendiri diartikan sebagai setiap gerakan yang dihasilkan oleh otot rangka yang membutuhkan pengeluaran energi lebih dari kebutuhan

metabolisme basal (Caspersen, Powell, Christone, 2011). Kemampuan pasien gagal jantung melakukan aktivitas fisik berbeda-beda dalam hal intensitas beratnya aktivitas. Melihat dari status kelas fungsional *New York Heart Association* (NYHA) pada gagal jantung, pasien dengan NYHA I dan II direkomendasikan untuk melakukan aktivitas fisik secara bertahap dan teratur yang dilakukan hampir tiap harinya selama kurang lebih 30 menit. Berbeda dengan pasien kelas NYHA III dan IV yang sangat dibatas aktivitasnya dan lebih disarankan untuk banyak istirahat (*National Heart Foundation of Australia, 2011*).

Pada penderita gagal jantung dengan kelas fungsional NYHA I dan II yang stabil direkomendasikan melakukan aktivitas fisik yang dilakukan dengan teratur aktivitas fisik sangat berpotensi untuk meningkatkan kapasitas fungsional tubuh (Dickstein et al., 2008). Aktivitas fisik yang teratur dapat memperbaiki perfusi jaringan dan sirkulasi darah pada pasien gagal jantung. Manfaat lain ialah, stabilnya variabilitas detak jantung, berkurangnya eksaserbasi akut dan morbiditas serta mortalitas penyakit gagal jantung sehingga dapat menurunkan angka kejadian rawat inap ulang dan meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung (Bosnak-Guclu, Arkan, Savci, Inal, Tulumen, Aytemir et al., 2011). Aktivitas fisik juga dapat mengurangi gejala kelelahan dan sesak nafas karena pengaruhnya pada sistem muskuloskeletal dan kardiovaskular (Rajati et al., 2014). Van der Wal (2013) menyatakan bahwa 80% pasien gagal jantung mempercayai manfaat dari latihan fisik, namun hanya 39% yang aktif berpartisipasi dalam melakukannya. Hal ini merupakan penanda dari prognosis yang buruk (Dunlay, Manemann, Chamberlain, 2015).

Aktivitas fisik pasien gagal jantung dipengaruhi oleh karakteristik demografi antara lain usia, pendidikan, dan jenis kelamin. Usia yang lebih muda, tinginya

tingkat pendidikan dan jenis kelamin laki-laki ditemukan memiliki aktivitas fisik yang lebih tinggi pada pasien gagal jantung (Seo, Robert, Pina, Dolansky, 2008). Selain karakteristik demografi, aktivitas pasien gagal jantung juga dipengaruhi oleh klasifikasi gagal jantung. Berdasarkan klasifikasi NYHA, penderita gagal jantung dengan klasifikasi NYHA III dan IV memiliki aktivitas fisik lebih rendah dan memang menurut pedoman mereka sangat dibatasi aktivitas fisiknya daripada pasien dengan NYHA I dan II karena pada pasien dengan NYHA III dan IV muncul banyak gejala ketika melakukan atau saat tidak melakukan aktivitas (Dontje, Van, Stolk, Brugemann, Jaarsma, Wijtvliet *et al.*, 2013).

Kepatuhan pasien gagal jantung melakukan aktivitas fisik sesuai yang direkomendasikan tidak mencapai 50%. Dalam hal ini kepatuhan yang dimaksudkan adalah kepatuhan untuk aktif sesuai dengan rekomendasi pedoman dan kepatuhan untuk membatasi aktivitas fisik dikarenakan kondisi klinis NYHA. Dari dua hal tersebut, 70% pasien gagal jantung cenderung tidak patuh untuk aktif meningkatkan aktivitas fisik (Van der Wal, 2013). Pada penderita gagal jantung dengan NYHA I dan II masih ditemukan rendahnya aktivitas fisik yang dilakukan, meskipun pada penderita dengan NYHA I dan II direkomendasikan untuk melakukan aktivitas fisik dengan teratur dan tidak ditemukan atau sedikit gejala yang timbul ketika mereka melakukan aktivitas fisik (Dontje, *et al.*, 2013).

Karakteristik pribadi individu juga berpengaruh terhadap aktivitas fisik dan efikasi diri sering dikaitkan dengan tingkat aktivitas fisik pasien gagal jantung (Chien, Chen, Garet, Wang, 2014). Efikasi diri adalah keyakinan pada kemampuan diri untuk melakukan tugas yang dianggap penting oleh dirinya. Pentingnya efikasi diri pada pasien gagal jantung adalah ketika pasien melakukan manajemen perawatan mandiri. Tingginya efikasi diri bisa membuat seseorang yakin dalam

melakukan sesuatu yang dianggapnya penting dan memberi manfaat bagi mereka (Arini, 2011).

Efikasi diri dapat memprediksi perilaku seseorang di kemudian hari. Efikasi diri yang baik mempengaruhi pasien dalam melakukan aktivitas fisik sehari-hari basebagai usaha perawatan mandiri (Bandura, 1997). Tidak hanya mempengaruhi praktik untuk beraktivitas fisik, efikasi diri juga merupakan faktor penting dalam kepatuhan melakukan aktivitas fisik sesuai dengan rekomendasi (Wantiyah *et al.*,2010). Kepatuhan melakukan perawatan mandiri mempengaruhi prognosis penyakit yang baik (Tovar, Dekker, Chung, Gokun, Moser, Lennie *et al.*, 2016).

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Chien *et al* (2014) di Departemen Kardiologi sebuah rumah sakit di Negara Taiwan yang berjudul *Predictors of Physical Activity in Patient Heart Failure*, dengan melihat total pengeluaran energi harian dari 111 pasien gagal jantung kelas fungsional NYHA I sampai III menyatakan bahwa sebanyak 19,2% memiliki aktivitas fisik yang rendah, 7,2% memiliki aktivitas yang tinggi dan 1,4% yang memiliki aktivitas fisik yang intensif serta sebanyak 72,26% responden mengeluarkan energinya hanya untuk tidur dan istirahat. Hasil aktivitas tersebut dikaitkan oleh beberapa faktor resiko. Faktor resiko tingginya aktivitas fisik pada pasien gagal jantung berdasarkan jurnal tersebut adalah jenis kelamin, indeks masa tubuh, dan efikasi diri dalam melakukan aktivitas fisik. Namun, sejauh yang peneliti ketahui, di Indonesia belum ada penelitian terkait efikasi diri dengan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti menganggap penting untuk melakukan penelitian yang berkaitan dengan efikasi diri terhadap aktivitas fisik

pasien gagal jantung di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr Saiful Anwar dan Rumah Sakit Islam (RSI) Aisyiyah Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah efikasi diri berhubungan dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi efikasi diri pada pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang.
2. Mengidentifikasi aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang.
3. Menganalisis hubungan antara efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademis

Menambah gambaran tentang efikasi diri melakukan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi peneliti

Menambah wawasan bagi peneliti tentang hubungan efikasi diri dengan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di RSUD Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Memberikan masukan bagi pelayanan kesehatan di RSUD Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang maupun rumah sakit lainnya khususnya perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara optimal terkait pentingnya efikasi diri dalam melakukan aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung.

3. Bagi Responden

Memberikan informasi mengenai pentingnya efikasi diri atau keyakinan pada kemampuan diri sendiri dalam melakukan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung.

4. Bagi penelitian selanjutnya

Menambah sumber referensi dan acuan dalam melakukan penelitian selanjutnya terkait efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gagal Jantung

2.1.1 Definisi Gagal Jantung

Gagal jantung didefinisikan sebagai kondisi dimana jantung tidak mampu memompa darah untuk mencukupi kebutuhan jaringan melakukan metabolisme. Diperlukan peningkatan tekanan pompa pada jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Harrison, 2013). Gagal jantung bukan penyakit yang terbatas pada satu sistem organ, namun merupakan sindroma kompleks kelainan jantung secara struktural maupun fungsional yang mengganggu fungsi jantung sebagai pompa untuk memenuhi sirkulasi secara fisiologis. Tidak hanya itu, sindroma klinis tersebut juga menimbulkan respons hemodinamik, renal, neural, dan hormonal. Saat ini dikenal beberapa istilah gagal jantung (Muttaqin, 2012).

Jadi yang dimaksudkan dengan gagal jantung adalah kondisi kompleks dimana jantung tidak mampu lagi memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh yang menimbulkan berbagai respons, antara lain respons hemodinamik, renal, neural dan hormonal.

2.1.2 Etiologi Gagal Jantung

Mekanisme fisiologis yang menjadi penyebab gagal jantung dapat meliputi kondisi-kondisi yang meningkatkan beban kerja awal, beban kerja akhir, atau menurunnya kontraktilitas miokardium. Berbagai kondisi yang meningkatkan beban kerja awal antara lain, regurgitasi aorta, cacat septum ventrikel. Beban kerja akhir meningkat disebabkan oleh terjadinya stenosis aorta dan hipertensi sistemik.

Penurunan kontraktilitas miokardium dapat disebabkan oleh infark miokardium dan kardiomiopati. Faktor lain yang menyebabkan jantung gagal bekerja sebagai pompa yaitu kondisi stenosis katup atrioventrikularis mengganggu jalannya pengisian ventrikel sehingga menyebabkan terjadinya gagal jantung (Muttaqin, 2012).

2.1.3 Klasifikasi Gagal Jantung

Klasifikasi gagal jantung berdasarkan struktural jantung menurut *American College of Cardiology (ACC/AHA)* diklasifikasikan menjadi empat stadium, antara lain:

1. Stadium A

Pasien mempunyai resiko tinggi mengalami disfungsi ventrikel kiri tetapi tanpa adanya struktural penyakit jantung atau tanda-tanda gagal jantung.

2. Stadium B

Pasien telah mengalami perubahan patologis struktural jantung atau disfungsi ventrikel kiri yang berhubungan dengan perkembangan penyakit gagal jantung, pada stadium ini tidak muncul tanda dan gejala gagal jantung.

3. Stadium C

Pasien telah mengalami perubahan patologis struktural jantung atau disfungsi ventrikel kiri dengan adanya gejala gagal saat ini dan sebelumnya.

4. Stadium D

Pasien dengan gagal jantung tahap akhir refrakter membutuhkan intervensi khusus.

Selain itu, gagal jantung juga dikalsifikasikan berdasarkan *New York Heart Association (NYHA)* menjadi 4 kelas, antara lain:

1. Kelas 1

Klien dengan kelainan jantung namun tidak ada pembatasan aktivitas fisik atau biasa disebut disfungsi ventrikel kiri yang asimtomatik. Yang dimaksudkan adalah, aktivitas yang dilakukan sehari-hari tidak menimbulkan palpitasi, kelelahan, sesak nafas, atau keluhan lainnya.

2. Kelas 2

Klien dengan kelainan jantung yang menimbulkan sedikit pembatasan aktivitas fisik atau yang biasa disebut gagal jantung ringan. Tidak terdapat keluhan pada saat istirahat, namun ketika melakukan aktivitas fisik ringan sehari-hari mulai timbul keluhan kelelahan, palpitasi atau sesak nafas.

3. Kelas 3

Klien dengan kelainan jantung yang dapat menyebabkan banyak pembatasan aktivitas fisik atau biasa disebut gagal jantung sedang. Tidak terdapat keluhan saat istirahat, namun ketika beraktivitas ringan, menimbulkan palpitasi, kelelahan, atau sesak nafas.

4. Kelas 4

Klien dengan kelainan jantung dimana setiap aktivitas fisik yang dilakukan menyebabkan keluhan atau biasa disebut gagal jantung berat. Tidak terdapat aktivitas fisik yang tidak dikeluhkan. Keluhan terdapat saat beristirahat dan keluhan meningkat saat melakukan aktivitas (Smeltzer and Bare, 2010).

Klasifikasi gagal jantung menurut sisi jantung yang terkena adalah:

a. Gagal Jantung Kiri

Gagal jantung kiri terjadi akibat penurunan fungsi kontraksi ventrikel kiri yang menyebabkan ventrikel kiri tidak dapat memompa darah dengan efektif sehingga menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung.

b. Gagal Jantung Kanan

Gagal jantung kanan terjadi akibat penurunan fungsi kontraksi ventrikel kanan yang mengakibatkan kembalinya darah ke dalam atrium kanan dan sirkulasi perifer akibat darah tidak dipompa secara efektif ke dalam paru-paru.

2.1.4 Patofisiologi Gagal Jantung

Ketika jantung mulai mengalami kegagalan, mekanisme diaktifkan untuk mengkompensasi kerusakan fungsi dan mempertahankan curah jantung. Mekanisme kompensasi yang utama adalah:

1. Mekanisme *Frank -Starling*
2. Respon neuroendokrin termasuk aktivasi system saraf simpatis dan renin-angiotensin-aldosteron (RAAS), dan
3. Hipertrofi miokardium

Penurunan curah jantung pada awalnya menstimulasi baroreseptor aorta yang kemudian menstimulasi sistem saraf simpatis (SNS). Stimulasi SNS menghasilkan respon jantung dan vaskular melalui pelepasan norepinefrin. Norepinefrin meningkatkan frekuensi jantung dan kontraktilitas dengan menstimulasi reseptor beta jantung. Norepinefrin juga menyebabkan vasokonstriksi arteri dan vena yang dapat meningkatkan aliran balik vena ke jantung. Peningkatan aliran balik vena ke jantung menyebabkan pengisian ventrikel dan peregangan miokardium, meningkatkan tenaga kontraksi (mekanisme Frank-Starling). Peregangan berlebihan serabut otot yang melebihi batasan fisiologisnya menghasilkan kontraksi yang tidak efektif.

Penurunan perfusi ginjal menyebabkan renin dilepaskan dari ginjal. Aktivasi renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) menghasilkan vasokonstriksi tambahan dan menstimulus pelepasan aldosteron dan antidiuretik (ADH).

Aldosteron menstimulasi reabsorpsi natrium pada tubulus ginjal dan meningkatkan retensi air. ADH yang bekerja di tubulus distal menghambat ekskresi air dan menyebabkan vasokonstriksi. Efek hormon ADH dan aldosteron adalah terjadinya vasokonstriksi yang signifikan dan retensi garam dan air yang mengakibatkan peningkatan volume vaskular.

Remodeling vaskular terjadi saat ruang jantung dan miokardium beradaptasi dengan volume cairan dan tekanan yang meningkat. Pada awalnya, regangan tambahan ini menyebabkan konstriksi yang lebih efektif. Hipertrofi ventrikel terjadi saat sel serabut otot jantung mengalami pembesaran sehingga sel serabut otot meningkatkan elemen kontraktilnya dan memaksa konstriksi.

Meskipun respons di atas dapat membantu dalam pengaturan jangka pendek curah jantung, kini diketahui bahwa respon tersebut mempercepat perburukan fungsi jantung. Awitan gagal jantung dikenal dengan dekomposisi. Gagal jantung memburuk akibat mekanisme berlebihan yang pada awalnya mempertahankan stabilitas sirkulasi (LeMone, Burke, Bauldoff, 2015; Smeltzer and Bare, 2010).

2.1.5 Manifestasi Klinis Gagal Jantung

Gagal jantung menimbulkan banyak sekali manifestasi klinis. Gejala khas gagal jantung yaitu timbulnya sesak nafas saat istirahat atau aktivitas, kelelahan, dan edema tungkai. Tanda khas gagal jantung yaitu takikardia, takipneu, ronchi paru, efusi pleura, peningkatan tekanan vena jugularis, edema perifer, dan hepatomegali. Tanda objektif gagal jantung yaitu, adanya gangguan struktur atau fungsional jantung saat istirahat, kardiomegali, suara jantung ketiga, murmur jantung, abnormalitas dalam gambaran ekokardiografi, dan kenaikan konsentrasi peptida natriuretik (Dickstein *et al.*, 2008). Manifestasi klinis gagal

jantung kiri dibagi menjadi manifestasi klinis awal dan manifestasi klinis lanjut. Manifestasi klinis awal pada gagal jantung kiri meliputi dyspnea, ortopnea, dispnea nocturnal, kelelahan, dan batuk non produktif. Manifestasi tersebut timbul akibat ketidakmampuan ventrikel kiri untuk memompa darah dengan efektif sehingga menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung. Penurunan curah jantung yang terjadi akan mengakibatkan sirkulasi darah ke seluruh tubuh tidak adekuat. Darah akan kembali ke atrium kiri selanjutnya masuk ke paru-paru sehingga mengakibatkan kongesti paru, dispnea dan intoleransi aktivitas fisik. Jika berkelanjutan, gagal jantung kiri dapat menyebabkan terjadinya edema paru dan gagal jantung kanan.

Manifestasi klinis lanjut pada gagal jantung kanan meliputi distensi vena jugularis, refluks hepatojugular, nyeri abdomen kuadran kanan atas, anoreksia, mual, nokturia, peningkatan berat badan, edema, dan asites atau edema anasarka. Gagal jantung kanan terjadi akibat penurunan fungsi kontraksi ventrikel kanan yang mengakibatkan kembalinya darah ke dalam atrium kanan dan sirkulasi perifer akibat darah tidak dipompa secara efektif ke dalam paru-paru. Aliran balik darah yang besar akibat gagal jantung kiri merupakan penyebab gagal jantung kanan yang paling sering ditemukan (Kowalak; Welsh; dan Mayer, 2012).

2.1.6 Tatalaksana Non Farmakologi Gagal Jantung

Manajemen perawatan mandiri (non farmakologi) bagi pasien gagal jantung antara lain: (Grady Dracup, Kennedy, Moser, Piano, *et al.*, 2000):

a. Pengaturan Diet

Perubahan gaya hidup pada pengaturan diet sangat diperlukan pada pasien gagal jantung. Dimulai dari hal yang umum seperti pembatasan bahkan melarang konsumsi alkohol maupun rokok karena dapat menekan kontraktilitas miokard.

Selain itu, pasien gagal jantung memerlukan energi dan protein yang lebih daripada individu dewasa lainnya. Hal ini dikarenakan pasien gagal jantung terjadi peningkatan metabolisme yang tinggi. Pasien gagal jantung memerlukan tambahan energi 3 hingga 7 kkal/kg/hari dan memerlukan protein tambahan sebesar 20% untuk setiap 1g / kg kebutuhan metabolik.

b. Monitor berat badan dan cairan

Pasien direkomendasikan untuk memantau berat badan rutin setiap hari, jika terdapat kenaikan berat badan > 2 kg dalam 3 hari, maka pasien memerlukan pembaharuan dosis terapi dari dokter. Namun, apabila selama 6 bulan terakhir pasien mengalami penurunan > 6% dari berat badan stabil sebelumnya dan tanpa disertai retensi cairan, pasien didefinisikan sebagai kaheksia.

Keseimbangan natrium juga merupakan komponen penting dalam penatalaksanaan gagal jantung. Pembatasan natrium dapat secara signifikan mengurangi edema, kelelahan, dan cairan ekstraseluler. Rekomendasi natrium untuk pasien gagal jantung adalah < 3g tiap harinya. Perlu diperhatikan pula untuk beberapa pasien gagal jantung yang mengalami kehausan secara berlebihan karena berkaitan dengan penurunan curah jantung. Saran untuk memuaskan dahaga pasien gagal jantung yang mengalami haus berlebihan adalah dengan mengonsumsi es batu atau permen rendah gula.

c. Aktivitas Fisik

Pasien gagal jantung perlu didorong untuk tetap aktif sebisa mungkin termasuk dalam aktivitas seksual dan program latihan fisik. Peneliti terdahulu telah memaparkan bahwa latihan aerobik bermanfaat dalam meningkatkan durasi beraktivitas, mengurangi kelelahan, dan meningkatkan kualitas hidup. Sampai

saat ini, juga tidak ada data yang menunjukkan bahwa latihan fisik memberikan dampak buruk.

Tidak hanya program latihan fisik aerobik, aktivitas fisik yang memberikan manfaat dan dapat dilakukan pasien gagal jantung sangat beragam, mulai dari aktivitas intensitas ringan seperti berjalan, intensitas sedang seperti bersepeda santai, mengangkat beban ringan, dan intensitas tinggi seperti lari, mengangkat beban berat, bersepeda cepat dan lain lain (Grady *et al*, 2000).

2.2 Konsep Aktivitas Fisik

2.2.1 Definisi Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik didefinisikan sebagai setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot-otot rangka. Setiap gerakan tersebut menghasilkan pengeluaran energi yang berbeda-beda (Caspersen *et al.*, 1985). Aktivitas fisik adalah setiap gerakan fisik yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya yang mana membutuhkan energi melebihi energi untuk metabolisme basal (Arovah, 2012).

Pengeluaran energi yang dihasilkan oleh pergerakan otot-otot tubuh mencakup aktivitas rutin sehari-hari, saat bekerja, olahraga, hingga kegiatan rekreasi pada waktu luang. Aktivitas fisik meliputi jenis, frekuensi, durasi, dan intensitas. Pada umumnya, intensitas aktivitas diukur dalam kkal/kg/menit atau *Metabolic Equivalene Test* (MET). Pada akhirnya, aktivitas fisik umumnya dikelompokkan menjadi aktivitas rendah, sedang, dan tinggi (Neilson *et al.*, 2008).

Terdapat perbedaan antara aktivitas fisik, kebugaran jasmani atau latihan. Latihan merupakan aktivitas yang terencana, terstruktur, dan berulang-ulang dengan tujuan mencapai suatu kebugaran fisik. Jadi, dapat disimpulkan bahwa aktifitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh kontraksi otot dan sistem penunjangnya saat seseorang melakukan aktivitas sehari-hari, kerja,

bahkan saat waktu luang yang memerlukan pengeluaran energi yang lebih dari energi metabolisme basal.

