

# BAB I PENDAHULUAN

## A. Latar belakang

Penyakit kardiovaskular masih menjadi permasalahan internasional sampai saat ini karena merupakan penyebab kematian utama di seluruh dunia, yaitu 17,9 juta kematian di dunia pada tahun 2021 (World Health Organization, 2021). Proporsi ini diprediksi akan terus meningkat setiap tahunnya, yaitu diproyeksikan pada tahun 2030 mencapai 22,2 juta orang. Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian tertinggi diantara penyakit tidak menular pada usia dibawah 70 tahun (37%) dan 85% dari kematian ini terjadi di negara berkembang. WHO menargetkan 25% penurunan mortalitas akibat penyakit tidak menular, salah satunya akibat penyakit kardiovaskular (World Health Organization (WHO), 2014).

Di Indonesia, kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskular diperkirakan sebesar 37%, dan angka ini didominasi oleh kelompok usia 30 – 70 tahun (World Health Organization, 2021). Terdapat sekitar 1,5-2% penduduk di Indonesia yang hidup dengan penyakit jantung koroner (Kemenkes RI, 2018), atau sekitar 5 juta jiwa. Di Sumatera Barat pada tahun 2018, terdapat 1,6% penduduk yang hidup dengan penyakit jantung koroner (Kementerian Kesehatan RI, 2018) dengan estimasi jumlah absolut penderita penyakit jantung koroner hampir mencapai 62.000 jiwa (Kemenkes RI, 2014).

Salah satu penyakit kardiovaskular yang memiliki morbiditas dan mortalitas tinggi adalah sindrom koroner akut, termasuk sindroma koroner akut yang ditandai dengan adanya perubahan EKG ST elevasi persisten (*ST-Elevation Myocardial Infarction/STEMI*) dan tanpa perubahan ST elevasi yang persisten (*Non-ST-Elevation Myocardial Infarction/NSTEMI*). STEMI terjadi karena adanya sumbatan total pada arteri koronaria dan menyebabkan terjadinya iskemia transmural karena adanya interupsi total suplai darah ke area teritori miokardium yang diperdarahi oleh pembuluh darah tersebut. Kerusakan lebih rendah umumnya terjadi pada NSTEMI, dimana terjadi sumbatan sebagian pada arteri koronaria yang menyebabkan interupsi aliran darah tidak komplrit yang menyuplai teritori miokardium di bagian distal yang mengakibatkan

iskemia subendokardial (Tziakas et al., 2021). Berdasarkan umur, pasien STEMI memiliki rata-rata umur semakin muda sedangkan pada pasien NSTEMI, rata-rata umur cenderung menetap. Sejak tahun 1995 sampai 2015, rata-rata umur menurun dari  $66\pm 14$  ke  $63\pm 14$  tahun pada pasien STEMI dan cenderung stabil ( $68\pm 14$  tahun) pada pasien NSTEMI (Puymirat, 2017).

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

Rumah sakit Dr. M Djamil Padang memiliki Instalasi Pusat Jantung Terpadu yang menjadi pusat rujukan kesehatan jantung untuk wilayah Sumatera Barat dan propinsi lain disekitarnya. Ruang perawatan akut memiliki kapasitas 8 pasien dengan jumlah rata-rata pasien yang dirawat setiap bulannya 84 pasien. Selama tahun 2018, terdapat 771 kasus sindrom koroner akut, yang terdiri dari 418 pasien STEMI, 162 pasien NSTEMI dan 187 pasien dengan gejala angina pectoris tidak stabil yang dirawat di *Cardiovascular Care Unit (CVCU)*. Di bangsal jantung, jumlah rata-rata pasien perbulannya adalah 147 pasien, dimana sekitar 48% nya merupakan pasien infark miokard. Untuk poliklinik jantung, jumlah rata-rata kunjungan pasien per harinya nya mencapai 152 pasien, 52% diantaranya adalah pasien yang sebelumnya dirawat dengan infark miokard.

