

BAB I

PEN DAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tidak menular meningkat seiring perkembangan dunia yang semakin modern. Menurut data WHO, penyakit kardiovaskular berkontribusi 17,9 juta kematian di seluruh dunia, dengan 24,8 juta kematian di Indonesia pada tahun 2019 (WHO, 2023). *The Global Burden of Disease Study* tahun 2019 mencatat peningkatan jumlah kasus *Cardiovascular Disease* (CVD) dari 272 juta menjadi 523 juta, dan kematian meningkat 12,1 juta menjadi 18,6 juta dari tahun 1990 hingga 2019 (Roth et al., 2020). Penyakit Jantung Koroner (PJK) menyumbang 45% dari 9,4 juta kematian global, diperkirakan mencapai 23,3 juta pada tahun 2030 (WHO, 2018). Menurut *American Heart Association* (AHA) tahun 2023, 16 juta orang dewasa di Amerika Serikat menderita PJK (Virani et al., 2023). Di Asia Tenggara, PJK memiliki *Crude Death Rate* (CDR) atau angka kematian kasar 104 per 100.000, menjadi penyebab kematian tertinggi (WHO, 2018). Riset Kemenkes RI menunjukkan peningkatan PJK di Indonesia. Data Riskesdas 2018 mencatat prevalensi penyakit jantung pada semua umur sebesar 1,5% atau 1.017.290 orang. Prevalensi penyakit jantung di atas rata-rata nasional pada tahun 2018 mencapai 1,6%, atau sekitar 186.809 orang (Kemenkes RI, 2018). Pada Studi pendahuluan didapatkan jumlah pasien rawat jalan di Poliklinik Jantung pada 1 tahun terakhir Januari-Desember tahun 2022 sebanyak 1.781 pasien dan termasuk 10 penyakit terbanyak rawat jalan di RSUD Sinjai (RSUD Sinjai, 2022). Peningkatan ini menandakan beban penyakit kardiovaskular, terutama PJK yang tetap tinggi di Indonesia khususnya di Kabupaten Sinjai.

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan suatu kondisi penyakit kardiovaskular yang menyebabkan gangguan pada fungsi jantung dan pembuluh darah. PJK merupakan masalah kesehatan global yang signifikan yang ditandai dengan penyempitan arteri koroner akibat aterosklerosis, yang menyebabkan iskemia miokard dan peningkatan risiko kejadian kardiovaskular seperti infark miokard dan gagal jantung (Tang et al., 2023).

Menurut definisi *American Heart Association*, PJK terjadi karena adanya penumpukan plak di arteri koroner, menyebabkan penyempitan atau sumbatan aliran darah yang menyuplai oksigen ke otot jantung (Smeltzer, S.C. & Bare, 2015). Akibat dari kurangnya suplai oksigen ke otot jantung, PJK mengakibatkan gangguan fungsi jantung (Angriani S, 2021). Dengan demikian, PJK memiliki dampak yang kompleks, tidak hanya memengaruhi kondisi fisik, tetapi juga mengakibatkan perubahan pada aspek psikologis pasien.

Pasien PJK menghadapi berbagai masalah yang berdampak pada kesehatan fisik, termasuk keluhan seperti nyeri dada, sesak napas, dan kelemahan yang memerlukan perubahan gaya hidup, pemeliharaan kesehatan, serta pengobatan rutin. Hal ini menyebabkan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan penurunan produktivitas yang berpengaruh pada fungsi fisik (Nuraeni et al., 2016). Selain dampak fisik, PJK juga memberikan konsekuensi pada fungsi psikologis pasien, seperti stres, depresi, stres kerja kronis dan rendahnya kontrol pekerjaan (Amarullah & Rosyid, 2021). Dampak sosial dan spiritual juga terlihat, termasuk tingginya tingkat stres, ketidaknyamanan dalam menjalani rutinitas harian, penurunan interaksi sosial, keterbatasan dalam menjalankan hobi, hingga depresi akibat ketidakpastian penyakit yang dapat mengancam nyawa dan serangan mendadak tanpa prediksi jelas (T. Santoso et al., 2017). Berbagai aspek seperti kesehatan, fungsi fisik, status kesehatan diri, persepsi kesehatan, gejala, kepuasan kebutuhan, ketidakmampuan fungsional, gangguan psikiatri, dan kesejahteraan, semuanya terkait dengan kualitas hidup pasien PJK (Angriani S, 2021). Situasi ini dapat memengaruhi kualitas hidup pasien PJK secara signifikan dan menyeluruh.

Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang mencakup berbagai dimensi kehidupan individu, termasuk kesejahteraan fisik, psikologis, dan sosial. *World Health Organization* mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai mereka, dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian mereka (Markovic et al., 2022).

Kualitas hidup adalah persepsi individu tentang eksistensinya dalam konteks budaya dan nilai-nilai lingkungan, yang melibatkan tujuan, harapan, standar hidup dan aspek menarik lainnya (Anggraini & Andani, 2018). Definisi ini menekankan sifat subjektif dari kualitas hidup. Penilaian kualitas hidup sering kali melibatkan evaluasi beberapa domain utama. Domain-domain ini mencakup kesehatan fisik, kesejahteraan mental, dan hubungan sosial, yang saling terkait dan berkontribusi pada kualitas hidup individu secara keseluruhan (Lewandowska et al., 2020). WHOQOL membagi dimensi kualitas hidup menjadi empat, yakni kesehatan fisik (aktivitas harian, perawatan medis, tenaga, kelelahan, mobilitas, rasa sakit, ketidaknyamanan, istirahat, dan kapasitas kerja), psikologis (*body image*, perasaan positif dan negatif, *self-esteem*, spiritualitas, memori, dan konsentrasi), sosial (hubungan personal, dukungan sosial, aktivitas seksual), dan lingkungan (sumber finansial, kebebasan, keamanan fisik, perawatan kesehatan, rekreasi, dan transportasi) (Azizah & Hartanti, 2016). Pentingnya penilaian kualitas hidup yang merupakan ukuran penting dalam mengevaluasi intervensi dan kebijakan perawatan kesehatan.

Dalam konteks penanganan PJK, kualitas hidup pasien menjadi indikator penting yang menggambarkan keberhasilan pengelolaan kesehatan dan dampak penyakit terhadap kesejahteraan individu. Berbagai penelitian global menunjukkan bahwa pasien PJK mengalami penurunan kualitas hidup dibandingkan dengan individu sehat (Srivastava et al., 2017). Kualitas hidup yang baik pada pasien dengan PJK menjadi penting untuk mencapai status kesehatan optimal, mempertahankan fungsi fisik sebaik mungkin, dan memperpanjang durasi kesehatan (Pratiwi, 2019). Sebaliknya, kualitas hidup yang buruk pada pasien PJK dapat memperburuk penyakit dan gejalanya, meningkatkan persepsi negatif terhadap kondisi dan mengurangi kepuasan terhadap pengobatan (Nuraeni et al., 2016). Studi oleh Shoufiah & Noorhidayah (2017) menemukan bahwa 70,9% pasien PJK mengalami kualitas hidup yang kurang baik. Santoso et al., (2017), menyatakan bahwa 57,5% pasien PJK memiliki kualitas hidup rendah, sementara Iswahyudi (2020) menunjukkan bahwa mayoritas pasien PJK yang tidak stabil

mengalami kualitas hidup yang sangat buruk. Kualitas hidup pasien PJK merupakan permasalahan kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor multidimensional.

Kualitas hidup pasien PJK dipengaruhi oleh berbagai faktor penting yang saling terkait. Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien PJK melibatkan aspek pekerjaan, status perkawinan, aktivitas fisik, usia, pendapatan, dan tindakan revaskularisasi (Amarullah & Rosyid, 2021). Penurunan kualitas hidup pasien PJK dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti demografi sosial, tindakan medis, faktor internal individu, dan dukungan eksternal (Mei et al., 2021; Santoso et al., 2017; Imanuna et al., 2021; Du et al., 2022; Susanti & Latriyanti, 2020). Dukungan keluarga, ansietas, dan efikasi diri diidentifikasi sebagai faktor utama yang memengaruhi kualitas hidup pasien PJK (Iqbal et al., 2021; Imanuna et al., 2021; Mei et al., 2021). Ansietas menyebabkan ketidaknyamanan, ketergantungan pada orang lain, dan variasi kecemasan dari ringan hingga berat bahkan panik. Hal ini dapat dipicu oleh sesak, ketidakmampuan penyembuhan penyakit, dan kekhawatiran akan kematian (Nurhamsyah et al., 2018). Kecemasan dapat mengakibatkan gangguan kardiovaskuler seperti palpitasi, takikardia, hipotensi dan denyut nadi terganggu, yang memengaruhi hemodinamik pasien. Kecemasan juga berkontribusi pada gejala psikologis, emosional, sosial, dan spiritual yang dapat memperburuk kualitas hidup pasien penyakit jantung (Salsabila & Nugroho, 2021). Oleh karena itu, memahami faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien PJK sangat penting untuk menentukan rencana pengobatan dan dukungan perawatan yang tepat.

Kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai faktor sosial ekonomi, termasuk status pekerjaan, pendidikan, dan akses ke layanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa individu yang bekerja umumnya melaporkan skor kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak bekerja, yang menggarisbawahi peran stabilitas ekonomi dalam meningkatkan kepuasan hidup (Puciato et al., 2020; Puciato et al., 2021). Selain itu, faktor lingkungan, seperti kondisi kehidupan dan sumber daya

masyarakat, juga memainkan peran penting dalam membentuk kualitas hidup seseorang (Koltsova et al., 2022). Hasil studi Salehi Omran et al., (2017) menggunakan *The World Health Organization Quality of Life Scale* (WHOQOL-26) menunjukkan perbedaan signifikan pada keempat dimensi kualitas hidup pasien PJK, yang mengindikasikan kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan orang sehat. Penelitian Jumayanti et al., (2020) mengungkapkan bahwa pasien PJK memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dalam dimensi mental (*Mental Health Component Summary/MCS* 59,18%) daripada dimensi fisik (*Physical Health Component Summary/PCS* 38,30%). Ini menunjukkan kerentanan kualitas hidup pasien PJK terhadap masalah fisik akibat keterbatasan dalam aktivitas yang sebelumnya dimungkinkan. Shoufiah & Noorhidayah (2017) menyatakan bahwa 70,9% pasien PJK memiliki kualitas hidup yang kurang baik dalam keempat dimensi. Berdasarkan penelitian Mei et al., (2021) selama pandemi COVID-19, kualitas hidup keseluruhan pasien PJK dinilai buruk. Hasil ini menunjukkan adanya faktor prediktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien PJK.

Kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner memiliki peran signifikan dalam menilai pengelolaan penyakit dan dampaknya pada kehidupan pasien. Faktor-faktor ekonomi, pengobatan, dan indikator klinis dapat memengaruhi kualitas hidup pasien PJK (Rao et al., 2023). Beberapa prediktor utama kualitas hidup melibatkan aktivitas sehari-hari, usia, situasi kehidupan, transfer informasi, sumber pendapatan utama, dan risiko kecacatan (Huo et al., 2019). Pasien yang belum menikah dan memiliki komorbiditas hipertensi membutuhkan perhatian khusus terhadap kualitas hidup, termasuk dukungan sosial dan konseling psikologis (Dou et al., 2022). Kualitas hidup tidak hanya memengaruhi aspek kesehatan, tetapi juga berperan dalam kesejahteraan sosial dan terkait dengan nilai-nilai positif seperti kebahagiaan, kesuksesan, dan kepuasan. Dalam konteks pengobatan, kualitas hidup dapat digunakan untuk mengevaluasi efek pengobatan dari perspektif pasien, membantu mereka membuat keputusan pengobatan, memberikan informasi tentang efek samping yang mungkin terjadi, dan memonitor perkembangan pengobatan (Rahmat et al., 2020). Dengan

demikian, diperlukan intervensi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien PJK.

Secara keseluruhan, upaya meningkatkan kualitas hidup pasien PJK setelah serangan jantung mencakup berbagai pendekatan atau intervensi, seperti rehabilitasi jantung, manajemen diri, edukasi kesehatan, dan terapi kognitif-perilaku. Dalam konteks ini, standar pembinaan dan pemantauan kepatuhan turut berperan dalam memperkuat pemahaman dan keterlibatan pasien (Kellnar et al., 2023). Pentingnya intervensi pendidikan pada rehabilitasi jantung dan perawatan diri juga terbukti menurunkan tingkat depresi yang berdampak pada peningkatan kapasitas olahraga dan kualitas hidup pasien PJK (Anderson et al., 2017; Sidaria, Huriani & Nasution, 2023; Putra, 2023; Bermudez et al., 2022). Selain itu, rehabilitasi jantung fase I memberikan dampak yang signifikan pada peningkatan kualitas hidup (Iswahyudi, 2020). Rehabilitasi jantung tidak hanya meningkatkan fungsi fisik tetapi juga mengurangi kecemasan dan depresi, yang mengarah pada hasil kesehatan keseluruhan yang lebih baik (Yoo & Min, 2022; Komiyama et al., 2023). Integrasi latihan, pendidikan, dan dukungan psikologis dalam program-program ini sangat penting untuk memaksimalkan efektivitasnya (Zhang et al., 2021; Pačarić et al., 2020). Pendekatan pendidikan terbimbing dan terapi perilaku kognitif merupakan faktor penting dalam meningkatkan motivasi dan kualitas hidup pasien PJK (Rondonuwu et al., 2022; Xu & Fang, 2023). Namun demikian, pendekatan atau intervensi tersebut belum memberikan hasil yang maksimal untuk penilaian kualitas hidup pasien PJK.

Kekurangan dari intervensi yang telah diberikan pada pasien PJK yaitu dampak jangka panjang program edukasi bagi pasien PJK masih belum jelas, karena penelitian terdahulu hanya fokus pada efek sementara (Cao et al., 2023). Pasien membutuhkan edukasi yang lebih mendalam setelah mengalami serangan jantung, namun sulit diberikan selama rawat inap karena kondisi pasien kurang kondusif untuk belajar (Svavarsdóttir et al., 2023). Implementasi program edukasi dan rehabilitasi harus menggunakan pendekatan yang praktis, diterima pasien, terjangkau, dan berkelanjutan. Diperlukan pemantauan ketat, terutama bagi pasien yang lambat menyerap

materi edukasi dan rehabilitasi jangka panjang karena dapat memperburuk kesehatannya (Tillmann et al., 2017). Metode edukasi kesehatan konvensional kerap membatasi informasi akurat yang diterima pasien, sehingga tidak memenuhi kebutuhan klinisnya dengan maksimal (Shan et al., 2020). Intervensi edukasi atau terapi kognitif-perilaku sebaiknya bukan solusi tunggal, melainkan bagian dari program komprehensif mencakup aktivitas fisik dan dukungan psikologis, mengingat efektivitas dan kualitas buktinya yang masih moderat untuk semua parameter hasil (Anderson, Brown, et al., 2017). Meskipun demikian, untuk mencapai hasil yang optimal, diperlukan intervensi komprehensif yang mempertimbangkan semua aspek penilaian kualitas hidup pasien PJK. Intervensi tersebut adalah penerapan intervensi *health coaching*.

Dalam beberapa tahun terakhir, *health coaching* telah muncul sebagai sebuah intervensi baru yang bertujuan untuk memfasilitasi perubahan perilaku dan meningkatkan status kesehatan individu. *Health coaching* memberikan dukungan kepada masyarakat untuk mengubah perilaku terkait kesehatan, mencegah penyakit, serta mengatasi gejala, aspek emosional, dan tantangan yang muncul akibat kondisi penyakit (Todorova, 2022). Pendekatan ini juga dianggap sebagai metode yang hemat biaya dalam pelayanan kesehatan primer (Dejonghe et al., 2017; Moore & Lopez, 2011). *Health coaching* merupakan metode edukasi bagi pasien yang efektif dalam memotivasi dan mendorong mereka mengadopsi gaya hidup yang lebih sehat serta melakukan perawatan mandiri di rumah (Kivelä et al., 2020a). Berbeda dengan edukasi konvensional yang hanya memberikan informasi kepada pasien dan meminta pasien untuk mengikuti petunjuk dari pemberi edukasi. Sebaliknya *health coaching* bersifat kolaboratif di mana *coach* berupaya mengeksplorasi potensi yang dimiliki pasien untuk menemukan solusi yang paling sesuai dengan kondisi kesehatannya (The Evidence Centre for & England, 2014). Salah satu keunggulan *health coaching* adalah terjalinnya kemitraan yang berorientasi pada tujuan dan berpusat pada pasien, yang berfokus pada kesehatan melalui proses pencerahan dan pemberdayaan pasien (Olsen, 2014b). Oleh karena itu, *health coaching* merupakan pendekatan yang

berpusat pada pasien, kolaboratif, dan efektif dalam mendukung perubahan perilaku serta meningkatkan status kesehatan, khususnya bagi pasien dengan kondisi kronis.