2.2.2 Manfaat Aktivitas Fisik

Pola hidup yang sehat dapat dicerminkan salah satunya dengan beraktivitas fisik teratur (Andriyani, 2014). Aktivitas fisik berupa latihan ataupun aktivitas fisik umum sehari-hari yang dilakukan oleh pasien gagal jantung secara adekuat bermanfaat untuk menstabilkan variabilitas nadi, mengurangi eksaserbasi akut, dan mengurangi morbiditas penyakit gagal jantung (Garet, Degache, Pichot, Duverney, Costes, Da Costa *et al.*, 2005; Pozehl Duncan, Hertzog, 2008). Selain mengurangi progres penyakit gagal jantung, aktivitas fisik juga meningkatkan kapasitas fungsional fisik dan meningkatkan kebebasan untuk beraktifitas di kemudian hari (Davies, Moxham, Singh, Coats, Ebrahim *et al.*, 2010; McMurray, Adamopoulos, Anker, Auricchio, Bohm, Dickstein *et al.*, 2012). Aktivitas fisik yang dilakukan secara adekuat berkontribusi terhadap penurunan tingkat rawat inap ulang dan peningkatan kualitas hidup pasien (Bosnak-Guclu *et al.*, 2011).

Latihan fisik berupa latihan fisik aerobik yang dilakukan oleh pasien gagal jantung stabil bermanfaat untuk meningkatkan kapasitas fungsional dan kualitas hidup. Latihan aerobik yang dilakukan pasien gagal jantung selama durasi waktu yang disarankan, yaitu 150 menit untuk aktivitas intensitas sedang dan 75 menit aktivitas intensitas berat dalam tiap minggunya dapat memberikan manfaat yang signifikan untuk kondisi pasien (Jurgens *et al.*, 2000).

Studi terdahulu telah menunjukkan bahwa olahraga bermanfaat pada pasien gagal jantung, namun tidak semua pasien dapat melakukan latihan fisik. Kemampuan jantung untuk melakukan aktivitas sering dikaitkan dengan kelas fungsional NYHA pasien gagal jantung. Latihan fisik pada pasien gagal jantung

yang stabil bisa menjadi penatalaksanaan dalam meningkatkan perfusi jaringan dan masalah sirkulasi (Smeltzer and Bare,2008; Sani, 2007). Masalah yang tetap terjadi ialah sebagian besar penderita gagal jantung yang aktif secara fisik (Piepoli, Conraads, Corra, Dickstein, Francis, Jaarsma *et al.*, 2011).

2.2.3 Klasifikasi Aktivitas Fisik

Terdapat empat klasifikasi utama dalam aktivitas fisik, yaitu: tipe, frekuensi, durasi dan intensitas.

1. Tipe

Menurut Apriana (2015), ada 3 tipe aktivitas fisik, yaitu:

a. Ketahanan (*endurance*)

Aktivitas fisik tipe ketahanan bertujuan untuk membantu jantung, paru-paru, otot dan sistem sirkulasi darah tetap sehat dan membuat individu tersebut lebih bertenaga. Contoh kegiatan yang dipilih seperti: jalan kaki, lari ringan, renang, berkebun dan kerja.

b. Kelenturan (*flexibility*)

Aktivitas fisik tipe kelenturan bertujuan untuk membantu pergerakan menjadi lebih mudah, mempertahankan otot tubuh tetap lentur dan sendi berfungsi dengan baik. Untuk mendapatkan kelenturan maka aktivitas fisik yang dilakukan seperti peregangan, senam, yoga, dan lain-lain.

c. Kekuatan (*strength*)

Aktivitas fisik tipe kekuatan bertujuan untuk membantu kerja otot tubuh dalam menahan sesuatu beban yang diterima, mempertahankan bentuk tubuh dan meningkatkan pencegahan terhadap penyakit pengeroposan tulang. Contoh aktivitas fisik tipe kekuatan antara lain seperti *push-up*, naik turun tangga, angkat beban, *fitness*, dan lain-lain.

2. Frekuensi

Frekuensi yang dimaksudkan adalah seberapa banyak aktivitas itu dilakukan dalam kurun waktu seminggu, sebulan, atau setahun.

3. Durasi

Durasi merupakan waktu melakukan aktivitas dengan menghitung jumlah waktu dalam menit atau jam selama satu sesi aktivitas.

4. Intensitas

Intensitas merujuk kepada tingkat atau derajat kesulitan dalam melakukan aktivitas. Intensitas biasanya diukur dalam kkal/kg/menit atau *Metabolic Equivalene Test* (METs). MET merupakan satuan unit yang digunakan untuk mengestimasi hasil metabolisme (pengeluaran energi atau konsumsi oksigen) dari aktivitas fisik. Intensitas aktivitas fisik biasa dikelompokkan menjadi aktivitas fisik ringan, *moderate* (sedang) dan *vigorous* (berat).

Berdasarkan *International Physical Activity Quistionnare* (2005), aktivitas berjalan memiliki konstanta 3,3 mets, *moderate* memiliki konstanta 4 mets dan *vigorous* memiliki konstanta > 4 mets. Contoh aktivitas ringan meliputi, menyetrika, dan berjalan. Contoh aktivitas *moderate* seperti mengangkat beban ringan, mendekorasi, berjalan cepat, tenis meja, dan bersepeda santai. Contoh aktivitas fisik berat atau *vigorous* seperti senam aerobik, mengangkat beban berat, mencangkul bersepeda cepat, berenang, berlari, dan berolahraga berat seperti badminton, tenis lapangan, basket.

Jenis, intensitas, durasi, dan frekuensi aktivitas fisik dikalkulasikan dalam satuan METs dan dikelompokkan menjadi (IPAQ, 2005):

a) Aktivitas Kategori Rendah (*Low*)

Aktivitas kategori rendah adalah level aktivitas paling rendah dimana tidak mencapai atau < 600 METs yang berarti tidak memenuhi kategori sedang dan kategori tinggi.

b) Aktivitas Kategori Sedang (*Moderate*)

Terdapat 3 kriteria pada kategori sedang, antara lain:

1. Tiga hari atau lebih melakukan aktivitas *vigorous* atau berat (seperti mencangkul, membawa benda berat) selama 20 menit tiap harinya, atau
2. Lima hari atau lebih melakukan aktivitas *moderate* (seperti aktivitas sehari-hari di rumah, membawa beban ringan) selama 30 menit tiap harinya, atau
3. Lima hari atau lebih kombinasi dari aktivitas berjalan, aktivitas dengan intensitas sedang, juga aktivitas berat yang mencapai minimal 600 METs menit/minggu.

c) Aktivitas Kategori Tinggi (*High*)

Terdapat 2 kriteria pada kategori tinggi, antara lain:

1. Aktivitas *vigorous* atau berat setidaknya selama 3 hari dan paling sedikit mencapai 1500 METs menit/minggu, atau
2. Tujuh hari atau lebih melakukan kombinasi aktivitas berjalan, aktivitas dengan intensitas sedang, juga aktivitas berat yang mencapai minimal 3000 METs menit/minggu.

2.2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Aktivitas Fisik

Menurut Chien (2014) pada penelitian yang berjudul *Predictors of Physical Activity in Patient with Heart Failure* beberapa faktor aktivitas fisik pasien gagal jantung antara lain:

a. Karakteristik Demografi

Karakteristik demografi pada pasien gagal jantung yang seringkali dikaitkan dengan aktivitas fisik meliputi, usia, jenis kelamin, dan tingkat pengetahuan. Usia yang lebih muda dan tingkat pendidikan yang tinggi berkorelasi positif dengan tingkat aktivitas fisik. Jenis kelamin laki-laki memiliki tingkat aktivitas fisik lebih tinggi daripada perempuan. Namun, menurut Klompstra (2015) pasien gagal jantung yang memiliki pasangan cenderung memiliki aktivitas fisik lebih tinggi.

b. Karakteristik Klinis NYHA

Klasifikasi kelas gagal jantung berdasarkan NYHA mempengaruhi aktivitas fisik pasien. Gejala gagal jantung yang timbul dan dirasakan oleh pasien sering kali menyebabkan gangguan fisik sehingga aktivitas pasien menjadi cenderung rendah. Pada pasien gagal jantung dengan kelas NYHA yang buruk memiliki intensitas aktivitas fisik yang lebih rendah.

c. Efikasi Diri

Karakteristik pribadi individu yaitu efikasi diri juga berpengaruh terhadap aktivitas fisik pasien gagal jantung. Dengan adanya keyakinan pada kemampuan diri sendiri untuk menyelesaikan tugasnya, efikasi diri dapat memprediksi perilaku seseorang di kemudian hari. Efikasi diri sering dikaitkan secara positif dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung. Efikasi diri yang baik pada pasien gagal jantung dapat mempengaruhi motivasi pasien gagal jantung dalam melakukan aktivitas fisik

d. Motivasi

Motivasi dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Motivasi intrinsik terlibat dalam aktivitas fisik berupa kesenangan

yang melekat dalam diri seseorang saat aktif secara fisik, sedangkan motivasi ekstrinsik berupa alasan instrumental (misalnya seseorang melakukan aktivitas fisik karena ingin mendapatkan imbalan dalam bentuk nyata atau sosial) (Klompstra L., 2016).

2.2.5 Aktivitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung

Dalam beberapa dekade terakhir, penelitian terkait aktivitas fisik pada pasien gagal jantung menunjukkan bahwa aktivitas fisik memberikan manfaat tanpa memperburuk kondisi pasien gagal jantung (Keteyian *et al.*, 2010). Rekomendasi aktivitas fisik yang paling efektif terkait durasi, jenis, dan intensitas untuk pasien gagal jantung belum ditemukan, tetapi pedoman menganjurkan untuk beraktivitas secara teratur, cukup untuk mencegah sesak nafas ringan atau sedang (Ponikowski, 2015).

Pada dasarnya, aktivitas fisik pasien gagal jantung dirumuskan berdasarkan kondisi kelas fungsional NYHA. Menurut *National Heart Foundation of Australia* (2011), aktivitas fisik pasien gagal jantung sesuai NYHA berdasarkan perhitungan METs adalah sebagai berikut:

- a. NYHA kelas I disarankan melakukan aktivitas yang mencapai >7 METs dalam setiap kali aktivitas,
- b. NYHA kelas II disarankan melakukan aktivitas yang mencapai 5 METs,

Pasien dengan kelas NYHA I dan II disarankan melakukan aktivitas fisik secara bertahap setidaknya 30 menit yang dilakukan hamper setiap hari (tidak setiap hari) dengan berbagai macam jenis aktivitas dengan intensitas ringan hingga intensitas sedang.

- c. NYHA kelas III dianjurkan beraktivitas hanya dalam rentang 2-3 METs pada setiap aktivitasnya

- d. NYHA kelas IV dianjurkan beraktivitas hanya maksimal 1.6 METs pada setiap aktivitasnya

Pasien gagal jantung dengan kelas NYHA III-IV memiliki rentang METs beraktivitas yang rendah karena kondisi dan timbulnya gejala yang semakin berat. Pada umumnya, pasien gagal jantung yang tidak dapat mencapai atau < 600 METs/minggu dikategorikan memiliki aktivitas yang rendah, dan hal tersebut sangat sering terjadi pada pasien dengan NYHA III dan IV. Pasien gagal jantung dengan fungsional NYHA III hingga IV dibatasi untuk melakukan aktivitas fisik yang berintensitas rendah atau ringan dan lebih diutamakan memperbanyak istirahat karena jika melakukan aktivitas yang berlebihan (intensitas sedang hingga berat) akan memperburuk kondisi pasien.

Meskipun banyak manfaat yang diperoleh apabila pasien gagal jantung aktif secara fisik, namun sebagian besar pasien gagal jantung memiliki tingkat aktivitas fisik yang rendah atau tidak sesuai dengan pedoman. Pada penderita NYHA kelas I dan II masih ditemukan aktivitas fisik dengan kategori rendah meskipun penderita NYHA kelas I dan II tidak ada atau sedikit gejala yang timbul ketika mereka melakukan aktivitas fisik (Klompstra *et al.*, 2015).

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa aktivitas fisik bagi pasien gagal jantung dengan NYHA I dan II sangat penting dilakukan karena masih sangat bermanfaat dalam meningkatkan kapasitas fungsional tubuh. Ulasan ini menunjukkan bahwa aktivitas fisik pada pasien gagal jantung dengan kelas NYHA I dan II yang dilakukan dengan bertahap sesuai rekomendasi yang telah ada dapat meningkatkan efek fisiologis dari peningkatan kebutuhan jantung, kapasitas latihan, status kesehatan secara keseluruhan, dan kualitas hidup pasien gagal jantung (Keteyian *et al.*, 2010).

2.2.6 Pengukuran Aktivitas Fisik

Pengukuran aktivitas fisik terdiri dari dua metode yaitu metode objektif dan subjektif (Gibney *et al.*, 2009). Metode objektif terdiri dari penggunaan *doubly labeled water* (DLW), kalorimetri indirek, alat frekuensi jantung dan *monitor sensing* (akselerometer dan pedometer). Metode subjektif, antara lain kuesioner. Metode objektif dapat mengukur aktivitas fisik dengan tingkat validitas yang baik. Namun untuk metode objektif membutuhkan biaya yang besar, sehingga banyak peneliti yang menggunakan kuesioner untuk mengkaji pola aktivitas fisik pada suatu populasi.

Kuesioner aktivitas fisik yang paling sering digunakan adalah *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). IPAQ telah divalidasi di 12 negara dengan nilai kevalidan 0.30. Pada kuisoner IPAQ terdapat spesifikasi jenis, frekuensi, durasi, dan intensitas dalam menanyakan aktivitas fisik yang dilakukan. Skala pengukuran pada IPAQ yaitu kkal/kg/menit atau METs (Hastuti, 2013). Kemudian IPAQ dikembangkan menjadi IPAQ *Long Version* yang memiliki empat domain yang lebih spesifik, yaitu domain aktivitas saat bekerja, aktivitas saat bertransportasi, aktivitas di dalam dan halaman rumah, dan aktivitas saat waktu luang. Dalam IPAQ *long version* aktivitas berjalan memiliki nilai konstanta sebesar 3,3 Mets, intensitas sedang memiliki nilai konstanta 4 Mets, intensitas berat bernilai >4 Mets (mulai dari 5,5 – 8 Mets). Nilai tersebut tidak jauh berbeda dengan nilai METs yang dipaparkan dalam pedoman aktivitas fisik pasien gagal jantung oleh *National Heart Foundation of Australia* (2011).

Berdasarkan ulasan tersebut, jika dibandingkan dengan kuesioner IPAQ *short version*, IPAQ *long version* lebih efektif diterapkan dalam penelitian ini karena

di dalam kuesioner IPAQ *long version* menanyakan aktivitas fisik umum dilakukan dan secara spesifik pada kondisi tertentu.

2.3 Konsep Efikasi Diri

2.3.1 Definisi Efikasi Diri

Efikasi diri merupakan gagasan mengenai teori sosial kognitif yang dikembangkan oleh Albert Bandura. Bandura (1997) mendefinisikan efikasi diri didefinisikan sebagai “*the belief in one’s capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainment*” yang memiliki arti keyakinan pada kemampuan diri sendiri untuk mengatur dan melaksanakan tindakan yang diharapkan untuk menghasilkan suatu pencapaian.

West, Bagwell, dan Freudeman (2008) menyebutkan efikasi diri berfungsi sebagai regulator sehingga dapat mempengaruhi aktivitas dalam berbagai kondisi, seperti performa ingatan dan kemampuan menyelesaikan tugas. Seseorang dengan efikasi diri kuat akan memiliki tujuan yang tinggi sehingga akan berkomitmen kuat dalam mencapai apa yang ditujukan dan sebaliknya orang dengan efikasi diri lemah akan lemah dalam berkomitmen dalam melakukan apa yang dituju (Bandura, 1997).

Jadi, dapat disimpulkan bahwa efikasi diri adalah persepsi diri sendiri mengenai seberapa yakin dirinya akan kemampuannya dalam merencanakan, mengolah, dan melaksanakan perilaku untuk mencapai tujuannya.

2.3.2 Dimensi Efikasi Diri

Efikasi diri pada diri tiap individu akan berbeda antara satu individu dengan yang lainnya berdasarkan tiga dimensi. Berikut adalah tiga dimensi tersebut, yaitu (Shorridge-Baggett, 2001):

a. Tingkat (*level*)

Dimensi *level* berkaitan dengan derajat kesulitan yang berbeda-beda dalam melaksanakan tugas. Dimensi ini mempengaruhi seseorang dalam memilih aktivitas yang akan dilakukan dengan kemampuannya.

b. Kekuatan (*strength*)

Dimensi *strength* berkaitan dengan tingkat kekuatan dari keyakinan atau pengharapan seseorang mengenai kemampuannya.

c. Keluasan (*generality*)

Keyakinan ini diperoleh dengan mengeneralisasikan kemampuan orang lain dengan kemampuan yang dimilikinya, atau mengeneralisasikan keberhasilan yang diraih pada tugas sebelumnya, sehingga menimbulkan keyakinan tidak hanya ada pada satu orang atau satu hal, melainkan juga bisa terjadi pada tugas dan orang lain termasuk dirinya sendiri.

2.3.3 Proses Pembentukan Efikasi Diri

Menurut Bandura (1997), efikasi diri terbentuk dari empat proses, antara lain:

a. Proses Kognitif

Proses kognitif atau berfikir dapat menentukan tujuan yang diharapkan sesuai dengan efikasi diri yang dimiliki. Semakin kuat efikasi diri, semakin kuat komitmen seseorang untuk mencapai tujuan yang ditentukan.

b. Proses Motivasional

Memotivasi diri sendiri dalam melakukan tindakan dapat membentuk keyakinan tentang apa yang bisa mereka lakukan, memprediksi kemungkinan hasil dari rencana untuk mencapai tujuan.

c. Proses Afektif

Keyakinan seseorang akan kemampuannya dapat mempengaruhi manajemen

pengendalian stres individu tersebut. Jika stres dapat terkontrol, maka pikiran seseorang tidak akan terganggu dan sebaliknya.

d. Proses Seleksi

Tujuan akhir dari proses efikasi yaitu membentuk lingkungan yang menguntungkan dan dapat dipertahankan. Pembentukan diri dan tujuan akan tercapai apabila memilih lingkungan yang sesuai.

2.3.4 Manfaat Efikasi Diri

Efikasi diri tinggi yang dimiliki seseorang akan mampu mengubah situasi sosialnya. Efikasi diri yang tinggi dapat mendorong seseorang pula untuk mempertahankan dan meningkatkan berbagai usahanya dalam memecahkan masalah dan hambatan yang dihadapi (Bandura, 1994).

Efikasi diri yang dimiliki pasien penyakit jantung difokuskan kepada kemampuan pasien melalui keyakinan diri melakukan perilaku yang dapat membantu kesembuhan pasien seperti pengelolaan faktor resiko dan pemeliharaan fungsi kesehatannya. Efikasi diri yang tinggi bermanfaat dalam perawatan mandiri oleh pasien gagal jantung. Dalam hal ini efikasi diri sangat bermanfaat ketika pasien melakukan aktivitas fisik sehari-harinya. Efikasi diri dapat membuat pasien meyakini bahwa dirinya mampu melakukan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya (Wantiyah *et al*, 2010). Efikasi diri dalam manajemen penyakit berperan untuk meningkatkan perilaku kesehatan dan meminimalkan resiko prognosis yang lebih buruk (Hara dan Celis, 2013).

2.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri

Efikasi diri dapat menimbulkan perilaku yang berbeda pada antar individu meskipun dengan kemampuan yang sama karena efikasi diri memengaruhi pilihan, tujuan, pengatasan masalah, dan kegigihan dalam berusaha (Judge *et*

al., 2002). Oleh karena itu, tingkat efikasi diri tinggi atau rendah yang dimiliki oleh seseorang tentunya dipengaruhi oleh beberapa faktor.

Menurut Mystakidou (2010) jenis kelamin laki-laki memiliki efikasi diri yang lebih tinggi daripada perempuan. Hal ini dikarenakan perempuan lebih cenderung memiliki kekhawatiran dalam melakukan segala sesuatu untuk mempertahankan status kesehatannya. Semakin bertambahnya usia semakin banyak pula pengalaman dalam mencapai tujuan. Tidak hanya itu, pengalaman dalam menghadapi masalah merupakan sumber utama terbentuknya efikasi. Dengan tercapainya tujuan dari pengalaman dan waktu yang dilewati, seseorang akan memiliki efikasi diri yang luas di berbagai aspek (*generality*) (Bandura, 1997).

Pada pasien dengan penyakit jantung, efikasi diri pasien melakukan perawatan mandiri sangat dipengaruhi oleh dukungan sosial dan status emosional dibandingkan dengan pengalaman pasien ataupun orang lain. Dalam hal ini dukungan sosial dari kerabat maupun tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat sangat diperlukan untuk mempertahankan status emosional baik pada pasien, sehingga pasien memiliki efikasi diri untuk melakukan perawatan secara mandiri (Feist *et al.*, 2016; Muhith, *et al.*, 2017).

2.3.6 Pengukuran Efikasi Diri

Pengukuran efikasi diri dilakukan dengan cara menanyakan seseorang seberapa percaya diri mereka untuk melakukan suatu perilaku spesifik. Efikasi diri menurut penelitian bersifat spesifik terhadap kawasan tertentu, dalam kata lain, individu bisa memiliki efikasi diri yang tinggi pada satu situasi, misal dalam aktivitas fisik, namun memiliki efikasi diri yang rendah dalam situasi lain, misal dalam kemampuan bisnis (George, Clark, Crotty, 2007). Semakin tinggi nilai yang dihasilkan, maka semakin tinggi pula tingkat efikasi diri yang dimiliki oleh subjek,

dan sebaliknya semakin rendah nilai yang dihasilkan, maka semakin rendah pula tingkat efikasi diri yang dimiliki oleh subjek (Feist *et al*, 2016).