Infark miokard banyak terjadi pada orang-orang yang memiliki tekanan darah tinggi, kadar kolesterol dan trigliserida tinggi, merokok, obesitas, intoleransi glukosa, dan gaya hidup santai (Hussain et al., 2016; Ibanez et al., 2017; Roffi et al., 2015).

Namun demikian, penelitian menunjukkan bahwa stress dapat memicu terjadinya infark miokard. Stress di tempat bekerja meningkatkan risiko penyakit jantung koroner sebanyak 1,3 kali lipat (Steptoe & Kivimaki, 2013).

Orang-orang yang sembuh dari fase akut infark miokard memiliki peluang sakit dan meninggal 1,5-15 kali lebih tinggi dibandingkan dengan populasi secara umum berupa risiko serangan infark miokard berikutnya, kematian mendadak, angina pectoris, gagal jantung dan stroke lebih tinggi. Sekitar 17% laki-laki dan 21% perempuan berusia lebih dari 45 tahun, mengalami serangan ulang infark miokard atau penyakit jantung koroner yang mematikan. Selain itu, sekitar 16% laki-laki dan 22% perempuan lainnya akan mengalami gagal jantung (Mozaffarian et al., 2016; Torabi et al., 2014). Sebanyak 30,6% pasien mengalami gagal jantung setelah serangan pertama infark miokard (Gerber et al., 2016).

Perawatan ulang sering terjadi pada pasien infark miokard dan sebagian dari perawatan ulang ini dapat dicegah. Berdasarkan hasil penelitian terdahulu, nilai median kejadian perawatan ulang pada 30 hari adalah 16,3% (rentang 10,6% - 21,0%) (L. N. Smith et al., 2018). Penyebab perawatan ulang yang sering ditemui adalah penyakit jantung iskemik, nyeri dada, komplikasi gastrointestinal dan gagal jantung. Proporsi kematian pasca pemulangan adalah 2% (Brown et al., 2013). Perawatan ulang dapat dicegah melalui pendidikan kesehatan sebelum pemulangan dari rumah sakit (Polster, 2015).

Perubahan fisik, perawatan ulang dan risiko kematian setelah infark miokard berhubungan dengan perubahan status emosional, bahkan gejala psikiatrik yang dialami oleh pasien. Gejala psikologis ataupun gejala psikiatrik yang terjadi meliputi stress, ansietas dan depresi, dan masalah ini sering tidak terdiagnosis (Goldfeld et al., 2015; Manoj et al., 2018). Prevalensi gejala stress pada pasien pasca infark miokard mencapai 72,1% (Lucinda et al., 2015). Dalam sebuah penelitian *case-control*, kejadian stress pada pasien infark miokard dibandingkan dengan kelompok kontrol adalah 36 % vs 15% (Manoj et al., 2018). Pasien infark miokard memiliki kecenderungan 5,37 kali mengalami stress dibandingkan dengan populasi normal (Goldfeld et al., 2015). Pada 5 bulan setelah infark miokard, gejala terkait dengan stress terlihat pada 8 – 11% pasien

(Castilla & Vázquez, 2011). Kondisi stress mental juga merupakan faktor risiko kesakitan dan kematian akibat penyakit kardiovaskular yang lebih tinggi. Karena itu, pasien pasca infark miokard yang mengalami stress mental dapat menunjukkan *outcome* yang lebih buruk (Arnold et al., 2013).

Selain masalah-masalah diatas, pasien mengalami ansietas mulai dari tingkat ringan sampai dengan tingkat berat. Ansietas berat dialami oleh 52 % pasien yang dirawat dengan serangan pertama infark miokard (Alexandri et al., 2017). Ansietas dan depresi berhubungan dengan kematian oleh semua penyebab pada pasien dengan penyakit jantung koroner (Watkins et al., 2013). Kejadian ansietas dan depresi pada pasien STEMI terus meningkat selama kurun waktu 10 tahun terakhir (Pino et al., 2018). Ansietas dan depresi pada pasien STEMI berhubungan dengan komplikasi selama perawatan (Aburuz, 2019).