Health coaching merupakan pendekatan yang diyakini dapat meningkatkan kepatuhan pasien penyakit kronis seperti PJK dengan fokus pada kolaborasi dan motivasi intrinsik untuk memberdayakan pasien dalam mengelola penyakit dan mengontrol faktor risiko secara mandiri (Kivelä et al., 2014). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa intervensi *Health coaching* efektif dalam meningkatkan kondisi fisiologis dan psikologis, merangsang perubahan perilaku positif, serta meningkatkan hasil klinis dan status kesehatan pasien (Dennis et al., 2013; Kivelä et al., 2014; Veen et al., 2017). Kualitas hidup mengalami peningkatan yang signifikan dalam kelompok yang menerima intervensi *virtual health coaching* (Jafar et al., 2023). *Health coaching* efektif dalam meningkatkan kualitas hidup, kepatuhan terhadap pengobatan, aktivitas fisik, mengurangi perilaku merokok, memperbaiki pola makan, dan manajemen stres (An & Song, 2020). *Health coaching* berperan positif dalam meningkatkan aktivitas fisik, kebugaran kardiorespirasi, kepatuhan terhadap diet rendah garam, penurunan berat badan, serta memperbaiki profil lipid dan tekanan darah pada pasien PJK (Benzo et al., 2022). Meskipun demikian, intervensi *health coaching* terbukti lebih efektif dalam mengubah perilaku pasien melalui pendekatan suatu teori perilaku kesehatan.

Pada penelitian ini, intervensi *health coaching* didasarkan pada teori perilaku kesehatan *health belief model* (HBM), karena model tersebut merupakan kerangka konseptual yang dikenal luas dalam mengupayakan perubahan perilaku individu, khususnya untuk menerapkan gaya hidup sehat. Keterkaitan HBM dengan *health coaching* terletak pada kemampuannya untuk mengatasi perilaku tidak sehat, memberikan motivasi, serta memberdayakan pasien agar dapat mencapai tujuan kesehatannya. Hal ini menunjukkan bahwa teori ini dirancang untuk menjelaskan perilaku individu yang dapat diubah melalui intervensi spesifik (Klein et al., 2013; V. Romano & Scott, 2014). HBM mencakup enam komponen utama yaitu persepsi

kerentanan, persepsi keparahan, persepsi hambatan, persepsi manfaat, efikasi diri, dan isyarat untuk bertindak (Tarkang & Zotor, 2015). Model ini juga digunakan untuk menentukan hubungan antara keyakinan dan perilaku kesehatan, termasuk aspek kepatuhan pengobatan (Shabibi et al., 2017). HBM dipilih sebagai landasan teori dalam penelitian ini karena merupakan model pendidikan kesehatan yang sangat efektif, terutama dalam penekanan pencegahan penyakit dan perubahan perilaku.

Teori perilaku kesehatan yang sering digunakan dalam *coaching* adalah HBM. HBM berfokus pada keyakinan individu terkait rentan, dampak, manfaat, dan hambatan terhadap tindakan pencegahan atau pengobatan penyakit. Konstruk utama HBM mencakup persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, isyarat bertindak, dan efikasi diri (Skinner et al., 2019). HBM mampu memberikan perubahan baik pada aspek fisiologis, psikologis dan kecakapan hidup seseorang pada penyakit kronis (Kurniawan & Yani, 2021). *Health coaching* yang mengadopsi HBM dapat meningkatkan motivasi pasien dengan membahas diagnosis dan prognosis PJK, manfaat pengendalian faktor risiko, serta cara mengatasi hambatan dalam mengubah perilaku. Dengan memanfaatkan HBM sebagai pendekatan dapat membantu mengidentifikasi dan mengatasi faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi kesehatan dan perilaku terkait kualitas hidup pasien PJK.

B. Rumusan masalah

Pasien PJK sering menghadapi tantangan fisik dan mental yang signifikan, berdampak pada kualitas hidup mereka (Berg et al., 2019). *Health coaching* merupakan sebuah pendekatan yang mendukung perubahan perilaku dan keterlibatan pasien dan telah terbukti efektif dalam membantu pasien kronis, termasuk PJK, untuk mengikuti pengobatan dan mencapai kualitas hidup yang lebih baik (Zarrabeitia, 2016). Penerapan *health coaching* berbasis *health belief model* dapat meningkatkan persepsi ancaman dan manfaat yang dirasakan serta mengurangi hambatan yang dirasakan, menghasilkan peningkatan keterlibatan pasien dalam perawatan mandiri (Beckstead et al., 2014). Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan

bahwa *health coaching* mampu secara efektif membantu pasien penyakit kronis mengelola kondisi kesehatan mereka, termasuk meningkatkan kualitas hidup (Kivelä et al., 2020b). Sementara itu, pendekatan edukasi berbasis *health belief model* telah terbukti meningkatkan perilaku perawatan diri dan kualitas hidup pasien, menambah bukti dan manfaat positif dari penerapan model ini dalam konteks manajemen penyakit kronis seperti PJK (Skinner et al., 2019).

Meskipun penelitian sejenis telah dilakukan terutama di negara maju, studi ini menawarkan keunikan dengan dilakukan dalam konteks Indonesia yang memperlihatkan perbedaan signifikan dalam aspek sosial, budaya, dan ekonomi. Faktor-faktor ini dapat memengaruhi efektivitas intervensi dan penelitian ini bertujuan untuk mengisi kesenjangan pengetahuan (*research gap*) dengan mengintegrasikan intervensi *health coaching* berbasis *health belief model* secara spesifik pada populasi pasien penyakit jantung koroner, sehingga rumusan masalah dalam penelitian ini mengarah pada pertanyaan, "Bagaimana *health coaching* berbasis *health belief model* dapat memengaruhi peningkatan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui perubahan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi.
- b. Untuk mengetahui perubahan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner sebelum dan setelah intervensi pada kelompok kontrol.
- c. Untuk mengetahui perbedaan perubahan kualitas hidup pasien penyakit jantung koroner pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

D. Pernyataan Originalitas Penelitian

Tabel 1.1 Pernyataan Originalitas Penelitian

No	Penulis/ Tahun	Judul	Metode	Hasil	Kesimpulan	Novelty
1	(Kivelä et al., 2020c).	<i>The effects of nurse-led Health coaching on health-related quality of life and clinical health outcomes among frequent attenders: A quasi-experimental study</i>	Desain penelitian kuasi eksperimen. Sebanyak 110 pasien terdaftar dalam penelitian ini. Kelompok eksperimen (n = 52) menerima pelatihan kesehatan yang dipimpin perawat dan kelompok kontrol (n = 58) menerima perawatan biasa di pusat perawatan kesehatan primer di Finlandia. Data dikumpulkan sebelum intervensi dan 12 bulan melalui kuesioner kualitas hidup terkait kesehatan dan hasil kesehatan klinis yang diukur oleh perawat <i>health coaching</i> .	Penelitian ini menemukan bahwa orang yang sering hadir memiliki kualitas hidup terkait kesehatan yang rendah. <i>Health coaching</i> yang dipimpin perawat menunjukkan tidak ada perbedaan kualitas hidup terkait kesehatan antara kelompok eksperimen dan kontrol kelompok. Namun, <i>health coaching</i> yang dipimpin perawat memiliki efek yang signifikan secara statistik terhadap tekanan darah dan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan di antara peserta eksperimen, tingkat responsnya cukup baik (76,9 %) pada pengukuran	Penelitian ini menunjukkan bahwa <i>health coaching</i> yang dipimpin oleh perawat dapat meningkatkan kualitas hidup dan tekanan darah terkait kesehatan di antara mereka yang sering hadir. Implikasi Praktek: Sesi <i>health coaching</i> dengan perawat <i>health coaching</i> dan rencana tindakan mendukung tujuan dan implementasi promosi kesehatan yang sering hadir.	Pada penelitian ini, hanya melihat pengaruh <i>health coaching</i> terhadap perubahan kualitas hidup pasien penyakit kronis,, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK. Penelitian ini belum menawarkan pendekatan komprehensif yang tidak sekadar memberikan intervensi, melainkan memberdayakan pasien melalui rencana tindakan

				awal dan memuaskan pada pengukuran tindak lanjut 12 bulan dengan kelompok eksperimen 65,4% dan kelompok kontrol kelompok 51,7%		terstruktur yang dipersonalisasi berdasarkan kerangka <i>health belief model</i> , yang belum pernah dilakukan sebelumnya pada konteks spesifik PJK
2	(Tiede et al., 2017).	<i>Long-term effectiveness of telephone-based Health coaching for heart failure patients: A post-only randomised controlled trial</i>	Sebanyak 7.186 sampel pasien dengan berbagai penyakit kronis dipilih secara acak untuk mengikuti <i>coaching</i> atau pelatihan kelompok kontrol. Kemudian 184 pasien gagal jantung diseleksi dengan kode <i>International Classification of Diseases (ICD)-10</i> analisis subkelompok. Data dikumpulkan pada 24 dan 48 bulan setelah dimulainya <i>coaching</i> . Analisis statistik mencakup evaluasi per-protokol, melakukan analisis varians dan	Rata-rata usia peserta adalah 73 tahun (standar deviasi (SD) $\frac{1}{4}$ 9) dan mayoritas adalah perempuan (52,8%). Di ANCOVA analisis tidak ada perbedaan yang signifikan antar kelompok untuk perubahan kualitas hidup (kualitas hidup). Namun, kelompok pelatih melaporkan tingkat aktivitas fisik yang jauh lebih tinggi ($p \frac{1}{4}$ 0,03), asupan obat-obatan yang tidak diresepkan lebih rendah ($p \frac{1}{4}$ 0,04) dan tingkat yang lebih rendah stres ($p \frac{1}{4}$ 0,02) dibandingkan kelompok kontrol. Tes Mann-	Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam kualitas hidup antara <i>coaching</i> dan kelompok kontrol. Kelompok <i>coaching</i> memiliki aktivitas fisik yang lebih tinggi dan tingkat stres yang lebih rendah. Kelompok <i>coaching</i> memiliki asupan obat yang tidak diresepkan yang lebih rendah. - Kelompok <i>coaching</i> menunjukkan lokus kontrol eksternal dan pengurangan perilaku tidak sehat.	Pada penelitian ini, pengaruh hanya melihat <i>health coaching</i> terhadap perubahan kualitas hidup pasien dengan penyakit gagal jantung, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK. Penelitian ini belum menawarkan pendekatan komprehensif yang tidak sekadar memberikan intervensi, melainkan

			analisis kovarians (ANCOVA) serta uji Mann-Whitney	Whitney U menunjukkan locus of kontrol eksternal yang berbeda ($p = \frac{1}{4} 0,014$), dan penurunan yang lebih tinggi pada gizi tidak sehat ($p = \frac{1}{4} 0,019$), ketidakaktifan fisik ($p = \frac{1}{4} 0,004$) dan stres ($p = \frac{1}{4} 0,028$)		memberdayakan pasien melalui rencana tindakan terstruktur yang dipersonalisasi berdasarkan kerangka <i>health belief model</i> , yang belum pernah dilakukan sebelumnya pada konteks spesifik PJK
3	(Clark et al., 2014).	<i>The Effectiveness of Wellness Coaching for Improving Quality of Life</i>	Dalam desain studi kohort tunggal, 100 karyawan yang menyelesaikan 12 minggu program <i>health coaching</i> berusia rata-rata 42 tahun, 90% adalah perempuan, dan sebagian besar berusia di atas berat badan atau obesitas. Tiga bidang fungsi psikososial dinilai: kualitas hidup (QOL; 5 dimensi dan secara keseluruhan), gejala depresi (Kuesioner Kesehatan Pasien-9), dan tingkat stres yang dirasakan	100 orang yang menyelesaikan pelatihan kesehatan ini menunjukkan peningkatan yang signifikan di kelima dimensi kualitas hidup dan kualitas hidup secara keseluruhan ($P < .0001$), mengurangi tingkat gejala depresi ($P < .0001$), dan mengurangi tingkat stres yang mereka rasakan ($P < 0,001$) setelah 12 minggu pelatihan kesehatan tatap muka, dan mereka mempertahankan perbaikan ini pada tindak lanjut 24 minggu	Dalam studi kohort kelompok tunggal ini (bukti level 2b), berpartisipasi dalam <i>wellness coaching</i> adalah hal yang penting terkait dengan peningkatan dalam 3 bidang utama fungsi psikososial: kualitas hidup, suasana hati, dan stres yang dirasakan tingkat. Hasil dari studi kohort prospektif tunggal ini menunjukkan bahwa fungsi-fungsi di bidang ini meningkat setelah mengikuti pelatihan	Pada penelitian ini, hanya melihat pengaruh <i>wellness coaching</i> terhadap perubahan kualitas hidup, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK. Penelitian ini belum menawarkan pendekatan komprehensif yang tidak sekadar memberikan

			(Perceived Skala Stres-10). Pelaksanaan intervensi sebanyak 12 sesi secara tatap muka dengan frekuensi 12 minggu sekali selama 60-120 menit setiap pertemuan.		kesehatan; namun, uji klinis acak yang melibatkan sampel besar individu yang beragam diperlukan untuk membangun bukti tingkat 1 untuk <i>health coaching</i> .	intervensi, melainkan memberdayakan pasien melalui rencana tindakan terstruktur yang dipersonalisasi berdasarkan kerangka <i>health belief model</i> , yang belum pernah dilakukan sebelumnya pada konteks spesifik PJK
4	(Radandima et al., 2020).	<i>The Effect of Health coaching on Behavior Changed to Prevent Hypertension among Adolescents in High School of Wangiapu City, East Sumba</i>	Desain penelitian quasi eksperimen, pre dan post test, dengan kelompok kontrol setara, diterapkan dalam penelitian ini. Kami memilih sampel menggunakan simple random sampling sebanyak 29 percobaan kelompok dan 29 sampel pada kelompok kontrol. Hasil penelitian akan dianalisis menggunakan Wilcoxon Signed Ranks Test dengan $P < 0,05$.	Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh positif dari <i>health coaching</i> perubahan perilaku berdasarkan teori Model Promosi Kesehatan, seperti dalam manfaat yang dirasakan dari tindakan ($p=0,000$), hambatan yang dirasakan terhadap tindakan ($p=0,004$), efikasi diri yang dirasakan ($p=0,003$), aktivitas efek terkait ($p=0,002$), komitmen ($p=0,000$) dan perilaku perubahan pada remaja untuk mencegah hipertensi	Pengetahuan meningkat tajam pada kelompok intervensi setelah post-test selesai. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman remaja juga meningkat. <i>Health coaching</i> dapat diterapkan dalam mengubah perilaku remaja seharusnya dapat memengaruhi peningkatan skor perilaku pencegahan kerentanan hipertensi. <i>Coaching</i> dan pelatihan diperlukan agar tidak hanya terjadi perubahan	Pada penelitian ini, hanya melihat pengaruh <i>health coaching</i> terhadap perubahan perilaku untuk mencegah hipertensi pada remaja, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK.

				(p=0,096)	pengetahuan tetapi juga sikap, tindakan, dan komitmen dari remaja	
5	(Hanif et al., 2020).	<i>The Effect of Health coaching-based Health Belief Model on Preventing the Pulmonary Tuberculosis Transmission at Puskesmas Karang Taliwang and Ampenan West Nusa Tenggara</i>	Desain studi kuasi-eksperimental. Pra dan pasca-tes dengan kelompok kontrol yang tidak setara. Program <i>health coaching</i> selama dua bulan. Wilcoxon Signed Rank Test dengan tingkat signifikansi 0,05. Pelaksanaan intervensi sebanyak 4 sesi kunjungan rumah dengan frekuensi 2 minggu sekali selama edukasi 20 menit setiap pertemuan.	<i>Health coaching</i> berdasarkan <i>health belief model</i> meningkatkan kepatuhan terhadap pencegahan infeksi. Kelompok intervensi menunjukkan peningkatan kepatuhan yang signifikan setelah <i>health coaching</i> . <i>Health coaching</i> berfokus pada etika batuk, bersin, dan lingkungan rumah. Strategi DOTS masih belum cukup dalam menyelesaikan masalah global TB paru	<i>Health coaching</i> berbasis <i>health belief model</i> meningkatkan kepatuhan terhadap pencegahan infeksi. Kelompok intervensi menunjukkan peningkatan kepatuhan yang signifikan setelah <i>health coaching</i> . <i>Health coaching</i> memiliki efek positif dalam mencegah penularan infeksi. <i>Health coaching</i> dapat memengaruhi motivasi, mengatasi hambatan, dan memengaruhi pasien.	Pada penelitian ini, hanya melihat efektifitas <i>health coaching</i> berbasis <i>health belief model</i> terhadap pencegahan penularan pasien TB paru, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK.
6	(Sitanggang et al., 2017)	<i>Health coaching</i> berbasis <i>health promotion model</i> terhadap peningkatan efikasi diri dan perilaku	<i>Quasy eksperiment</i> dengan rancangan penelitian <i>pre-post test kontrol group design</i> . Teknik sampling pada penelitian ini adalah <i>consecutive sampling</i> .	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh <i>health coaching</i> terhadap efikasi diri dan perilaku pencegahan penularan TB paru.	<i>Health coaching</i> berbasis <i>health promotion model</i> dapat meningkatkan efikasi diri pasien TB paru dan perilaku.	Pada penelitian ini, hanya melihat efektifitas <i>health coaching</i> berbasis <i>health promotion model</i> terhadap peningkatan efikasi diri dan perilaku pencegahan penularan

		pencegahan penularan pada pasien TB paru	Sampel penelitian berjumlah 30 responden, pelaksanaan dilakukan dalam 4 sesi/tahap selama 4 minggu dengan durasi waktu 30-60 menit. Uji statistik yang digunakan adalah MANOVA untuk menguji hipotesisnya.			pada pasien TB paru, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK.
7	(Nofriati, 2020).	Pengaruh <i>Health Coaching</i> Berbasis <i>Health Belief Model</i> terhadap Peningkatan <i>Self-efficacy</i> dan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien TB Paru	Metode <i>Quasy eksperiment one grup pre and post design</i> . Sampel sebanyak 15 pasien TB paru. Kuesioner yang digunakan untuk menilai <i>self-efficacy</i> adalah <i>medication adherence self-efficacy scale</i> (MASES) dan untuk kepatuhan minum obat menggunakan kuesioner <i>morisky medication adherence scale</i> (MMAS-8).	Terdapat perbedaan <i>self efficacy</i> sebelum dan sesudah <i>health coaching</i> p value 0,001, kepatuhan minum obat p value 0,001, dan ada hubungan <i>self-efficacy</i> dengan kepatuhan minum obat dengan p value 0,000 dan (r) 0,831 yang memiliki hubungan yang sangat kuat.	Salah satu upaya untuk meningkatkan <i>self-efficacy</i> dan kepatuhan minum obat adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan yaitu <i>health coaching</i> berbasis <i>health belief model</i> bersifat kemitraan dan berusaha menggali potensi yang dimiliki pasien untuk menemukan solusi kesehatannya.	Pada penelitian ini, hanya melihat pengaruh <i>health coaching</i> berbasis <i>health belief model</i> terhadap peningkatan efikasi diri dan perilaku pencegahan penularan pada pasien TB paru, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai

			Pelaksanaan dilakukan dalam 4 sesi/tahap selama 8 minggu dengan durasi waktu 30-40 menit. Data dianalisis menggunakan uji Wilcoxon dan uji rank spearman.			dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK.
8	(Hastuti & Mufarokhah, 2019).	Pengaruh <i>Health coaching</i> Berbasis Teori <i>Health Belief Model</i> Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi	Penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimen dengan pra-desain kelompok kontrol pasca tes. Teknik pengambilan sampel dengan cara purposive sampling. Jumlah sampel 26 orang untuk setiap kelompok. waktu April-Juli 2019. Uji yang digunakan adalah Mann Whitney dan Sign Rank Test Wilcoxon	<i>Health coaching</i> hanya berpengaruh terhadap tekanan darah sistolik saja. Uji beda di kelompok perlakuan menggunakan Wilcoxon memperoleh p value 0,000, sedangkan uji beda dengan Mann Whitney memperoleh nilai p=0,000	Ada pengaruh pemberian <i>health coaching</i> dengan pendekatan <i>health belief model</i> dengan tekanan darah sistol pada lansia yang mengalami hipertensi dengan $\alpha=0.000$ dan tidak ada pengaruh pemberian <i>health coaching</i> berbasis Teori <i>health belief model</i> terhadap tekanan darah diastol pada lansia yang mengalami hipertensi	Pada penelitian ini, hanya melihat pengaruh <i>Health coaching</i> berbasis <i>health belief model</i> terhadap perubahan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK.
9	(Khodaveisi et al., 2023).	<i>Effect of Education Based on the Health</i>	Penelitian kuasi eksperimental, total 90 pasien menjalani	Sebagian besar pasien pada kedua kelompok adalah laki-laki, menikah,	Mempertimbangkan dampak positif intervensi pendidikan	Pada penelitian ini, hanya melihat pengaruh edukasi berbasis <i>health</i>

		<i>Belief Model on Treatment Adherence in Patients With Heart Valve Replacement Surgery</i>	operasi penggantian katup. Subjek dipilih secara acak dan kemudian dibagi menjadi intervensi dan kontrol. dikelompokkan menggunakan metode blok permutasi. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner demografi, kuesioner berbasis <i>health belief model</i>, dan kuesioner kepatuhan pengobatan selama 2 tahap sebelum dan 1 bulan setelah pendidikan. 3 sesi berdurasi 60 menit mengenai pendidikan berbasis <i>health belief model</i> diadakan berdasarkan kebutuhan penilaian untuk kelompok intervensi. Data yang terkumpul dianalisis menggunakan	dan bekerja, serta mampu membaca dan menulis dan tinggal di daerah perkotaan. Kedua kelompok serupa dalam hal data demografi kecuali perkawinan status, riwayat penyakit, dan riwayat penyakit keluarga. Skor rata-rata pengetahuan, konstruksi <i>health belief model</i> (misalnya, kerentanan yang dirasakan, tingkat keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan, hambatan yang dirasakan, efikasi diri yang dirasakan, dan isyarat untuk bertindak), dan kepatuhan pengobatan lebih besar pada kelompok kontrol dibandingkan pada kelompok intervensi kelompok pra-intervensi. Namun, skor rata-rata semua variabel meningkat pada kelompok intervensi,	berbasis <i>health belief model</i> pada kepatuhan pengobatan pasien, pendidikan berbasis <i>health belief model</i> dapat disarankan untuk pasien dengan penggantian katup jantung operasi	<i>belief model</i> terhadap kepatuhan pengobatan pada penderita bedah penggantian katup jantung, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK. Penelitian ini belum menawarkan pendekatan komprehensif yang tidak sekadar memberikan intervensi, melainkan memberdayakan pasien melalui rencana tindakan terstruktur yang dipersonalisasi berdasarkan kerangka <i>health belief model</i>, yang belum pernah dilakukan sebelumnya pada
--	--	--	--	--	--	---

			uji chi-square berpasangan uji t, uji t independen, dan regresi linier pada software SPSS versi 16.0.	dan ada perbedaan yang signifikan dalam pengetahuan, semua konstruksi <i>health belief model</i> (kecuali kerentanan yang dirasakan dan persepsi efikasi diri), dan kepatuhan medis antara kedua kelompok pasca intervensi ($P < 0,05$).		konteks spesifik PJK
10	(Bakhshi et al., 2023).	<i>The Effect of Health Belief Model -based Education on Empowering Cardiovascular Patients for Medication Adherence</i>	Penelitian kuasi eksperimental, partisipan 45 pasien yang keluar dari bangsal CCU Rumah Sakit Ali Ibn Abitalib pada tahun 2020, Rafsanjan, Iran. Peserta dialokasikan ke dalam kelompok intervensi atau kontrol dengan pengacakan sederhana. Selama 5 minggu, kelompok intervensi menerima paket pendidikan kepatuhan pengobatan mingguan menggunakan aplikasi	Skor kepatuhan minum pasien pada kelompok intervensi ($6,63 \pm 1,71$) meningkat secara signifikan dibandingkan kelompok kontrol ($5,29 \pm 1,85$) tiga bulan kemudian ($P = 0,006$). Selain itu, skor rata-rata komponen <i>health belief model</i> mencakup manfaat yang dirasakan, efikasi diri yang dirasakan dan hambatan yang dirasakan meningkat secara signifikan pada kelompok intervensi ($P < 0,001$)	Edukasi berbasis <i>health belief model</i> melalui <i>WhatsApp Messenger</i> meningkatkan kepatuhan penggunaan obat pasien kardiovaskular, melalui peningkatan efikasi diri, peningkatan pemahaman manfaat serta pengurangan hambatan yang dirasakan. Oleh karena itu, penggunaan metode ini mungkin merupakan solusi praktis untuk meningkatkan kepatuhan obat pada	Pada penelitian ini, hanya melihat pengaruh pendidikan berbasis <i>health belief model</i> terhadap pemberdayaan pasien kardiovaskular untuk kepatuhan pengobatan, namun belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan <i>health belief model</i> ke dalam intervensi <i>health coaching</i> yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK.

			telepon seluler, melalui Pesan whatsapp. Kelompok kontrol menerima perawatan rutin. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner demografi dan <i>Morisky Drug Skala</i> kepatuhan serta kuesioner HBM yang dibuat peneliti, sebelum dan tiga bulan setelah intervensi. Datanya dianalisis dengan statistik deskriptif dan inferensial serta uji t sampel independen, uji chi-square dan ANOVA pengukuran berulang.		pasien kardiovaskular.	Penelitian ini belum menawarkan pendekatan komprehensif yang tidak sekadar memberikan intervensi, melainkan memberdayakan pasien melalui rencana tindakan terstruktur yang dipersonalisasi berdasarkan kerangka <i>health belief model</i>, yang belum pernah dilakukan sebelumnya pada konteks spesifik PJK
--	--	--	---	--	-------------------------------	---

Penelitian-penelitian terdahulu telah menunjukkan manfaat *health coaching* dalam meningkatkan perilaku kesehatan dan kualitas hidup pasien penyakit kronis (Wolever et al., 2013). *Health coaching* berbasis HBM meningkatkan kepatuhan terhadap pencegahan infeksi dapat memengaruhi motivasi, mengatasi hambatan, dan memengaruhi pada pasien TB Paru dengan 4 sesi kunjungan rumah, frekuensi 2 minggu sekali selama 20 menit setiap pertemuan (Hanif et al., 2020). Intervensi *health coaching* yang berbasis HBM dapat meningkatkan *self-efficacy* dan kepatuhan minum obat, dalam 4 sesi/tahap selama 8 minggu, durasi waktu 30-40 menit (Nofriati, 2020). *Health coaching* berbasis *health promotion model* dapat meningkatkan efikasi diri, dalam 4 sesi/tahap selama 4 minggu, durasi waktu 30-60 menit (Sitanggang et al., 2017). *Health coaching* dengan pendekatan HBM memiliki dampak positif terhadap tekanan darah sistol pada lansia dengan hipertensi (Hastuti & Mufarokhah, 2019). Edukasi dengan pendekatan HBM mampu memberikan perubahan baik pada aspek fisiologis, psikologis dan kecakapan hidup pada pasien penyakit kronis (Kurniawan & Yani, 2021). Meskipun demikian, peneliti belum menemukan penelitian yang mengintegrasikan kedua konsep ini terhadap kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner.

Penelitian sebelumnya juga belum menghadirkan terobosan metodologis dengan mengintegrasikan *health belief model* ke dalam intervensi *health coaching* yang secara sistematis menilai dampaknya terhadap kualitas hidup pada pasien PJK, juga belum menawarkan pendekatan komprehensif yang tidak sekadar memberikan intervensi, melainkan memberdayakan pasien melalui rencana tindakan terstruktur yang dipersonalisasi berdasarkan kerangka *health belief model*, yang belum pernah dilakukan sebelumnya pada konteks spesifik pasien PJK. Oleh karena itu, originalitas penelitian ini adalah menganalisis pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap kualitas hidup pasien PJK, dan pelaksanaan intervensi dilakukan dalam 5 sesi/tahap selama 8 minggu dengan durasi waktu 30-40 menit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Penyakit kardiovaskular merupakan sekelompok penyakit jantung dan pembuluh darah, yang meliputi: penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskular, penyakit arteri perifer, penyakit jantung reumatik, penyakit jantung bawaan, trombosis vena dalam dan emboli pulmonal. Penyakit kardiovaskular digolongkan sebagai penyakit sirkulasi darah (Setiadi & Halim, 2018).

1. Pengertian Penyakit Jantung Koroner

Penyakit jantung koroner seringkali dikaitkan dengan aterosklerosis. Aterosklerosis berasal dari bahasa Yunani, yaitu: *athero* yang berarti sejenis bubur atau pasta dan *sclerosis* yang berarti pengerasan. Penyakit jantung koroner (PJK) adalah kondisi medis yang ditandai oleh penyempitan atau penyumbatan arteri koroner akibat akumulasi plak aterosklerotik, yang dapat menyebabkan iskemia miokardial dan berpotensi mengarah pada infark miokard.

Aterosklerosis digambarkan sebagai penumpukan bahan lemak dan kolesterol yang berkonsistensi lunak dan/atau kalsium yang mengeras di sepanjang dinding arteri (Setiadi & Halim, 2018). Aterosklerosis, yang merupakan proses patologis utama dalam PJK, melibatkan penumpukan lemak, kolesterol, dan zat lainnya di dalam dinding arteri, yang menyebabkan penyempitan lumen arteri dan mengurangi aliran darah ke otot jantung (Zhou et al., 2020; Tang et al., 2015). Penyempitan arteri koroner biasanya disebabkan oleh penumpukan plak aterosklerotik, yang terdiri dari lemak, kolesterol, dan zat lainnya, yang dapat mengganggu suplai oksigen ke jantung (Riany & Testiana, 2023).

Penyakit jantung koroner merupakan penyakit yang disebabkan oleh penyempitan atau penyumbatan arteri koroner akibat proses aterosklerosis atau spasme atau kombinasi keduanya yang menyuplai aliran darah ke otot jantung, serta terjadinya penimbunan atau

penumpukan plak pada arteri jantung yang dapat menyebabkan serangan jantung. Aterosklerosis merupakan penumpukan bahan lemak dan kolesterol yang berkonsistensi lunak dan/atau kalsium yang mengeras di sepanjang dinding arteri (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020).

2. **Klasifikasi Penyakit Jantung Koroner**

Menurut Sumiarty & Fitrianingsih (2020), klasifikasi penyakit jantung koroner (PJK) terdiri dari:

a. *Stabel Angina Pectoris*

Penyakit iskemik disebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen miokard. Ditandai oleh rasa nyeri yang terjadi jika kebutuhan oksigen miokardium melebihi suplainya. Laki-laki merupakan 70 % dari pasien dengan angina pektoris dan bahkan sebagai besar menyerang pada laki-laki $\pm$ 50 tahun dan wanita 60 tahun (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020).

b. *Unstabel Angina Pectoris*

Sindrom klinis nyeri dada dan sebagian besar disebabkan oleh disrupsi plak aterosklerosis dan diikuti kaskade proses plak aterosklerosis dan diikuti kaskade proses patologis yang menurunkan aliran darah koroner, ditandai dengan peningkatan frekuensi, intensitas atau lama nyeri, angina timbul pada saat melakukan aktivitas ringan atau istirahat, tanpa terbukti adanya nekrosis miokard (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020):

- 1) Terjadi saat istirahat (dengan tenaga minimal) biasanya berlangsung <10 menit.
- 2) Sudah parah dan onset baru (dalam 4 sampai 6 minggu sebelumnya).
- 3) Terjadi dengan pola *crescendo* (jelas lebih berat, berkepanjangan, atau sering dari sebelumnya).

c. *Angina Farian Prinzmetal*

Arteri koroner bisa menjadi kejang, yang mengganggu aliran darah ke otot (iskemia). Ini terjadi pada orang tanpa penyakit arteri koroner yang signifikan, namun dua pertiga dari orang dengan

angina pectoris mempunyai penyakit parah dalam paling sedikit atau satu pembuluh, dan kekejangan terjadi pada tempat penyumbatan. Tipe angina ini tidak umum dan hampir selalu terjadi bila seorang beristirahat sewaktu tidur. Risiko meningkat untuk kejang koroner jika anda mempunyai penyakit arteri koroner yang mendasari, merokok, atau menggunakan obat perangsang atau obat terlarang (seperti kokain). Jika kejang arteri menjadi parah dan terjadi untuk jangka waktu yang panjang serangan jantung bisa terjadi (Sumiarty & Fitriyaningsih, 2020).

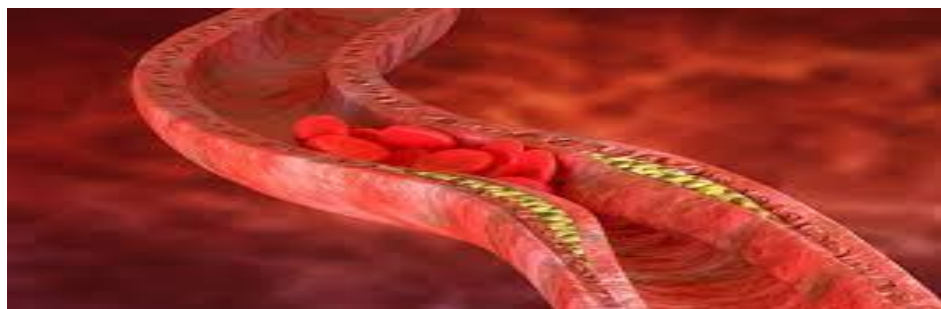
d. *Infark Miokard Akut*

Nekrosis miokard akut akibat gangguan aliran darah arteri koroner yang bermakna, sebagai akibat oklusi arteri koronaria karena trombus atau spasme hebat yang berlangsung lama. Infark miokard terbagi dua (Sumiarty & Fitriyaningsih, 2020):

- 1) *Non ST Elevasi Miokardial Infark (NSTEMI)*
- 2) *ST Elevasi Miokardial Infark (STEMI)*

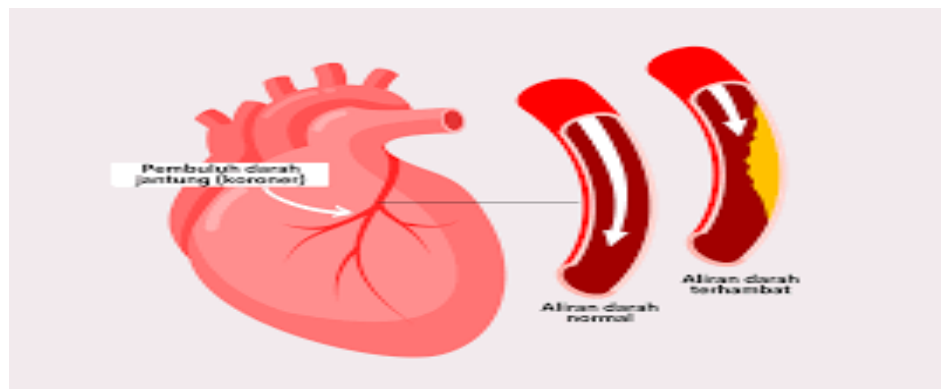
3. Etiologi Penyakit Jantung Koroner

Penyakit jantung koroner terjadi akibat pengerasan dan penyempitan arteri koronaria, yang disebabkan oleh akumulasi plak, termasuk kolesterol pada dinding pembuluh darah, kondisi ini yang disebut aterosklerosis. Proses ini menyebabkan penurunan aliran darah ke otot jantung, mengakibatkan ketidakcukupan darah dan oksigen untuk otot jantung. Kurangnya pasokan ini dapat menyebabkan angina, nyeri dada khas, atau bahkan serangan jantung jika arteri koronaria terblokir sepenuhnya, yang dapat berakibat pada kerusakan jantung permanen atau kematian (Sumiarty & Fitriyaningsih, 2020).