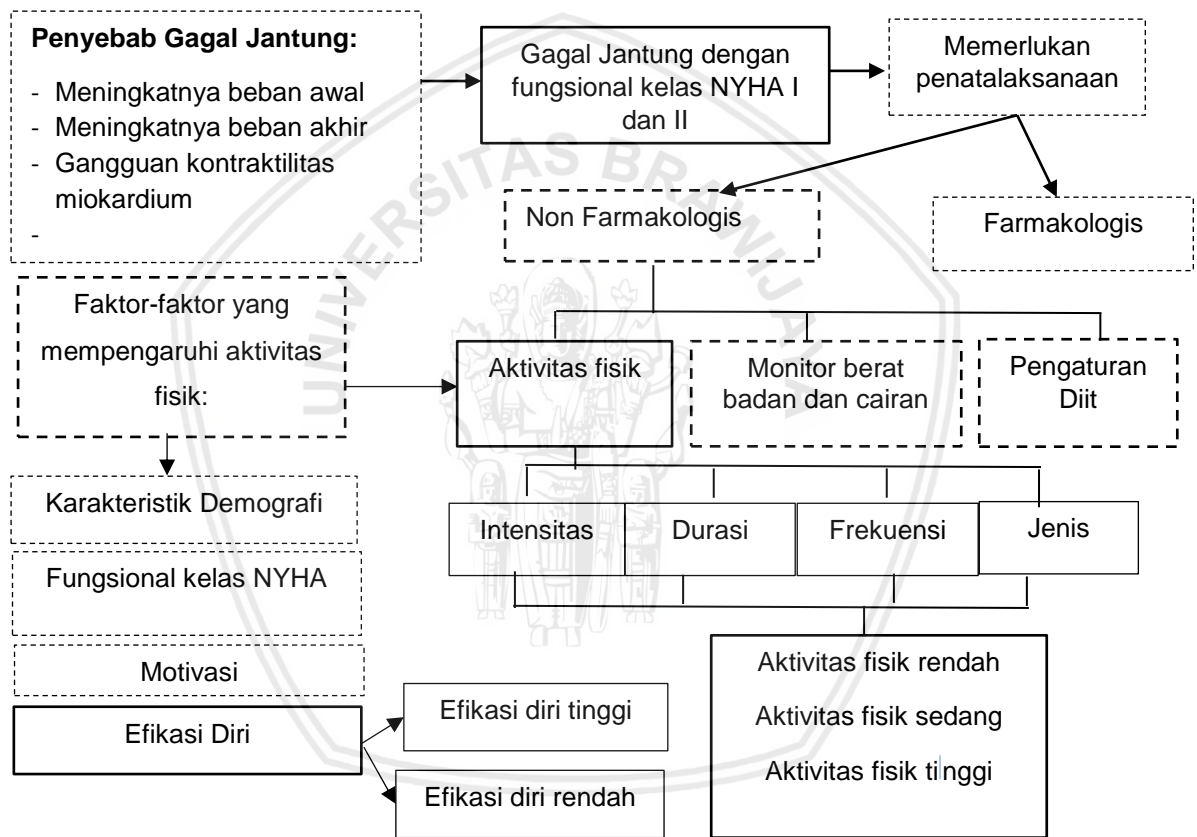
Pengukuran efikasi diri menggunakan kuesioner yang umum adalah memakai kuesioner *General Self Efficacy*. Penelitian terkini memberi bukti bahwa pengukuran efikasi diri yang terkait perilaku tertentu memiliki ketepatan yang lebih baik dibandingkan dengan mengukur efikasi diri secara umum (Oei, *et al* 2007). Berdasarkan ulasan diatas, peneliti memutuskan untuk menggunakan kuesioner *Self Efficacy for Exercise* (SEE) untuk mengukur efikasi diri pasien gagal jantung dalam melakukan aktivitas fisik karena di dalam kuesioner tersebut berisi pertanyaan-pertanyaan mengenai keyakinan individu dalam melakukan olahraga ataupun aktivitas fisiknya. Belum ada kuesioner spesifik terkait efikasi diri melakukan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung, namun kuesioner SEE sudah pernah digunakan untuk meneliti aktivitas fisik pasien gagal jantung dalam jurnal *Physical activity in patients with heart failure: barriers and motivations with special focus on sex differences* dan terbukti valid dengan nilai 0.39 (Resnick dan Jenkins, 2000).



BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1: Kerangka Konsep Hubungan Efikasi Diri dengan Aktifitas Fisik pada Pasien Gagal Jantung di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang

Keterangan:

= Diteliti

= Tidak Diteliti

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Gagal jantung merupakan sindroma kompleks yang disebabkan oleh beberapa faktor. Gagal jantung membutuhkan penatalaksanaan untuk mencegah progres penyakit yang buruk. Penatalaksanaan non farmakologis antara lain monitor berat badan, pengaturan diet, dan aktivitas fisik.

Pada pasien gagal jantung diperlukan aktivitas fisik yang adekuat. Hal ini berdampak pada status kondisi pasien, antara lain stabilnya variabilitas nadi, berkurangnya eksaserbasi akut dan morbiditas gagal jantung sehingga dapat menurunkan angka kejadian rawat inap ulang dan meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Setiap aktivitas memiliki jenis, durasi, frekuensi dan intensitas masing - masing sehingga aktivitas fisik tersebut dikategorikan tinggi, sedang, dan rendah.

Aktivitas fisik pada pasien gagal jantung dipengaruhi oleh karakteristik demografi seperti, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan. Karakteristik klinis atau klasifikasi kelas gagal jantung NYHA, motivasi, hambatan juga merupakan elemen-elemen yang mempengaruhi aktivitas fisik. Karakteristik personal individu yakni efikasi diri juga berpengaruh terhadap aktivitas fisik pasien gagal jantung. Efikasi diri seseorang pada kemampuan diri melakukan aktivitas fisik terbagi menjadi dua, yaitu efikasi diri tinggi dan efikasi diri rendah.

3.3 Hipotesis Penelitian

Ada hubungan antara efikasi diri dengan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Dalam penelitian ini, desain penelitian yang digunakan adalah observasional dengan metode pendekatan penelitian *cross sectional* yaitu jenis penelitian analitik yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali saja, pada satu waktu. Melalui pendekatan tersebut dimaksudkan untuk mengetahui hubungan antara efikasi diri dengan aktifitas fisik pada responden yang dilakukan dengan mengambil data satu kali saja menggunakan kuesioner.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gagal jantung di RSUD Dr. Saiful Anwar selama 3 bulan terakhir yaitu mulai bulan Agustus-Oktober 2018 yang mencapai 105 pasien. Pengambilan data pasien gagal jantung yang dilakukan dari bulan Januari hingga Maret 2019 di RSUD Dr Saiful Anwar Malang mencapai 47 pasien dan di RSI Aisyiyah Malang mencapai 55 pasien sehingga total 102 pasien.

4.2.2 Sampel

A. Besar Sampel

Besar sampel dihitung dengan rumus slovin yang dapat dihitung sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1+N (d)^2}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah Populasi

d = Tingkat signifikan (d=0,05)

$$n = \frac{105}{1+105(0,05)^2}$$

= 83 responden

Jadi, jumlah responden dalam penelitian ini adalah 83 pasien.

B. Teknik Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teknik *non-probability sampling* secara *purposive sampling*. *Purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan dan cara memilih responden diantara populasi dalam kurun waktu tertentu dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi peneliti (Nursalam, 2001).

a) Kriteria Inklusi

- 1) Pasien yang didiagnosa gagal jantung berdasarkan catatan medis seridaknya 6 bulan sebelumnya.
- 2) Klasifikasi fungsional *New York Heart Association* (NYHA) kelas I dan II serta dalam keadaan stabil yang berdomisili di Kota Malang
- 3) Tidak ada masalah kejiwaan sebagaimana dalam catatan rekam medik terakhir
- 4) Mampu berkomunikasi dengan baik
- 5) Tidak memiliki kondisi gangguan ekstremitas yang mengganggu dalam melakukan aktivitas fisik

b) Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien gagal jantung dengan demensia
- 2) Pasien gagal jantung yang menderita gagal ginjal kronis stadium V
- 3) Pasien gagal jantung yang menderita stroke

4.3 Identifikasi Variabel

4.3.1 Variabel Bebas (Independent)

Variabel bebas atau independent dalam penelitian ini adalah efikasi diri dalam melakukan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung.

4.3.2 Variabel Tergantung (Dependent)

Variabel tergantung atau dependent dalam penelitian ini adalah aktivitas fisik pada pasien gagal jantung.

4.4 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di instalasi rawat inap penyakit jantung RSUD Dr. Saiful Anwar Malang ruang 5A dan 5B dan di Poliklinik Jantung RSI Aisyiyah Malang. Pengambilan data dimulai dari bulan Januari-Maret 2019.

4.5 Instrumen Penelitian

4.5.1 Alat Ukur Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner. Kuisoner penelitian ini terdiri atas 3 bagian, yaitu:

1. Kuesioner bagian A berupa isian tentang data demografi responden, yaitu jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status perkawinan, klasifikasi NYHA.
2. Kuesioner bagian B berupa pertanyaan untuk meneliti tingkat efikasi diri seseorang melakukan aktifitas fisik. Instrumen yang digunakan ialah *Self Efficacy for Exercise* (SEE) yang transadaptasi dari Resnick dan Jenkins (2000). Pertanyaan dalam kuesioner berjumlah sembilan dengan skor mulai dari 1 (tidak yakin) sampai dengan 10 (sangat yakin) untuk mendeskripsikan efikasi diri responden dalam melakukan aktifitas fisik atau olahraga selama 20 menit, 3 kali seminggu. Cara menjawab masing-masing pertanyaan

disesuaikan dengan apa yang responden rasakan. Responden dapat menuliskan centang pada kolom skor angka 1-10 dengan skor minimum 10 dan maksimum 90. Untuk skor 1-5 menunjukkan adanya efikasi diri melakukan aktifitas fisik rendah (total skor ≤ 45), dan untuk skor 6-10 menunjukkan efikasi diri tinggi melakukan aktivitas fisik (total skor > 45).

3. Kuesioner bagian C berupa kuesioner pertanyaan yang digunakan untuk mengukur aktivitas fisik pada pasien gagal jantung yaitu *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) Long Version*. Instrumen yang digunakan teradaptasi dan dikembangkan oleh Hastuti (2013) yang digunakan untuk mengukur tingkat aktivitas fisik seseorang. Alat ukur ini terdiri dari 27 pertanyaan yang dikelompokkan menjadi 4 domain. Domain pertama adalah kategori bekerja yang meliputi pekerjaan yang dibayar, seperti bertani, karyawan, dan atau pekerjaan tidak dibayar yang dilakukan di luar rumah. Pekerjaan tidak dibayar yang dilakukan sekitar rumah, seperti pekerjaan rumah tangga dan merawat keluarga tidak termasuk dalam domain ini. Domain kedua yaitu transportasi yang memiliki arti bagaimana seseorang melakukan perjalanan dari satu tempat ke tempat lain. Domain ketiga adalah kategori aktivitas dalam rumah dan halaman rumah yang berarti meliputi pekerjaan rumah tangga maupun berkebun. Kategori keempat adalah kategori waktu luang yang berarti aktivitas fisik yang dilakukan semata-mata di saat waktu luang, seperti olahraga dan rekreasi. Cara penilaian dari alat ukur *IPAQ Long Version* adalah:

a. Kategori bekerja

- 1) Berjalan kaki MET-menit/minggu di tempat kerja= $3,3 \times$ durasi berjalan kaki (dalam menit) \times frekuensi (dalam hari) berjalan kaki dalam seminggu ketika bekerja
- 2) *Moderate* atau sedang dalam kategori bekerja meliputi membawa beban ringan.
Rumus: *Moderate* MET-menit/minggu di tempat kerja= $4,0 \times$ durasi melakukan aktivitas intensitas sedang (dalam menit) \times frekuensi (dalam hari) melakukan intensitas sedang dalam seminggu ketika bekerja
- 3) *Vigorous* atau berat dalam domain bekerja meliputi angkat beban berat, menggali, melakukan konstruksi berat, menaiki tangga ketika bekerja
Rumus: *Vigorous* MET-menit/minggu = $8,0 \times$ durasi melakukan aktivitas intensitas berat (dalam menit) \times frekuensi (dalam hari) melakukan intensitas berat dalam seminggu di tempat kerja
- 4) Total domain bekerja MET-menit/minggu= total dari skor berjalan kaki + *moderate* (sedang) + *vigorous* (berat) MET-menit/minggu

b. Kategori transportasi

- 1) Berjalan kaki MET-menit/minggu untuk transportasi= $3,3 \times$ durasi berjalan kaki (menit) \times frekuensi (dalam hari) berjalan kaki dalam seminggu ketika bertransportasi
- 2) Bersepeda MET-menit/minggu untuk transportasi= $6.0 \times$ durasi bersepeda (menit) \times frekuensi (dalam hari) bersepeda dalam seminggu ketika bertransportasi
- 3) Total Transport MET-menit/minggu= jumlah skor berjalan kaki + bersepeda MET-menit /minggu untuk transportasi

c. Kategori *domestic* (dalam rumah) dan halaman rumah

- 1) *Vigorous* atau berat di halaman rumah dalam domain *domestic* (dalam rumah) dan halaman rumah meliputi angkat beban berat, memotong kayu, menyekop salju, atau menggali.

Rumus: *Vigorous* MET-menit/minggu pekerjaan di halaman rumah (berkebun) = 5.5 X durasi melakukan aktivitas intensitas berat (dalam menit) di halaman X frekuensi (dalam hari) melakukan pekerjaan di halaman intensitas berat

Catatan: nilai MET 5,5 menunjukkan bahwa pekerjaan berkebun/di halaman yang berat harus dianggap sebagai aktivitas intensitas sedang untuk penilaian dan menghitung total aktivitas intensitas sedang.

- 2) *Moderate* atau sedang di halaman rumah dalam domain *domestic* (dalam rumah) dan halaman rumah meliputi membawa beban ringan, membersihkan jendela, dan menyapu latar halaman atau kebun di luar rumah

Rumus: *Moderate* MET-menit/minggu pekerjaan di halaman rumah = 4.0 X durasi melakukan aktivitas intensitas sedang (dalam menit) X frekuensi (dalam hari) melakukan pekerjaan di halaman intensitas sedang dalam seminggu

- 3) *Moderate* atau sedang di dalam rumah dalam domain *domestic* (dalam rumah) dan halaman rumah meliputi membawa beban ringan, membersihkan jendela, menyapu dan mengepel lantai di dalam rumah.

Rumus: *Moderate* MET-menit/minggu pekerjaan di dalam rumah = 3.0 X durasi melakukan aktivitas intensitas sedang di dalam rumah (dalam menit) X frekuensi (dalam hari) melakukan pekerjaan di dalam rumah intensitas sedang dalam seminggu

- 4) Jumlah domestik dan halaman MET-menit/minggu= jumlah skor vigorous di halaman + moderat di halaman + moderat di dalam rumah MET-menit /minggu

d. Domain waktu luang

- 1) Berjalan kaki MET-menit/minggu di waktu luang= 3.3 X durasi berjalan kaki di waktu luang (menit) X frekuensi (dalam hari) berjalan kaki di waktu luang dalam seminggu

- 2) *Moderate* atau sedang dalam domain waktu luang meliputi bersepeda dengan kecepatan ringan teratur, renang, dan tenis

Rumus: *Moderate* MET-menit/minggu di waktu luang= 4.0 X durasi melakukan aktivitas intensitas sedang di waktu luang (dalam menit) X frekuensi (dalam hari) melakukan aktivitas fisik intensitas sedang di waktu luang dalam seminggu

- 3) *Vigorous* atau berat dalam domain waktu luang meliputi olahraga aerobic, atletik, bersepeda cepat dan berenang

Rumus: *Vigorous* MET-menit/minggu di waktu luang= 8,0 X durasi melakukan aktivitas intensitas berat di waktu luang (dalam menit) X frekuensi (dalam hari) melakukan intensitas berat di waktu luang dalam seminggu

- 4) Total waktu luang MET-menit/minggu = jumlah skor berjalan kaki + moderat + vigorous MET-menit/minggu di waktu luang

e. Total skor untuk semua aktivitas fisik berjalan kaki, *moderate* (sedang) dan *vigorous* (berat)

- 1) Total Berjalan kaki MET-menit/minggu = Berjalan kaki MET-menit/minggu (di tempat kerja + Transportasi + di waktu luang)

- 2) Total moderat MET-menit/minggu= bersepeda MET-menit/minggu untuk Transport + Moderat MET menit /minggu (Bekerja + Pekerjaan di halaman +

Pekerjaan di dalam rumah + waktu luang) + vigorous pekerjaan halaman
MET-menit/minggu

- 3) Total Vigorous MET-menit/minggu= vigorous MET-menit/minggu (bekerja +
di waktu luang)

Catatan: Nilai METs bersepeda dan nilai pekerjaan kebun/halaman yang
berat termasuk dalam jangkauan pengkodean aktivitas intensitas sedang

f. Total skor aktivitas fisik

- 1) Total aktivitas fisik METs-menit/minggu= jumlah Total skor (Berjalan kaki +
moderat + vigorous) METs menit/minggu

Total skor diatas setara dengan komputasi:

- 2) Total aktivitas fisik MET- menit/minggu= jumlah total skor Kerja + Total skor
Transport + Total skor *Domestic* atau dalam rumah dan halaman rumah +
Total skor Waktu Luang MET-menit/minggu

g. Tiga kategori aktivitas fisik

1. Rendah

- a) Tidak ada aktivitas yang dilaporkan atau
b) Beberapa aktivitas yang dilaporkan tetapi tidak cukup untuk memenuhi
kategori 2 atau 3

2. Sedang

Salah satu dari 3 kriteria berikut:

- a) 3 hari atau lebih melakukan aktivitas intensitas berat setidaknya 20 menit per
hari atau
b) 5 hari atau lebih melakukan aktivitas intensitas sedang dan/atau berjalan kaki
setidaknya 30 menit per hari atau

- c) 5 hari atau lebih dari setiap kombinasi berjalan kaki, intensitas sedang atau aktivitas intensitas berat mencapai minimal setidaknya 600 MET-menit/minggu

3. Tinggi

Salah satu dari 2 kriteria berikut:

- a) Aktifitas intensitas berat setidaknya 3 hari dan mengumpulkan setidaknya 1500 MET-menit /minggu atau
- b) 7 hari atau lebih dari kombinasi kegiatan berjalan kaki, intensitas sedang atau berat yang terakumulasi setidaknya 3000 MET-menit/minggu (IPAQ, 2005).

4.5.2 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

4.5.2.1 Uji Validitas

Uji validitas dilakukan dengan uji korelasi *pearson product moment* dengan dibantu program SPSS for windows (Praptomo *et al*, 2016). Suatu Instrumen dikatakan *valid* apabila *r* hitung lebih besar dari *r* tabel dengan tingkat signifikansi 5% (Arikunto, 2002). Uji validitas dengan instrumen *International Physical Activity Quistionnare (IPAQ) Long Version* menggunakan validitas baku dari Hastuti (2013) karena telah di pakai sebagai instrument penelitian di Yogyakarta, Indonesia. Instrumen *International Physical Activity Quistionnare (IPAQ) Long Version* memiliki nilai validitas 0,30 (Hastuti, 2013). Uji validitas instrumen kuisoner *Self Efficacy for Exercise (SEE)* dilakukan dengan uji validitas pada 10 pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang karena instrument tersebut belum pernah dipakai di Indonesia. Berikut merupakan ringkasan hasil uji validitas kuisoner efikasi diri (SEE) yang digunakan dalam penelitian.

Tabel 4.1 Hasil Uji Validitas Kuisoner Efikasi Diri
Melakukan Aktivitas Fisik

No	r hitung	r tabel 5% (N=10)	Keterangan
1	0.889	0.632	Valid
2	0.905	0.632	Valid
3	0.949	0.632	Valid
4	0.948	0.632	Valid
5	0.830	0.632	Valid
6	0.905	0.632	Valid
7	0.871	0.632	Valid
8	0.800	0.632	Valid
9	0.807	0.632	Valid

4.5.2.2 Uji Raliabilitas

Suatu instrumen penelitian ini sudah reliabel, karena instrument dikatakan reliable apabila nilai *Cronbach Alpha* > 0,6 yang memiliki arti meskipun data diambil berkali-kali, hasilnya tetap akan sama (Arikunto, 2006). Uji validitas instrumen IPAQ *Long Version* menggunakan validitas baku dari Hastuti (2013) karena telah di pakai sebagai instrument penelitian di Yogyakarta, Indonesia. IPAQ *Long Version* memiliki nilai nilai reliabilitas 0,80 (Hastuti, 2013). Uji validitas instrumen kuisoner SEE dilakukan dengan uji reliabilitas pada 10 pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar karena instrumen tersebut belum pernah digunakan di Indonesia. Berikut merupakan ringkasan hasil uji reliabilitas kuisoner efikasi diri (SEE) yang digunakan dalam penelitian ini.

