



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI EFIKASI DIRI
PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DALAM KONTEKS
ASUHAN KEPERAWATAN
DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

TESIS

**OLEH:
Wantiyah
0806447116**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, Juli 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI EFIKASI DIRI
PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DALAM KONTEKS
ASUHAN KEPERAWATAN
DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

TESIS

Tesis Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan

**OLEH:
Wantiyah
0806447116**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, Juli 2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan di hadapan
Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2010

Pembimbing I



(Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M. App.Sc.)

Pembimbing II



(Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes.)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Wantiyah
NPM : 0806447116
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSD dr. Soebandi Jember

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

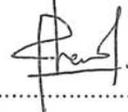
Pembimbing I : Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc.



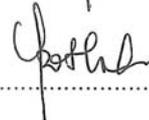
Pembimbing II : Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes.



Penguji : Tuti Herawati, S.Kp., M.N.



Penguji : Bertha Farida, S.Kp., M.Kep.



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur hanya milik Allah, Dzat Maha Agung yang telah melimpahkan segala kemudahan dan kasih sayang-Nya, sehingga tesis dengan judul “Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSD dr. Soebandi Jember” ini dapat terselesaikan.

Tesis ini disusun guna memenuhi salah satu syarat menyelesaikan dan mendapatkan gelar Magister Ilmu Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dorongan, serta do'a dari berbagai pihak. Untuk itu, rasa hormat, terima kasih, dan penghargaan penulis sampaikan kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, Ph. D. selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI..
2. Ibu Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc. selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan.
3. Ibu Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc. selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahan.
4. Ibu Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes. selaku pembimbing II atas segala bimbingan, arahan, dan masukannya.
5. Segenap Pimpinan, teman-teman Dosen dan staf PSIK Universitas Jember atas bantuan dan dukungannya.
6. Segenap Rekan Sejawat Perawat dan Dokter beserta Staf RSD dr. Soebandi Jember dan Poli Jantung khususnya atas segala bantuan dan kerjasamanya.
7. Suami tercinta, Ibu, Bapak, saudaraku, serta seluruh keluarga besar di Magelang, Wonogiri, dan Jember atas segenap doa, cinta, dukungan dan semangat yang tak pernah putus. Buat calon “buah hatiku tersayang” atas kebersamaan dalam perjuangan dan kesabaran menanti dalam kandungan.

8. Teman-teman S2 Spesialis KMB atas dorongan, semangat, dan kebersamaannya.
9. Teman-teman kos atas segala bantuan dan dukungannya.

Kritik dan saran dari para pembaca senantiasa penulis harapkan demi perbaikan pada masa yang akan datang.

Akhir kata, penulis berharap semoga tesis ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan para pembaca pada umumnya.



Depok, Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wantiyah
NPM : 0806447116
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-Ekklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul 'Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSD dr. Soebandi Jember' beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Ekklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 14 Juli 2010
Yang menyatakan,

Wantiyah

PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2010
Wantiyah

Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi
Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner
Dalam Konteks Asuhan Keperawatan
di RSD dr. Soebandi Jember

xv + 107 hal + 27 tabel + 5 gambar + 8 lampiran

ABSTRAK

Efikasi diri diperlukan pasien penyakit jantung koroner (PJK) untuk mendukung kemandiriannya dalam mengelola penyakitnya. Penelitian bertujuan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pasien PJK. Desain penelitian analitik *cross-sectional*, dengan sampel 107 pasien. Analisis menggunakan *Chi-square*, uji T independen, dan regresi logistik berganda. Hasil penelitian didapatkan bahwa karakteristik responden, persepsi, keluhan, dan pengalaman tidak berhubungan dengan efikasi diri. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan efikasi diri ($p: 0.006$, $\alpha: 0.05$), dan status emosi dengan efikasi diri ($p: 0.014$, $\alpha: 0.05$). Perawat dapat meningkatkan efikasi diri pasien PJK dengan memberikan dukungan sosial dan mempertahankan status emosional pasien yang baik.