Pengobatan penyakit jantung, termasuk infark miokard memerlukan pembiayaan yang tinggi. Pada tahun 2014, dana yang dikeluarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) untuk penyakit jantung mencapai 26% dari seluruh pembiayaan kesehatan. Pada tahun 2015, pembiayaan penyakit jantung mencapai 6,9 triliun rupiah. Jumlah ini meningkat menjadi 7,4 triliun rupiah (Kemenkes RI, 2017). Pembiayaan ini menempati urutan ketiga tertinggi dari seluruh pembiayaan (BPJS Kesehatan, 2017).

Pasien infark miokard memiliki pengetahuan yang tidak adekuat tentang faktor risiko penyakit kardiovaskular. Sebanyak 51%-71% pasien yang dirawat di rumah sakit memiliki pengetahuan yang kurang tentang faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti konsumsi makanan berlemak, merokok, kegemukan dan aktifitas fisik (Ahmed et al., 2013; Zuhaid et al., 2014). Sekitar 50-62% juga memiliki pengetahuan yang tidak adekuat tentang gejala penyakit (O'Brien et al., 2014) dan sebanyak 57% pasien memiliki pengetahuan yang rendah tentang perawatan pencegahan infark miokard 57% (Michalski et al., 2016). Pengetahuan yang tidak adekuat merupakan hambatan untuk perawatan mandiri setelah pulang dari rumah sakit dalam melakukan pencegahan sekunder, penatalaksanaan dini serangan berulang dan modifikasi lingkungan.

Pasien infark miokard memiliki sikap negatif tentang risiko terjadinya sindrom koroner akut berulang (Alfasfos et al., 2016; Mirza et al., 2016) tetapi pasien infark miokard memiliki sikap yang baik terkait mencari perawatan medis seperti penggunaan ambulans, menghubungi pusat informasi medis, dan mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan (Henriksson et al., 2012). Sikap terhadap kesehatan jantung dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi (Vaidya et al., 2013).

Pasien infark miokard menunjukkan perilaku kesehatan berisiko. Pasien yang berkunjung ke klinik melaporkan masih melakukan perilaku kesehatan berisiko setelah 6 bulan infark miokard yang meliputi kurang aktivitas fisik (54,8%), merokok (38,7%) dan mengkonsumsi alkohol (35,4%) (Nikolić et al., 2011). Pasien yang dirawat di ruang perawatan akut menunjukkan perilaku kesehatan jantung pada tingkat sedang untuk domain latihan, diet dan manajemen stress (Herliani et al., 2015). Setelah infark miokard, hanya sekitar 65-75% pasien menjalankan perilaku promosi kesehatan yang meliputi kehadiran pada rehabilitasi jantung, aktivitas fisik dan konsumsi buah-buahan dan sayur. Perilaku kesehatan pada pasien pasca infark miokard lebih buruk pada hari ke 30 setelah perawatan jika dibandingkan dengan hari ke 15 setelah perawatan (Niakan et al., 2015). Adanya perilaku kesehatan yang berisiko berhubungan dengan rendahnya kualitas hidup (Ahn et al., 2016; Kang et al., 2017; Macabasco-O'Connell et al., 2011). Pasien pasca infark miokard memerlukan dukungan dari perawat untuk dapat menunjukkan perilaku kesehatan yang sesuai.

Hasil studi pendahuluan kepada pasien infark miokard menunjukkan rata-rata skor kebutuhan belajar paling tinggi adalah pada pasien di bangsal jantung, diikuti oleh pasien di CVCU dan pasien di poliklinik jantung. Berdasarkan domain kebutuhan belajar, informasi obat menunjukkan rata-rata skor tertinggi pada ketiga kelompok pasien. Selanjutnya, domain kebutuhan belajar yang memiliki rata-rata skor tertinggi kedua pada pasien CVCU adalah faktor gaya hidup, sedangkan pada pasien di bangsal jantung adalah informasi diet dan pada pasien di poliklinik jantung adalah manajemen gejala (Huriani, 2019).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan kepada pasien yang berkunjung ke poliklinik menunjukkan bahwa rata-rata skor pengetahuan cukup rendah. Sebagian

besar pasien menyatakan tidak tahu atau menjawab dengan tidak tepat tentang anatomi dan fisiologi jantung, proses penyumbatan aliran darah jantung dan penatalaksanaan awal infark miokard. Namun demikian, sebagian pasien telah mampu menjawab dengan benar tentang pengelolaan diet, aktivitas fisik dan merokok pada pasien infark miokard.