Tabel 4.2 Hasil Uji Reliabilitas Kuisoner Efikasi Diri
Melakukan Aktivitas Fisik

Variabel	Nilai Apha Conbrach	Nilai Standart	Keterangan
Efikasi Diri	0.954	0.6	<i>Reliable</i>

4.6 Definisi Oprasional

Tabel 4.3 Definisi Operasional Penelitian

No.	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Variabel <i>Independent</i> : Efikasi diri	Pernyataan responden terkait efikasi diri atau seberapa yakin responden mampu melakukan aktivitas fisik setidaknya dalam waktu 20 menit, 3 kali dalam seminggu	<ol style="list-style-type: none"> 1)Keadaan cuaca yang mempengaruhi aktifitas fisik 2)Rasa bosan dengan aktifitas fisik yang akan dilakukan 3) Rasa nyeri ketika melakukan aktifitas fisik 4) Melakukan aktivitas seorang diri 5)Tidak menikmati aktivitas yang dilakukan 6)Terlalu sibuk dengan hal lain 7)Rasa lelah ketika melakukan aktivitas 8)Stress yang dirasakan 9)Depresi atau tekanan yang dirasakan 	Kuisisioner Self Efficacy for Exercise Scale (SEE)	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Efikasi rendah apabila skor ≤ 45 2. Efikasi Tinggi apabila skor > 45
3	Variable <i>Dependent</i> : Aktifitas Fisik	Pernyataan responden meliputi aktivitas fisik yang dilakukan saat bekerja, berpergian (transportasi), melakukan pekerjaan di dalam rumah dan di halaman, dan aktivitas fisik	Dinilai dari 4 kategori aktivitas fisik yaitu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bekerja 2. Ketika bertransportasi aktif 3. Di dalam rumah (domestik) dan halaman rumah 	Kuisisioner <i>International Physical Activity Quistionnare (IPAQ) Long Version</i>	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rendah <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada aktivitas yang dilaporkan atau • Beberapa aktivitas yang dilaporkan tetapi tidak cukup untuk memenuhi Kategori 2 atau 3 2. Sedang

		<p>di waktu luang yang dilakukan dalam durasi minimal 10 menit dalam kurun waktus 7 hari terakhir</p>	<p>4. Waktu luang</p>		<p>Salah satu dari 3 kriteria berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 hari atau lebih melakukan aktivitas intensitas berat setidaknya 20 menit per hari atau • 5 hari atau lebih melakukan aktivitas intensitas sedang dan/atau berjalan setidaknya 30 menit per hari atau • 5 hari atau lebih dari setiap kombinasi berjalan, intensitas sedang atau aktivitas intensitas berat mencapai minimal setidaknya 600 MET-menit/minggu <p>3. Tinggi</p> <p>Salah satu dari 2 kriteria berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktifitas intensitas berat setidaknya 3 hari dan mengumpulkan setidaknya 1500 MET-menit /minggu atau • 7 hari atau lebih dari kombinasi kegiatan berjalan, intensitas sedang atau berat yang terakumulasi setidaknya 3000 MET-menit/minggu
--	--	---	-----------------------	--	--

4.7 Prosedur Penelitian

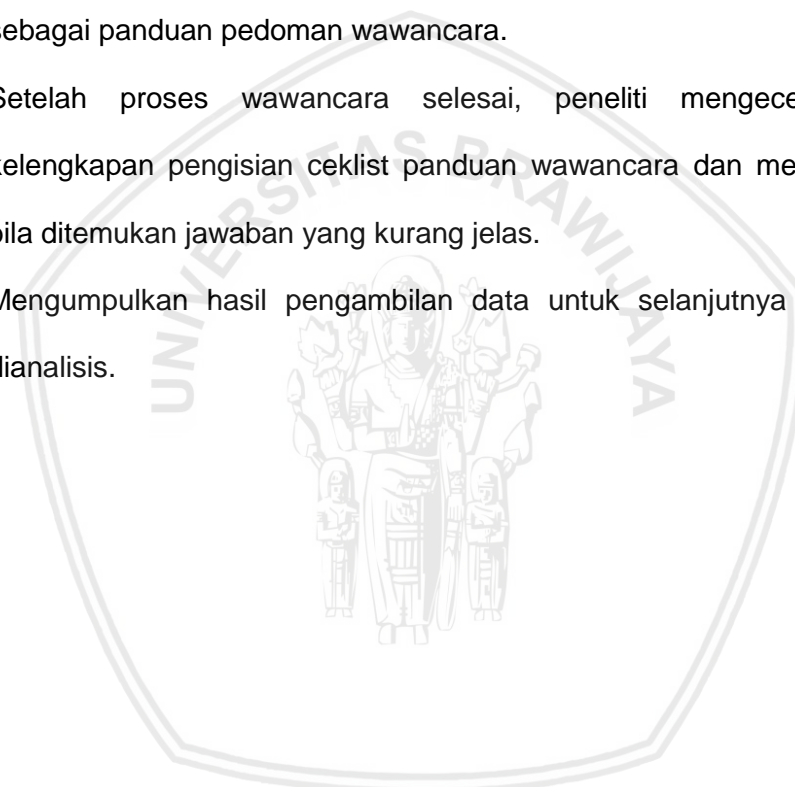
4.7.1 Prosedur Administrasi

- a. Mengurus etik penelitian ke RSUD Dr Saiful Anwar Malang setelah melakukan ujian proposal.
- b. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang ditujukan kepada RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiha Malang sebagai tempat penelitian.
- c. Mendapatkan surat ijin penelitian dari RSUD Dr. Saiful Anwar dan RSI Aisyiha Malang untuk melaksanakan penelitian di Instalasi Perawatan Jantung Terpadu (IPJT) RSUD Dr Saiful Anwar Malang dan Poliklinik Jantung RSI Aisyiah Malang untuk mengumpulkan data karakteristik pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.

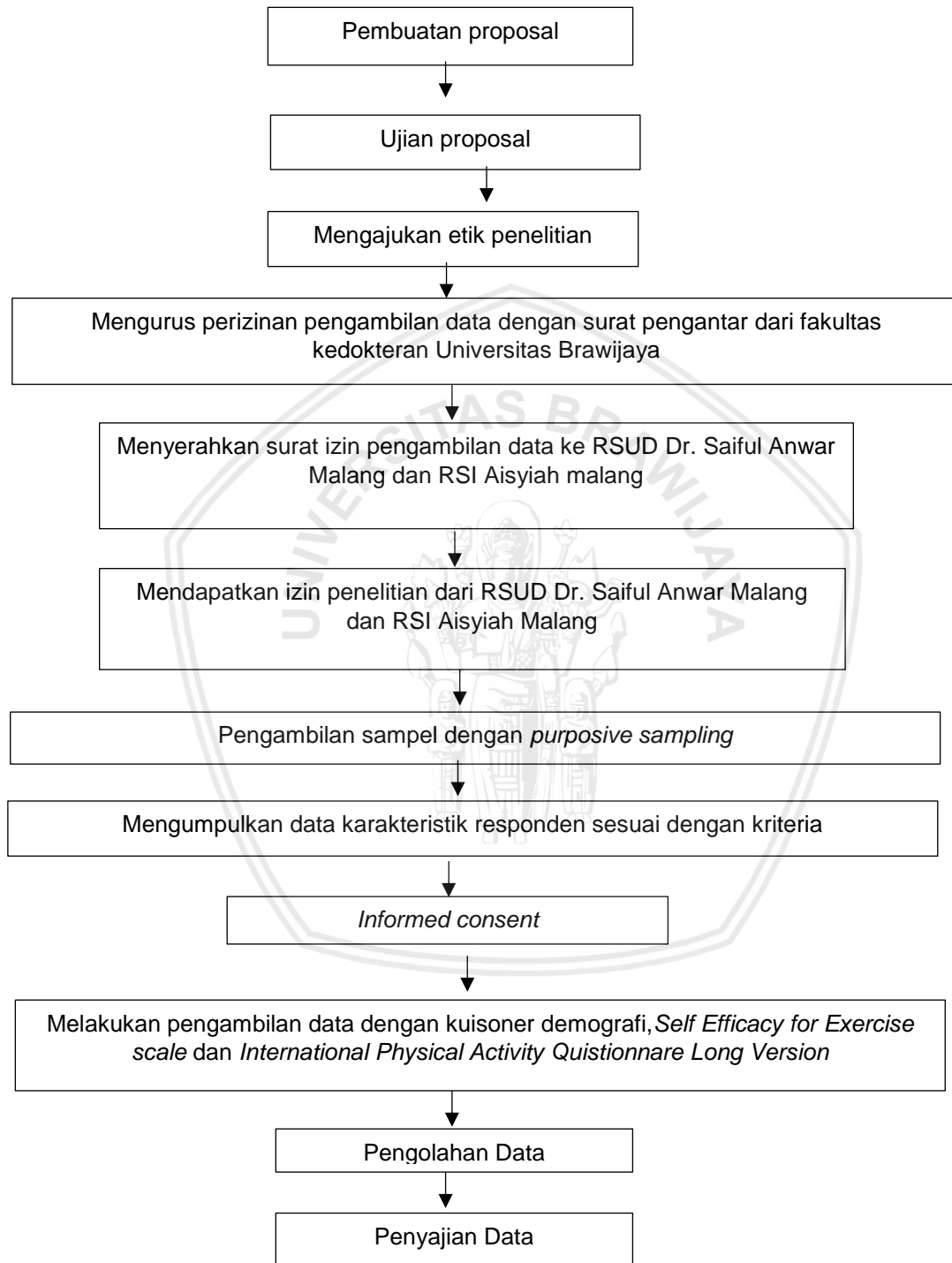
4.7.2 Prosedur Teknis

- a. Pengumpulan data dilakukan di IPJT ruang 5A dan 5B setelah mendapatkan ijin dari pihak RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dan di Poliklinik Jantung RSI Aisyiah Malang
- b. Peneliti mengumpulkan data demografi pasien gagal jantung selama dirawat di instalasi rawat inap penyakit jantung pada Januari sampai Maret 2019 sesuai dengan kriteria inklusi.
- c. Sebelum mengambil data dari pasien, peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud, tujuan penelitian, dan jaminan kerahasiaan kepada responden penelitian kepada pasien kemudian meminta kesediaan pasien untuk menjadi responden.

- d. Bila pasien bersedia, peneliti meminta dengan sukarela kepada responden untuk menandatangani *informed consent* dan meminta nomor telepon responden yang dapat dihubungi.
- e. Setelah responden menyetujui untuk ikut penelitian, peneliti akan mengambil data melalui proses wawancara menggunakan kuesioner demografi, *Self Efficacy for Exercise* dan *IPAQ Long Version/Forms* sebagai panduan pedoman wawancara.
- f. Setelah proses wawancara selesai, peneliti mengecek kembali kelengkapan pengisian ceklist panduan wawancara dan mengklarifikasi bila ditemukan jawaban yang kurang jelas.
- g. Mengumpulkan hasil pengambilan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisis.



4.7.3 Alur Penelitian



Gambar 4.1 Alur Penelitian

4.8 Analisis Data

4.8.1 Pre Analisis Data

Prosedur pengolahan data yang dilakukan pada pre analisis data adalah:

a. *Editing*

Data yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan pengecekan untuk memastikan kelengkapan dan kejelasan jawaban.

b. *Coding*

Kegiatan ini untuk memberikan kode sesuai dengan pertanyaan kuesioner yang telah dikumpulkan. *Coding* dilakukan dengan mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka sesuai dengan kategori yang telah ditentukan dalam definisi operasional.

c. *Proscessing*

Processing dilakukan dengan cara memasukan data dari kuesioner ke program komputer dengan menggunakan salah satu program.

d. *Cleaning Data*

Cleaning data dilakukan untuk menegecek kembali data apakah ada data yang hilang dengan melakukan list, mengecek kembali apakah data yang sudah di masukan benar atau salah dengan variasi data yang digunakan.

4.8.2 Analisis Data

Data yang terkumpul diperiksa kelengkapan dan kebenaran datanya. Setelah itu dimasukkan ke dalam komputer untuk di analisis.

Analisis data meliputi analisis univariat dan bivariat.

a. Analisis Univariat

Semua variabel dalam penelitian ini digolongkan menjadi data kategorik. Variabel tersebut antara lain usia, jenis kelamin, tingkat

pendidikan, status perkawinan, status pekerjaan, klasifikasi NYHA, lama menderita, efikasi diri, dan aktivitas fisik. Analisis variabel ini menggunakan distribusi frekuensi dan prosentasi dari masing-masing variabel. Hasil analisis ditampilkan dalam bentuk tabel.

b. Analisis Bivariat

Pada analisis bivariat, analisis digunakan untuk mengetahui hubungan antara efikasi diri dengan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung. Setelah masing-masing variabel diketahui hasilnya, kemudian dilakukan tabulasi dan diuji sesuai uji hipotesisnya. Penelitian ini akan menggunakan teknik analisis data dengan menggunakan program aplikasi SPSS 23 *for Windows*. Kemudian menggunakan uji statistik bivariat non parametrik, yaitu uji hipotesis kolerasi *Spearman Rank* pada taraf kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Interpretasi hasil berhubungan dengan kekuatan korelasi apabila $\alpha < 0,05$ artinya H_0 ditolak yaitu ada hubungan efikasi diri dengan aktifitas fisik pada pasien gagal jantung. Arah hubungan jika nilai positif berarti searah, semakin tinggi efikasi diri pasien maka semakin tinggi pula aktifitas fisik yang dilakukan pasien dengan gagal jantung. Begitu pula sebaliknya apabila nilai negatif berarti berlawanan arah. Kekuatan korelasi (r) diinterpretasikan dengan nilai yaitu:

0 - 0,1999	= Sangat Lemah
0,2 - 0,399	= Lemah
0,4 - 0,599	= Sedang
0,6 - 0,799	= Kuat
0,8 - 1	= Sangat Kuat

4.6 Etika Penelitian

Penelitian ini telah lulus uji etik di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dengan nomor 400/194/K.3/302/2018. Berdasarkan Prinsip Umum Etik Penelitian Kesehatan, maka:

1. *Respects for Persons* (Menghormati Orang)

Tidak dimungkinkan terdapat masalah etik karena penelitian ini harus menghargai martabat manusia yaitu dengan memilih responden sesuai kriteria inklusi dan eksklusi penelitian, sehingga tidak akan menyebabkan ketidaknyamanan, kesakitan, atau kekecewaan akibat mengikuti penelitian ini, dan responden dipersilahkan untuk menentukan dengan sukarela berpartisipasi maupun tidak.

2. *Beneficence* (Berbuat Baik)

Tidak dimungkinkan adanya masalah etik berdasarkan prinsip ini, dikarenakan semua responden mendapat manfaat dan perlakuan yang sama dan tidak menimbulkan rasa sakit atau mengancam jiwa.

Manfaat penelitian bagi subjek dan klinisi :

- a. Memperoleh karakteristik spesifik mengenai pasien gagal jantung
- b. Subjek dapat melakukan deteksi dini terhadap gejala gagal jantung
- c. Subjek dapat meningkatkan aktivitas fisik guna meningkatkan manajemen perawatan mandiri

3. *Justice* (Keadilan)

Tidak dimungkinkan adanya masalah etik yang akan terjadi dikarenakan semua responden akan mendapatkan perlakuan yang sama dalam waktu yang sama.

4. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Tidak ada kemungkinan masalah etik yang dapat terjadi dikarenakan Peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek dan hanya diberi kode angka. Semua informasi

yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

5. *Veracity* (Kejujuran)

Tidak ada kemungkinan masalah etik yang dapat terjadi karena dalam penelitian ini, peneliti menyampaikan secara jujur dan terbuka terkait tujuan dan manfaat penelitian ini kepada responden sehingga responden juga dapat menyampaikan informasi yang diperlukan peneliti secara jujur dan terbuka.

6. *Non Maleficence* (Tidak Merugikan)

Tidak ada kemungkinan masalah etik yang dapat terjadi karena penelitian ini tidak melakukan intervensi yang mampu mengganggu kesehatan. Bahaya potensial yang mungkin terjadi yaitu responden dapat mengalami kekambuhan gejala karena penyakitnya seperti sesak bahkan nyeri dada saat proses penelitian berlangsung. Upaya untuk mencegah kejadian tersebut yaitu peneliti akan menanyakan terlebih dahulu bagaimana kondisinya saat ini apakah memungkinkan untuk mengisi kuesioner yang sudah ditentukan dan juga melihat kondisi fisik responden, jika kondisi fisik pasien yang tidak memungkinkan maka pasien tidak harus mengikuti penelitian ini. Peneliti juga akan menanyakan kepada responden dan keluarga apakah memiliki waktu luang untuk mengisi kuesioner dan apabila responden tidak memiliki waktu luang, maka peneliti akan menanyakan alamat rumahnya, sehingga peneliti dapat menemui responden di rumahnya. Pengalaman terdahulu sudah pernah dilakukan penelitian sebelumnya dan tidak terjadi hal-hal yang tidak diharapkan. Oleh karena itu, dalam penelitian ini tindakan pencegahan tetap diperhatikan dengan memilih responden yang sesuai kriteria inklusi dan eksklusi serta mampu mengikuti prosedur penelitian ini.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Pada Bab ini akan dipaparkan hasil penelitian dan analisis data mengenai “Hubungan efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan di RSI Aisyiyah Malang”. Data hasil penelitian akan dipaparkan dalam bentuk tabel dan narasi. Cara penyajian data dibagi menjadi dua, yaitu data univariat dan bivariat. Responden dalam penelitian ini berjumlah 83 yang merupakan pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan di RSI Aisyiyah Malang.

5.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama bulan Januari-Maret 2019 di instalasi rawat inap RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dan di poliklinik jantung RSI Aisyiyah Malang. Responden yang memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian ini berjumlah sebanyak 83 responden. Selama penelitian berlangsung semua responden bertahan hingga akhir penelitian.

5.2 Analisis Univariat

5.2.1 Analisis Data Umum

Data hasil univariat ini menggambarkan distribusi responden berdasarkan karakteristik demografi responden (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan terakhir, status pernikahan, status pekerjaan), kelas NYHA, dan lama menderita gagal jantung,

5.2.1.1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan usia

Usia	Frekuensi (n)	Presentasi
<44 tahun	5	6%
45-59 tahun	32	38,6%
60-74 tahun	36	43,4%
75-90 tahun	10	12%
Total	83	100 %

Berdasarkan tabel 5.1 tersebut dapat diketahui bahwa usia responden didominasi oleh usia antara 60-74 tahun, yaitu sebanyak 36 responden berada pada rentang usia tersebut.

5.2.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi (n)	Persentase
Laki-laki	54	65,1%
Perempuan	29	34,9%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dinyatakan bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 54 responden atau 65,1% dan yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 29 responden atau 34,9%.

5.2.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan	Frekuensi (n)	Persentase
SD	18	21,7%
SMP	21	25,3 %
SMA	27	32,5 %
PT	17	20,5%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel 5.3, dapat diketahui bahwa paling banyak responden memiliki tingkat pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA) yaitu sebanyak 27 responden atau 32,5%.

5.2.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pernikahan

Pernikahan	Frekuensi (n)	Persentase
Menikah	73	88%
Belum Menikah	1	1,2%
Janda/Duda	9	10,8%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa dari 83 responden yang diteliti, sebagian besar responden yaitu 73 responden atau 88% berstatus menikah.

5.2.1.5 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi (n)	Persentase
PNS	4	4,8%
Swasta	25	30,1%
Wiraswasta	7	8,4 %
Petani	5	6%
Tidak Bekerja	42	50,6%
Total	83	100%

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui dari 83 responden yang diteliti 42 diantaranya (50,6%) memiliki status tidak bekerja dan 41 responden (49,4%) memiliki status bekerja dengan berbagai bidang pekerjaan.

5.2.1.6 Karakteristik Responden Berdasarkan Kelas NYHA

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Kelas NYHA

Kelas NYHA	Frekuensi (n)	Persentase
NYHA 1	9	10,8%
NYHA 2	74	89,2%
Total	83	100%

Dari tabel 5.6 diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 74 responden atau 89,2% memiliki kelas fungsional NYHA 2.

5.2.1.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Lama Menderita Gagal Jantung

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Menderita Gagal Jantung

Lama Menderita Gagal Jantung	Frekuensi	Presentase
< 1 tahun	2	2,4%
1 – 5 tahun	56	67,5%
> 5 tahun	25	30,1%
Total	83	100%

Dari tabel 5.7 dapat diketahui bahwa lebih dari setengah responden yaitu 56 responden (67,5%) memiliki lama menderita gagal jantung dalam rentang 1-5 tahun.

5.2.2 Analisis Data Khusus

5.2.2.1 Distribusi Data Efikasi Diri Pasien Gagal Jantung

Pada penelitian ini, efikasi diri dilihat dari keyakinan responden melakukan aktivitas 3 kali dalam seminggu selama 20 menit. Efikasi diri dibagi menjadi dua kategori yaitu efikasi diri rendah dan efikasi diri tinggi. Distribusi data efikasi diri akan digambarkan pada tabel 5.8

Tabel 5.8 Ditribusi responden berdasarkan efikasi diri

Efikasi Diri	Frekuensi (n)	Presentasi
Rendah	27	32,5 %
Tinggi	56	67,5 %
Total	83	100 %

Dari tabel 5.8 diatas didapatkan hasil bahwa sebagian besar memiliki Efikasi Diri tinggi yaitu sebanyak 62 responden atau 74,7% dan sebanyak 21 responden atau 25,3% memiliki Efikasi Diri rendah.

5.2.2.2 Distribusi Data Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung

Aktivitas fisik yang diukur adalah aktivitas yang dilakukan minimum mencapai 10 menit dalam kurun waktu 1 minggu terakhir. Aktivitas fisik dikategorikan menjadi tiga kategori yaitu rendah, sedang, dan tinggi

Tabel 5.9 Distribusi responden aktivitas fisik

Aktivitas Fisik	Frekuensi (n)	Presentasi
Rendah	21	25,3 %
Sedang	52	62,7 %
Tinggi	10	12 %
Total	83	100 %

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yaitu sebanyak 52 atau 62,7% memiliki Aktivitas Fisik sedang, sebanyak 21 responden atau 25,3% memiliki Aktivitas Fisik rendah, dan sebanyak 10 responden atau 12% memiliki Aktivitas Fisik tinggi.