Kata Kunci:

Efikasi Diri, Penyakit Jantung Koroner (PJK), Status Emosional, Dukungan Sosial

Referensi: 54 (1977 – 2010)

POST GRADUATE PROGRAM
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS INDONESIA

Thesis, Juli 2010
Wantiyah

Factors Affecting Self Efficacy of Patients With Coronary Heart Disease
In the Context of Nursing at dr. Soebandi's Hospital Jember

xv + 107 pages + 27 tables + 5 picture + 8 appendixes

ABSTRACT

Self-efficacy was required for patients with Coronary Heart Disease (CHD) to managing the disease independently. This study identified factors that influence patients's self-efficacy. This study was a cross-sectional analytic with 107 respondents. Statistical analysis used Chi-Square, Independent T-Test, and Multiple Logistic Regression. The results showed that characteristics of respondents, perceptions, cardiac symptoms, and experiences were not associated with self-efficacy. There was significant relationship between social support and self-efficacy ($p: 0.006 \alpha: 0.05$), and between emotional state and self-efficacy ($p: 0.014 \alpha: 0.05$). Nurses can improve patients's self-efficacy by facilitating the social support and maintain patients's emotional state.

Keywords:

Self Efficacy, Coronary Heart Disease (CHD), Emotional state, Social Support

References: 54 (1977 – 2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
PERSETUJUAN PUBLIKASI ILMIAH TUGAS AKHIR.....	vii
ABSTRAK (Indonesia).....	viii
ABSTRAK (Inggris).....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
1. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	7
1.3. Tujuan Penelitian	8
1.3.1. Tujuan Umum	8
1.3.2. Tujuan Khusus	8
1.4. Manfaat Penelitian	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Dasar Penyakit Jantung Koroner	10
2.1.1. Definisi.....	10
2.1.2. Etiologi, Faktor Resiko dan Faktor Pencetus.....	11
2.1.3. Patofisiologi	11
2.1.4. Manajemen Penyakit Jantung Koroner	13
2.2. Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan PJK.....	17
2.2.1. Pengkajian	17
2.2.2. Diagnosa Keperawatan	19
2.2.3. Tujuan Keperawatan	20
2.2.4. Intervensi Keperawatan.....	20
2.2.5. Efikasi Diri Sebagai Bagian Intervensi Keperawatan.....	21
2.3. Efikasi Diri (<i>Self Efficacy</i>)	23
2.3.1. Definisi.....	23
2.3.2. Sumber-sumber Efikasi Diri	25
2.3.3. Proses Pembentukan dan Perkembangan Efikasi Diri	27
2.3.4. Dimensi Efikasi Diri	29
2.3.5. Faktor yang Berhubungan dengan Efikasi Diri.....	30
2.4. Kerangka Teori	33
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1	
Kerangka Konsep.....	34
3.2. Hipotesis.....	35
3.3. Definisi Operasional	36

4. METODE PENELITIAN	
4.1. Desain Penelitian.....	43
4.2.	
Populasi dan Sampel	44
4.3.	
Tempat Penelitian	46
4.4.	
Waktu Penelitian	46
4.5.	
Etika Penelitian	46
4.6.	Alat
Pengumpulan Data	48
4.7.	Uji
Validitas dan Reliabilitas	51
4.7.1. Uji Validitas	51
4.7.2. Uji Reliabilitas	53
4.7.3. Uji Coba Instrumen.....	54
4.8.	
Prosedur Pengumpulan Data.....	55
4.8.1. Prosedur Administrasi.....	55
4.8.2. Prosedur Pelaksanaan.....	56
4.9.	
Analisis Data	56
4.9.1. Pengolahan Data	56
4.9.2. Analisa data.....	57
5. HASIL PENELITIAN	
5.1. Analisis Univariat	61
5.2. Analisis Bivariat.....	65
5.2.1 Hubungan Karakteristik Responden dengan Efikasi Diri	66
5.2.2 Hubungan Persepsi Terhadap PJK dengan Efikasi Diri.....	69
5.2.3 Hubungan Keluhan dengan Efikasi Diri	70
5.2.4 Hubungan Pengalaman Pasien Terkait PJK dengan Efikasi Diri.....	71
5.2.5 Hubungan Status Emosional dengan Efikasi Diri.....	72
5.2.6 Hubungan Dukungan Sosial dengan Efikasi Diri	73
5.3. Analisis Multivariat.....	73
6. PEMBAHASAN	
6.1.	
Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian	79
6.1.1. Hubungan Karakteristik Responden dengan Efikasi Diri	79
6.1.2. Hubungan Persepsi Terhadap PJK dengan Efikasi Diri.....	88
6.1.3. Hubungan Keluhan dengan Efikasi Diri	91
6.1.4. Hubungan Pengalaman Pasien Terkait PJK dengan Efikasi Diri.....	93
6.1.5. Hubungan Status Emosional dengan Efikasi Diri.....	95