Gambar 2.1. Plak Aterosklerosis Arteri Jantung

Arteri yang mengalami penyumbatan umumnya melibatkan arteri berukuran kecil dan/atau besar. Aterosklerosis adalah kondisi penyempitan perlahan lumen arteri yang disebabkan oleh penumpukan lemak, proliferasi sel-sel otot polos, dan peningkatan pembentukan kolagen. Proses aterosklerosis dimulai sejak dini dengan terbentuknya *fatty streak*, yang kemudian berkembang seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Kecepatan perkembangan dari *fatty streak* ke aterosklerosis dipengaruhi oleh berbagai tindakan atau faktor risiko, dan semakin banyak faktor risiko yang terlibat, semakin parah proses aterosklerosisnya. Pada gambar 2 plak aterosklerosis menyumbat sebagian atau seluruh lumen arteri (Setiadi & Halim, 2018).



Gambar 2.2 Plak Aterosklerosis pada Arteri Koroner

4. Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner

Faktor risiko penyakit jantung koroner terdiri dari faktor risiko yang tidak dapat diubah dan dapat diubah (Wihastuti, Andarini, 2016):

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

1) Jenis Kelamin

Wanita memiliki risiko serangan jantung lebih rendah dan mengalami kejadian serangan jantung pada usia yang lebih awal dibandingkan dengan laki-laki. Pada wanita, menopause menjadi faktor risiko tak terhindarkan yang meningkatkan risiko PJK melalui perubahan hormonal (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020). Sementara itu, insiden penyakit jantung koroner pada laki-laki terkait dengan kebiasaan merokok, yang dapat menyebabkan *rur* plak aterosklerosis pada pembuluh darah

koroner (Najib, 2020). Wanita juga memiliki beban risiko kardiovaskular yang lebih tinggi dari beberapa faktor (Marzà-Florensa et al., 2023).

2) Usia

Usia merupakan faktor risiko yang tidak bisa kita hindari. Semakin tua seseorang, semakin ia berisiko terkena penyakit jantung. Telah dibuktikan adanya hubungan antara umur dan kematian akibat PJK. Sebagian besar kasus kematian terjadi pada laki-laki umur 35-44 tahun dan meningkat dengan bertambahnya umur (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020).

Risiko terkena PJK meningkat seiring dengan bertambahnya usia dan kejadian PJK dapat timbul 10 tahun lebih awal pada pria >45 tahun, dibandingkan wanita >55 tahun (Bachtiar et al., 2023). Orang yang mulai memasuki usia 55 tahun ke atas sudah mengalami perubahan di dalam tubuh seperti penimbunan, penebalan dan kekakuan pembuluh darah (Sawu, 2022).

3) Riwayat Keluarga

Keluarga berisiko menurunkan jantung koroner kepada anaknya. Kecenderungan risiko mengidap PJK diwariskan dari ayah kepada anak. Secara tidak langsung orang tua mewariskan sifat kepada anaknya. Oleh karena itu, orang yang memiliki PJK pada anggota keluarga perlu memperhatikan kebiasaan-kebiasaan yang dapat memicu jantung koroner (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020).

4) Geografis

Geografis merupakan risiko PJK pada orang Jepang masih tetap merupakan salah satu yang paling rendah di dunia. Jepang masih tetap merupakan salah satu yang paling rendah di dunia. Akan tetapi, ternyata risiko jantung koroner yang meningkat pada orang Jepang yang melakukan imigrasi ke Hawaii dan California. Hal ini menunjukkan faktor lingkungan lebih besar

pengaruhnya dari pada genetik (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020).

5) Ras

Ras merupakan perbedaan risiko PJK antara ras didapatkan sangat menyolok, walaupun bercampur baur dengan faktor geografis, sosial dan ekonomi. Di Amerika Serikat perbedaan ras antara ras caucasia dengan non caucasia (tidak termasuk Negro) didapatkan risiko PJK pada non caucasia kira-kira separuhnya (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020).

b. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Hipertensi

Orang yang mempunyai darah tinggi memiliki risiko lebih besar untuk mengalami penyakit jantung, stroke dan gagal ginjal. Hal ini disebabkan oleh tekanan darah yang tinggi membuat jantung bekerja dengan berat sehingga lama kelamaan membuat jantung kelelahan dan sakit. Bahkan jika ada hambatan pada pembuluh darah, tekanan darah tinggi akan berakibat pada pecahnya pembuluh darah (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020). Tekanan darah yang tinggi secara terus menerus dapat menyebabkan stress, disfungsi endotel dan hipertrofi ventrikel kiri. Hal ini dapat menyebabkan plak aterosklerosis pecah yang dapat menyebabkan infark miokard (Sawu, 2022).

2) Diabetes Melitus

Faktor risiko signifikan pada pasien PJK termasuk diabetes tipe-2 dan merokok (Adiputra, 2023). Penyakit diabetes melitus merupakan penyakit yang berpotensi menjadi kronis dan merupakan penyakit jangka panjang. Penyakit yang diderita jangka panjang memiliki potensi yang besar untuk mengalami komplikasi (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020). Pasien diabetes melitus menunjukkan peningkatan risiko mengalami penyakit jantung koroner, hal ini disebabkan terbentuknya plak

aterosklerosis karena berbagai alasan, salah satunya yaitu akibat dari resistensi insulin dan hiperglikemia. (Sawu, 2022).

3) Kolesterol

Hiperlipidemia adalah faktor risiko dominan untuk PJK (Adiputra, 2023). Kolesterol sebenarnya merupakan zat yang diperlukan oleh tubuh, namun bukan dalam jumlah banyak dan jika kolesterol terlalu banyak didalam tubuh akan berbahaya. Kelebihan konsumsi makanan yang mengandung kolesterol, menyebabkan lemak dalam darah menjadi tinggi dan apabila kadar kolesterol LDL pada angka di atas 160 mg/dl, maka dapat dikatakan bahwa kadar kolesterol LDL berada pada level tinggi. LDL yang tinggi inilah yang lama kelamaan akan menyebabkan terbentuknya plak atau penyumbatan pada pembuluh darah. Apabila penyumbatan yang parah sudah terjadi, maka jantung akan merasakan nyeri dada (Sumiarty & Fitrianiingsih, 2020).

4) Indeks Massa Tubuh (IMT)

Jaringan lemak yang berlebih didalam tubuh berisiko menimbulkan terjadinya penyumbatan pada pembuluh darah. Selain itu, kelebihan berat badan merupakan potensi untuk timbulnya masalah gangguan kesehatan, Selain itu kelebihan berat badan berisiko untuk terjadinya hipertensi, kolesterol dan penyakit diabetes mellitus (Sumiarty & Fitrianiingsih, 2020).

5) Merokok

Faktor risiko signifikan pada pasien jantung koroner (PJK) (Adiputra, 2023). Merokok telah lama diketahui berefek negatif terhadap kesehatan, kaitannya dengan penyakit jantung koroner yaitu asap rokok yang mengandung nikotin dapat memacu pengeluaran zat-zat seperti adrenalin (zat yang merangsang denyut jantung dan tekanan darah), asap rokok mengandung karbon monoksida (CO) yang memiliki kemampuan lebih besar dan kuat dibandingkan dengan sel darah merah (hemoglobin) untuk menarik atau menyerap oksigen, sehingga menurunkan

kapasitas sel darah merah untuk membawa oksigen ke jaringan-jaringan tubuh termasuk jantung dan merokok dapat menyembunyikan angina (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020).

Paparan senyawa beracun yang terkandung dalam asap rokok menyebabkan stres oksidatif yang dimediasi radikal bebas dan penurunan bioavailabilitas oksida nitrat yang mengakibatkan penurunan kemampuan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah akibat rendahnya oksigen atau peningkatan suhu tubuh) (Sawu, 2022).

6) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik dapat membakar lemak-lemak di dalam tubuh, ketika tubuh melakukan aktivitas fisik maka sejumlah lemak akan dibakar. Ketika tubuh melakukan aktivitas fisik maka pembuluh darah akan terbebas dari lemak jahat, pembuluh darah yang sehat pada gilirannya juga akan membuat jantung kita menjadi sehat. Namun, ketika tubuh kurang melakukan aktivitas fisik akan terjadinya timbunan lemak yang mengarah kepada obesitas (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020).

5. Manifestasi Klinis Penyakit Jantung Koroner

Menurut Sumiarty & Fitrianingsih (2020) manifestasi klinis PJK terdiri dari :

- a) *Stabel angina pectoris* yaitu rasa nyeri dada dan sesak napas yang disebabkan oleh gangguan suplai oksigen yang tidak mencukupi kebutuhan otot jantung. Sakit angina yang khas ditandai dengan sesak napas di tengah dada yang bisa menyebar sampai leher dan rahang, pundak kiri atau kanan, lengan dan bahkan sampai punggung. Angina merupakan tanda bahwa terdapat penyempitan urat nadi koroner yang menyebabkan suplai darah tidak mencukupi ke otot jantung.
- b) *Unstabel angina pectoris* yaitu rasa nyeri yang timbul untuk pertama kalinya, sakit dada yang tiba-tiba terasa pada waktu istirahat atau

terjadi lebih berat secara mendadak. Keadaan ini harus diwaspadai karena bisa menjadi berat, bahkan menjadi infark miokard.

- c) *Infark miokard* yaitu kerusakan otot jantung akibat penyumbatan arteri koroner yang terjadi secara total dan mendadak. Biasanya terjadi akibat plak aterosklerosis di dalam arteri koroner. Tidak seperti angina yang dicetuskan oleh latihan dan dapat hilang dengan pemakaian obat nitrat di bawah lidah, pada infark miokard biasanya terjadi tanpa dicetuskan oleh latihan dan tidak hilang dengan pemakaian nitrat. Biasanya disertai komplikasi seperti: gangguan irama jantung, renjatan jantung (*syok kardiogenik*), gagal jantung kiri, bahkan kematian mendadak (*sudden death*).
- d) Sindrom koroner akut, yaitu spektrum klinis yang terjadi mulai dari *unstabel angina pectoris* sampai terjadi infark miokard akut.
- e) Mudah lelah, yaitu terjadi akibat jantung tidak efektif memompa darah dan aliran darah ke otot selama melakukan aktivitas fisik tidak optimal sehingga menyebabkan merasa cepat lelah dan lemah.
- f) Pusing dan pingsan, yaitu terjadi karena penurunan aliran darah. Hal ini terjadi karena denyut jantung atau irama jantung yang abnormal atau karena kemampuan memompa darah sangat buruk. Emosi atau nyeri kuat yang mengaktifkan sistem saraf juga dapat menyebabkan pingsan, namun tidak semua pingsan dikaitkan dengan penyakit jantung dan perlu diperhatikan berbagai gejala-gejala lainnya.

6. Patofisiologi Penyakit Jantung Koroner

Aterosklerosis adalah kondisi yang terjadi pada arteri besar dan kecil yang ditandai dengan adanya penimbunan endapan lemak, trombosit, neutrofil, monosit dan makrofag di seluruh lapisan sel endotel dan sampai ke lapisan otot polos. Proses pembentukan aterosklerosis terjadi karena adanya disfungsi lapisan endotel lumen arteri, kondisi ini dapat terjadi setelah cedera pada sel endotel atau dari stimulus lainnya, cedera pada sel endotel meningkatkan permeabilitas terhadap berbagai komponen plasma (termasuk asam lemak dan trigliserida), sehingga komponen tersebut masuk ke dalam arteri, oksidasi asam lemak

menghasilkan oksigen radikal bebas yang selanjutnya dapat merusak pembuluh darah (Sumiarty & Fitriainingsih, 2020).

Ketika kolesterol dan lemak mendapatkan akses ke lapisan sel endotel karena permeabilitas lapisan endotel meningkat, hal ini sebagai indikasi dini kerusakan karena terdapat lapisan lemak pada arteri. Apabila cedera dan inflamasi terus berlanjut, agregasi trombosit meningkat dan mulai terbentuknya pembekuan darah, sebagian dinding pembuluh diganti dengan jaringan parut sehingga mengubah struktur dinding pembuluh darah, hasil akhir adalah penimbunan kolesterol dan lemak, pembentukan bekuan yang berasal dari trombosit dan proliferasi sel otot polos menyebabkan pembuluh mengalami kekakuan dan menyempit (Sumiarty & Fitriainingsih, 2020).

Kekakuan ini dialami oleh arteri-arteri koroner akibat aterosklerosis dan tidak dapat pengembangan sebagai respon terhadap peningkatan kebutuhan oksigen, dan kemudian terjadi iskemia (kekurangan suplai darah) miokardium dan sel-sel miokardium sehingga menggunakan glikolisis anaerob untuk memenuhi kebutuhan energinya. Proses pembentukan energi ini sangat tidak efisien dan menyebabkan terbentuknya asam laktat sehingga menurunkan pH miokardium dan menyebabkan nyeri yang berkaitan dengan angina pectoris. Ketika kekurangan oksigen pada jantung dan sel-sel otot jantung berkepanjangan dan iskemia miokard yang tidak teratasi maka terjadilah kematian otot jantung yang dikenal sebagai miokard infark (Sumiarty & Fitriainingsih, 2020).

7. Komplikasi Penyakit Jantung Koroner

Adapun komplikasi PJK adalah (Sumiarty & Fitriainingsih, 2020):

- a. Disfungsi ventricular
- b. Aritmia pasca STEMI
- c. Gangguan hemodinamik
- d. Ekstrasistol ventrikel sindroma koroner akut elevasi, ST tanpa elevasi, ST Infark miokard angina tak stabil.
- e. Takikardi dan fibrilasi atrium dan ventrikel

- f. Syok kardiogenik
- g. Gagal jantung kongestif
- h. Perikarditis.
- i. Kematian mendadak

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Sumiarty & Fitriyaningsih (2020), pemeriksaan penunjang PJK terdiri dari:

- a. Elektrokardiografi (EKG) adanya elevasi segmen ST pada sadapan tertentu (Lead II, III, aVF: Infark Interior, Lead V1 – V3: Infark Anteroseptal, Lead V2 – V4: Infark Anterior, Lead I, aVL, V5 – V6: Infark Anterolateral, Lead I, aVL: Infark High Lateral, Lead I, aVL, V1 – V6: Infark Anterolateral Luas, Lead II, III, aVF, V5 – V6: Infark Interolateral adanya Q wave patologis pada sadapan tertentu. EKG menunjukkan: adanya S-T elevasi yang merupakan akan tanda dari iskemi, gelombang T inversi atau hilang yang merupakan tanda dari injuri, dan gelombang Q yang mencerminkan adanya nekrosis.

- b. Echokardiogram

Digunakan untuk mengevaluasi lebih jauh mengenai fungsi jantung khususnya fungsi ventrikel dengan menggunakan gelombang ultrasonik. Mungkin harus dilakukan guna menggambarkan fungsi atau masing-masing ruang pada jantung.

- c. Laboratorium

Meningkatkan enzim CK-MB, CK3-8 jam setelah serangan puncaknya 10 - 30 gram dan normal kembali 2-3 hari peningkatan LDH setelah serangan, puncaknya 48-172 jam dan kembali normal 7-14 hari- leukosit meningkatkan 10.000 - 20.000, kolesterol atau trigliserida meningkat sebagai akibat aterosklerosis. *Whole blood cell*: leukositosis mungkin timbul pada keesokan hari setelah serangan. Analisa gas darah (*Blood Gas Analysis*): menunjukkan terjadinya hipoksia atau proses penyakit paru yang kronis/akut. Elektrolit: ketidakseimbangan yang memungkinkan terjadinya

penurunan konduksi jantung dan kontraktilitas jantung seperti hipokalemia atau hyperkalemia.

d. Foto Thorax/Rontgen

Tampak normal apabila terjadi gagal jantung akan terlihat pada bendungan paru berupa pelebaran corakan vaskuler paru dan hipertropi ventrikel.

e. Tes Treadmil

Uji latih jantung untuk mengetahui respon jantung terhadap aktivitas.

9. Pencegahan Penyakit Jantung Koroner

Pencegahan PJK melibatkan strategi pencegahan primer dan sekunder. Dalam pencegahan primer, olahraga dan aktivitas fisik memainkan peran penting dalam mengendalikan faktor risiko kardiovaskular seperti hipertensi dan dislipidemia (S. Romano et al., 2023). Perawatan non-farmakologis direkomendasikan untuk pasien yang didiagnosis dengan PJK, dengan fokus pada pengurangan faktor risiko (Gulnara et al., 2023). Langkah-langkah pencegahan sekunder sangat penting dalam perkembangan PJK dan mengurangi terjadinya kejadian koroner berulang. Kepatuhan terhadap intervensi pencegahan sekunder, termasuk perubahan gaya hidup dan farmakoterapi, dapat secara signifikan mengurangi risiko kejadian berulang (Fernandez, 2023). Intervensi ini termasuk aktivitas fisik teratur, diet sehat, berhenti merokok, manajemen berat badan, dan intervensi farmakoterapi seperti terapi anti-platelet dan terapi penurun lipid (Sigamani & Gupta, 2022). Berbagi informasi, pengambilan keputusan, penetapan tujuan, kepositifan, dan kepraktisan adalah aspek penting dari pencegahan sekunder bagi penderita PJK. Strategi kesehatan digital seperti program pesan teks, aplikasi smartphone, dan perangkat yang dapat dikenakan dapat memfasilitasi pendidikan dan dukungan bagi pasien dengan penyakit jantung (Zwack et al., 2023).