Tabel 5.10 Distribusi responden berdasarkan domain aktivitas fisik

Domain Aktivitas Fisik	Mean	SD	Minimum-Maksimum (menit)
Bekerja	476,67	1072,50	0-7542
Transportasi aktif	265,12	404,04	0-2988
Di dalam rumah dan di halaman rumah	409,06	531,08	0-2970
Waktu luang	304,90	378,28	0-1533

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa dari 4 domain aktivitas fisik, mean atau rata-rata tertinggi adalah domain bekerja yang mencapai 476,67 (SD :1072,50), dengan minimum 0 dan maksimum 7542 menit. Kemudian rata-rata domain dalam rumah (domestik) dan halaman rumah yaitu 409,06 (SD 531,08), dengan minimum 0 dan maksimum mencapai 2970 menit. Domain waktu luang memiliki rata-rata 304,90 (SD 378,28), dengan minimum 0 dan maksimum 1533 menit dan domain transportasi aktif yang memiliki nilai rata-rata terendah yaitu 265,12 (SD 404,04), dengan nilai minimum 0 dan maksimum 2988 menit.

5.3 Analisis Bivariat

Tabel 5.11 Sebaran data efikasi diri dan aktivitas fisik

		Efikasi Diri				P-Value
		Rendah	Sedang	Tinggi	Total	
Rendah	F	21	6	0	27	0.000 Koefisien Korelasi: 0.773
	%	25,3	7,2	0	32,5	
Tinggi	F	0	46	10	56	
	%	0	55,5	12	67,5	
Total	F	21	52	10	83	
	%	25,3	62,7	12	100	

Berdasarkan tabel tabulasi silang diatas didapatkan hasil bahwa responden yang memiliki efikasi diri rendah dengan aktivitas fisik yang rendah sebanyak 21 respnden (25,3%), efikasi diri rendah dengan aktivitas sedang sebanyak 6 responden (7,2%), dan tidak ada responden yang memiliki aktivitas fisik tinggi dengan efikasi diri rendah. Selanjutnya, tidak ada pula responden yang memiliki efikasi diri rendah dengan aktivitas fisik yang rendah dan responden yang memiliki efikasi diri tinggi dengan

aktivitas fisik sedang sebanyak 52 responden (62,7%) serta efikasi diri tinggi dengan aktivitas fisik tinggi sebanyak 10 responden (12%).

Pada penelitian ini untuk melihat hubungan efikasi diri dengan aktivitas fisik, peneliti menggunakan perhitungan korelasi *spearman rank* dengan menggunakan bantuan versi SPSS 23.00. Korelasi antara kedua variabel akan digambarkan pada tabel 5.12

Tabel 5.12 Hasil Analisis Hubungan antara efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang dengan Menggunakan Uji Spearman Rank

Variabel	Koefisien korelasi	p value
Efikasi Diri	0.773	0.000
Aktivitas Fisik		

Berdasarkan hasil uji di atas dapat dilihat bahwa nilai Sig. (2-tailed) lebih kecil dari nilai alpha yaitu $0.000 < 0.005$ sehingga H_0 ditolak, dengan kesimpulan terdapat hubungan antara efikasi diri dengan aktivitas fisik. Pada hasil uji juga didapatkan hasil nilai koefisien korelasi *spearman rank* yang bernilai positif yaitu 0,773. Arah hubungan yang positif menunjukkan bahwa semakin tinggi nilai efikasi diri, maka aktivitas fisik akan semakin tinggi pula. Koefisien korelasi menunjukkan besarnya hubungan antara variabel efikasi diri dengan variabel aktivitas fisik yang mana nilai r (koefisien korelasi) sebesar 0,773. Nilai korelasi ini menunjukkan bahwa hubungan antara variabel efikasi diri dengan variabel aktivitas fisik termasuk kategori kuat.

BAB VI

PEMBAHASAN

Di dalam bab VI ini akan dijelaskan hasil pengumpulan data penelitian di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang dengan judul hubungan efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang yang berhubungan dengan tinjauan pustaka yang ada pada bab II. Adapun pembahasan pada bab ini meliputi, efikasi diri pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang, aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang, dan hubungan antara efikasi diri dan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang.

6.1 Efikasi Diri Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang

Pada hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 83 responden, sebagian besar memiliki efikasi diri tinggi dalam melakukan aktivitas fisik yaitu 56 (67,5%). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian dari Siennicka (2014) bahwa pasien sebanyak 63% pasien gagal jantung merasakan adanya efikasi diri yang tinggi. Efikasi diri yang tinggi bermanfaat dalam perawatan mandiri oleh pasien gagal jantung. Dalam hal ini efikasi diri dapat meyakinkan diri mereka untuk mampu melakukan aktivitas fisik yang mereka anggap memberikan manfaat bagi kondisi fisiknya (Wantiyah *et al*, 2010). Tinggi rendahnya efikasi diri dipengaruhi oleh faktor-faktor antara lain yaitu, jenis kelamin, usia, status sosial ekonomi, status

pernikahan, tingkat pendidikan, dukungan keluarga, dan lama menderita (Ariani, 2011).

Dalam penelitian ini mayoritas responden adalah berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 54 responden. 37 responden laki-laki diantaranya memiliki efikasi diri tinggi (68,5%) dan dari 29 responden perempuan 19 (65,5%) diantaranya memiliki efikasi diri tinggi. Hal ini sama halnya dengan penelitian oleh Mystakidou (2010) dimana laki-laki memiliki efikasi diri lebih tinggi daripada perempuan dalam mempertahankan status kesehatan. Perempuan cenderung menganggap kesehatannya lebih buruk dan memiliki banyak kendala sehingga menyebabkan perempuan memiliki efikasi diri yang rendah (Klompstra, 2015).

Ditinjau dari segi usia responden, mayoritas responden yaitu 36 responden (43,4%) memiliki kisaran usia 60-74 tahun. Usia tersebut termasuk dalam masa lanjut usia (WHO, 2018). Semakin bertambahnya usia, efikasi diri yang dimiliki berfokus pada kemampuan dirinya dalam melaksanakan tugas atau mencapai kesuksesannya (Bandura, 1994). Selain itu sebagian besar responden yaitu 56 responden (67,5%) telah menderita gagal jantung dalam kisaran rentang 1-5 tahun. Pengalaman dalam menghadapi masalah merupakan sumber utama terbentuknya efikasi. Seiring bertambahnya usia dengan berbagai pengalaman pribadi menjadikan semakin meluasnya dimensi *generality* efikasi diri dan tercapainya pembebenakan lingkungan yang sesuai dan menguntungkan bagi individu sehingga efikasi diri individu tersebut tinggi (Bandura, 1997).

Berdasarkan pendidikan terakhir dari seluruh responden yang memiliki pendidikan terakhir baik Sekolah Dasar (SD) yaitu 18 orang, Sekolah Menengah Pertama (SMP) yaitu 21 orang, Sekolah Menengah Atas (SMA) yaitu 27 orang, dan juga Perguruan Tinggi (PT) yaitu 17 orang, lebih dari 50% tiap masing-masing

responden dengan pendidikan terakhir tersebut diatas adalah responden dengan efikasi diri yang tinggi. Meskipun pendidikan terakhir reponden adalah SD maupun SMP, reponden yang memiliki efikasi diri tinggi lebih banyak daripada responden dengan efikasi rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian Kohler (2018) yang menyatakan bahwa pendidikan tidak memiliki pengaruh terhadap efikasi diri, namun lebih memberikan pengaruh terhadap *patient empowerment* atau kemampuan pasien dalam mengontrol dan menentukan pilihan atas kesehatannya.

Dukungan dari orang terdekat ataupun sosial memberikan pengaruh terhadap tingginya efikasi diri. Dalam hal ini mayoritas responden memiliki status pernikahan yaitu 73 reponden (88%) ialah menikah. Dari 73 responden tersebut 50 (68%) diantaranya memiliki efikasi diri tinggi dan 23 (32%) diantaranya memiliki efikasi rendah sedangkan 10 responden yang tidak memiliki pasangan, 60% diantaranya memiliki efikasi diri yang tinggi dan 40% memiliki efikasi diri yang rendah. Memiliki pasangan atau tidak memiliki pasangan tidak memberikan perbedaan yang jauh terhadap presentase efikasi diri tinggi dan rendah, namun memiliki pasangan menunjukkan efikasi diri yang lebih tinggi. Pasangan bisa menjadi sumber dukungan dari responden. Adanya pasangan membuat individu memperoleh lebih banyak dukungan dalam mempertahankan status kesehatan. Dukungan yang cukup bisa menjadi salah satu hal yang berpengaruh dalam meyakinkan seseorang dapat melakukan perawatan mandiri (Feist *et al*, 2016).

Tidak hanya itu, hampir separuh responden penelitian yaitu 41 responden (49,3%) memiliki kesibukan bekerja di berbagai bidang antara lain petani, pegawai swasta, wiraswastas, dan PNS. Dengan memiliki lingkungan pekerjaan tentunya menambah adanya lingkup dukungan sosial yang memberi dukungan kepada

responden dalam melakukan perawatan mandiri. Dalam dunia bekerja kemungkinan besar individu akan memiliki kegiatan yang padat dan mengalami stress yang dapat mempengaruhi efikasi diri dalam mempertahankan status kesehatannya, namun yang perlu ditekankan ialah dengan adanya status pekerjaan sangat berhubungan dengan aktualisasi diri sehingga dapat meningkatkan keyakinan diri untuk menyelesaikan tugasnya (Ariani,2011).

Efikasi diri dalam melakukan aktivitas fisik diukur menggunakan kuisioner SEE (*Self Efficacy for Exercise*) yang terdiri dari 9 pertanyaan. Data kuisioner menunjukkan dari sembilan pertanyaan terkait efikasi diri, lebih dari 95% responden menjawab tidak yakin (skor 1-5) pada pertanyaan nomor 3 yaitu dalam situasi jika saya merasa sakit saat melakukan aktivitas fisik dan nomor 7 yaitu dalam situasi jika saya merasa lelah saat melakukan aktivitas fisik. Kemudian, 45% responden menjawab tidak yakin ialah pada pertanyaan yang terkait situasi jika saya sibuk dengan hal lain. Presentase jawaban tidak yakin tersebut didominasi oleh responden yang memiliki status bekerja (21 orang).

Dari 9 pertanyaan efikasi diri, 3 pertanyaan yang memiliki nilai rerata terendah yaitu pertanyaan nomor 3 yaitu terkait merasakan sakit (2.9), nomor 7 yaitu terkait merasa lelah (3.3), dan nomor 6 yaitu terkait sibuk dengan hal lain (5.5). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Klompstra (2016) bahwa pasien gagal jantung merasa ada hambatan dalam berbagai hal sehingga menyebabkan pasien tersebut tidak yakin dapat melakukan aktivitas fisik. Hal yang membuat pasien tidak yakin adalah dalam situasi jika pasien merasakan sakit, merasa lelah secara fisik, dan merasa sibuk dengan hal lainnya.

Pertanyaan yang memperoleh pernyataan yakin (skor 6-10) dengan melihat rerata skor tertinggi dari 83 responden ialah dalam situasi jika adanya

gangguan cuaca (6.26) dan jika saya harus beraktivitas seorang diri (6.20). Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian klompstra (2016) yang berjudul *Physical activity in patients with heart failure: motivations, self-efficacy and the potential of exergaming* bahwa pasien gagal jantung merasa yakin dapat melakukan aktivitas maupun latihan fisik dengan mandiri tanpa ditemani orang lain apabila dalam kondisi yang stabil. Mereka menyatakan bahwa melakukannya seorang diri bukanlah suatu hambatan yang bermakna sehingga mereka tetap memiliki efikasi diri yang tinggi dalam melaksanakan aktivitasnya.

6.2 Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang

Berdasarkan hasil penelitian, kategori aktivitas fisik didominasi oleh aktivitas fisik kategori sedang (600-3000 METs atau minimal 5 hari melakukan aktivitas intensitas sedang dan berjalan minimal 30 menit per hari) yaitu sebanyak 52 responden (62,7%), kemudian disusul aktivitas fisik kategori tinggi (≥ 3000 METs atau aktivitas intensitas berat minimal 3 hari dan mencapai 1500 METs) yaitu 21 (25,3%) dan yang paling sedikit yaitu aktivitas kategori rendah (< 600 METs atau tidak memenuhi kriteria sedang dan tinggi) yaitu 10 responden (12%). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Klompstra (2015) bahwa 46% pasien gagal jantung memiliki aktivitas fisik dengan kategori sedang yaitu dengan nilai METs dalam kisaran 600-3000. Kategori sedang yang dimaksud adalah aktivitas fisik yang dilakukan selama 30 menit hampir setiap hari dalam satu minggu.

Dilihat dari jenis kelamin, hasil penelitian menunjukkan bahwa dari seluruh responden yang berjenis kelamin laki-laki, 70% diantaranya memiliki aktivitas fisik kategori sedang hingga tinggi dan dari seluruh responden perempuan, sebanyak 69% memiliki aktivitas fisik kategori sedang dan tinggi. Terdapat sedikit selisih

antara responden laki-laki perempuan dimana lebih tinggi aktivitas responden laki-laki yang mana sesuai dengan pernyataan Chien (2014) yang menyatakan pasien gagal jantung dengan jenis kelamin laki-laki memiliki aktivitas fisik yang lebih tinggi daripada perempuan.

Ditinjau dari segi usia, mayoritas responden yaitu 36 responden memiliki kisaran usia 60-74 tahun dan 19,4% diantaranya memiliki aktivitas fisik yang rendah. Pada responden yang memiliki usia >75 tahun, 30% diantaranya memiliki aktivitas fisik yang rendah yang mana presentase tersebut lebih besar daripada pada usia 60-74 tahun dan juga pada usia <60 tahun. Hasil tersebut memaparkan bahwa semakin bertambahnya usia, maka semakin rendah aktivitas yang dilakukan. Semakin bertambahnya usia maka akan terjadi penurunan fungsi tubuh sehingga membuat seseorang cenderung melakukan aktivitas fisik yang rendah (Chien, 2014)

Melihat pula status pernikahan responden, hampir seluruh responden yaitu 83 responden (88%) memiliki pasangan atau berstatus menikah, hanya 10 responden (12%) yang tidak memiliki pasangan. Dari 10 responden yang tidak memiliki pasangan tersebut 7 diantaranya memiliki aktivitas fisik sedang dan tinggi. Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Chien (2014) bahwa meskipun seseorang tidak memiliki pasangan hidup individu tersebut sangat mungkin bisa menjalankan aktivitas sehari-harinya baik aktivitas fisik kategori sedang maupun tinggi.

Dari total 83 responden dalam penelitian ini 49,4% (41 orang) diantaranya memiliki status bekerja dan 50,6% (42 orang) memiliki status pekerjaan. Responden memiliki pekerjaan dengan bidang yang berbeda-beda. Dari 41 responden yang bekerja tersebut, 71% diantaranya memiliki aktivitas fisik kategori sedang hingga tinggi. Responden yang tidak berkerja, yaitu 42 orang juga

mayoritas (78%) memiliki aktivitas fisik kategori sedang hingga tinggi. Hal ini memaparkan bahwa tidak ada perbedaan terkait aktivitas yang dilakukan oleh responden yang bekerja ataupun tidak.

Berdasarkan tingkat pendidikan, sebanyak 60% dengan aktivitas fisik sedang, 70% dengan aktivitas fisik tinggi memiliki pendidikan terakhir SMA dan PT, sedangkan responden yang memiliki aktivitas fisik rendah mayoritas (67%) memiliki pendidikan terakhir SD dan SMP. Hal ini menunjukkan responden yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi memiliki aktivitas fisik sedang dan tinggi dan begitu pula sebaliknya. Pendidikan yang lebih tinggi dapat membuat individu lebih mudah memahami dan menerima promosi yang mengarah pada aktivitas fisik yang berkelanjutan (Klompstra, 2015).

Melihat dari kelas fungsional NYHA, dari 9 responden yang termasuk dalam kategori NYHA 1, 88% atau 8 diantaranya memiliki aktivitas fisik sedang hingga tinggi. Responden dengan kategori NYHA 2, 72% diantaranya memiliki aktivitas fisik sedang hingga tinggi dan 28% diantaranya masih memiliki aktivitas fisik rendah. Kelas fungsional gagal jantung berdasarkan NYHA mempengaruhi aktivitas fisik pasien. Gejala gagal jantung yang timbul sesuai dengan kelas NYHA dan dirasakan oleh pasien sering kali menyebabkan gangguan fisik. Gejala yang timbul tersebut menjadi faktor resiko pula terhadap rendahnya kinerja aktivitas fisik pasien dengan gagal jantung Pada pasien gagal jantung dengan kelas NYHA yang tinggi memiliki intensifitas aktivitas fisik yang lebih rendah (Dontje *et al.*, 2013).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (41 orang) memiliki aktivitas fisik kategori sedang. Nilai rata-rata dari aktivitas kategori sedang adalah 1355,5 METs. Hasil tersebut sesuai dengan *Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia* (2011), dimana

pasien gagal jantung dengan kelas fungsional NYHA I dan II memiliki rekomendasi untuk melakukan aktivitas fisik intensitas sedang dengan nilai kisaran 4 hingga >7 METs. Nilai METs tersebut dapat diartikan dengan durasi aktivitas yang dilakukan setidaknya mencapai 30 menit dengan frekuensi yang dilakukan setiap hari atau sebagian besar hari dalam satu minggu. Hal tersebut memaparkan bahwa nilai rata-rata aktivitas fisik sedang sejalan dengan panduan yang ditulis oleh *National Heart Foundation of Australia* yang jika dihitung nilai METs pasien dengan NYHA I dan II ialah dalam kisaran 1050-1470 METs.

Aktivitas fisik pasien gagal jantung diukur menggunakan kuisoner *Long-IPAQ* dengan jumlah 27 pertanyaan. Hasil data kuesioner menunjukkan dari empat domain IPAQ yang memiliki rata-rata tertinggi adalah domain bekerja yaitu 476,7 menit kemudian tertinggi kedua adalah domain di dalam rumah (domestik) dan di halaman rumah yaitu dengan rata-rata 409,06 menit, selanjutnya domain waktu luang dengan rata-rata 304,90 menit, dan domain dengan rata-rata terendah yaitu domain transportasi aktif yaitu 265,12 menit.

Domain tertinggi ditempati oleh domain bekerja. Melihat dari intensitas aktivitas dalam domain ini, seluruh aktivitas mulai dari *vigorous* (intensitas berat), *moderate* (intensitas sedang) dan aktivitas berjalan dalam domain bekerja ini memiliki rata-rata waktu tertinggi yaitu 20 menit dan rata-rata hari yaitu 5 hari. Aktivitas *vigorous* yang paling banyak dilakukan oleh responden penelitian ini ialah antara lain mengangkat beban berat (dagangan pasar, bahan bangunan) dan mencangkul dan aktivitas *moderate* yang dilakukan meliputi mengangkat atau memindah barang ringan. Domain dengan hasil terendah yaitu transportasi aktif, dimana memiliki nilai paling sedikit. Hal tersebut dikarenakan sebagian responden

dalam melakukan perpindahan tempat lebih sering menggunakan kendaraan bermotor dibandingkan dengan bersepeda atau berjalan.

Pedoman dari *European Society of Cardiology* menganjurkan pasien gagal jantung kronik yang stabil untuk melakukan aktivitas fisik intensitas sedang dengan durasi mencapai 30 menit yang dilakukan secara teratur setiap harinya (Ponikowski *et al*, 2015). Pada pasien gagal jantung dikatakan aktivitas fisik kategori rendah apabila aktivitas fisik yang dilakukan <600 METs atau (kurang dari 30 menit dengan intensitas sedang) tiap minggunya, lebih dari 600 METs dikatakan kategori aktivitas fisik sedang dan apabila mencapai 3000 METs dikategorikan sebagai aktivitas fisik tinggi (Klompstra *et al.*, 2015).

6.3 Hubungan Efikasi Diri dengan Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang

Pada penelitian terhadap 83 responden menunjukkan bahwa 56 responden (67,5%) memiliki efikasi diri tinggi dan 27 responden (32,5%) memiliki efikasi diri rendah. Dari total 56 responden yang memiliki efikasi diri tinggi, 46 (55,5%) diantaranya memiliki aktivitas fisik kategori sedang dan 10 (12%) memiliki aktivitas fisik kategori tinggi. Dari total 27 responden yang termasuk dalam efikasi diri rendah, 21 (25,3%) diantaranya memiliki aktivitas fisik kategori rendah dan 6 (7,2%) memiliki aktivitas fisik kategori sedang. Berdasarkan hasil tersebut diketahui bahwa ada 6 responden yang memiliki efikasi diri rendah namun memiliki aktivitas fisik kategori sedang. Hal ini dikarenakan adanya faktor-faktor lain yang mempengaruhi aktivitas fisik pada pasien gagal jantung.

Dari 6 responden tersebut, 2 diantaranya adalah perempuan dengan usia 41 tahun dan 73 tahun. Usia 41 tahun termasuk dalam masa dewasa pertengahan. Menurut Chien (2014) usia berpengaruh pada tinggi atau rendahnya aktivitas fisik

seseorang dimana usia yang masih muda berpengaruh pada tingginya aktivitas fisik. Dari 2 responden tersebut yang berusia 73 tahun memiliki tingkat pendidikan PT, hal ini dapat diartikan bahwa aktivitas fisik juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang sesuai dengan penelitian Klompstra (2015) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan pasien gagal jantung, semakin tinggi kemampuannya dalam melakukan manajemen perawatan diri, salah satunya yakni aktivitas fisik. Empat dari 6 responden adalah laki-laki yang semuanya memiliki status menikah. Dalam hal ini aktivitas fisik juga mungkin dipengaruhi oleh status perkawinan yang manamenurut Klompstra (2015) pasien yang memiliki pasangan memiliki tingkat aktivitas fisik yang lebih tinggi.

Hasil analisis data untuk mengetahui hubungan efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dan RSI Aisyah Malang digunakan uji statistik nonparametrik, yaitu uji korelasi *spearman correlation rank*. Dari hasil penelitian, didapatkan nilai koefisien korelasi 0.773 dan sig.2 tailed 0.000 lebih kecil dari nilai α (0.005) yang berarti terdapat hubungan antara efikasi diri dengan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dan RSI Aisyiyah Malang.