6.1.6. Hubungan Dukungan Sosial dengan Efikasi Diri	97
6.2.	
Keterbatasan Penelitian.....	100
6.3.	
Implikasi Hasil Penelitian Bagi Keperawatan	101
7. SIMPULAN DAN SARAN	
7.1.	
Simpulan	105
7.2.	
Saran.....	105

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Bagan terapi kolaboratif pada penyakit jantung koroner.....	15
Gambar 2.2 : Sumber-sumber Efikasi Diri.....	26
Gambar 2.3 : Skema Kerangka Teori.....	33
Gambar 3.1 : Skema Kerangka Konsep Penelitian.....	34
Gambar 4.1 : Skema Perolehan Sampel Penelitian.....	46

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Definisi Operasional Variabel Dependen.....	37
Tabel 3.2.	Definisi Operasional Variabel Independen.....	38
Tabel 4.1.	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian Sebelum dan Setelah Revisi.....	55
Tabel 4.2.	Uji Statistik Analisa Data.....	58
Tabel 5.1.	Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Tingkat Pendapatan, Lama PJK, dan Jumlah Rawat Inap Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei- Juni 2010.....	61
Tabel 5.2.	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, dan Status Perkawinan Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei- Juni 2010.....	62
Tabel 5.3.	Distribusi Responden Menurut Riwayat Penyakit Terkait PJK dan Keluhan Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei- Juni 2010.....	63
Tabel 5.4.	Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap PJK Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei- Juni 2010.....	64
Tabel 5.5.	Distribusi Responden Berdasarkan Status Emosional Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei- Juni 2010.....	64
Tabel 5.6.	Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Sosial yang Diterima Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei- Juni 2010.....	64
Tabel 5.7.	Distribusi Responden Berdasarkan Efikasi Diri Pada Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei- Juni 2010.....	65
Tabel 5.8.	Analisis Hubungan Jenis Kelamin dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	66
Tabel 5.9.	Analisis Hubungan Umur dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	66
Tabel 5.10.	Analisis Hubungan Status Sosial Ekonomi dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	67

Tabel 5.11.	Analisis Hubungan Status Perkawinan dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	67
Tabel 5.12.	Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	68
Tabel 5.13.	Analisis Hubungan Status Pekerjaan dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	69
Tabel 5.14.	Analisis Hubungan Persepsi Terhadap PJK dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	69
Tabel 5.15.	Analisis Hubungan Keluhan dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	70
Tabel 5.16.	Analisis Hubungan Riwayat Penyakit dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	71
Tabel 5.17.	Analisis Hubungan Lama Mengalami PJK dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	72
Tabel 5.18.	Analisis Hubungan Status Emosi dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	72
Tabel 5.19.	Analisis Hubungan Dukungan Sosial dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010.....	73
Tabel 5.20.	Hasil Uji Bivariat Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat.....	74
Tabel 5.21.	Hasil Analisis Multivariat Variabel Status Sosial Ekonomi, Persepsi, Dukungan Sosial, dan Status Emosi dengan Variabel Efikasi Diri.....	75
Tabel 5.22.	Hasil Analisis Multivariat Variabel Interaksi Antara Dukungan Sosial dan Status Emosi dengan Variabel Efikasi Diri.....	75
Tabel 5.23.	Hasil Analisis Multivariat Variabel Dukungan Sosial dan Status Emosi dengan Variabel Efikasi Diri.....	76