10. Penatalaksanaan Penyakit Jantung Koroner

Penatalaksanaan PJK terdiri dari farmakologi dan non farmakologi (Sumiarty & Fitrianingsih, 2020):

a. Farmakologi

- 1) Analgetik yang diberikan biasanya golongan narkotik (morfin). Diberikan secara intravena dengan pengenceran dan diberikan secara pelan-secara intravena. Dosisnya awal 2,0 – 2,5 mg dapat diulangi jika perlu.
- 2) Nitrat dengan efek vasodilatasi (terutama venodilatasi) akan menurunkan venous return, akan menurunkan preload yang berarti menurunkan oksigen demam. Di samping itu nitrat juga mempunyai efek dilatasi pada arteri koroner sehingga akan meningkatkan suplai oksigen. Nitrat dapat diberikan dengan sediaan spray atau sublingual, kemudian dilanjutkan dengan peroral atau intravena.
- 3) Aspirin sebagai antitrombotik sangat penting diberikan.. Dianjurkan diberikan sesegera mungkin (di ruang gawat darurat) karena terbukti menurunkan angka kematian.
- 4) Rombolitik terapi, prinsip pengelolaan penderita infark miokard akut adalah melakukan perbaikan aliran darah koroner secepat mungkin (Revaskularisasi/Reperfusi). Hal ini didasari oleh proses patogenesisnya, dimana terjadi penyumbatan atau trombosis dari arteri koroner. Revaskularisasi dapat dilakukan (pada umumnya) dengan obat-obatan trombolitik seperti streptokinase, r-TPA (*recombinant tissue plasminogen activator complex*), Urokinase, ASPAC (*anisolated plasminogen treptokinase activator*), atau Scu-PA (*single-chain urokinase-type plasminogen activator*). Pemberian trombolitik terapi sangat bermanfaat jika diberikan pada jam pertama dari serangan infark. Terapi ini masih bermanfaat jika diberikan 12 jam dari onset serangan infark.

- 5) Betablocker diberikan untuk mengurangi kontraktilitas jantung sehingga akan menurunkan kebutuhan oksigen miokard. Di samping itu betablocker juga mempunyai efek anti aritmia.
- b. Non-farmakologi
- 1) Merubah gaya hidup, memberhentikan kebiasaan merokok.
 - 2) Olahraga dapat meningkatkan kadar HDL kolesterol dan memperbaiki kolateral koroner sehingga PJK dapat dikurangi, olahraga bermanfaat karena:
 - a) Memperbaiki fungsi paru-paru dan pemberian O₂ ke miokard
 - b) Menurunkan berat badan sehingga lemak tubuh yang berlebih berkurang bersama-sama dengan menurunnya LDL kolesterol
 - c) Menurunkan tekanan darah
 - d) Meningkatkan kesegaran jasmani
 - 3) Diet merupakan langkah pertama dalam penanggulangan hiperkolesterolemia. Tujuannya untuk menjaga pola makan gizi seimbang, makan makanan yang dapat menurunkan kadar kolesterol dengan menerapkan diet rendah lemak. Terapi diet pada PJK yang merupakan panduan dalam masalah kesehatan kardiovaskuler yang telah diikuti secara luas adalah dari AHA dan NCEP. Terapi diet ini secara khusus bertujuan untuk memperbaiki profil lemak darah pada batas-batas normal.

Penyakit Jantung Koroner adalah penyakit kronis yang tidak hanya berdampak pada mortalitas, tetapi juga berdampak signifikan pada morbiditas dan kualitas hidup penderitanya. Pasien PJK seringkali mengalami gejala seperti nyeri dada, sesak napas, dan fatigue yang memengaruhi aktivitas sehari-hari yang berdampak pada kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, penting untuk memahami dampak PJK terhadap dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan dari kualitas hidup agar dapat dilakukan intervensi yang tepat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

B. Tinjauan Tentang Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

1. Defenisi Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

Kualitas hidup (*Quality of Life*) merupakan penilaian terhadap orang mengenai masalah kesehatannya. Menurut Moghadam et al (2019), kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai ukuran konseptual untuk mengevaluasi efektivitas pengobatan pada pasien dengan penyakit kronis. Pengukurannya mencakup status kesehatan, kelangsungan hidup, dan kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan aktivitas dan tugas sehari-hari. Kualitas hidup adalah konsep multidimensi yang mencakup berbagai aspek kesejahteraan individu dan dipengaruhi oleh faktor budaya dan sosial (Cieřlik, 2023).

Kualitas hidup menurut *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) dapat diartikan sebagai kesadaran individu akan posisi hidupnya, tujuan, harapan dan standar hidup dalam kaitannya dengan situasi budaya dan nilai (WHO, 2018). Berdasarkan pendapat dari berbagai pemangku kepentingan tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup menilai posisi hidup seseorang dengan melihat seberapa baik seseorang mampu melakukan aktivitas sehari-hari dari berbagai aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

2. Dimensi Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

Menurut WHO (seperti dikutip dalam Ekasari et al (2019), ada empat bidang utama dimensi penilaian kualitas hidup disebut WHOQOL-BREF meliputi:

a. Kesehatan Fisik

Aspek kesehatan fisik meliputi energi, kelelahan, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan obat, dan perawatan medis, termasuk bantuan dan kapasitas kerja.

b. Kesehatan psikologis

Aspek dalam bidang kesehatan psikologis meliputi citra tubuh dan penampilan, emosi negatif, emosi positif, harga diri, berpikir,

belajar, ingatan, konsentrasi, agama/spiritualitas, dan kepribadian/kepercayaan.

c. Hubungan Sosial

Aspek dalam bidang hubungan sosial meliputi hubungan personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual.

d. Hubungan dengan lingkungan

Aspek dalam bidang hubungan dengan lingkungan meliputi sumber daya finansial, kebebasan, keselamatan, keamanan fisik, kesehatan dan kepedulian sosial: aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, peluang memperoleh hal-hal baru, informasi dan keterampilan, partisipasi dan peluang rekreasi/kenyamanan, dan lingkungan fisik (pencemaran lingkungan/kebisingan/lalu lintas/iklim).

3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

Faktor – faktor yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien PJK adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan, status pernikahan, riwayat operasi dan spiritual (Amarullah & Rosyid, 2021):

a. Usia

Usia memengaruhi kualitas hidup dimana ketika usia semakin bertambah maka kualitas hidup akan semakin menurun (Purnama, 2020). Bertambahnya usia juga dapat mengurangi sistem kerja jantung atau penurunan kualitas kerja jantung yang tidak seperti umur yang lebih muda (Amarullah & Rosyid, 2021).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki memiliki kualitas hidup lebih tinggi di bandingkan jenis kelamin perempuan dikarenakan jenis kelamin laki-laki lebih produktif di bandingkan dengan jenis kelamin perempuan (Amarullah & Rosyid, 2021). Jenis kelamin juga memengaruhi kualitas hidup, jenis kelamin laki-laki memiliki kualitas hidup lebih baik dibandingkan perempuan (Rahmat et al., 2020).

c. Pendidikan

Tingginya tingkat pendidikan seseorang maka cenderung untuk berperilaku positif dikarenakan pendidikan yang diperoleh dapat meletakkan dasar-dasar dalam diri seseorang dan bisa meningkatkan kualitas hidup seseorang (Aslamiyah et al., 2019). Semakin tinggi tingkat pendidikan maka cenderung berperilaku positif dan pengetahuan lebih tinggi akan semakin tinggi pemahaman dan kesadaran tentang hidup sehat dan bahaya penyakit seperti jantung koroner (Amarullah & Rosyid, 2021).

d. Pekerjaan

Peningkatan kualitas hidup pada pasien yang masih tetap bekerja dan beraktivitas fisik yang secukupnya dibandingkan pasien yang tidak bekerja (Nuraeni et al., 2016). Produktivitas dan penghasilan bisa meningkatkan kualitas hidup pasien (Amarullah & Rosyid, 2021).

e. Status Pernikahan

Menikah adalah salah satu faktor yang meningkatkan tingginya kualitas hidup pasien (Nuraeni et al., 2016). Menikah dapat menambah kualitas hidup pasien menjadi lebih baik, menikah membuat seseorang tidak merasa sendirian, ada yang memberi semangat dan dapat diajak berdiskusi dalam menghadapi penyakitnya (Amarullah & Rosyid, 2021).

f. Riwayat Operasi

Revaskularisasi pada pasien akan memiliki kondisi fisik yang lebih baik dibandingkan dengan pasien yang tidak menjalani tindakan revaskularisasi (Nuraeni et al., 2016). Revaskularisasi merupakan salah satu faktor yang meningkatkan kualitas hidup pasien jantung koroner (Amarullah & Rosyid, 2021).

g. Spiritual

Beragama atau pendekatan spiritual kepada Tuhan berpengaruh juga kepada meningkatnya kualitas hidup pasien jantung koroner (Nuraeni et al., 2016). Peran agama dalam

kehidupan memiliki dimensi mental spiritual yang tinggi dalam hal kepedulian terhadap apa yang terjadi dimasa depan (Jumayanti et al., 2020). Religius atau pendekatan spiritual dapat meningkatkan kualitas hidup dan peningkatan kesehatan pada pasien jantung koroner (Amarullah & Rosyid, 2021).

4. Alat Ukur Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

Beberapa contoh instrumen yang umum digunakan dalam mengukur kualitas hidup pasien adalah sebagai berikut :

a. *The World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL)*

Kualitas hidup menurut WHO meliputi empat bidang atau dimensi yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan (Marchinko, 2008). Keempat dimensi dari WHOQOL-BREF mampu menjelaskan variasi dari data yang dikumpulkan sebesar 52,9 - 61,42%. Keempat dimensi ini mampu mempresentasikan kualitas hidup seseorang secara keseluruhan (Skevington et al., 2004). Instrumen kualitas hidup telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Ratna Mardiaty dan Satya Joewana dari Universitas Katolik Indonesia pada tahun 2004 yang terdiri atas 26 item pertanyaan, dimana setiap item memiliki score 1-5 dan 5-1 meliputi 4 dimensi, dengan uji reliabilitas $r = 0.91$ (Widiastuti, 2012).

WHOQOL-BREF terdiri dari 24 aspek yang mencakup 4 dimensi dan terbukti dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Keempat dimensi tersebut adalah: kesehatan fisik psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. WHOQOL-BREF juga mengukur 2 aspek dari kualitas hidup secara umum yaitu: kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan secara umum (WHOQOL Group, 1995).

Dimensi kesehatan fisik terdiri atas 7 pertanyaan tentang rasa nyeri, energi, istirahat tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan dan pekerjaan. Dimensi psikologi terdiri atas 6 pertanyaan tentang perasaan positif dan negatif, cara berpikir, harga diri, *body image*

dan spiritual. Dimensi hubungan sosial dengan 3 pertanyaan tentang hubungan individu, dukungan sosial dan aktivitas seksual. Dimensi lingkungan dengan 8 area pertanyaan yang meliputi keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, fasilitas kesehatan, kemudahan mendapat informasi kesehatan, rekreasi, transportasi. Perhitungan untuk menentukan skor kualitas hidup merupakan penjumlahan dari semua skor yang didapat setiap item pertanyaan (WHOQOL-BREF Group, 1996).

b. Survei Kesehatan Formulir Singkat-36 (SF-36)

Survei Status Kesehatan SF-36 adalah alat penilaian kualitas hidup terstandar yang terdiri dari 36 item soal pilihan ganda yang mengukur delapan konsep kesehatan: fungsi fisik (10 item), peran fungsi fisik (peran fisik)/keterbatasan peran karena masalah fisik (4 item), nyeri fisik (2 item), persepsi umum tentang kesehatan (energi dan vitalitas (4 item), fungsi sosial (2 item), peran emosional (3 item), kesehatan mental (5 item). Hasilnya dikonversi ke skala 0 hingga 100, yang memungkinkan skala untuk diukur secara numerik. Semakin tinggi nilai konversi skala 0 hingga 100 untuk setiap dimensi kesehatan, maka semakin baik status kesehatannya. Nilai yang lebih rendah menunjukkan kesehatan yang lebih baik, status kesehatan dan keterbatasan fungsional yang terendah, serta ketidakmampuan sosial dan peran yang signifikan, skor yang tinggi menunjukkan tidak adanya batasan atau hambatan (Lavdaniti et al., 2015). Uji reliabilitas untuk skor fisik dan mental adalah 0.80 dan $r=0.40$ atau lebih (Ware, 2000; Sofiani, 2008).

c. EuroQoL 5 Dimensi 5 Tingkat (EQ-5D-5L)

EQ-5D-5L adalah instrumen umum untuk menggambarkan dan menilai status kesehatan. Hal ini didasarkan pada sistem deskriptif yang mendefinisikan kesehatan dalam lima dimensi: mobilitas, perawatan diri, aktivitas yang biasa, nyeri/ketidaknyamanan, dan kecemasan/depresi. Setiap dimensi mempunyai tiga kategori respon: tidak ada masalah, ada masalah,

dan masalah ekstrim. Alat ini dirancang untuk digunakan secara mandiri, dan responden juga menilai status kesehatan umum mereka pada hari wawancara menggunakan skala analog visual vertikal (EQ-VAS) yang berkisar antara 0 hingga 100 (Herdman et al., 2011).

d. Kuesioner *MacNew*

MacNew adalah kuesioner yang diisi sendiri dan dirancang untuk menilai perasaan pasien mengenai berbagai masalah dan kekhawatiran yang diidentifikasi oleh pasien PJK. Kriteria tersedia untuk pasien dengan *miocard infarc*, angina, dan gagal jantung. *MacNew* dirancang untuk menilai bagaimana fungsi fisik, emosional dan sosial serta aktivitas sehari-hari dipengaruhi oleh penyakit kardiovaskular (Yu et al., 2008). Penilaian ini mencakup 27 item dalam tiga dimensi (fisik, emosional, dan sosial), memberikan penilaian keseluruhan, berlangsung selama 2 minggu, dan berkisar dari 1 (HRQOL rendah) hingga 7 (HRQOL tinggi) (Höfer et al., 2012).

5. Hasil Pengukuran Kualitas Hidup (*Quality of Life*)

Menurut Sekarwiri (2008), instrumen WHOQOL-BREF adalah alat ukur yang valid ($r=0.89-0.95$) dan reliabel ($R=0.66-0.87$). Instrumen kualitas hidup (WHOQOL-BREF) merupakan pengembangan dari instrumen WHOQOL-100, yang terdiri dari 26 pertanyaan yang berasal dari WHOQOL-100.

Menurut Raudhah Ismu (2012), untuk menilai WHOQOL-BREF, maka ada empat dimensi yang digabungkan yaitu dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Semua 60 pertanyaan berdasarkan pada skala Likert lima poin (1-5) yang fokus pada intensitas, kapasitas, frekuensi dan evaluasi. Skala respon intensitas mengacu kepada tingkatan dimana status atau situasi yang dialami individu. Skala respon kapasitas mengacu pada kapasitas perasaan, situasi atau tingkah laku. Skala respon frekuensi mengacu pada angka, frekuensi, atau kecepatan dari situasi atau tingkah laku. Skala respon evaluasi mengacu pada taksiran situasi dari situasi, kapasitas atau tingkah laku. Pertanyaan

nomor 1 dan 2 pada kuesioner mengkaji tentang kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum.

Terdapat 4 dimensi dalam menilai kualitas hidup menggunakan instrumen WHOQOL-BREF (Riyanto, 2022):

- a. Dimensi 1 - Fisik terdapat pada pertanyaan nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18.
- b. Dimensi 2 - Psikologis ada pada pertanyaan nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26.
- c. Dimensi 3 - Hubungan sosial ada pada pertanyaan nomor 20, 21, dan 22.
- d. Dimensi 4 - Lingkungan ada pada pertanyaan nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, dan 25.

Instrumen ini juga terdiri atas pertanyaan positif, kecuali pada tiga pertanyaan, yaitu nomor 3, 4, dan 26 yang bernilai negatif. Pada penelitian ini skor tiap dimensi (*raw score*) ditransformasikan dalam skala 0-100 dengan menggunakan rumus baku yang sudah ditetapkan oleh WHO di bawah ini (Riyanto, 2022):

$$\text{Transformed Score} = (\text{Skor}-4) \times (100/16)$$

No	Skor	Interpretasi
1	Skor < 56	Kualitas hidup kurang baik
2	Skor 57 – 75	Kualitas hidup baik
3	Skor 76-100	Kualitas hidup sangat baik

Kualitas hidup pasien PJK seringkali terganggu karena gejala fisik yang dialami, perubahan gaya hidup yang diperlukan, dan dampak psikologis dari penyakit ini. Oleh karena itu, berbagai intervensi telah diusulkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien PJK, salah satunya adalah *health coaching*. *Health coaching* dapat mengarah pada strategi perawatan diri yang lebih baik dan hasil kesehatan yang lebih baik, yang penting untuk meningkatkan kualitas hidup pada pasien penyakit kronis (Ji & Yu, 2023).