Dari hasil analisis penelitian diketahui bahwa adanya korelasi positif yang bermakna semakin tinggi efikasi diri pasien maka semakin tinggi aktivitas fisik yang dilakukan. Efikasi diri yang tinggi akan menjadi upaya untuk memecahkan masalah yang mereka hadapi serta meningkatkan kualitas hidup mereka melalui usaha yang adekuat, rasa keyakinan yang tinggi, dan berapa lama mereka dapat bertahan menghadapi hambatan yang ditemui yang akan berpengaruh terhadap capaian usaha yang mereka lakukan (Bandura, 1994).

Efikasi diri yang dimiliki pasien gagal jantung difokuskan pada keyakinan diri melakukan perilaku yang dapat menjaga status kesehatan pasien seperti pengelolaan faktor resiko, pemeliharaan fungsi kesehatan, maupun pelaksanaan manajemen perawatan mandiri. Dalam hal ini efikasi diri sangat bermanfaat bagi pasien dalam melakukan manajemen perawatan mandiri, salah satunya aktivitas fisik. Dengan aktivitas fisik yang dilakukan secara teratur bisa menjadi salah satu penatalaksanaan dalam meningkatkan perfusi jaringan dan sirkulasi pada pasien gagal jantung (Smeltzer dan Bare, 2008; Sani, 2007) sehingga akan menurunkan angka morbiditas dan mortalitas, meningkatkan prognosis yang baik dan tentunya kualitas hidup pasien gagal jantung (Garet *et al.*, 2005).

Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi aktivitas fisik adalah suatu hal penting karena bermanfaat untuk implementasi manajemen gagal jantung yang lebih lanjut dan efikasi diri merupakan faktor yang berpengaruh terhadap aktivitas fisik yang dilakukan oleh pasien gagal jantung. Oleh karena itu perubahan efikasi diri yang semakin tinggi dapat memberikan pengaruh terhadap peningkatan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung secara konsisten. Dalam hal ini efikasi diri dianggap sebagai elemen yang tepat untuk mempromosikan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung (Dontje, 2013).

6.4 Keterbatasan Penelitian

Adapun keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

1. Pengambilan data di Poliklinik Jantung RSI Aisyiyah Malang dilakukan setelah pasien diperiksa oleh dokter atau saat menunggu obat. Ketika pasien telah mendapatkan obat menjadikan beberapa pengambilan data dilakukan dengan terburu-buru sehingga ada data dalam kuisioner yang belum terisi lengkap. Hal tersebut diselesaikan dengan cara melanjutkan

pengisian kuisioner di waktu lain (membuat janji ulang dengan responden) dan di tempat lain atas persetujuan responden.

2. Pengambilan data di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dilakukan pada sore hari dimana waktu jam besuk sehingga pada jam tersebut ramai keluarga maupun pengunjung sehingga tidak kondusif. Data mulai diambil pada waktu selesai kunjungan agar pasien bisa lebih fokus saat dilakukan pengambilan data.
3. Dalam penelitian ini tidak membedakan responden dari segi pengetahuan yang dimiliki terkait aktivitas fisik yang direkomendasikan terhadap pasien gagal jantung, sehingga dikhawatirkan rendahnya efikasi diri yang dimiliki dikaitkan dengan tidak adanya pengetahuan terkait aktivitas sama sekali. Hal tersebut diselesaikan dengan benar-benar memastikan bawa responden yang dipilih sudah pernah mendapat KIE terkait aktivitas fisik oleh tenaga kesehatan.

6.5 Implikasi Keperawatan

Pasien gagal jantung membutuhkan efikasi diri untuk melakukan aktivitas fisik sebagai salah satu upaya manajemen perawatan mandiri yang dilakukan terus menerus bahkan seumur hidup. Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi salah satu panduan tenaga kesehatan dalam memberikan dan meningkatkan motivasi serta dukungan pada pasien gagal jantung terkait pentingnya efikasi diri. Efikasi diri yang tinggi dalam melakukan aktivitas fisik merupakan upaya penting yang bisa dimasukkan dalam program aktivitas fisik sehingga pasien memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Efikasi diri pada pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dan RSI Aisyiyah Malang sebanyak 56 responden (67,5%) termasuk dalam kategori efikasi diri tinggi
2. Aktivitas fisik pada pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dan RSI Aisyiyah Malang sebanyak 52 responden (62,7%) termasuk dalam kategori aktivitas fisik sedang
3. Berdasarkan analisis data menggunakan uji korelasi spearman rank diperoleh nilai Sig. $0.000 < \alpha$ dengan kekuatan signifikansi 0.773 sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan menentukan waktu yang lebih tepat dalam pengambilan data agar tidak terburu-buru dalam pengambilan data karena diperlukan data yang rinci dan lengkap mengenai efikasi diri maupun aktivitas fisik.

7.2.2 Bagi Responden

Dari hasil penelitian ada beberapa pasien yang memiliki efikasi diri yang rendah sehingga menjadikan aktivitas fisik yang rendah. Oleh karena itu, perlu memahami keyakinan terhadap diri sendiri adalah hal yang penting guna meningkatkan aktivitas fisik sebagai salah satu upaya manajemen perawatan mandiri.

7.2.2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Dari hasil penelitian ada beberapa pasien yang memiliki efikasi diri yang rendah sehingga menjadikan aktivitas fisik yang rendah pula. Diharapkan kepada pelayanan kesehatan khususnya di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang tetap memberikan dan meningkatkan dukungan terkait efikasi diri dalam melakukan aktivitas fisik secara optimal sehingga dapat mendukung pasien dalam melakukan manajemen perawatan mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association. 2017. Heart failure projected to increase dramatically according to new statistic .American Heart Association's Heart Disease and Stroke Statistic Updates. Diakses pada tanggal 20 September 2018 pukul 20.00 WIB, tersedia di <https://www.heart.org/en/news/2018/07/19/heart-failure-projected-to-increase-dramatically-according-to-new-statistics>
- Andriyani, F., 2014. PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES FOR CHILDREN. *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia (JPJI)* 10, 61–67.
- Apriana, W. (2015). Hubungan Aktivitas Fisik dengan Kualitas Tidur Remaja di Yogyakarta. Skripsi. tidak dipublikasikan, Universitas Gadjah Mada
- Ariani, Yesi. 2011. Hubungan antara Motivasi dengan Efikasi Diri Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUP H. Adam Malik Medan. Tesis. Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia
- Arikunto. 2006. *Prosedur Penelitian*. Jakarta. Rhineka Cipta
- Arovah, N.I., 2012. STATUS KEGEMUKAN, POLA MAKAN, TINGKAT AKTIVITAS FISIK DAN PENYAKIT DEGENERATIF DOSEN DAN KARYAWAN UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA. *MEDIKORA* Vol. VIII, No 2 April 2012 17
- Bandura, A.1997. *Self Efficacy: the exercise of control*. New York. W.H Freeman and Company.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191–215
- Bandura, A. 1994. *Self efficacy in changing societies*. New York. Cambridge university press
- Bartlo P. Evidence-Based Application of Aerobic and Resistance Training in Patients With Congestive Heart Failure. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention* 2007; 27(6): 368-75

- Beckers, P.J., Denollet, J., Possemiers, N.M., Wuyts, F.L., Vrints, C.J., Conraads, V.M., 2008. Combined endurance-resistance training vs. endurance training in patients with chronic heart failure: a prospective randomized study. *Eur. Heart J.* 29, 1858–1866. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn222>
- Bosnak-Guclu, M., Arikan, H., Savci, S., Inal-Ince, D., Tulumen, E., Aytemir, K., Tokgözoğlu, L., 2011. Effects of inspiratory muscle training in patients with heart failure. *Respiratory Medicine* 105, 1671–1681. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2011.05.001>
- Carl J. Caspersen, Kenneth E. Powell, Gregory M. Christenson, 1985. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Reports* (1974-) 100, 126–131.
- Chien, H.-C., Chen, H.-M., Garet, M., Wang, R.-H., 2014. Predictors of Physical Activity in Patients With Heart Failure: A Questionnaire Study. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 29, 324–331. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31828568d6>
- Craig, C.L., Marshall, A.L., *et al.* 2003. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity: *Medicine & Science in Sports & Exercise* 35, 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Davies, E.J., Moxham, T., Rees, K., Singh, S., Coats, A.J.S., Ebrahim, S., Lough, F., Taylor, R.S., 2010. Exercise training for systolic heart failure: Cochrane systematic review and meta-analysis. *European Journal of Heart Failure* 12, 706–715. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq056>
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J.J.V., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P.A., *et al.* 2008. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Heart Journal* 29, 2388–2442. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn309>
- Ardianta, Dicky .2017. Upaya Peningkatan Intoleransi Aktivitas Pada Pasien Congestive Heart Failure. Skripsi. Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan. Univeritas Muhammadiyah Surakarta

- Dontje, M.L., van der Wal, M.H.L., Stolk, R.P., Brügemann, J., Jaarsma, T., Wijtvlief, P.E.P.J., van der Schans, C.P., de Greef, M.H.G., 2013. Daily Physical Activity in Stable Heart Failure Patients: *The Journal of Cardiovascular Nursing* 1. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318283ba14>
- Doukky, R., Mangla, A., Ibrahim, Z., Poulin, M.F., Avery, E., Collado, F.M., Kaplan, J., Richardson, D., Powell, L.H., 2016. Impact of Physical Inactivity on Mortality in Patients with Heart Failure. *Am J Cardiol* 117, 1135–1143. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.12.060>
- Dunlay, S.M., Manemann, S.M., Chamberlain, A.M., Cheville, A.L., Jiang, R., Weston, S.A., Roger, V.L., 2015. Activities of Daily Living and Outcomes in Heart Failure. *Circ Heart Fail* 8, 261–267. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.114.001542>
- Garber, C.E., Blissmer, B., Deschenes, M.R., Franklin, B.A., Lamonte, M.J., Lee, I.-M., Nieman, D.C., Swain, D.P., 2011. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 43, 1334–1359. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213f6fb>
- Garet, M., Degache, F., Pichot, V., Duverney, D., Costes, F., Da Costa, A et al., 2005. Relationship between Daily Physical Activity and ANS Activity in Patients with CHF: *Medicine & Science in Sports & Exercise* 37, 1257–1263. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000174881.68546.ec>
- George, S., Clark, M., & Crotty, M. (2007). Development of the Adelaide Driving Selfefficacy Scale. *Clinical Rehabilitation*, 21, 56-61.
- Gibney, M.J., et al. 2009. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Grady, K.L., Dracup, K., Kennedy, G., Moser, D.K., Piano, M., Stevenson, L.W., Young, J.B., 2000. Team Management of Patients With Heart Failure: A Statement for Healthcare Professionals From the Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. *Circulation* 102, 2443–2456.
- Hara, Monica H and Celis, Ana L. 2013. Coping Stress and Self Efficacy for Diabetes Management in Older Mexican Adults. *Psychology*, 4, 39-44.

Harrison. 2013. *Harrison's Principles of Internal medicines 16th Edition*, New York: McGraw Hill Medical Publishing Division

Hastuti, J., 2013. Anthropometry and Body Composition of Indonesian Adults: An Evaluation of Body Image, Eating Behaviours, and Physical Activity. Queensland University of Technology. PhD Thesis

Hattori-Hara,M., Gonzales-Celis,A,L., 2013. Coping Strategies and Self-Efficacy for Diabetes Management in Older Mexican Adults, *psychology* 2013.

Henny H. Aritonang. 2010. Hubungan Keyakinan Diri (*Self Efficacy*) dengan Perilaku Nyeri pada Pasien dengan Nyeri Kronis di RSUP Haji Adam Malik Medan. Skripsi. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatra Utara

Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan Indonesia. 2014. Situasi Kesehatan Jantung. <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-jantung.pdf>

International Physical Activity (IPAQ) Group. 2005. IPAQ Scoring Protocol. Diakses pada tanggal 25 September 2018 pukul 20.00 WIB, tersedia di www.ipaq.ki.se

Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E., Thoresen, C.J., 2002. Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology* 83, 693–710. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.3.693>

Jurgens, C.Y., Goodlin, S., Dolansky, M., Ahmed, A., Fonarow, G.C., Boxer, R., Arena, R., Blank, L., Buck, H.G., Cranmer, K., Fleg, J.L., Lampert, R.J., Lennie, T.A., Lindenfeld, J., Piña, I.L., Semla, T.P., Trebbien, P., Rich, M.W., n.d. Heart Failure Management in Skilled Nursing Facilities 34

Johnson, M. O., Neilands, T. B., Dilworth, S. E., Morin, S. F., Remien, R. H., & Chesney, M. A. (2007). The role of *Self-efficacy* in HIV treatment adherence: Validation of the HIV Treatment Adherence *Self-efficacy* Scale (HIV-ASES). *JBehav Med*, 30, 359-370

Keteyian SJ. 2011. Exercise training in congestive heart failure: risks and benefits.

- Klompstra, L., 2016. Physical activity in patients with heart failure. Linköping University Electronic Press, Linköping.
- Klompstra, L., Jaarsma, T., Strömberg, A., 2018. Self-efficacy Mediates the Relationship Between Motivation and Physical Activity in Patients With Heart Failure: *The Journal of Cardiovascular Nursing* 33, 211–216. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000456>
- Klompstra, L., Jaarsma, T., Strömberg, A., 2015. Physical activity in patients with heart failure: barriers and motivations with special focus on sex differences. *Patient Preference Adherence* 9, 1603–1610. <https://doi.org/10.2147/PPA.S90942>
- Köhler, A., Tingstorm, P., Jaarsma, T., Nilsson, S. 2018. Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. *Biomed Central Journal*. <http://doi.org/10.1186/s12875-018-0749-y>
- Kowalak, J., Welsh, W., Mayer, B. 2016. *Buku Ajar Patofisiologi (Professional Guide to Pathophysiology)*. Alih bahasa dr Hartono. Jakarta: EGC
- LeMone, P., Burke, K.M., Bauldoff, G. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Vol 3 edisi 5. Alih Bahasa Nike Budhi Subekti. Jakarta: EGC
- Maggioni, A.P., 2005. Review of the new ESC guidelines for the pharmacological management of chronic heart failure. *European Heart Journal Supplements* 7, J15–J20. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sui058>
- McMurray, J.J.V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Bohm, M., Dickstein, K., Falk, V., Filippatos, G., *et al.* 2012. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal* 33, 1787–1847. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs104>
- Muttaqin, Arif. 2012. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*. Jakarta : Salemba Medika
- Moschny, A., Platen, P., Klaaßen-Mielke, R., Trampisch, U., Hinrichs, T., 2011. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional

study. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 8, 121. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-12>

National Heart Foundation of Australia. 2011. Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia - Updated October 2011. https://www.heartfoundation.org.au/.../Chronic_Heart_Failure_Guidelines_2011.pdf

Neilson, H.K., Robson, P.J., Friedenreich, C.M., Csizmadi, I., 2008. Estimating activity energy expenditure: how valid are physical activity questionnaires? *The American Journal of Clinical Nutrition* 87, 279–291. <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.2.279>

Notoatmodjo. S. 2002. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rhineka Cipta

Nursalam. 2001. *Pendekatan praktis metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta. Info Medika

Oei, T. P. S., Hasking, P., & Phillips, L. (2007). A comparison of General Self-efficacy and Drinking Refusal Self-efficacy in predicting drinking behavior. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 833-841

Piepoli, M.F., Conraads, V., Corrà, U., Dickstein, K., Francis, D.P., Jaarsma, T., McMurray, J., et al. 2011. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Heart Failure* 13, 347–357. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfr017>

Purwanti, LE. 2013. Hubungan Motivasi Dengan Efikasi Diri Pasien DM Tipe 2 Dalam Melakukan Perawatan Kaki di Wilayah Kerja Puskesmas Ponorogo Utara. Tesis. *Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo*. Ponorogo

Pozehl, B., Duncan, K., Hertzog, M., 2008. The Effects of Exercise Training on Fatigue and Dyspnea in Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 7, 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.08.002>

Resnick, B., & Jenkins, L. S. 2000. Testing the Reliability and Validity of the Self-Efficacy for Exercise Scale. *Nursing Research*, 49

Roger, V.L., 2013. Epidemiology of Heart Failure. *Circulation Research* 113, 646–659. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.113.300268>

Sargowo, D., Utomo, Y.B., Rubiyakhto, D., Saragih, E.J., Hendrawati, H., Haspito, M.T. et al., Heart failure Epidemiology and Demographics of Multi-Cultural Population in Malang-Indonesia: Data From Heart Failure Registry 2017 in Malang City, Indonesia. (Abstract). *Cronic heart failure - epidemiology, prognosis, outcome journal*.

Sastroasmoro et al. 2010. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis edisi ketiga. In: Pemilihan Subyek Penelitian dan Desain Penelitian*. Jakarta: Sagung Seto

Seo, Y., Roberts, B.L., Piña, I., Dolansky, M., 2008. Predictors of Motor Tasks Essential for Daily Activities Among Persons With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure* 14, 296–302. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2008.01.005>

Shortridge-Baggett, L.M., 2001. Self-efficacy: measurement and intervention in nursing. *Sch. Inq. Nurs. Pract.* 15, 183–188.

Siennicka, A.E., Gościńska-Bis, K., Wilczek, J., Wójcik, M., Błaszczuk, R. et al., 2014. Perception of health control and self-efficacy in heart failure. *Kardiologia Polska Journal* 74, 168-174. <https://doi.org/10.5603/KP.a2015.0137>

Smeltzer, Suzanne C dan Bare, Brenda G. 2010. *Brunner & Suddarth Text Book of Medical Surgical Nursing*. Edisi 12. Jakarta: EGC

Sjögren, K., Stjernberg, L., 2010. A gender perspective on factors that influence outdoor recreational physical activity among the elderly. *BMC Geriatrics* 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-34>

Topkaya, E. Z. (2010). Pre-service English Language Teacher's perceptions of Computer Self-efficacy and General Self-efficacy. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 9(1), 143-156

Tovar, E.G., Dekker, R.L., Chung, M.L., Gokun, Y., Moser, D.K., Lennie, T.A., Rayens, M.K., 2016. Self-efficacy mediates the relationship of depressive

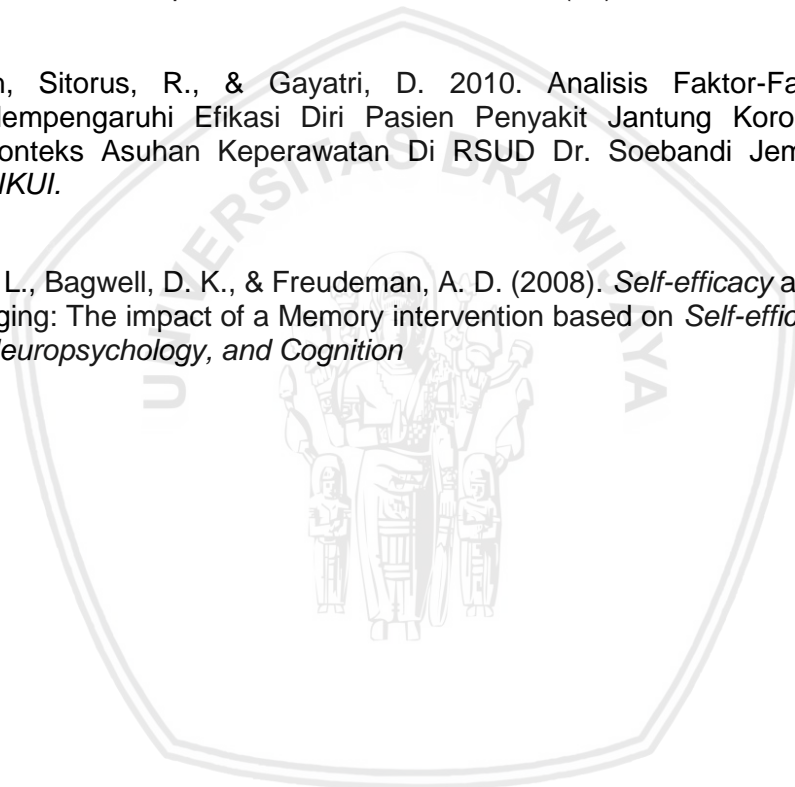
symptoms and social support with adherence in patients with heart failure.
J Health Psychol 21, 2673–2683.
<https://doi.org/10.1177/1359105315583369>

Udjianti, Wajan Juni. (2010). *Keperawatan Kardiovaskuler*. Jakarta : Salemba Medika

van der Wal MH, van Veldhuisen DJ, Veeger NJ, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *Eur Heart J*. 2010;31(12):1486–1493

Wantiyah, Sitorus, R., & Gayatri, D. 2010. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RSUD Dr. Soebandi Jember. Tesis *FIKUI*.