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit jantung koroner merupakan penyebab kematian utama pada sebagian besar negara maju. Data statistik pada akhir tahun 2006 menunjukkan bahwa penyakit jantung koroner merupakan satu-satunya penyebab utama kematian di Amerika Serikat. Angka kejadian sekitar 1.255.000 baik pasien baru maupun rekuren terjadi setiap tahun, dan kira-kira 34 % orang yang mengalami serangan jantung koroner meninggal pada tahun itu juga (*Heart Attack and Angina Statistic*, 2010). Menurut WHO (2009 dalam ICN, 2010) menyatakan bahwa pada tahun 2030 sekitar 23,6 juta orang akan meninggal karena penyakit kardiovaskuler terutama karena penyakit jantung dan stroke, sehingga menjadi ancaman penyebab kematian utama di dunia. Pertambahan jumlah kematian terbesar terdapat di Pasifik Barat dan Asia Tenggara. Hal itu berarti Indonesia sebagai negara di wilayah Asia Tenggara memiliki ancaman serupa.

Indonesia sebagai negara berkembang juga menunjukkan kecenderungan yang hampir sama, yaitu bahwa penyakit jantung koroner juga termasuk penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Data penelitian pada Departemen Kesehatan menunjukkan bahwa hipertensi dan penyakit kardiovaskuler masih cukup tinggi dan cenderung meningkat (Dinkes Nunukan, 2009; Ulfah, 2000). Berdasarkan hasil Riskesdas 2007 (dalam Dinkes Nunukan, 2009) diperoleh hasil bahwa stroke, hipertensi dan penyakit jantung meliputi lebih dari sepertiga penyebab kematian, dengan stroke sebagai penyebab kematian terbanyak (15,4 %), kemudian hipertensi (6,8 %), dan penyakit jantung iskemik. Meskipun sebenarnya angka kematian akibat penyakit jantung sudah menurun sejak pertengahan tahun 1960, tetapi prevalensi maupun komplikasi atau keterbatasan yang diakibatkan penyakit jantung tersebut tidak pernah menurun (Sullivan et al. 1998).

Upaya untuk menurunkan angka kejadian penyakit jantung diperlukan tindakan pencegahan dan penanganan dengan pendekatan multifaktoral dan dilakukan sepanjang kehidupan (Lewis et al. 2007). Upaya tersebut harus dilakukan secara komprehensif meliputi upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya yang tepat untuk mengurangi dan mengendalikan berbagai faktor resiko penyakit jantung menjadi salah satu kunci menurunkan angka kejadian penyakit jantung tersebut.

Faktor resiko munculnya penyakit jantung koroner meliputi faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi antara lain: usia, jenis kelamin (laki-laki lebih banyak daripada perempuan), etnis (etnis kulit putih lebih beresiko dibandingkan etnis lainnya), dan predisposisi genetik. Sedangkan faktor-faktor yang dapat dimodifikasi dibedakan menjadi faktor mayor dan kontributif. Faktor mayor meliputi: perubahan lipid serum (peningkatan trigliserida dan LDL serta penurunan HDL), hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg), merokok, kurang aktivitas fisik dan obesitas. Faktor kontributif timbulnya penyakit jantung berupa Diabetes Mellitus (DM: gula darah puasa > 110 mg/dl), kondisi psikologis, dan kadar homosistein (Lewis et al., 2007).

Penyakit jantung koroner merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat dicegah. Berbagai usaha diperlukan untuk mengurangi faktor resiko mengalami penyakit jantung koroner. Usaha tersebut berfokus pada faktor-faktor yang dapat dimodifikasi yaitu melalui perubahan gaya hidup terutama perilaku merokok, diet tidak sehat, inaktivitas fisik, dan penggunaan alkohol (ICN, 2010). Salah satu faktor psikososial yang penting untuk mengurangi faktor resiko penyakit jantung dan berperan dalam rehabilitasi jantung adalah efikasi diri (Allen, 1996, Ewart et. al 1986 dalam Sullivan et al. 1998).