Hasil selanjutnya menunjukkan bahwa pasien di poliklinik jantung menunjukkan bahwa skor rata-rata perilaku kesehatan jantung yang sudah cukup baik, khususnya dalam hal konsumsi diet sehat. Pasien melaporkan perilaku kesehatan jantung terkait diet sehat dalam frekuensi sering, seperti penggunaan bahan-bahan alami untuk memasak, menghindari makan berlebihan dan memilih makanan yang rendah kalori. Begitu juga dengan perilaku kesehatan jantung terkait tanggung jawab kesehatan dan berhenti merokok. Skor rata-rata menunjukkan pasien sering melakukan pemeriksaan kesehatan, memeriksakan tekanan darah dan meminum obat, serta menghindari merokok aktif dan pasif. Namun demikian, perilaku kesehatan jantung terkait latihan fisik menunjukkan skor rata-rata terendah, khususnya untuk melakukan latihan peregangan otot dan melakukan olah raga selama 10 – 30 menit tiga kali seminggu.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien infark miokard. Terdapat panduan penanganan sindrom koroner akut, infark miokard akut dan bahkan pencegahan sekunder dan terapi pengurangan risiko penyakit kardiovaskular oleh *European Society of Cardiology (ESC)* dan *American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA)* dan Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (Ibanez et al., 2017; O’Gara et al., 2013; PERKI, 2015; Roffi et al., 2015; S. C. Smith et al., 2011). Panduan-panduan ini menjelaskan bahwa penatalaksanaan infark miokard harus dilakukan secara paripurna sejak fase akut sampai pemulihan, termasuk perubahan gaya hidup. Namun tidak dijelaskan tentang upaya perubahan gaya hidup yang harus dilakukan. Di RS Dr M Djamil Padang, pendidikan kesehatan untuk pasien infark miokard telah diberikan oleh dokter yang merawat. Sayangnya, belum ada

keseragaman dalam metode dan media yang digunakan serta belum terdapat kontinuitas pendidikan kesehatan dari rawat inap ke pasca rawat inap.

Pasien infark miokard memiliki kebutuhan belajar yang bersifat unik dan berbeda antar pasien. Kebutuhan belajar pasien jantung berada pada tingkat tinggi (Hamdan & Al-Momani, 2015; Sultana et al., 2015). Setiap individu memiliki perbedaan kemampuan menerima dan memahami informasi yang diperoleh dari sumber-sumber yang tersedia (Polikandrioti & Ntokou, 2011). Seiring dengan perkembangan penyakit dan proses pengobatannya, pasien infark miokard memiliki kebutuhan belajar yang dinamis (Hamdan & Al-Momani, 2015).

Perawat memiliki peran penting sebagai pendidik/*educator* bagi pasiennya. Sebagai pendidik, perawat membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan. Faktanya, terdapat perbedaan prioritas informasi yang dipersepsikan oleh pasien dan perawat dan terdapat perbedaan persepsi perawat di berbagai ruang perawatan tentang kebutuhan belajar pasien jantung (Hamdan & Al-Momani, 2015; Huriani, 2019; Sultana et al., 2015). Perawat memiliki pengetahuan pada tingkat sedang tentang rehabilitasi jantung (47,5% - 69,2%) (Degavi & Bhupali, 2015; Mauk, 2013).

Penelitian menunjukkan bahwa pasien memerlukan intervensi yang bersifat *supportive educative* dan *patient-centered care*, dan intervensi tersebut dapat berupa pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang bersifat *supportive educative* diperlukan oleh pasien yang pernah mengalami infark miokard dalam upaya mengontrol penyakit, mencegah komplikasi dan mengurangi kemungkinan serangan berikutnya (Mohammadpour et al., 2013). Pendidikan kesehatan harus menunjukkan karakteristik *patient-centered care*, artinya menghormati dan responsive terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai yang dianut oleh individu (Esmaeili et al., 2016).