West, R. L., Bagwell, D. K., & Freudeman, A. D. (2008). *Self-efficacy and memory aging: The impact of a Memory intervention based on Self-efficacy*. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*





LAMPIRAN 1

Ethical Clearance


RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr SAIFUL ANWAR MALANG
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
 TERAKREDITASI KARB VERBI 2012 TINGKAT PARIPURNA
 ☆☆☆☆☆
 24 Februari 2018 s.d. 23 Februari 2018
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
 Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
 E-mail : staf-reu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
 Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
 PELAKSANAAN PENELITIAN**
 ("ETHICAL CLEARANCE")
 No: 400/194/K.3/302 /2018


KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG,
 SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG
 DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

**JUDUL : PENGEMBANGAN MODEL PERAWATAN MANDIRI DAN DETEKSI DINI
 KEKAMBUHAN SEBAGAI UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN PADA PASIEN
 GAGAL JANTUNG DI MASYARAKAT**

PENELITI UTAMA : Ns. Mifotika Lukitasari., S.Kep., M.Sc
PENELITI ANGGOTA : dr. Mohammad Salfur Rohman., Sp.JP(K),PhD
 dr. Ardian Rizal., Sp.JP
 dr. Budi Satrijo., Sp.JP(K)
 dr. Dwi Adi Nugroho., M.Sc
 Ns. Ahmad Hasyim Wibisono., M.Kep., M.Ng
 Ns. Endah Panca LF., M.Kep
 Ns. Niko Dima Kristianingrum., M.Kep., Sp.Kep.Kom
 Muhammad Yusuf Wahyudi
 Nur Hasanah
 Vitara Daru Rahmi
 Shabrina Mayang Sukmadewi
 Mado Arny Farlyanti
 Arifah Nur Wulandari
 Rara Prastika Wibawa Asmoro
 Putu Arik Pebritantini
 Kismatul Hasanah
 Yullatin
 Eritia Ekky Wahyuningtyas
 Cendra Konny Amartasar
 Fitria Isma Wati

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN
 RSUD Dr Saiful Anwar Malang

DINYATAKAN LAIK ETIK

MALANG, 01 NOVEMBER 2018
 a.n KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN
 WAKIL KETUA KOMISI ETIK PENELITIAN

 dr. SUSANTO NUGROHO, SP.A (K)

LAMPIRAN 2

Surat Izin Penelitian

2.1 Surat Izin Penelitian di RSUD Dr Saiful Anwar Malang



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL



18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



Nomor : 070 / 0572 / 302 / 2019
Sifat : Blasa
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian
a.n Ns. Mifetika Lukitasari, S.Kep, M.Sc

Malang, 11 JAN 2019
Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
Jl. Veteran
di-
MALANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 08478/UN10.F08/TU/2018 tanggal 28 Agustus 2018, perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui permohonan dimaksud. Selain itu ada beberapa hal yang perlu kami informasikan sebagai berikut :

1. Peneliti wajib menaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yaitu :
 - Memakai jas almamater;
 - Tidak mengenakan pakaian dari bahan jeans dan kaos;
 - Kartu Tanda Pengenal harus selalu dipakai selama kegiatan di RSSA;
 - Mengenakan pakaian yang sopan dan layak pakai;
2. Penelitian bisa dilakukan pada bulan Januari s/d Maret 2019 di Instalasi Pelayanan Jantung Terpadu RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;
3. Menyerahkan pas foto berwarna ukuran 4 x 6 cm sebanyak 1 (satu) lembar untuk pembuatan Kartu Tanda Pengenal;
4. Besaran biaya:
 - Peneliti Utama : Rp. 100.000,-/orang/minggu/satker;
 - Peneliti Kedua dst : Rp. 58.000,-/orang/minggu/satker;
 - Kartu Pengenal : Rp. 30.000,-/orang;
 - Surat Keterangan Selesai Penelitian : Rp. 10.000,-/orang;
5. Laporan hasil penelitian, agar diserahkan ke Bidang Diklit dan satuan kerja yang dituju di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, sebanyak 2 (dua) expl dan 1 (satu) keping CD.

Adapun untuk pelaksanaan selanjutnya, mohon mahasiswa yang bersangkutan berkoordinasi dengan Bidang Diklit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Wadir. Pendidikan & Pengembangan Profesi



Dr.dr. M.BACHAR BUDIANTO, Sp.B (K) Onk, FINACS
Pembina Tingkat I
NIP. 19670725 199603 1 003

Tembusan:
Yth. 1. Direktur RSSA (sebagai laporan)



2.2 Surat Izin Penelitian di RSI Aisyiyah Malang

Terakreditasi Tingkat Paripurna ★★★★★

RUMAH SAKIT ISLAMI AISYIYAH
 Jl. Sulawesi 16 Malang Telp. (0341) 326773 (Hunting) Fax (0341) 368883
 website : http://rsialisyiyah-malang.or.id. | e-mail : rsialisyiyah_malang@yahoo.com

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Nomor : RSIA/133/III.6.AU/F/1/2019
 Lamp : -
 Hal : Pemberitahuan

Kepada Yth,
 Dekan
 Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
 Jurusan Keperawatan
 Up. Kelompok Kajian Penyakit Kardiovaskuler
 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang

Assalamu 'alaikum Warohmatullah Wabarokatuh


Menunjuk surat saudara dari Kemeristekditi Universitas Brawijaya Kelompok Kajian Penyakit Kardiovaskuler nomor; 006/KK-UB/I/2018 tertanggal 27 Desember 2018 perihal pada pokok surat, bersama ini kami beritahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk dijadikan tempat untuk penelitian bagi mahasiswa atas nama:

Nama mahasiswa : Ns. Miftetika Lukitasari, S.Kep., M.Sc.
 NIP : 2010038602252001
 Judul Penelitian : "Pengembangan Model Perawatan Mandiri dan Deteksi Dini Kekambuhan Sebagai Upaya Menurunkan Angka Kematian Pada Pasien Gagal Jantung di Masyarakat di Poliklinik Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang".

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik disampaikan terima kasih.

*Billahittaufiq Wal Hidayah,
 Wassalamu 'alaikum Warohmatullah Wabarokatuh*

Malang, 23 Jumadil Awwal :440H
 29 Januari 2019 M

Direktur

 Muhammad Mansur, dr., M.Kes.
 NBM. 1.032.863

Layananku Ibadahku
 Babat, Bangkalan, Banyuwangi, Blitar, Bojonegara, Gresik, Jember, Jombang, Kalibanteng, Kediri, Lamongan, Magelang, Nganjuk, Pacitan, Ponorogo, Probolinggo, Sidoarjo, Sunanep, Surabaya, Trenggalek, Tuban.

LAMPIRAN 3**PENGANTAR *INFORMED CONSENT***

Judul Penelitian : “Hubungan Efikasi Diri dengan Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dan RSI Aisyiyah Malang”

Peneliti : Arifah Nur Wulandari

Pembimbing : I. dr. Ardian Rizal, Sp. JP (K)

II. Ns. Endah Panca Lydia F., S.Kep., M.Kep.

Saya adalah mahasiswa semester VIII pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir, saya bermaksud untuk mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Efikasi Diri dengan Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang”

Saya berkeyakinan bahwa penelitian ini dapat memberikan manfaat yang luas, baik untuk institusi maupun personal dalam upaya meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan khususnya bagi pasien gagal jantung.

Apabila anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, silakan menandatangani persetujuan menjadi subjek penelitian.

Atas kesediaan dan kerjasamanya saya ucapkan terimakasih.

Malang, 31 Januari 2019

Mengetahui,

Pembimbing I

Peneliti

(dr. Ardian Rizal, Sp. JP (K)

NIP. 19810823200812002

(Arifah Nur Wulandari)

NIM. 155070200111016

LAMPIRAN 4

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Arifah Nur Wulandari Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta Bapak/ibu/sdr untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Efikasi Diri dengan Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang”
2. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan efikasi diri dengan aktivitas fisik pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang. Penelitian ini dapat memberi manfaat untuk menambah informasi saran bagi pasien gagal jantung agar lebih memahami pentingnya aktivitas fisik dan memperhatikan pentingnya efikasi diri
3. Prosedur pengambilan sampel menggunakan kuesioner, responden pasien gagal jantung akan diberikan 3 jenis kuesioner yang terdiri dari Kuesioner A yaitu Data Karakteristik/Demografi, Kuesioner B yaitu *Self Efficacy for Exercise* (Kuesioner Efikasi Diri dalam Melakukan Aktivitas Fisik), dan Kuesioner C yaitu *International Physical Activity Quistionnaire Long Version* (Kuesinoer Aktivitas Fisik).
4. Keuntungan yang Bapak/ibu/sdr peroleh dengan keikutsertaan Bapak/ibu/sdr adalah dapat melakukan tukar pengalaman dan informasi terkait efikasi diri dan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung. Manfaat tidak langsung yang dapat diperoleh yakni semakin sadar akan pentingnya efikasi diri untuk meningkatkan aktivitas fisik.
5. Ketidaknyamanan/ resiko yang mungkin muncul yaitu tidak ada
6. Pada penelitian ini, prosedur pemilihan subjek yaitu menggunakan purposive sampling dimana sampel dalam penelitian yaitu pasien gagal jantung di RSUD Dr Saiful Anwar Malang dan RSI Aisyiyah Malang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Mengingat Bapak/ibu/sdr memenuhi kriteria tersebut, maka peneliti meminta kesediaan Bapak/ibu/sdr untuk mengikuti penelitian ini setelah penjelasan penelitian ini diberikan.
7. Sebelum pengisian kuisioner, peneliti akan menerangkan cara mengisi kuesioner kepada Bapak/ibu/sdr, selama 3 menit, dengan cara penjelasan langsung, sesuai dengan pengalaman yang Bapak/ibu/sdr alami dengan menggunakan tinta hitam.

8. Sebelum pengisian kuesioner, peneliti akan memberikan penjelasan mengenai panduan dalam pengisian kuesioner dan penjelasan terkait dengan kerahasiaan data dan identitas.
9. Selama pengisian kuesioner, diperkenankan bagi Bapak/ibu/sdr untuk menanyakan apabila ada yang belum dipahami dari isi kuisisioner.
10. Setelah mengisi kuesioner, Bapak/ibu/sdr dapat melakukan tukar pengalaman dan tanya jawab dengan peneliti seputar efikasi diri dan aktivitas fisik pada pasien gagal jantung
11. Bapak/ibu/sdr dapat memberikan umpan balik dan saran pada peneliti terkait dengan proses pengambilan data dengan kuesioner baik selama maupun setelah proses pengisian kuesioner secara langsung pada peneliti.
12. Seandainya Bapak/ibu/sdr tidak menyetujui cara ini maka Bapak/ibu/sdr dapat memilih cara lain atau Bapak/ibu/sdr boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali.
13. Jika Bapak/ibu/sdr menyatakan bersedia menjadi responden namun disaat penelitian berlangsung anda ingin berhenti, maka Bapak/ibu/sdr dapat menyatakan mengundurkan diri atau tidak melanjutkan ikut dalam penelitian ini. Tidak akan ada sanksi yang diberikan kepada Bapak/ibu/sdr terkait hal ini.
14. Nama dan jati diri Bapak/ibu/sdr akan tetap dirahasiakan, sehingga diharapkan Bapak/ibu/sdr tidak merasa khawatir dan dapat mengisi kuisisioner sesuai kenyataan dan pengalaman Bapak/ibu/sdr yang sebenarnya.
15. Jika Bapak/ibu/sdr merasakan ketidaknyamanan atau dampak karena mengikuti penelitian ini, maka Bapak/ibu/sdr dapat menghubungi peneliti yaitu Arifah Nur Wulandari (087846018079)
16. Perlu Bapak/ibu/sdr ketahui bahwa penelitian ini telah mendapatkan persetujuan kelaikan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr Saiful Anwar Malang, sehingga Bapak/ibu/sdr tidak perlu khawatir karena penelitian ini akan dijalankan dengan menerapkan prinsip etik penelitian yang berlaku.
17. Hasil penelitian ini kelak akan dipublikasikan namun tidak terdapat identitas Bapak/ibu/sdr dalam publikasi tersebut sesuai dengan prinsip etik yang diterapkan.

18. Peneliti akan bertanggung jawab secara penuh terhadap kerahasiaan data yang Bapak/ibu/sdr berikan dengan menyimpan data hasil penelitian yang hanya dapat diakses oleh peneliti
19. Peneliti akan memberi tanda terima kasih berupa Kotak Obat Harian seharga Rp 17.000,-

Peneliti Utama

(Arifah Nur Wulandari)



LAMPIRAN 5***INFORMED CONSENT***

Saya bapak/ ibu yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Setelah mendapat penjelasan secukupnya tentang manfaat dan resiko penelitian yang berjudul “Hubungan Efikasi Diri dengan Aktivitas Fisik Pasien Gagal Jantung di RSUD Dr Saiful Anwar dan RSI Aisyiyah Malang” menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) ikut sebagai responden dalam penelitian ini, dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Saya percaya bahwa informasi yang saya berikan ini dijamin kerahasiaannya.

Demikian surat perjanjian ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Peneliti

Malang,

Responden

(Arifah Nur Wulandari)

(.....)

NIM 155070200111016

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

LAMPIRAN 6

LEMBAR KUISONER

6.1 DATA DEMOGRAFI

Petunjuk pengisian:

1. Lengkapilah identitas diri Bapak/ ibu sebeum menjawab pertanyaan
2. Jawablah pertanyaan dengan memilih salah satu jawaban Bapak/ Ibu yang dianggap benar dengan memberikan tanda (√)
3. Jika dalam pengisian Bapak/libu mengalami kesulitan dalam membaca maka dapat meminta bantuan pada peneliti

DATA RESPONDEN

1. Nama (Inisial) :
2. No. Registrasi :
3. Tanggal lahir :
4. Usia : tahun
5. Jenis Kelamin : L P
6. Alamat :
7. No. Telp/ Hp :
8. Tingkat Pendidikan :
- SD SMP
- SMA Akademi/PT
9. Pekerjaan :
10. Status Perkawinan :
- Menikah Belum Minikah Janda/Duda
11. Klasifikasi NYHA :
- I II
12. Lama terdiagnosis gagal jantung : bulan

6.2 KUISONER EFIKASI DIRI (*SELF EFFICACY FOR EXERCISE*)

Petunjuk: Berilah tanda lingkaran (✓) pada kolom dibawah ini yang menurut anda paling sesuai dengan keyakinan anda untuk dapat melakukan aktivitas fisik.

Seberapa yakin Anda sekarang untuk dapat melakukan aktivitas fisik 3 kali dalam seminggu selama 20 menit **jika**,

Pernyataan	Tidak Yakin					Yakin				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Kondisi cuaca mengganggu Anda untuk melakukan aktivitas fisik										
2. Anda bosan dengan program aktivitas fisik yang dianjurkan										
3. Anda merasa sakit saat melakukan aktivitas fisik										
4. Anda harus melakukan aktivitas fisik seorang diri										
5. Anda tidak menikmati melakukan aktivitas fisik										
6. Anda terlalu sibuk dengan aktivitas yang lainnya										
7. Anda merasa Lelah										
8. Anda merasa stress										
9. Anda merasa tertekan										

Keterangan:

- Efikasi rendah apabila skor ≤ 45
- Efikasi Tinggi apabila skor > 45

(Sumber: Resnick, B., & Jenkins, L. S. (2000). Testing the Reliability and Validity of the Self-Efficacy for Exercise Scale. *Nursing Research*, 49.)

6.3 KUISONER AKTIVITAS FISIK (*INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY*

QUISTIONNARE – LONG VERSION)

Kami tertarik untuk mengetahui berbagai aktivitas fisik yang dikerjakan masyarakat sebagai bagian dalam kehidupan sehari-hari. Pertanyaan berikut akan menanyakan kepada anda tentang waktu yang anda habiskan untuk aktif secara fisik selama **7 hari terakhir**. Jawablah tiap-tiap pertanyaan dan pikirkanlah aktivitas yang anda kerjakan saat anda bekerja, sebagai bagian dari pekerjaan rumah dan halaman, perjalanan dari satu tempat ke tempat lain, dan dalam waktu luang anda pada saat rekreasi, latihan, atau olahraga.

Pikirkanlah segala aktivitas fisik **berat** maupun **sedang** yang anda kerjakan dalam 7 hari terakhir. Aktivitas fisik **berat** merupakan aktivitas yang membutuhkan tenaga fisik yang kuat dan membuat tarikan nafas anda lebih cepat. Aktivitas fisik **sedang** merupakan aktivitas yang membutuhkan kekuatan fisik sedang dan membuat tarikan nafas anda sedikit lebih cepat pula.

BAGIAN 1: AKTIVITAS FISIK YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEKERJAAN

Bagian pertama berikut tentang **pekerjaan** anda, termasuk pekerjaan yang digaji, bercocok tanam, pekerjaan sukarela, serta pekerjaan lainnya yang tidak dibayar yang anda kerjakan di luar rumah. Perlu diketahui, jangan memasukkan pekerjaan yang anda kerjakan di dalam maupun di sekitar rumah seperti pekerjaan sehari-hari dalam rumah, pekerjaan di pekarangan rumah, perawatan secara umum, perawatan rumah dan keluarga, dll. Hal tersebut akan ditanyakan pada Bagian 3.

1. Apakah akhir-akhir ini anda mempunyai pekerjaan yang digaji atau melakukan pekerjaan apapun yang tidak dibayar di luar rumah?

- a) Ya
- b) Tidak ada **Lanjut ke BAGIAN 2: TRANSPORTASI**

Pertanyaan selanjutnya tentang aktivitas fisik yang anda kerjakan **selama 7 hari terakhir** sebagai bagian dari pekerjaan yang dibayar maupun yang tidak dibayar. Tidak termasuk perjalanan berangkat dan pulang ke tempat kerja. **Pikirkan hanya aktivitas fisik yang anda kerjakan minimal 10 menit sekali waktu.**

2. Selama 7 hari terakhir, berapa hari anda melakukan **aktifitas fisik berat** seperti mengangkat benda-benda berat, mencangkul/menggali lubang, melakukan pekerjaan tukang yang berat, atau naik turun tangga gedung/bangunan sebagai bagian dari pekerjaan anda? Hanya pikirkan tentang aktivitas fisik yang Anda lakukan setidaknya 10 menit sekali waktu.
 - a) hari per minggu
 - b) Tidak ada pekerjaan yang memerlukan aktivitas fisik berat **Lanjut ke pertanyaan no. 4**
3. Berapa lama waktu biasanya anda habiskan dalam sehari untuk melakukan aktivitas fisik berat sebagai bagian dari pekerjaan anda?
 - a)menit per hari

4. Lagi, pikirkanlah hanya aktivitas fisik yang anda kerjakan selama paling tidak 10 menit sekali waktu. Selama **7 hari terakhir** berapa hari anda melakukan **aktivitas fisik sedang** seperti mengangkat benda ringan sebagai **bagian dari pekerjaan anda**? Tidak termasuk berjalan.
 - a) hari per minggu
 - b) Tidak ada pekerjaan yang menuntut aktivitas fisik sedang **Lanjut ke pertanyaan no. 6**
5. Berapa banyak waktu yang biasa anda habiskan pada satu hari untuk melakukan aktivitas fisik **sedang** sebagai bagian dari pekerjaan anda?
 - a) Menit per hari
6. Selama **7 hari terakhir**, berapa hari anda **berjalan** selama minimum 10 menit sebagai bagian dalam pekerjaan anda? Tidak termasuk berjalan dalam rangka berangkat ke ataupun pulang dari tempat kerja
 - a) hari per minggu
 - b) Tidak ada waktu berjalan yang berhubungan dengan pekerjaan **Lanjut ke pertanyaan no. 8**
7. Berapa lama waktu biasanya anda habiskan untuk **berjalan** pada hari-hari tersebut sebagai bagian dari pekerjaan anda?
 - a) Menit per hari

BAGIAN 2: AKTIVITAS FISIK DALAM TRANSPORTASI

Pertanyaan berikut tentang bagaimana anda melakukan perjalanan dari dan ke suatu tempat, termasuk tempat kerja, toko, pasar, dsb **selama 7 hari terakhir, minimum 10 menit.**

8. Selama 7 hari terakhir, berapa hari anda melakukan **perjalanan dengan kendaraan bermotor** seperti kereta api, bis, mobil, atau angkot?
 - a) hari per minggu
 - b) Tidak ada perjalanan dengan kendaraan bermesin **Lanjut ke pertanyaan no. 10**
9. Berapa lama waktu biasanya anda habiskan untuk **perjalanan** dengan kereta api, bis, mobil, angkot, atau jenis kendaraan bermotor lainnya pada hari-hari tersebut? Berapa lama anda melakukan aktivitas tersebut?
 - a) Menit per hari
10. Selama **7 hari terakhir**, berapa hari anda **bersepeda** selama minimum 10 menit sekali waktu saat bepergian dari satu tempat ke tempat lain Berapa hari anda bersepeda saat bepergian dari **satu tempat ke tempat lain**?
 - a) hari per minggu
 - b) Tidak ada bersepeda dari satu tempat ke tempat lain **Lanjut ke pertanyaan no. 12**
11. Berapa lama anda melakukan aktivitas tersebut pada no. 10?
 - a) Menit per hari
12. Selama **7 hari terakhir**, berapa banyak hari kamu **berjalan** selama setidaknya 10 menit sekali waktu untuk pergi dari **satu tempat ke tempat lainnya**?

- a) hari per minggu
- b) Tidak ada **Lanjut ke pertanyaan no. 14**

13. Berapa banyak waktu kamu habiskan buat **berjalan** dari satu tempat ke tempat lain tsb ?

- a) Menit per hari

BAGIAN 3. PEKERJAAN RUMAH, PERAWATAN RUMAH, DAN PERAWATAN KELUARGA.

Bagian berikut tentang aktivitas fisik yang anda kerjakan **di dalam maupun di sekitar rumah**, misalnya melakukan pekerjaan rumah, berkebun, merawat halaman, merawat keluarga, serta pekerjaan rumah lainnya. Pikirkan tentang aktivitas fisik yang anda lakukan selama setidaknya **10 menit dalam sekali waktu selama 7 hari terakhir**.

14. Pikirkan tentang aktivitas fisik yang anda lakukan setidaknya **selama 10 menit** dalam sekali waktu. Selama **7 hari terakhir**, berapa banyak hari anda melakukan aktivitas fisik **berat** seperti mengangkat benda-benda berat, memotong kayu, atau mencangkul di kebun?

- a) hari per minggu
- b) Tidak melakukan aktivitas fisik berat **Lanjut ke pertanyaan no. 16**

15. Berapa banyak waktu biasanya anda habiskan untuk aktivitas fisik berat pada hari-hari tersebut?

- a) Menit per hari

16. Lagi, pikirkan hanya aktivitas fisik yang anda kerjakan selama **minimum 10 menit** pada sekali waktu. Selama **7 hari terakhir**, berapa hari anda melakukan aktivitas fisik **sedang** seperti mengangkat benda-benda ringan, menyapu halaman, membersihkan jendela, menyiram tanaman **di kebun**?