Efikasi diri menurut Bandura (1977) didefinisikan sebagai kepercayaan seseorang terkait kemampuannya untuk melakukan perilaku terencana yang dapat mempengaruhi kehidupannya. Efikasi diri mempengaruhi bagaimana

seseorang berpikir, merasa, memotivasi diri sendiri, dan bertindak. Efikasi diri berfokus pada persepsi atau keyakinan akan kemampuan untuk bertindak sesuai tujuan tertentu (Zulkosky, 2009). Efikasi diri sangat berpengaruh pada bagaimana seseorang membuat keputusan dan bertindak sesuai dengan yang diharapkan. Efikasi diri pada pasien penyakit jantung koroner difokuskan pada keyakinan pasien untuk mampu melakukan perilaku yang dapat mendukung perbaikan penyakitnya melalui pengelolaan faktor resiko dan pemeliharaan fungsi kesehatannya.

Efikasi diri pada pasien jantung koroner sangat diperlukan untuk mempertahankan agar pasien mampu mendapatkan status kesehatan terbaiknya dan mempertahankan fungsi atau kemampuan fisiknya seoptimal dan selama mungkin. Para pasien penyakit jantung koroner sering mengalami masalah terutama yang terkait dengan perubahan dalam kekuatan atau kemampuannya melakukan aktivitas sehari-hari. Penyakit jantung merupakan penyebab utama keterbatasan fisik disamping gangguan muskuloskeletal dan artritis (Sullivan, et al. 1998). Pasien sering mengeluh menjadi mudah lelah, sesak napas atau nyeri dada saat melakukan aktivitas bahkan yang ringan sekalipun, sehingga mengurangi aktivitas yang biasa mereka lakukan.

Berbagai model perawatan pasien dengan penyakit kronis telah dikembangkan dan perawat memiliki posisi atau peran utama dalam penanganan pasien kronis tersebut. Saat ini penanganan pasien kronis lebih berfokus pada pasien (*patient-centered care*). Salah satu model yang dikembangkan adalah model perawatan penyakit kronis (*The chronic care model/CCM*), yaitu dengan menitikberatkan pada interaksi antara pasien yang terinformasi, aktif, dengan tim yang proaktif dan siap. Hal itu berarti hubungan antara pasien yang termotivasi dan memiliki pengetahuan, keahlian serta kepercayaan diri untuk membuat keputusan penting mengenai kesehatan mereka dan untuk mengaturnya serta sebuah tim yang mampu memberikan informasi, dukungan, dan sumber-sumber perawatan dengan kualitas yang baik. Pasien dengan penyakit kronis membutuhkan dukungan

untuk mendapatkan status kesehatan terbaik dan mempertahankan fungsinya selama mungkin (ICN, 2010).

Oldrige (dalam Daly et al. 2002) menegaskan bahwa efikasi diri mendorong proses kontrol diri untuk mempertahankan perilaku yang dibutuhkan untuk mengurangi faktor resiko penyakit jantung koroner. Seseorang dengan efikasi diri tinggi memiliki kecenderungan untuk aktif dalam program rehabilitasi, dan sebaliknya pasien dengan efikasi diri yang rendah kurang termotivasi untuk mempertahankan kondisinya dan mengurangi faktor resiko yang muncul (Daly et al. 2002). Seseorang dengan efikasi diri yang rendah memiliki komitmen yang rendah serta menjadi lebih mudah mengalami stress dan depresi (Bandura, 1994). Hasil penelitian oleh Tsay dan Chao (2002) menyatakan ada hubungan negatif yang signifikan antara efikasi diri dengan gejala depresi pada pasien dengan gagal jantung kronik. Hal tersebut berarti bahwa semakin tinggi efikasi diri seseorang maka akan semakin rendah gejala depresinya, atau seseorang menjadi lebih mudah depresi ketika efikasi dirinya rendah.