Penelitian sebelumnya merekomendasikan pentingnya pendidikan kesehatan yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan membangun pemahaman terhadap modifikasi perilaku yang penting setelah infark miokard (Boyde et al., 2015). Kurangnya pendidikan kesehatan sebelum pemulangan merupakan prediktor tidak

berubahnya perilaku kesehatan setelah infark miokard (Nunes et al., 2016). Selain itu, pendidikan kesehatan yang kurang tepat sebelum pemulangan menyebabkan pasien tidak mampu untuk mengenal gejala serangan berulang infark miokard dan tidak segera mencari pertolongan pada saat mengalami serangan berulang (Puymirat et al., 2015). Kemampuan-kemampuan tersebut seharusnya sudah diberikan melalui pendidikan kesehatan yang dimulai pada saat pasien dirawat di rumah sakit.

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

Walaupun hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan setelah pendidikan kesehatan, tapi *outcome* yang dicapai belum memenuhi harapan (Boyde et al., 2011). Untuk memperkuat manfaat pendidikan kesehatan, banyak penelitian yang memberikan leaflet, brosur, pedoman dan material tertulis lainnya sebagai rujukan bagi pasien saat dirumah. Alat bantu pendidikan kesehatan lainnya yang digunakan berupa video dan CD ROM. Evaluasi hasil dari pendidikan kesehatan dilakukan pada sesi terakhir pendidikan kesehatan atau melalui kunjungan rumah dan percakapan telepon (Boyde et al., 2011). Teknik pemberian pendidikan kesehatan yang paling efektif pada pasien dengan penyakit jantung adalah dengan materi yang disesuaikan dengan kebutuhan individu, menggunakan berbagai media pembelajaran, pendidikan kesehatan perorangan dan terdiri dari beberapa sesi (Fredericks et al., 2010).

Agar pendidikan kesehatan dapat dilakukan secara terstruktur dan berkelanjutan oleh perawat dan memberikan manfaat kepada pasien, maka diperlukan suatu model pendidikan kesehatan yang spesifik bagi pasien infark miokard dengan ST elevasi (STEMI). Model *Education for Myocardial Infarction Literacy* (EMIL) merupakan suatu program pendidikan kesehatan berbasis bukti yang ditujukan kepada

pasien STEMI sejak rawat inap yang berkelanjutan sampai ke pasca rawat inap. Program pendidikan kesehatan difokuskan untuk pasien STEMI mengingat kerusakan miokardium yang terjadi pada STEMI yang lebih berat. Model ini bertujuan untuk memberdayakan pasien melalui pemberian informasi dan edukasi tentang perilaku yang perlu ditampilkan oleh pasien setelah serangan STEMI. Keunggulan yang dimiliki oleh model ini meliputi: dikembangkan berdasarkan kebutuhan belajar pasien, merupakan pendidikan bertahap sesuai dengan perkembangan penyakit, dan dikelola oleh perawat pada tatanan pelayanan yang berbeda, serta memiliki media pembelajaran berupa modul dan video. Model ini berguna dalam peningkatan pengetahuan, peningkatan sikap, peningkatan perilaku kesehatan jantung dan status emosional pasca STEMI.

Model ini disusun secara bertahap. Tahapan pertama adalah identifikasi kebutuhan belajar pasien STEMI fase rawat inap dan pasca rawat inap. Tahapan kedua adalah penyusunan model pendidikan kesehatan yang meliputi penyusunan rencana pembelajaran dan modul, dilanjutkan dengan pilot study terhadap model yang telah disusun. Selanjutnya, tahap ketiga adalah pengujian efektifitas model EMIL dimana model ini dilaksanakan oleh peneliti sesuai dengan modul yang tercipta. Pada tahap ini, *outcome* yang akan diukur adalah pengetahuan, sikap, perilaku kesehatan jantung, status emosional, perawatan ulang dan kematian. Hasil akhir yang diharapkan adalah penerapan model EMIL oleh perawat yang memberikan perawatan pada pasien STEMI. *Outcome* yang diukur pada tahap ini sama dengan tahap sebelumnya yaitu pengetahuan, sikap, perilaku kesehatan jantung, status emosional, perawatan ulang dan kematian.