- a) hari per minggu
- b) Tidak ada **Lanjut ke pertanyaan no. 18**

17. Berapa lama biasanya anda melakukan aktivitas sedang pada hari-hari tersebut?

- a) Menit per hari

18. Sekali lagi, pikirkan hanya aktivitas fisik selama **minimal 10 menit** dalam sekali waktu. Selama **7 hari terakhir**, berapa banyak hari anda melakukan aktivitas fisik **sedang** seperti mengangkat benda-benda ringan, membersihkan jendela dan menyapu/mengepel lantai **di dalam rumah**?

- a) hari per minggu
- b) Tidak ada aktivitas fisik sedang di dalam rumah **Lanjut ke pertanyaan no. 20**

19. Berapa lama waktu anda habiskan untuk sehari-hari anda melakukan aktivitas fisik **sedang** di dalam rumah tsb?

- a) Menit per hari

BAGIAN 4: REKREASI, OLAH RAGA, DAN AKTIVITAS FISIK DI WAKTU SANTAI

Bagian ini tentang aktivitas fisik yang anda kerjakan selama **7 hari terakhir** tentang **rekreasi, olah raga, atau hiburan lain di waktu santai**. Aktivitas fisik yang sudah anda sebutkan pada pertanyaan-pertanyaan sebelumnya jangan disebutkan lagi. Bagian ini tentang aktivitas fisik yang anda kerjakan **selama 7 hari terakhir minimum 10 menit** sekali waktu tentang **rekreasi, olah raga, atau hiburan lain di waktu santai**. Aktivitas fisik yang sudah anda sebutkan pada pertanyaan-pertanyaan sebelumnya jangan disebutkan lagi.

20. Selama **7 hari terakhir**, berapa banyak hari anda melakukan aktivitas berjalan **minimum 10 menit** pada saat santai anda?

- a) hari per minggu
- b) Tidak ada aktivitas berjalan pada waktu santai **Lanjut ke pertanyaan no. 22**

21. Berapa lama waktu anda biasanya habiskan untuk jalan di waktu santai tersebut?

- a) Menit per hari

22. Pikirkan hanya aktivitas fisik yang anda kerjakan selama **minimum 10 menit** sekali waktu. Selama **7 hari terakhir**, berapa banyak hari anda melakukan aktivitas fisik **berat** seperti latihan aerobik, lari, naik sepeda dengan kencang, berenang kencang, dalam waktu santai?

- a) hari per minggu
- b) Tidak ada aktivitas fisik **berat** selama waktu santai **Lanjut ke pertanyaan no. 24**

23. Berapa lama anda melakukan aktivitas fisik **berat** di atas?

- a) Menit per hari

24. Lagi, pikirkan hanya aktivitas fisik yang anda kerjakan **minimum 10 menit** dalam sekali waktu. Selama **7 hari terakhir**, berapa banyak hari anda melakukan aktivitas fisik **sedang** seperti bersepeda dengan santai, berolah raga ringan, berenang dengan santai selama waktu senggang anda?

- a) hari per minggu
- b) Tidak ada aktivitas fisik **sedang** selama waktu senggang **Lanjut ke pertanyaan no. 26**

25. Berapa lama anda melakukan aktivitas tersebut pada no. 22?

- a) Menit per hari

BAGIAN 5: WAKTU UNTUK DUDUK

26. Selama 7 hari terakhir, berapa lama waktu anda gunakan untuk duduk dalam hari-hari kerja anda? (di rumah maupun di tempat kerja)

- a) Menit per hari

27. Selama 7 hari terakhir, berapa banyak waktu anda habiskan untuk duduk selama hari libur anda?

- a) Menit per hari

Akhir dari kuesioner ini, terimakasih atas partisipasi anda.

Interpretasi Skoring Long-IPAQ:

1. Rendah
 - Tidak ada aktivitas yang dilaporkan
 - Beberapa aktivitas yang dilaporkan tetapi tidak cukup untuk memenuhi kategori 2 atau 3
2. Sedang

Salah satu dari 3 kriteria tersebut:

 - 3 hari atau lebih melakukan aktivitas intensitas berat setidaknya 20 menit per hari atau
 - 5 hari atau lebih melakukan aktivitas intensitas sedang dan/ atau berjalan setidaknya 30 menit per hari atau
 - 5 hari atau lebih dari setiap kombinasi berjalan intensitas sedang atau aktivitas intensitas berat mencapai minimal setidaknya 600 MET-menit/minggu
3. Tinggi


Salah satu dari 2 kriteria berikut:

 - Aktivitas intensitas berat setidaknya 3 hari dan mengumpulkan setidaknya 1500 MET- menit/ minggu atau
 - 7 hari atau lebih dari kombinasi kegiatan berjalan, intensitas sedang atau berat yang terakumulasi setidaknya 3000 MET-menit/ minggu

(Sumber:International Physical Activity (IPAQ) Group. 2005. IPAQ Scoring Protocol. tersedia di www.ipaq.ki.se dalam Hastuti, J., 2013. Anthropometry and Body Composition of Indonesian Adults: An Evaluation of Body Image, Eating Behaviours, and Physical Activity. Queensland University of Technology. PhD Thesis)

LAMPIRAN 7

Lembar Konsultasi


KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR
 Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
 http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : ARIFAH NUR WULANQARI
 N I M : 15502010011016
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : Hubungan Efikasi Diri dengan Aktifitas Fisik Pasien Gagal Jantung di RSD dr. Fatmahan Malang dan RSI Atanggan Malang

Pembimbing I : dr. Ardian Rizal, Sp.PCK
 Pembimbing II : Il. Endah Panca Lidya Fatma, S.Kep., M.Kep

Tgl	Pembimbing (I/II)	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
25/10	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Konfirmasi Topik TA	Lanjut ke	
6/11	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Konsultasi BAB I - IV	Revisi metodologi penelitian	
07/11	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Konsultasi kuisioner penelitian	lanjutan	
14/11	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Revisi metodologi penelitian	Acc ujian proposal	
21/02/19	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Konsultasi pengambilan data di RSI	menyetujui pengambilan data di RSI	
30/03/19	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Konsultasi BAB V & BAB VI	Revisi hasil pada bab V	
6/04/19	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Konsultasi BAB VI	Menambah jurnal yg mendukung pembahasan	
9/04/19	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Konsultasi BAB VI dan BAB II	Menyinkronkan pembahasan dg tinjauan pustaka	
13/04/19	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Konsultasi BAB V dan VII		
16/04/19	dr. Ardian Rizal, Sp.PCK	Konsultasi BAB I - VII	Acc Ujian Akhir	



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://ik.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : ARIFAH NUR WULANDARI
N I M : 15507070011016
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Efikasi Diri dengan Aktifitas Fisik Pasien Gagal Jantung di P.IUD Dr. Gafur Anwar Malang
Pembimbing I : dr. Ardian Prat, Sp.JPCK
Pembimbing II : Ns. Endah Panca Widy, S.Kep., M.Kep

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
31/09	Ns. Endah Panca Widy, S.Kep., M.Kep	Konsultasi Topik Tugas Akhir	Revisi BAB I, redaksi dan format sekalian dengan pedoman. perkuat latar belakang masalah	
05/10	Ns. Endah Panca Widy, S.Kep., M.Kep	Perbaikan BAB I dan konfusi metodologi penelitian	Revisi BAB I Perbaikan referensi tentang prevalensi gagal jantung di Malang serta jurnal yg mendukung	
09/10	Ns. Endah Panca Widy, S.Kep., M.Kep	Konsultasi BAB I-V	lanjutan revisi revisi format, sampai BAB IV. perbaiki metodologi penelitian	
05/11	Ns. Endah Panca Widy, S.Kep., M.Kep	Konsultasi alur dan metodologi	Perbaiki alur penelitian. Basa lagi format metodologi penelitian	
07/11	Ns. Endah Panca Widy, S.Kep., M.Kep	Konsultasi wiskner beta demografi	Acc uji proposal	





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (0341) 564755
http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : ARIFAH ELUR WULANDARI
N I M : 15020200111016
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : HUBUNGAN EFIKAS DARI DENGAN AKTIVITAS FISIK PADA PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT ARWIDH BAB I
PENGALIHAN MALANG
Pembimbing I : dr. Ardian Rizal, Sp.P (K)
Pembimbing II : Ns Endah Panca Lybia F. S. Kep. M. Kep.

Tgl	Pembimbing I/II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
30/3/19	Ns Endah Panca Lybia F. S. Kep. M. Kep.	Konultasi terkait pengambilan data	Menambah RI yang sudah sebagai lokasi penelitian	
			mengetahui sedikitnya sampel yg memenuhi kriteria B. PISA.	
7/6/19	Ns Endah Panca Lybia F. S. Kep. M. Kep.	Konultasi BAB V (hasil analisis data) & BAB VI Pembahasan	→ Dalam Bab V, karakteristik usia & lama menderita berubah menjadi kategorik	
			→ memperkuat pembahasan dg jurnal / sumber terkait	
1/04/19	Ns Endah Panca Lybia F. S. Kep. M. Kep.	Konultasi Revisi Bab V & Bab VI	→ Kategorikal usia & lama menderita menjadi panduan sesuai dg WHO	
			→ Revisi keterbatasan & implikasi keperawatan	
17/04/19	Ns Endah Panca Lybia F. S. Kep. M. Kep.	Konultasi BAB V - VI	→ menyinkronkan kesimpulan dg typrah khusus & hasil B. BAB V	
			→ pokok pembahasan disesuaikan lagi dg Bab II	
15/04/19	Ns Endah Panca Lybia F. S. Kep. M. Kep.	Konultasi BAB I - VII + abstrak	→ Revisi abstrak → saran	
			→ Lanjutan	
			→ Aec semesta	



Lampiran 8

Hasil Uji Validitas Kuisoner Efikasi Diri

		Correlations									
		Efikasi_1	Efikasi_2	Efikasi_3	Efikasi_4	Efikasi_5	Efikasi_6	Efikasi_7	Efikasi_8	Efikasi_9	TOTASKOR
Efikasi_1	Pearson Correlation	1	.858**	.849**	.814**	.699*	.708*	.778**	.615	.701*	.899**
	Sig. (2-tailed)		.002	.002	.004	.024	.022	.008	.058	.024	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Efikasi_2	Pearson Correlation	.858**	1	.878**	.932**	.637*	.725*	.766**	.606	.670*	.905**
	Sig. (2-tailed)	.002		.001	.000	.048	.018	.010	.063	.034	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Efikasi_3	Pearson Correlation	.849**	.878**	1	.913**	.725*	.878**	.873**	.690*	.655*	.949**
	Sig. (2-tailed)	.002	.001		.000	.018	.001	.001	.027	.040	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Efikasi_4	Pearson Correlation	.814**	.932**	.913**	1	.669*	.845**	.818**	.719*	.818**	.948**
	Sig. (2-tailed)	.004	.000	.000		.034	.002	.004	.019	.004	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Efikasi_5	Pearson Correlation	.699*	.637*	.725*	.669*	1	.723*	.718*	.710*	.718*	.830**
	Sig. (2-tailed)	.024	.048	.018	.034		.018	.019	.021	.019	.003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Efikasi_6	Pearson Correlation	.708*	.725*	.878**	.845**	.723*	1	.766**	.909**	.670*	.905**
	Sig. (2-tailed)	.022	.018	.001	.002	.018		.010	.000	.034	.000
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Efikasi_7	Pearson Correlation	.778**	.766**	.873**	.818**	.718*	.766**	1	.527	.667*	.871**
	Sig. (2-tailed)	.008	.010	.001	.004	.019	.010		.117	.035	.001
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Efikasi_8	Pearson Correlation	.615	.606	.690*	.719*	.710*	.909**	.527	1	.632*	.800**
	Sig. (2-tailed)	.058	.063	.027	.019	.021	.000	.117		.050	.005
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Efikasi_9	Pearson Correlation	.701*	.670*	.655*	.818**	.718*	.670*	.667*	.632*	1	.807**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.003	.000	.001	.005	.005	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
TOTASKOR	Pearson Correlation	.899**	.905**	.949**	.948**	.830**	.905**	.871**	.800**	.807**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.003	.000	.001	.005	.005	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hasil Uji Reliabilitas Kuisoner Efikasi Diri

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.954	9

LAMPIRAN 9

Data Karakteristik Sampel

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	54	65.1	65.1	65.1
	perempuan	29	34.9	34.9	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Usia Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<44	5	6.0	6.0	6.0
	45-59	32	38.6	38.6	44.6
	60-74	36	43.4	43.4	88.0
	75-90	10	12.0	12.0	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	18	21.7	21.7	21.7
	SMP	21	25.3	25.3	47.0
	SMA	27	32.5	32.5	79.5
	PT	17	20.5	20.5	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Status Pernikahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Menikah	73	88.0	88.0	88.0
	Belum menikah	1	1.2	1.2	89.2
	Janda atau Duda	9	10.8	10.8	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	4	4.8	4.8	4.8
	Swasta	25	30.1	30.1	34.9
	wiraswasta	7	8.4	8.4	43.4
	tidak bekerja	42	50.6	50.6	94.0
	Petani	5	6.0	6.0	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

NYHA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NYHA 1	9	10.8	10.8	10.8
	NYHA 2	74	89.2	89.2	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Lama Menderita Gagal Jantung

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1th	2	2.4	2.4	2.4
	1-5 th	56	67.5	67.5	69.9
	>5 th	25	30.1	30.1	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

LAMPIRAN 10

Hasil Uji Deskriptif Variabel

Kategori Efikasi Diri

Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
		Rendah	27	32.5	32.5
	Tinggi	56	67.5	67.5	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Kategori Aktivitas Fisik

Valid		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
		Rendah	21	25.3	25.3
	Sedang	52	62.7	62.7	88.0
	Tinggi	10	12.0	12.0	100.0
	Total	83	100.0	100.0	

Tabulasi Silang Efikasi Diri Dan Aktivitas Fisik

Efikasi_Diri * Aktivitas_Fisik Crosstabulation

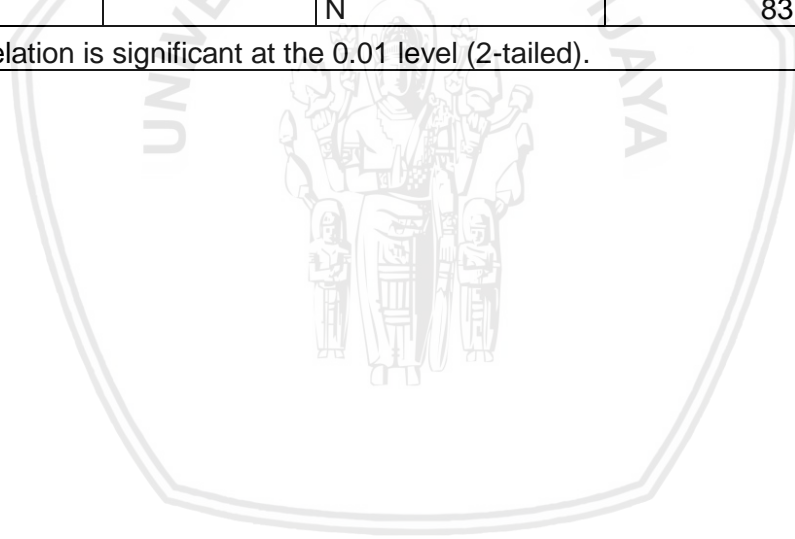
		Aktivitas_Fisik			Total	
		rendah	sedang	tinggi		
Efikasi_Diri	rendah	Count	21	6	<2	27
		Expected Count	6.8	16.9	3.3	27.0
		% within Efikasi_Diri	77.8%	22.2%	n<2	100.0%
		% within Aktivitas_Fisik	100.0%	11.5%	n<2	32.5%
		% of Total	25.3%	7.2%	n<2	32.5%
Efikasi_Diri	tinggi	Count	<2	46	10	56
		Expected Count	14.2	35.1	6.7	56.0
		% within Efikasi_Diri	n<2	82.1%	17.9%	100.0%
		% within Aktivitas_Fisik	n<2	88.5%	100.0%	67.5%
		% of Total	n<2	55.4%	12.0%	67.5%
Total		Count	21	52	10	83
		Expected Count	21.0	52.0	10.0	83.0
		% within Efikasi_Diri	25.3%	62.7%	12.0%	100.0%
		% within Aktivitas_Fisik	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	25.3%	62.7%	12.0%	100.0%

LAMPIRAN 11

Hasil Uji Statistika Spearman Rank

CORRELATIONS

			Kategori Efikasi Diri	Kategori Aktivitas Fisik
Spearman's rho	kategor_Efikasi Diri	Correlation Coefficient	10	.773**
		Sig. (2-tailed)	.	0
		N	83	83
	Kategori Aktivitas Fisik	Correlation Coefficient	.773**	10
		Sig. (2-tailed)	0	.
		N	83	83
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				



LAMPIRAN 12

CURRICULUM VITAE



Nama : Arifah Nur Wulandari
 Tempat Tanggal Lahir : Malang, 24 Juni 1997
 Alamat : Desa Purwodadi, Kec.Purwoasri,Kab. Kediri
 Email : rifanur11@gmail.com
 No HP/WA : 0878-4601-8079
 Motto : للناس أنفعهم الناس خير

SDN Purwodadi 1	-	2003-2009
MTsN Tambakberas Jombang	-	2009-2012
SMA Negeri 2 Kediri	IPA	2012-2015
Universitas Brawijaya	S1 Program Studi Ilmu Keperawatan	2015-Sekarang

No	Nama Organisasi	Jabatan	Tahun Aktif
1.	Pramuka SMAN 2 Kediri	Pemangku Adat Putri	2013-2014
2	Himpunan Mahasiswa Keperawatan Brawijaya (HIMKAJAYA)	Staff Eksternal	2015-2016
3.	Himpunan Mahasiswa Keperawatan Brawijaya (HIMKAJAYA)	Menteri Eksternal	2016-2017
4.	Himpunan Mahasiswa Keperawatan Brawijaya (HIMKAJAYA)	Sekretaris Umum	2017-2018
5.	Himpunan Mahasiswa Keperawatan Brawijaya (HIMKAJAYA)	Dewan Pertimbangan Lembaga	2018-2019

Nama Kompetisi	Hasil/Capaian	Tahun
SOUND UDAYAHA	Juara 3 Video Edukasi	
NSF FK UB	Juara 1 Lomba Cerdas Tangkas	2018
INO ILMIKI 2018	Juara 2 Video Edukasi	2018
Indonesia International Invention Festival 2018	Medali Silver	2018
NSF FK UB	Juara 1 LKTI	2017
NSF FK UB	Juara 3 Poster Publik	2017

No	Kegiatan	Judul Karya Tulis Ilmiah	Jenis	Tahun
1.	PKM Maba, Universitas Brawijaya	PKM-P Maba “ Efek Pemberian Ekstrak Saponin Daun Binahong sebagai Antifungal <i>Candida Albicans</i> yang Dipapar Model Tikus Secara Intrakutan”	Gagasan Tertulis	2015
2.	Program Kreatifitas Mahasiswa (PKM-GT)	SMOPTY (<i>Smart Monopoly to Prevent Childhood Obesity</i>) : Konsep Permainan Edukatif Berbasis Aplikasi <i>Smartphone</i> dan Teknologi <i>Augmented Reality</i> sebagai Solusi Masalah Obesitas pada Anak serta Peningkatan Akses Informasi Kesehatan Terkini	Gagasan Tertulis	2016
3.	Lomba KTI ASF 2017, Universitas Andalas	LKTI- LEMONTIS (LED Engklek- <i>Monopoly to Boost Therapy Childhood Autism</i>): Inovasi LED <i>Carpet</i> dengan Integrasi Aplikasi <i>Smartphone</i> sebagai Upaya Optimalisasi Terapi <i>Brain Gym</i> dan Instruksi <i>Denver Development Screening Test (DDST)</i> untuk Meningkatkan Kemampuan Sensorik, Motorik, dan Psikososial Anak Penyandang Autis dengan Penilaian <i>Social Responsiveness Scale (SRS)</i>	Gagasan Tertulis	2017
4	Lomba KTI NSF FKUB, Universitas Brawijaya	LKTI-POMSAR (Program Pencegahan Penyakit Seksual Menular Remaja): Optimalisasi UKS dalam Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja Melalui Pemanfaatan Peer Education dan Teknologi Masa Kini	Gagasan tertulis	2017
4.	Indonesia International Invention Festival 2018	FLAVA” Sonication Technology To Memecah Hesperidin Of Lime Using Ultrasonic Osilator And Thermoelectric To Accelerate The Inflamasiion Process On Shrimp Allergic Patiens	Gagasan tertulis	2018

LAMPIRAN 13

DOKUMENTASI PENELITIAN



Gambar 1. Proses pengambilan data demografi di RSI Aisyiah Malang



Gambar 2. Proses pengambilan data efikasi diri di RSI Aisyiah Malang



Gambar 3. Proses pengambilan data aktivitas fisik di RSI Aisyiah Malang



Gambar 4. Proses pengambilan data efikasi diri di RSI Aisyiah Malang



Gambar 5. Proses pengambilan data efikasi diri di RSUD Dr Saiful Anwar Malang



Gambar 6. Proses pengambilan data aktivitas fisik di RSUD Dr Saiful Anwar Malang

LAMPIRAN 14

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

No.	Jenis Kegiatan	September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Tahap Penyusunan Proposal																																		
1	Penyusunan proposal penelitian																																	
3	Ujian proposal																																	
4	Pengurusan ethical clearance																																	
Tahap penelitian																																		
5	Pengambilan data penelitian																																	
6	Analisis data penelitian																																	
7	Laporan akhir																																	
8	Ujian akhir penelitian																																	