Teori efikasi diri menyatakan bahwa kepercayaan diri pasien terkait dengan kemampuannya untuk melakukan perilaku kesehatan tertentu mampu mempengaruhi kemauan mereka untuk menunjukkan perilaku tersebut (seperti mengatur diet dan aktivitas) secara nyata, sehingga memberikan dampak bagi kondisi kesehatannya (Sarkar, Ali, & Whooley, 2009). Persepsi tentang penyakit dan efikasi diri merupakan dua pendekatan psikologis yang paling tepat untuk mengkaji perubahan perilaku kesehatan individu (Walker, 2007).

Penelitian oleh Sarkar, Ali, dan Whooley (2007) dengan judul “*Sel efficacy and health status in patients with coronary heart disease: Findings from heart and soul study*” menyimpulkan bahwa efikasi diri yang rendah berhubungan dengan penurunan status kesehatan, keparahan penyakit jantung koroner, dan gejala depresi (Sarkar, Ali & Whooley, 2007).

Penelitian lain oleh Sarkar, Ali, dan Whooley (2009) memberikan gambaran bahwa efikasi diri merupakan prediktor penting untuk menentukan hospitalisasi pada pasien dengan gagal jantung. Peningkatan faktor resiko menderita gagal jantung berkaitan dengan efikasi diri yang rendah, yang ditunjukkan dengan fungsi jantung yang buruk. Penelitian ini mengindikasikan bahwa pengukuran efikasi diri memberikan sebuah gambaran pengkajian fungsi jantung yang cepat dan berguna pada pasien-pasien dengan gagal jantung (Sarkar, Ali, & Whooley, 2009)

Bandura (1994) menyatakan bahwa efikasi diri dapat terbentuk dan berkembang melalui empat proses yaitu kognitif, motivasional, afektif, dan proses seleksi. Sumber-sumber efikasi diri dapat berasal dari pengalaman individu, pengalaman orang lain, persuasi sosial, serta kondisi fisik dan emosional. Intervensi keperawatan untuk meningkatkan efikasi diri dapat dilakukan melalui pendekatan keempat proses dan sumber tersebut (Lee, Arthur & Avis, 2008; Lubkin & Larsen, 2006).

Seiring dengan perkembangan usia, semakin banyaknya permasalahan dan tingkat stressor yang dihadapi dapat mempengaruhi efikasi diri seseorang. Individu yang telah memasuki usia dewasa atau lanjut usia sering dihadapkan dengan berbagai kondisi, seperti perubahan fisik yang semakin lemah dan berbagai penyakit yang mengancam sehingga menyebabkan ketidakberdayaan dan dapat mempengaruhi efikasi dirinya. Sebagai contoh individu dengan berbagai penyakit kronis, seperti penyakit jantung, stroke, hipertensi, dan lain-lain sering mengalami kebosanan menghadapi penyakit yang diderita sehingga mereka menjadi tidak patuh dengan terapi yang harus dilakukan atau dengan kata lain efikasi dirinya menurun.

Penelitian oleh Lau-Walker (2004) mengenai hubungan antara representasi penyakit dan efikasi diri menunjukkan hasil bahwa ada hubungan signifikan antara persepsi tentang penyakit dengan efikasi diri. Secara lebih lanjut dikatakan bahwa semakin besar penerimaan/pengetahuan pasien akan

konsekuensi akibat penyakit jantung semakin rendah efikasi diri secara umum untuk melakukan koping. Hasil juga menggambarkan bahwa semakin lama waktu penerimaan terhadap kondisi penyakit akan mempengaruhi efikasi diri pasien, semakin tinggi efikasi diri spesifik untuk mempertahankan perubahan pola diet dan aktivitas (Lau-Walker, 2004).