Berdasarkan uraian diatas, diketahui bahwa walaupun pasien telah mendapatkan pendidikan kesehatan, namun masih terlihat adanya kebutuhan untuk meningkatkan pengetahuan. Maka jelaslah bahwa diperlukan peningkatan kualitas pendidikan kesehatan pada pasien infark miokard menggunakan Model EMIL sebagai bentuk pendidikan kesehatan terstruktur yang memperhatikan kebutuhan belajar sesuai dengan perkembangan penyembuhan STEMI. Model EMIL diperlukan untuk meningkatkan peran perawat dalam pendidikan kesehatan dan meningkatkan kesehatan

jantung, dan yang lebih penting lagi, Model EMIL diperlukan untuk mendukung dengan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian melalui pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Apakah kebutuhan belajar yang diperlukan oleh pasien STEMI sesuai dengan perkembangan penyembuhan penyakit?
2. Bagaimanakah model pendidikan kesehatan yang tepat bagi pasien STEMI akut yang mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku kesehatan jantung, status emosional, dan mengurangi perawatan ulang dan kematian?
3. Bagaimanakah modul pendidikan kesehatan yang tepat bagi pasien STEMI untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku kesehatan jantung, status emosional, dan mengurangi perawatan ulang dan kematian?
4. Apakah model EMIL sebagai rangkaian dari pendidikan kesehatan dapat meningkatkan perilaku kesehatan jantung, status emosional, dan mengurangi perawatan ulang dan kematian pada pasien STEMI?

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan umum

Tujuan penelitian ini adalah terbentuknya model *Education for Myocardial Infarction Literacy* (EMIL) untuk pendidikan kesehatan pada pasien infark miokard akut dengan ST elevasi (STEMI) yang berpengaruh dalam peningkatan kesehatan jantung.

### 2. Tujuan khusus

- a. Diketuainya gambaran kebutuhan belajar sebagai dasar dalam pengembangan pendidikan kesehatan menggunakan model *Education for Myocardial Infarction Literacy* pada pasien STEMI.
- b. Terbentuknya model *Education for Myocardial Infarction Literacy* (EMIL) untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku kesehatan jantung, status

emosional dan mengurangi perawatan ulang dan kematian pada pasien STEMI.

- c. Terciptanya modul *Education for Myocardial Infarction Literacy* (EMIL) yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap, perilaku kesehatan jantung, status emosional, perawatan ulang dan kematian pada pasien STEMI.
- d. Diketuainya pengaruh penerapan model *Education for Myocardial Infarction Literacy* terhadap pengetahuan, sikap, perilaku kesehatan jantung, status emosional, perawatan ulang dan kematian pada pasien STEMI.

#### D. Manfaat penelitian

##### 1. Manfaat peningkatan ilmu

Untuk pengembangan ilmu keperawatan dan pendidikan kesehatan, penelitian ini mengungkapkan kebutuhan belajar pasien STEMI, dan model yang dihasilkan dapat dijadikan sebagai alternatif dalam upaya pencegahan sekunder penyakit jantung melalui pendidikan kesehatan.

##### 2. Manfaat praktis

Adapun manfaat praktis dijelaskan sebagai berikut:

- a. Bagi pembuat kebijakan, agar pendidikan kesehatan yang diberikan dimulai dari saat pasien berada pada fase akut, berkelanjutan sampai pasien telah menjalani fase pemulihan
- b. Bagi praktisi perawat, model edukasi yang dikembangkan dapat menjadi pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan sebagai bagian dari program rehabilitasi jantung khususnya dalam meningkatkan perilaku kesehatan pada pasien STEMI.
- c. Bagi pasien yang menjadi subyek penelitian, dengan pemberian pendidikan kesehatan Model EMIL, subyek penelitian dapat menerima manfaat berupa pengetahuan tentang pencegahan sekunder penyakit jantung.