C. Tinjauan *Health Coaching*

1. Definisi *Health Coaching*

Association for Coaching mendefinisikan *coaching* sebagai proses kolaborasi yang berfokus pada solusi, berorientasi pada hasil dan sistematis, di mana seorang *coach* memfasilitasi peningkatan atas performa kerja, pengalaman hidup, pembelajaran diri, dan pertumbuhan pribadi dari seorang *coach* (Oliveira et al., 2017). *Coaching* merupakan hubungan kolaboratif yang dilakukan antara *coach* dan kemauan dari individu untuk membantu mencapai tujuan dari individu tersebut.

Health coaching adalah pendekatan yang digunakan untuk meningkatkan motivasi dan keyakinan pasien terhadap penyakit mereka, sehingga mereka dapat menunjukkan perilaku kepatuhan yang baik (Hastuti & Mufarokhah, 2019). *Health coaching* sebagai sebuah metode yang berpusat pada pasien, dimana penetapan tujuan ditentukan sendiri oleh pasien, adanya interaksi aktif antara petugas kesehatan dan pasien berfokus pada kesehatan, dan terjadi melalui sebuah proses pencerahan dan pemberdayaan pasien (Olsen, 2014a). *Health coaching* merupakan pendekatan efektif bagi pasien untuk meningkatkan perilaku pasien dengan memberdayakan untuk menjadi pusat perawatan kesehatan mereka sendiri (Jeon & Benavente, 2016).

Definisi lain menjelaskan metode *health coaching* mengacu pada semua konteks hubungan interpersonal dengan *coach*, yang ditandai dengan pendekatan berpusat pada pasien, dimana pasien menentukan tujuan, menggunakan penemuan diri, atau proses pembelajaran aktif bersama, dengan pendidikan kesehatan untuk bekerja menuju tujuan yang telah ditetapkan, disertai dengan perilaku pemantauan diri untuk meningkatkan akuntabilitas (Wolever et al., 2013). *Health coaching* membantu seorang perawat untuk dapat terlibat langsung dalam percakapan dan hubungan yang diarahkan untuk meningkatkan pengembangan profesional, komitmen dan juga praktek. Berdasarkan dari definisi tersebut, disimpulkan bahwa *health coaching* merupakan metode yang berpusat pada pasien, dengan mengaktifkan pemberdayaan

pasien dan memaksimalkan potensi yang dimiliki melalui penetapan tujuan oleh pasien sendiri melalui proses pembelajaran bersama dengan *coach*.

2. Karakteristik *Health Coaching*

Health coaching adalah intervensi perilaku yang bertujuan untuk memfasilitasi peserta dalam menetapkan dan mencapai tujuan peningkatan kesehatan, yang mengarah pada perubahan perilaku dan peningkatan manajemen diri dari kondisi kronis (Zarrabeitia, 2016). Intervensi ini melibatkan penerapan proses *coaching* untuk memobilisasi motivasi dan sumber daya pasien sendiri, menghasilkan transformasi yang efektif dan tahan lama dari waktu ke waktu (Wahyudi & Nursasi, 2021).

Keberhasilan *health coaching* ditentukan oleh beberapa faktor, termasuk kesepakatan antara kedua belah pihak, *coach* yang baik, *coach* yang mendukung, pasien yang termotivasi, kolaborasi antara *coach* dan pasien, keterampilan komunikasi yang baik, dan frekuensi dan durasi interaksi (Bouraoui, 2022). *Health coaching* telah terbukti meningkatkan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, seperti kepatuhan pengobatan, aktivasi pasien, dan penggunaan sumber daya perawatan kesehatan (Matthews, 2020). *Health coaching* sebagai contoh penting konvergensi global dalam perawatan kesehatan dan pendekatan berorientasi sistem yang terintegrasi dengan pendekatan berbasis tim untuk perawatan kesehatan.

Menurut Olsen (2014), menjabarkan 7 karakteristik metode *health coaching*, antara lain:

- a. Berfokus pada masalah pasien.
- b. *Partnership*, antara *coach* dan pasien secara aktif terlibat dalam proses bekerja bersama menuju hasil yang diinginkan.
- c. Berpusat pada pasien, meskipun disajikan sebagai kemitraan antara *coach* dan pasien, tetapi tetap berfokus pada pasien.
- d. Berorientasi pada tujuan. Pasien menetapkan sendiri tujuan yang hendak dicapai, dan berupaya untuk mewujudkan tujuan tersebut.

- e. Berproses. Proses belajar aktif dari pasien melalui proses penemuan diri (*self-discovery*).
- f. *Enlightening*, mencakup pendidikan kesehatan, pendekatan refleksi diri, pasien mengidentifikasi hambatan dan strategi, serta skala kesadaran diri.
- g. Pemberdayaan (*Empowering*), skala pemberdayaan, kehadiran, dan sejumlah dukungan dan dorongan.

3. Tujuan *Health Coaching*

Health coaching dalam keperawatan bertujuan untuk:

- a. Mengoptimalkan perawatan diri pasien, meningkatkan kesehatan secara keseluruhan, mencegah dan mengelola penyakit kronis, dan memberikan dukungan untuk pemulihan pasca operasi (Obro et al., 2023).
- b. Mengoptimalkan perawatan diri pasien dan meningkatkan komunikasi dalam konsultasi medis. Penyediaan *health coaching* oleh perawat dimaksudkan untuk mendidik pasien tentang perawatan diri, mencegah dan mengelola penyakit kronis, dan membantu pemulihan pasca operasi (Barr & Tsai, 2021).
- c. Pasien yang memiliki pengalaman komunikasi yang tidak memuaskan dalam konsultasi, menyatakan minatnya untuk menerima dukungan untuk meningkatkan komunikasi dengan penyedia layanan kesehatan (Alders et al., 2022).
- d. Teknik *coaching* digunakan dalam alat bantu keputusan pasien untuk memfasilitasi proses pengambilan keputusan dan memberikan dukungan kepada pasien dalam mempertimbangkan pilihan dan mengekspresikan nilai dan preferensi pasien (Stacey et al., 2013).
- e. *Health coaching* berperan membantu pasien dalam membuat keputusan dan menerapkan perubahan untuk meningkatkan kesehatannya melalui dukungan pendidikan, pribadi, dan praktis, bertindak sebagai penghubung antara pasien dan dokter (Thom et al., 2016).

- f. *Health coaching* integratif berfokus pada berpusat pada pasien, kontrol pasien, dan tujuan kesehatan yang digerakkan oleh pasien untuk meningkatkan pemberdayaan dan pencapaian tujuan terkait kesehatan (Caldwell et al., 2013).

4. **Model Health Coaching**

Menurut Bennett et al (2010), dalam pelaksanaan *health coaching* terdapat dua model yang dapat dijadikan acuan tergantung tujuan yang ingin dicapai adalah:

- a. *The Teamlet Model*

Model ini telah diperkenalkan. Didirikan pada tahun 2006 di *General Hospital Family Center* di San Francisco. Model “*teamlet*” (tim kecil) memperpanjang kunjungan rumah menjadi 15 menit dan memberikan perawatan yang bergantung pada pasien yang mencakup *coaching*. Dalam model *teamlet* HFC, setiap pasien diperkenalkan dengan *health coach* selama kunjungan mereka. Pasien diberitahu tentang peran *health coach* dan ditanya apakah mereka merasa nyaman jika *coach* bersama mereka selama kunjungan klinik. *Health coach* membantu pasien dengan masalah nonklinis, seperti kurangnya pemahaman tentang resep, pertanyaan tentang janji temu atau izin khusus, dan masalah manajemen mandiri pasien (Ngo et al., 2010).

Health coach sebelum melakukan kunjungan (*pre-visit*) untuk meninjau pengobatan pasien dan mengembangkan rencana pengobatan, membantu selama kunjungan dokter dan kunjungan tindak lanjut (*post-visit*), dan memastikan pasien memahami dan menyetujui pengobatan yang direkomendasikan. Evaluasi apakah perlu atau tidak dan menghubungkan pasien dengan rencana tindakan untuk perubahan perilaku. Kemudian dilakukan kegiatan tindak lanjut melalui telepon untuk memastikan rencana tindakan dan kepatuhan pengobatan di antara kunjungan. Kegiatan tindak lanjut yang teratur dapat membantu meningkatkan hasil kesehatan pada penyakit kronis. Peran utama dari *coach* adalah membantu

pasien memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri untuk mengelola kondisi mereka (Ngo et al., 2010).

b. *The Hospital-to-home Model*

Care transition interventions adalah metode *coaching* yang banyak digunakan untuk membekali pasien dan keluarga dengan keterampilan dan kepercayaan diri selama transisi dari rumah sakit ke rumah. *Care transitions coach* (perawat atau pekerja sosial) mengunjungi pasien sekali di rumah sakit, sekali di rumah, dan melakukan tiga kali komunikasi dengan pasien melalui telepon. *Care transitions intervention model* memiliki 4 pilar yaitu: memiliki strategi manajemen pengobatan yang dapat diandalkan, mengatasi hambatan tindak lanjut, mengetahui cara mengenali dan merespons tanda dan gejala penyakit yang memburuk, serta kesehatan pribadi. Aplikasi rekaman untuk mencatat perkiraan tujuan 30 hari informasi kesehatan, dan pertanyaan untuk ditanyakan kepada dokter atau ahli kesehatan pada pertemuan berikutnya (Voss et al., 2011). *Care transition interventions* efektif ketika pasien kembali ke rumah, meningkatkan hasil kesehatan pasien, mengurangi biaya perawatan kesehatan, dan memberikan perawatan kapan, di mana, dan kapan diperlukan. Membantu pasien memahami apa yang diminta (Voss et al., 2011).

5. **Peran Health Coach**

Menurut Bennett et al (2010), *health coach* mempunyai lima tugas utama yaitu:

a. Dukungan manajemen mandiri

Dukungan manajemen mandiri sangat penting untuk memungkinkan pasien memperluas layanan kesehatan mereka di luar klinik dan dalam kehidupan nyata. *Coach* melakukan enam tugas: memberikan informasi, mengajarkan keterampilan khusus penyakit, mendorong perubahan perilaku sehat, memberikan keterampilan pemecahan masalah, mendukung dampak emosional dari penyakit kronis, dan memberikan perawatan tindak lanjut secara

teratur. Latih pasien dalam elemen-elemen tersebut dan mendorong pasien untuk aktif dalam perawatan diri.

b. Menjembatani kesenjangan antara dokter dan pasien

Peran *health coach* adalah menindaklanjuti pasien, memastikan bahwa pasien memahami dan menyetujui rencana pengobatan, dan bertindak sebagai penghubung untuk menjembatani kesenjangan berdasarkan kebutuhan yaitu keterbatasan literasi kesehatan, hambatan budaya, dan kelas sosial.

c. Membantu pasien menavigasi sistem perawatan kesehatan.

Banyak pasien lanjut usia dan penyandang cacat memerlukan navigator untuk membantu mereka menemukan lokasi, bernegosiasi, dan berpartisipasi dalam perawatan mereka. *Coach* dapat membantu mengoordinasikan perawatan dan melakukan advokasi untuk pasien.

d. Memberikan dukungan emosional

Coach memberikan dukungan emosional dan membantu pasien mengatasi tantangan penyakitnya.

e. Kesenambungan Perawatan

Coach berhubungan dengan pasien dengan cara mengenal, menindaklanjuti, dan membangun kepercayaan selama dan di antara kunjungan pasien.

6. **Pilar *Health Coaching***

Menurut Lawson (2013), memaparkan 4 pilar praktik *Health coaching* yaitu :

- a. Uji tuntas telah dilakukan. *Mindfulness* adalah proses kesadaran yang terfokus dan tidak menghakimi.
- b. Komunikasi autentik dibangun melalui kerangka komunikasi seperti wawancara motivasi, pertanyaan apresiatif, dan komunikasi tanpa kekerasan. Komunikasi terdiri dari empat aspek:
 - 1) Mendengarkan secara mendalam mengacu pada pendengaran yang dikomunikasikan melalui dan di antara kata-kata, bahasa tubuh, dan emosi.

- 2) Penyelidikan rasa ingin tahu adalah praktik eksplorasi yang tidak menghakimi secara terbuka tanpa tujuan atau harapan.
 - 3) Refleksi perspektif yang mencerminkan apa yang didengar dan dirasakan pasien, namun *coach* selalu menegaskan kebenaran refleksi tersebut kepada pasien. Ini adalah kesempatan untuk menawarkan pengamatan dan wawasan dengan empati, bukan rasa kasihan, kasihan, atau penilaian.
 - 4) Diam/Keheningan adalah aspek penting dan sering kali tidak disadari dalam komunikasi manusia yang efektif. Praktisi harus terbiasa dengan keheningan itu sendiri dan peka serta reseptif terhadap penggunaan efektifnya pada pasien.
- c. Kesadaran diri memerlukan perhatian sesekali yang diberikan pada diri sendiri secara fisik, mental, dan emosional. *Coach* perlu terus-menerus menyadari emosi dan reaksi yang muncul secara internal sehingga mereka dapat dengan tepat mengelola reaksi yang muncul selama sesi dan memperhatikan masalah pribadi yang perlu didiskusikan secara eksternal dalam pertemuan.
 - d. Ruang aman dan nyaman yang dirasakan pasien sangat penting dalam membangun hubungan *health coaching* yang memerlukan rasa saling percaya, koneksi, dan produktivitas.

7. Teknik Komunikasi Efektif *Health Coaching*

Teknik komunikasi efektif saat kunjungan pada *health coaching* ada 3 yaitu *ask-tell-ask*, *teach-back or closing the loop and action planning* (Bodenheimer, 2018), sedangkan menurut Goldman et al (2015), ada lima prinsip dasar dalam *health coaching* berbasis bukti, yaitu *ask-tell-ask*, *teach-back* atau *closing the loop*, *know your number*, *behavior-change action planning* dan *medication adherence counselling*.

a. Ask-Tell-Ask

Teknik *ask-tell-ask* merupakan dasar yang menciptakan keterlibatan bersama antara pasien dan *coach*. Dialog menggunakan teknik *ask-tell-ask* diawali dengan mengajukan pertanyaan terbuka kepada pasien untuk menilai pemahaman atau ketidakpahaman

mereka terkait rencana perawatan sebelum *health coach* membagikan informasi. Berdasarkan respons pasien, *health coach* kemudian menyesuaikan informasi sesuai dengan tingkat pemahaman pasien dan memberi tahu mereka secara singkat mengenai apa yang ingin mereka ketahui (Goldman et al., 2015).

b. *Teach-Back or Closing The Loop*

Teach-back adalah suatu teknik yang digunakan oleh *health coach* untuk mengevaluasi pemahaman. *Teach-back* menggunakan bahasa yang sederhana untuk menjelaskan rekomendasi dokter dan meminta pasien untuk menjelaskan dengan kata-kata mereka sendiri apa yang mereka pahami tentang kunjungan dan rencana perawatan (Bodenheimer, 2018; Goldman et al., 2015).

c. *Know Your Number*

Know your number adalah mengetahui nilai sebenarnya dari target seseorang. Sebuah uji coba yang dikendalikan secara acak menunjukkan bahwa pasien diabetes yang diberi informasi tentang tingkat HbA1c aktual dan target HbA1c mereka memiliki peningkatan kontrol glikemik yang lebih signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol (Goldman et al., 2015).

d. *Behavior-Change Action Planning*

Action Planning juga dapat diterapkan untuk mendorong perubahan perilaku yang sehat atau menetapkan tujuan melalui kesepakatan konkret terkait perubahan perilaku (Bodenheimer, 2018; Goldman et al., 2015).

e. *Medication Adherence Counselling*

Konseling kepatuhan pengobatan adalah strategi efektif yang mempertimbangkan perasaan pasien terkait minum obat (*ask-tell-ask*), memastikan pemahaman instruksi dan menyesuaikan rejimen sesuai kebutuhan atau keinginan pasien (*ask-tell-ask* dan perencanaan tindakan untuk perubahan perilaku). Ini melibatkan pasien dalam peninjauan penggunaan obat, termasuk pemeriksaan kepatuhan terhadap resep, mengidentifikasi hambatan, dan

memberikan saran strategi untuk mengatasinya (Goldman et al., 2015).

Menurut Ghorob (2013), tiga teknik utama yang digunakan dalam *health coaching* yaitu :

a. *Ask-Tell-Ask*

Ask-tell-ask adalah teknik dasar *health coaching* untuk membangun hubungan kerja antara pasien dan *health coach* dan meningkatkan partisipasi pasien. Dialog *ask-tell-ask* memungkinkan *health coach* untuk menanyakan pertanyaan terbuka kepada pasien untuk memahami apa yang mereka lakukan dan apa yang tidak mereka pahami tentang penyakit dan rencana pengobatan mereka sebelum memberikan informasi kepada pasien. Kegiatan ini dimulai dengan mengevaluasi berbagai hal (Shapiro et al., 2021).

Menurut Shapiro et al (2021), secara garis besar, *health coach* dapat menanyakan hal-hal sebagai berikut :

- 1) Apa yang anda ketahui dan apa yang ingin anda ketahui.
- 2) Beritahukan kepada mereka apa yang ingin mereka ketahui.
- 3) Tanyakan apakah anda memahami dan apa lagi yang ingin anda ketahui.

b. *Teach-Back*

Teach-back adalah teknik dimana pasien mengulangi informasi yang diberikan dengan kata-katanya sendiri. *Teach-back* bukan tentang menguji pengetahuan pasien, melainkan memeriksa apakah *coach* telah menjelaskan hal-hal penting dengan cara yang dapat dipahami pasien (Farris, 2015).

Banyak metode pengajaran kembali yang juga digabungkan dengan strategi pendidikan lainnya, dan pengajaran kembali digunakan sebagai bentuk penilaian pendidikan kesehatan. Apabila menggunakan metode *teaching back* dalam memberikan edukasi maka prosesnya harus disesuaikan dengan situasi lapangan dan kondisi pasien agar edukasi lebih efisien (Wahyuni et al., 2021).

c. *Action Planning*

Menurut UCSF (2014), rencana tindakan adalah merupakan kesepakatan antara pasien, penyedia layanan kesehatan, dan *health coach* untuk membantu pasien mencapai tujuan kesehatan yang lebih baik. Rencana perilaku adalah alat yang digunakan untuk melibatkan pasien dalam percakapan perubahan perilaku yang dapat membantu mereka mencapai tujuan bersama dengan dokter dan *health coach*.

Tanyakan kepada pasien apa yang harus mereka lakukan untuk meningkatkan kesehatannya misalnya: berolahraga, memilih lebih banyak makanan, minum obat, mengurangi stres, mengurangi merokok, atau mengambil keputusan sendiri. Lacak rincian spesifik dan catat rincian tersebut dalam bentuk rencana tindakan (apa, berapa banyak, kapan, seberapa sering, di mana, dengan siapa). Setelah mengidentifikasi rencana tindakan, pasien diminta menilai (pada skala 0-10) seberapa yakin mereka dalam melakukan tindakan tersebut. Jika tingkat kepercayaan diri Anda di bawah skala 8, tanyakan bagaimana Anda dapat mengubah sasaran untuk meningkatkannya menjadi 8 atau di atas skala (UCSF, 2014).

Proses *coaching* memiliki beberapa teknik dan model yang dibahas, antara lain teknik FIRA yang dikembangkan oleh Amalia & Siregar (2015) terdiri dari empat langkah (fokus, identifikasi, perencanaan tindakan dan akuntabilitas) :

a. Fokus pada Tujuan

Coach mengikuti keinginan yang dibina, misalnya keinginan untuk meningkatkan kesehatan, fokuskan diskusi dengan mempertimbangkan topik dan sasaran. Contoh pertanyaan:

"Topik apa yang ingin Anda diskusikan dalam sesi *coaching* ini?"

"Apa fokus diskusi yang ingin Anda lihat dalam sesi ini?"

"Mengapa tujuan ini penting bagi Anda?"

"Apa ukuran keberhasilan sesi ini?"

b. Identifikasi G.P.S

Coach melakukan latihan untuk mengidentifikasi kesenjangan (*Gap*), kemungkinan (*Possibilities*) dan solusi (*Solution*) yang muncul dari persepsi dan citra diri peserta *coaching*. Contoh soal:

1) Kesenjangan (*Gap*):

Pada skala 1 sampai 10, 1 jauh dari target dan 10 mencapai target.

"Di mana Anda sekarang?" (Periksa kesenjangannya)

"Kesenjangan apa yang saat ini Anda rasakan/ ketahui/pahami yang menghalangi mencapai tujuan Anda?"

2) Kemungkinan (*Possibilities*) :

"Tujuan ide/pemikiran apa yang Anda miliki saat ini tentang pilihan/peluang yang akan membantu Anda mencapai hal ini?"

3) Solusi (*Solution*):

"Manakah dari pilihan di atas yang merupakan solusi yang paling mungkin untuk dipilih dalam situasi saat ini?"

"Mengapa Anda memilih solusi ini?"

"Seberapa yakin Anda bahwa pilihan tersebut merupakan solusi yang akan membuahkan hasil?"

c. Rencana Aksi

Coach akan memandu Anda melalui implementasi solusi yang dipilih. Memberikan ruang dan kesempatan kepada *coach* untuk mengembangkan rencana aksi. Contoh pertanyaan:

"Berdasarkan solusi yang dipilih, rencana tindakan/langkah apa yang akan Anda ambil untuk mencapai tujuan ?"

"Apa strategi implementasinya?"

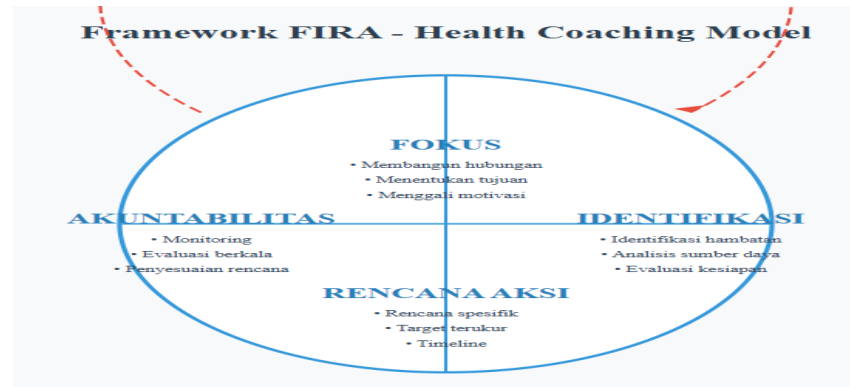
d. Akuntabilitas

Komitmen dan tindak lanjut. *Coach* memastikan bahwa orang yang dibina mempunyai kemampuan untuk melakukan, tanggung jawab untuk melaksanakan rencana tindakan, dan tindakan tindak lanjut. Contoh pertanyaannya antara lain:

"Apa tujuan akhir dari sesi *coaching* ini?"

“Bagaimana Anda memantau rencana tindakan dan menjaga akuntabilitas?”

“Seberapa besar komitmen Anda untuk mencapai tujuan?”



Gambar 3. FIRA Framework

Teknik dan model *coaching* GROW yang dikembangkan oleh Sir John Whitmore dan rekan-rekannya pada tahun 1980-an dan dipopulerkan melalui buku "*Coaching for Performance*" (Wilson, 2019). GROW menyediakan kerangka kerja untuk sesi pembinaan, percakapan, pertemuan, dan merupakan model pembinaan paling terkenal saat ini.

Model GROW terdiri dari empat langkah kunci: *Goal* (Tujuan), *Reality* (Realitas), *Options* (Pilihan), dan *Will* (Kehendak). Langkah Tujuan dibahas di awal untuk menjaga fokus dan meningkatkan energi. Langkah Realitas membantu individu memahami situasi saat ini dengan jelas. Langkah Pilihan mengeksplorasi berbagai opsi yang tersedia. Terakhir, langkah Kehendak menentukan tindakan yang akan diambil oleh individu yang dibina (Wilson, 2019).

Setiap langkah dalam model GROW disertai dengan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat terbuka dan tertutup untuk memandu proses pembinaan. Pertanyaan-pertanyaan ini dirancang untuk membantu individu mengeksplorasi tujuan, menganalisis realitas, mengidentifikasi pilihan, dan menentukan komitmen untuk bertindak. Model GROW menyediakan struktur yang sistematis untuk sesi pembinaan, percakapan, atau proyek, dengan tujuan memfasilitasi perubahan positif dan pencapaian tujuan secara efektif. Urutan langkah-langkah dalam model GROW membentuk sebuah kerangka kerja yang digunakan untuk

memfasilitasi sesi pembinaan atau percakapan pembinaan (Wilson, 2019).



Gambar 4. GROW Solution

Menurut Huffman (2007) dalam Cole et al., (2023), menyatakan terdapat strategi yang disebut OARS teknik, yang dapat memfasilitasi diskusi pasien dengan beberapa strategi yaitu :

- a. Pertanyaan terbuka (*open-ended question*), pasien dapat fokus pada masalahnya saat ini.
- b. Verifikasi kekuatan pribadi/identifikasi kekuatan pasien (*affirmation of the person's strengths*), verifikasi sumber daya internal dan eksternal pasien. Hal ini memberikan keyakinan kepada pasien bahwa mereka benar-benar dapat mencapai tujuan mereka.
- c. Mendengarkan secara reflektif (*reflective listening*) menunjukkan bahwa perawat tertarik pada masalah pasien, daripada perawat menjadi pusat perhatian, perawat belajar dari sudut pandang pasien dan berusaha lebih keras untuk memahami
- d. Ringkasan (*summary*), memungkinkan perawat untuk mengulangi poin-poin penting kepada pasien dan mengungkapkan kekhawatiran pasien.

8. **Komponen *Health Coaching***

Menurut Ghorob et al (2013), ada empat komponen dari *health coaching* yaitu:

- a. Metode Intervensi

Metode intervensi didasarkan pada teknik komunikasi modern termasuk *motivational interviewing*, *transtheoretic model of*

behavior change, share decision making, dan care transitions intervention.

b. Durasi Intervensi

Waktu intervensi yang diperlukan untuk mengidentifikasi aspek inti hubungan suportif dan kreatif untuk mewujudkan perubahan perilaku dan mencapai tujuan minimal 30-40 menit per sesi .

c. Media Pengiriman Intervensi

Intervensi *health coaching* menggunakan media telepon, tatap muka secara langsung, melalui internet (*telehealth*) atau kombinasi.

d. Persyaratan *Health Coach*

Menurut Ghorob et al, (2013), Persyaratan untuk menjadi *health coach*, terlebih dahulu mengikuti sesi pelatihan minimal 100 jam untuk:

- 1) Menggabungkan nilai-nilai pribadi untuk menghasilkan motivasi internal, tujuan kesehatan, tujuan hidup, dan mengembangkan kemampuan pasien.
- 2) Membangun kapasitas untuk menghadapi perubahan dengan meningkatkan otonomi, atribut positif, efikasi diri, ketahanan, dan dukungan sosial dan lingkungan.
- 3) Pengetahuan dan pendidikan jika diinginkan pasien.
- 4) Menekankan tanggung jawab pasien, kemampuan untuk belajar dan menetapkan tujuan.
- 5) Memperkuat saling ketergantungan antara kesehatan mental positif dan kesehatan fisik. *Health coach* adalah perawat, apoteker, pendidik kesehatan, asisten medis terlatih, atau pasien lain yang disebut pelatih sejawat

9. Sesi *Health Coaching*

Jumlah sesi dalam *health coaching* bervariasi menurut beberapa penelitian, dan tidak ada ketentuan khusus untuk jumlah kunjungan. Menurut *Health Education East of England*, sesi *health coaching* dapat dilakukan mulai dari 2 hingga 5 sesi, bahkan melebihi 21 sesi, dengan

frekuensi yang berbeda, seperti setiap minggu, dua kali seminggu, atau bahkan setiap bulan. Durasi minimal 30-40 menit per sesi dianggap mencukupi untuk menciptakan aspek pokok dari hubungan yang mendukung dan kreatif, yang mampu membawa perubahan perilaku serta mencapai tujuan (Simmons & Wolever, 2013).

10. Implementasi *Health Coaching* Dalam Berbagai Aspek Penelitian

Tabel 2. Implementasi *Health Coaching*

1.	Judul	Pengaruh <i>Health Coaching</i> terhadap Peningkatan Perilaku Pencegahan Tuberkulosis di Kabupaten Tegal (Evi Supriatun & Insani, 2021) Indonesia
	Sampel	68 responden yang terdiri dari kelompok perlakuan dan kontrol.
	Desain penelitian	<i>Quasy Experiment pre-post test with kontrol grup</i>
	Durasi penelitian	Kelompok intervensi akan diberikan <i>health coaching</i> sebagai salah satu strategi promosi kesehatan dalam keperawatan yang terbagi menjadi 4 sesi
	Pelaksana intervensi	Perawat
	Model itervensi/ prosedur intervensi	Intervensi health coacing pada pasien tuberkulosis dimulai dengan pemberian edukasi kesehatan untuk memberikan pemahaman pada pasien tuberkulosis tentang pemahaman yang jelas dari keluhan dan masalah kesehatan yang dialami oleh pasien. Dengan memfasilitasi pasien dalam melakukan perilaku hidup yang sehat, pasien tuberkulosis dapat melakukan <i>self-management</i> dengan baik. <u>Model IMB</u> (<i>Information-Motivation-Behavioral</i>) <u>Model GROW</u> <i>Goal</i> (tujuan), <i>Reality</i> (realitas), <i>Option</i> (pilihan) dan <i>Will</i> (tindakan). <u>Prosedur Intervensi</u> Sesi I: Pemberian <i>health coaching</i>, peneliti memberikan edukasi kesehatan tentang pencegahan tuberkulosis. Sesi II dan III: Sesuai dengan kesepatan dengan pasien dan keluarga, peneliti melanjutkan sesi kedua dengan mengajarkan ketrampilan untuk mencegah tuberkulosis. Setelah diberikan edukasi secara psikomotor pada sesi kedua dan ketiga tentang ketrampilan pencegahan tuberkulosis. Sesi IV: Peneliti melakukan evaluasi raport perilaku pencegahan penularan penyakit tuberkulosis

		berdasarkan tindakan yang dilakukan oleh pasien tuberkulosis dan keluarga.
	Instrumen penelitian	Kuesioner pencegahan penularan
	Hasil	Adanya pengaruh <i>health coaching</i> menunjukkan pengaruh yang bermakna untuk meningkatkan perilaku pencegahan tuberkulosis sesuai dari hasil <i>pair t test</i> dengan p value 0,000. Proses <i>health coaching</i> yang di berikan pada pasien tuberkulosis meliputi perilaku pencegahan secara fisik dan peningkatan daya tahan tubuh dengan menggunakan manajemen stress karena proses penerimaan pasien dalam menerima perubahan kondisi fisiknya.
	Kesimpulan	Karakteristik responden yang diteliti pada penelitian ini mendeskripsikan bahwa sebagian besar usia responden termasuk dalam tahap perkembangan dewasa dan tingkat pendapatan yang berada pada kelompok menengah ke bawah. Berdasarkan uji bivariat diketahui bahwa terdapat perubahan perilaku responden antara sebelum dan sesudah diberikan <i>health coaching</i> tentang pencegahan tuberkulosis. Selain itu, juga didapatkan hasil bahwa adanya perbedaan rerata yang bermakna antara kelompok perlakuan dengan kelompok kontrol pasien tuberkulosis. Perawat pemegang tuberkulosis dapat meningkatkan ketrampilan dalam mengatasi stress yang dialami oleh pasien tuberkulosis sehingga dapat menggunakan manajemen stress yang tepat pada pasien tuberkulosis sesuai dengan karakteristik masalah emosional yang dialami pasien tuberkulosis. Selain itu, keluarga juga perlu memberikan dukungan pada pasien tuberkulosis agar pasien tuberkulosis memiliki motivasi yang tinggi dalam melakukan pengobatan tuberkulosis.
2.	Judul	Efektivitas Pelatihan Diet Non-Kontak pada Orang Dewasa dengan Diabetes atau Pradiabetes Menggunakan Alat Pemantau Glukosa Berkelanjutan: Uji Coba Terkendali Secara Acak (Ahn et al., 2023)
	Sampel	45 pasien diabetes
	Desain penelitian	<i>A randomized controlled study with pre-and post-testing was conducted</i>
	Durasi penelitian	4 minggu
	Pelaksana intervensi	Perawat
	Model	IMB (<i>Information Motivation behavioral skill</i>)

	intervensi/ prosedur intervensi	<u>Model GROW</u> Perawat memberikan <i>coaching</i> individu, termasuk tujuan diet harian, prestasi, dan kemauan. <u>Prosedur Intervensi</u> Edukasi: Setiap senin, edukasi terkait diet dalam presentasi power point Yang berlangsung selama 15-20 menit Pelatihan kelompok: setiap hari kamis peserta mengikuti sesi pelatihan kelompok. Peserta berbagi pengalaman pribadi dan mendapatkan dukungan dari sesama peserta. Pelatihan individu: dilakukan setiap hari, umpan balik berdasarkan rekaman fotografi makanan harian peserta untuk memberikan informasi. Apakah diet harian berhasil atau tidak. Pelatihan individu dilakukan untuk membantu peserta dalam mencapai tujuan dietnya.
	Instrumen penelitian	1. Depresi diukur menggunakan Kuesioner Kesehatan Pasien -2 versi Korea, yang mengukur frekuensi suasana hati depresi dan anhedonia. 2. Kuesioner <i>self-efficacy</i>
	Hasil penelitian	Setelah intervensi, lingkaran paha pada pria berbeda secara signifikan antara kedua kelompok ($z = -2.02$, $p = 0,044$). Bagi perempuan, peserta dalam kelompok eksperimen menunjukkan peningkatan yang lebih besar dalam hal makan efikasi diri dibandingkan dengan kelompok kontrol ($z = -2.66$, $p = 0.008$). Insomnia berdampak negatif berhubungan dengan perubahan efikasi diri makan ($r = -0.35$, $p = 0.018$) dan peningkatan lingkaran paha ($r = -0,35$, $p = 0,017$).
	Kesimpulan	Sekalipun digunakan dalam periode intervensi singkat, pelatihan diet non-kontak Program dapat membantu meningkatkan keterampilan perilaku, seperti efikasi diri dalam makan dan hasil kesehatan, seperti lingkaran paha. Selain itu, perubahan variabel secara tidak langsung dapat meningkatkan hasil kesehatan lainnya pada pasien diabetes atau pradiabetes.
3.	Judul	Efektivitas <i>Health coaching</i> dalam Berhenti Merokok dan Mempromosikan Penggunaan Obat Berhenti Merokok Oral pada Pasien Diabetes Tipe 2: Uji Coba Terkontrol Secara Acak (Huang et al., 2023)
	Sampel	68 Peserta
	Desain penelitian	Penelitian ini dilakukan melalui uji coba dua kelompok, tersamar ganda, dan terkontrol secara acak.

	Durasi penelitian	Health coaching 6 bulan
	Pelaksana intervensi	Master Kesehatan Masyarakat
	Model intervensi/prosedur intervensi	Wawancara Motivasi (MI) <u>Model SMART</u> <u>Prosedur Intervensi</u> -Kelompok intervensi menerima secara langsung pada awal dan tindak lanjut dengan panggilan telepon bulanan selama 6 bulan. -Pembina menggunakan prinsip yang berpusat pada pasien, teori penentu nasib sendiri, dan model transteoritis untuk membina pasien berfikir melalui teknik seperti mendengarkan secara aktif dan terbuka, sehingga memperkuat dukungan psikologis dan motivasi yang dirasakan pasien (untuk beberapa pasien yang memiliki keyakinan irasional tentang perilaku merokok, seperti keyakinan bahwa merokok adalah sarana yang diperlukan untuk menjalani kemitraan kerja atau melaksanakan karya kreatif mereka, pelatih mencoba menggunakan keterampilan pembinaan perilaku kognitif emosional (RECBC) untuk pembinaan). sesi pertama, pelatih meminta setiap peserta untuk menetapkan tujuan berhenti merokok secara bertahap. Peserta perlu merancang tujuan yang “SMART” (yaitu: spesifik, terukur, dapat dicapai, realistis dan tepat waktu) untuk rencana aksi mereka dan mereka dapat merancang rencana pengurangan merokok setiap minggu atau bulanan, atau langsung berhenti merokok. Secara umum, sesi pelatihan pertama memerlukan waktu lebih lama, sekitar 30–45 menit, dibandingkan sesi pelatihan lanjutan melalui telepon.
	Instrumen penelitian	Pantang merokok dinilai dengan Uji Fagerström untuk Ketergantungan Nikotin (FTND). Alat penilaian mandiri ini memiliki enam item dengan skor keseluruhan berkisar 0–10.
	Hasil penelitian	Kelompok intervensi memiliki lebih banyak peserta yang mengurangi tingkat merokok setidaknya 50% secara signifikan dibandingkan kelompok kontrol ($p = 0,030$). Selain itu, pasien yang berpartisipasi dalam rencana farmakoterapi pada kelompok intervensi pembinaan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap berhenti merokok ($p = 0,011$), namun tidak signifikan pada kelompok kontrol
	Kesimpulan	Studi ini menemukan bahwa pelatihan kesehatan dapat meningkatkan efektivitas proyek pengendalian

		tembakau di Taiwan dengan mengurangi jumlah rokok yang dihisap dan meningkatkan tingkat penghentian pasien DM tipe 2 yang berpartisipasi dalam rencana farmakoterapi. Diperlukan studi pelatihan kesehatan yang lebih prospektif terkait dengan berhenti merokok sebelum menerapkan layanan pelatihan kesehatan ke dalam rencana berhenti merokok di Taiwan.
--	--	--

11. Manfaat *Health Coaching* Dalam Praktik Keperawatan

Penerapan *health coaching* dalam perawatan dasar dapat meningkatkan kemungkinan pasien mengadopsi dan mempertahankan perubahan perilaku kesehatan, meraih hasil yang diharapkan, serta meningkatkan kepuasan kerja praktisi. Selain itu, hal ini juga dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan dan hasil, meningkatkan efisiensi dan efektivitas konsultasi, serta mengurangi ketergantungan pasien pada sistem medis melalui pembelajaran keterampilan manajemen diri, dan memperkuat kolaborasi profesional multidisiplin (Conn & Curtain, 2019).

Health coaching telah menjadi pendekatan yang populer untuk memfasilitasi perubahan perilaku kesehatan pada pasien. Salah satu model yang sering digunakan dalam *health coaching* adalah *health belief model*. *Health belief model* merupakan dasar yang tepat untuk intervensi *health coaching* guna mengubah persepsi kesehatan pasien mengenai penyakitnya (Ammentorp et al., 2013). Dengan memahami *health belief model*, seorang *health coach* dapat lebih efektif memfasilitasi pasien untuk meningkatkan kesiapan dan motivasi mereka dalam melakukan perubahan perilaku kesehatan.

D. Tinjauan Tentang *Health Belief Model* (HBM)

1. Definisi *Health Belief Model*

Health belief model merupakan teori yang pertama kali dikemukakan oleh Resenstock pada tahun 1966, yang kemudian disempurnakan oleh Becker, dkk pada tahun 1970 dan 1980 (Rachmawati, 2019). HBM adalah salah satu teori pertama yang dikembangkan untuk menjelaskan proses perubahan perilaku kesehatan.

HBM merupakan pendekatan yang mempelajari perilaku individu yang didasarkan atas empat keyakinan yang dirasakan. HBM sering disebut sebagai model kepercayaan, yang merupakan bentuk model psikologis sosial yang disempurnakan (Djannah et al., 2020). *Health belief* berkaitan dengan bagaimana individu merespons terhadap penyakit, di mana persepsi pasien mengenai tingkat risiko (kerentanan) dan manfaat pengobatan dapat memengaruhi keputusan mereka dalam mengadopsi perilaku yang mendukung kesehatan (Miranda Seftiana et al., 2022). HBM telah dikembangkan sejak lama, namun tampaknya itulah masalahnya, karena hanya untuk penelitian saat implementasi sedang berlangsung, sedangkan di lapangan masih jarang dilakukan (Rachman et al., 2021).

Secara bahasa, *health belief model* memiliki tiga kata benda sebagai konsep: kesehatan (*health*), keyakinan (*belief*), dan *model*. *Health* diartikan sebagai suatu keadaan kelengkapan fisik, mental, dan sosial, serta bebas dari penyakit atau cacat. *Belief* dalam bahasa Inggris artinya keyakinan. Dengan kata lain, *belief* adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menyebabkan suatu tindakan atau perilaku, misalnya ada yang percaya bahwa mandi bisa menghilangkan kotoran dari tubuh. *Model* adalah representasi suatu benda, benda, atau gagasan dalam bentuk sederhana dari suatu keadaan atau fenomena di alam. Mendefinisikan model dalam *health belief model* ini merujuk pada representasi suatu konsep dalam suatu masyarakat. HBM adalah suatu kerangka kerja yang menggambarkan aspek-aspek yang perlu diperhatikan oleh masyarakat sebelum mengadopsi perilaku sehat, dan berperan sebagai strategi pencegahan penyakit (Tarkang & Zotor, 2015).

Saat ini, HBM merupakan teori yang paling umum digunakan dalam pendidikan kesehatan, promosi kesehatan, dan pencegahan penyakit. Jika digunakan dengan benar, ini memberikan data penilaian terstruktur tentang kemampuan dan motivasi pasien untuk mengubah status kesehatannya. Program pendidikan kesehatan dapat dikembangkan sesuai kebutuhan pelanggan (Tarkang & Zotor, 2015).

2. **Komponen *Health Belief Model***

Menurut Tarkang & Zotor (2015), komponen dasar HBM diklasifikasikan menjadi enam teori:

a. *Perceived Susceptibility*

Konsep *perceived susceptibility* mengacu pada persepsi subjektif terhadap risiko penularan penyakit (Bayat et al., 2013). *Perceived susceptibility* disebut juga dengan persepsi kerentanan atau pendapat subjektif seseorang mengenai risiko terkena suatu penyakit. Persepsi kerentanan juga merujuk pada keyakinan mengenai kemungkinan tertular suatu penyakit. Misalnya, perempuan yakin bahwa mereka bisa sakit. “Saya menderita kanker payudara sebelum menjalani mammogram” (Tarkang & Zotor, 2015).

b. *Perceived Severity*

Perceived Severity disebut juga keseriusan yang dirasakan. Keparahan yang dirasakan mengacu pada persepsi tingkat keparahan penyakit yang diderita seseorang. Oleh karena itu, terdapat pula keterkaitan dengan perilaku sehat. Jika tingkat keparahan yang dirasakan seseorang tinggi, maka orang tersebut akan berperilaku sehat. Misalnya masyarakat percaya bahwa merokok dapat menyebabkan kanker (Tarkang & Zotor, 2015). Keparahan yang dirasakan mengacu pada keyakinan individu tentang seberapa serius penyakit dan konsekuensinya, atau seberapa parah penyakit yang dirasakan (Bayat et al., 2013).

c. *Perceived Benefits*

Perceived benefit merupakan keyakinan pasien terhadap dampak tindakan yang dianjurkan untuk mengurangi faktor risiko penyakit (Bayat et al., 2013). *Perceived benefits* disebut juga manfaat yang dirasakan. Hal ini mengacu pada persepsi individu mengenai efektivitas berbagai tindakan yang tersedia untuk mengurangi risiko penyakit atau mengobati penyakit. Tindakan yang diambil seseorang untuk mencegah (atau mengobati) suatu penyakit

bergantung pada pertimbangan dan evaluasi manfaat yang dirasakan, dan orang tersebut menerima tindakan kesehatan yang direkomendasikan jika dianggap bermanfaat. Misalnya, masyarakat yang menyadari manfaat deteksi dini penyakit akan terus melakukan perilaku sehat, seperti melakukan pemeriksaan kesehatan (Tarkang & Zotor, 2015).

d. *Perceived Barriers*

Perceived barriers merupakan hambatan yang dialami seseorang mengenai perilaku kesehatan yang dijalannya (Bayat et al., 2013). *Perceived barriers* juga disebut penghalang perseptual. Hal ini merujuk pada rasa hambatan individu dalam mengambil perilaku kesehatan yang direkomendasikan. Terdapat perbedaan signifikan dalam hambatan yang mengarah pada analisis biaya-manfaat. Contoh komponen ini adalah: Jika seseorang terbiasa merokok, ia tidak akan merokok, namun pasti akan merasakan mulutnya terasa asam (Tarkang & Zotor, 2015).

e. *Cues to Action*

Cues to action juga dikenal sebagai strategi aktivasi kesiapan. Rangsangan inilah yang diperlukan untuk memicu proses pengambilan keputusan untuk menerapkan perilaku kesehatan yang dianjurkan. Isyarat ini dapat bersifat internal (misalnya nyeri dada) atau eksternal (misalnya pesan kesehatan, nasihat melalui media massa, atau nasihat dari teman atau konsultasi dengan tenaga medis profesional). Ketika orang termotivasi dan mampu mengenali perilaku bermanfaat, perubahan nyata sering kali terjadi ketika ada isyarat eksternal atau internal yang memicu perilaku tersebut.

Besar kecilnya sinyal yang dibutuhkan untuk memicu tindakan bergantung pada motivasi perubahan dan manfaat yang dirasakan. Contoh dari faktor ini adalah satu-satunya saat banyak dokter dan media merekomendasikan berhenti merokok (Tarkang & Zotor, 2015).

f. *Self-Efficacy*

Self-efficacy merupakan kepercayaan pada diri sendiri terhadap kemampuan untuk melakukan sesuatu (Bandura & Špinar, 1977). Pada umumnya seseorang tidak mencoba melakukan suatu hal yang baru kecuali mereka berpikir dapat melakukannya. Apabila seseorang percaya suatu perilaku baru tersebut bermanfaat (dirasakan manfaatnya), tapi tidak berpikir bahwa dia mampu melakukannya (*Perceived barrier*), kemungkinan itu tidak akan dicoba (Bandura & Špinar, 1977). *Self-efficacy* digambarkan sebagai keyakinan terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan suatu tindakan melakukan perilaku yang diinginkan (Tarkang & Zotor, 2015).

3. **Hubungan *Health Belief Model* dan *Health Coaching***

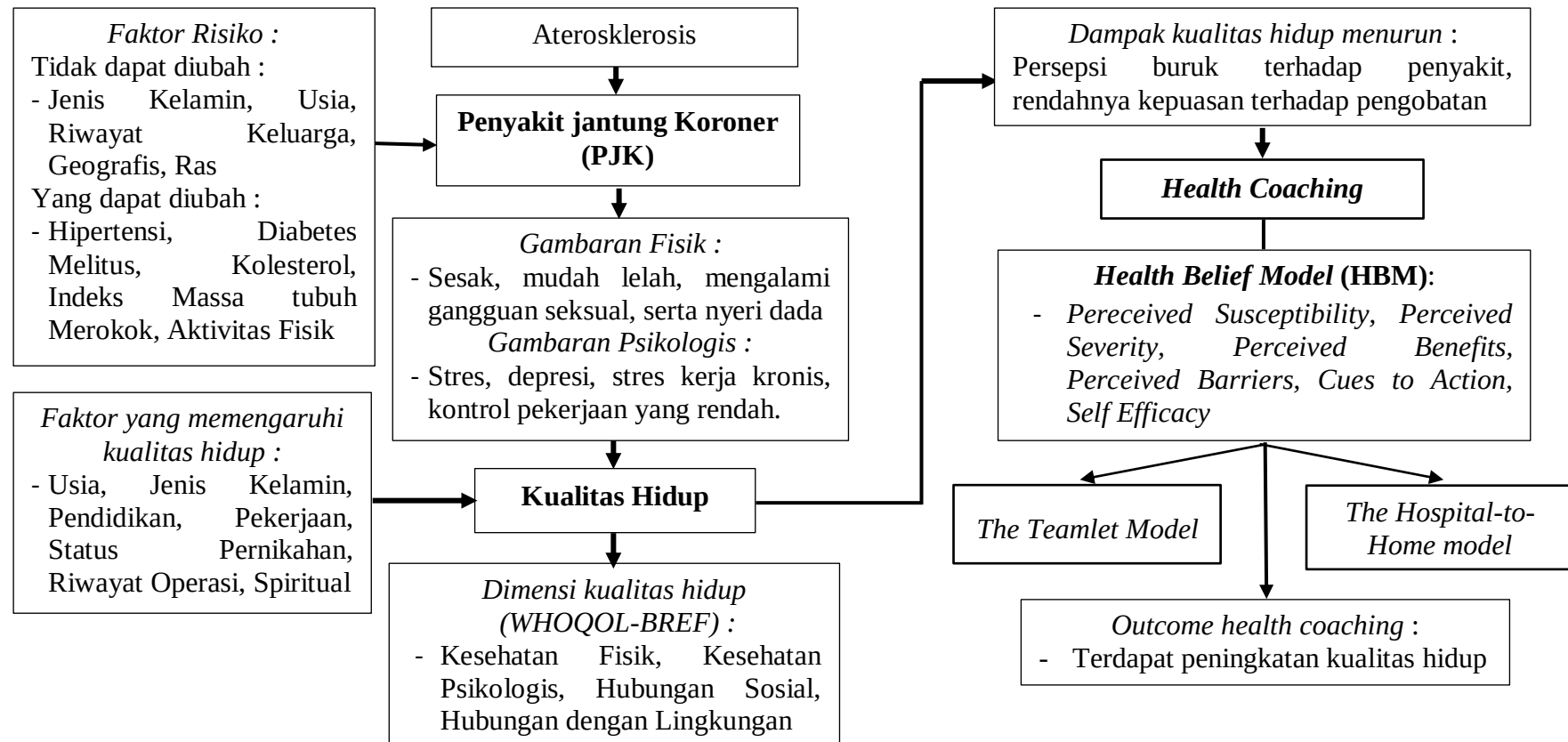
Health belief model adalah kerangka teori yang membahas perubahan perilaku pada pasien, dan *health coaching* terbukti efektif sebagai pendekatan intervensi. *Health coaching* tidak hanya mengubah perilaku, tetapi juga mengadopsi teknik perubahan perilaku, membimbing dan memberikan dukungan kepada pasien untuk mencapai peningkatan kesehatan (Newman & McDowell, 2016). Integrasi *health belief model* dalam intervensi *health coaching* membantu menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan pasien, dengan fokus pada motivasi intrinsik, *self-efficacy* dan keterlibatan langsung dalam manajemen diri.

Pendekatan interaktif *health coaching* membantu identifikasi hambatan perubahan perilaku, memberdayakan pasien melalui pengajaran dan pemodelan perilaku, dengan penekanan pada peningkatan motivasi, *self-efficacy*, serta keterampilan manajemen diri. Kurikulum *health coaching* melibatkan pembinaan, hubungan terapeutik, komunikasi otentik, teori motivasi, kesadaran diri, manajemen stres, dan perubahan perilaku (Lawson, 2013).

Penelitian *Village Heart BEAT* (VHB) menunjukkan kesuksesan *health coaching* berbasis *health belief model* dalam meningkatkan kepatuhan dan mengurangi kebiasaan makan tidak sehat, khususnya

melalui perubahan pola makan yang lebih sehat. Kesimpulannya, *health coaching* berbasis *health belief model* terbukti lebih efektif dalam meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan, memposisikan pasien sebagai pusat pengambilan keputusan, berbeda dengan pendekatan edukasi konvensional yang lebih terbatas dalam keterlibatan pasien (Bennett et al., 2010; Kivelä et al., 2020).

E. Kerangka Teori



Gambar 2.5. Kerangka Teori Penelitian
(Sumiarty & Fitrianiingsih, 2020; Nuraeni, 2016; Amarullah & Rosyid, 2021; Tarkang & Zotor, 2015; Ekasari et al., 2019)