Penelitian lain yang juga dilakukan oleh Lau-Walker (2007) untuk mengidentifikasi hubungan antara kepercayaan tentang sakit (*illness belief*) dan efikasi diri pada pasien dengan PJK selama 3 tahun setelah keluar dari RS mendapatkan hasil bahwa efikasi diri terkait diet (*Diet Self Efficacy/DSE*) meningkat secara perlahan-lahan sepanjang waktu dan tidak ada faktor yang secara signifikan berhubungan dengan DSE tersebut. Efikasi diri terkait latihan (*exercise SE/ESE*) berubah secara signifikan dengan rata-rata kenaikan 0.06/tahun (95 % CI p: 0.03), meskipun responden yang hidup sendiri menunjukkan ESE yang rendah secara signifikan (-0.38 CI 95 % p: 0.03). Pasien yang mengikuti program rehabilitasi jantung menunjukkan ESE yang lebih tinggi secara signifikan selama 3 tahun (0.31 95 % CI p: 0.02). Hasil penelitian menyimpulkan bahwa pasien yang memandang penyakit jantung sebagai penyakit jangka panjang (*long term*), masuk rumah sakit melalui unit gawat darurat, melaporkan sedikit keluhan, atau percaya bahwa kondisi jantung mereka terkontrol sejak sebelum keluar dari rumah sakit memiliki *exercise self efficacy* yang lebih tinggi. Faktor-faktor demografi, karakteristik penyakit, kehadiran dalam rehabilitasi jantung dan hasil yang diharapkan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap efikasi diri secara umum (*general self efficacy*), kecuali pekerjaan secara signifikan sebagai predictor efikasi umum (p: 0.05) atau dengan kata lain seseorang yang bekerja memiliki kepercayaan diri yang lebih tinggi untuk mengatasi masalah.

RSD dr. Soebandi Jember merupakan rumah sakit rujukan tingkat Karesidenan Besuki. Sarana untuk pelayanan pasien dengan penyakit jantung di RSD dr. Soebandi meliputi ICCU (*Intensive Cardiac Care Unit*), Ruang

rawat inap (ruang penyakit dalam), dan Poli jantung. Berdasarkan data di Poli Jantung RSD dr. Soebandi kasus penyakit jantung koroner (PJK) menempati urutan ketiga dari 10 penyakit terbanyak pada tahun 2009 dan 2010, yaitu setelah hipertensi dan gagal jantung. Jumlah pasien PJK yang menjalani rawat jalan di Poli Jantung RSD dr. Soebandi selama tahun 2009 sebanyak 580 pasien, dan pada bulan Januari sampai awal Maret 2010 berjumlah 164 pasien (Data Rekam Medik RSD dr. Soebandi Jember, 2009 dan 2010). Penyakit terbanyak di poli tersebut adalah hipertensi yang juga merupakan salah satu faktor resiko penyakit jantung koroner. Tingginya hipertensi pada masyarakat Jember dimungkinkan berhubungan dengan tingginya konsumsi garam pada masakan. Masyarakat Jember pada umumnya menyukai masakan yang asin. Saat ini penanganan dan perawatan bagi pasien jantung masih berfokus pada pengobatan (kuratif). Beberapa pasien juga sering tidak teratur kontrol setelah menjalani perawatan atau pulang ke rumah.

1.2. Perumusan Masalah

Berbagai penelitian terkait efikasi diri telah banyak dilakukan, tetapi belum ada penelitian secara spesifik mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pada pasien dengan penyakit jantung koroner, terutama yang dilakukan perawat padahal perawat memiliki peran yang sangat penting sebagai profesi yang terlibat dan bersentuhan langsung dengan pasien dalam jangka waktu lama. Dengan diketahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri diharapkan dapat dilakukan berbagai intervensi untuk meningkatkan efikasi diri dengan berfokus pada faktor-faktor tersebut sehingga intervensi keperawatan menjadi lebih komprehensif dan dapat meningkatkan upaya perbaikan dan peningkatan kualitas hidup pasien dengan penyakit jantung koroner yang bersifat kronis.

Selama ini sesuai fenomena yang ada di RSD dr. Soebandi Jember, asuhan keperawatan masih berfokus pada aspek fisik. Peran perawat lebih pada aspek kolaboratif karena penanganan masih berfokus pada upaya kuratif.

Disamping itu, ada beberapa pasien yang sering tidak teratur kontrol atau datang ke poli hanya ketika mengalami keluhan. Hal tersebut disebabkan karena pasien telah merasa nyaman dengan kondisinya dan terkadang merasa bosan dengan terapi yang diberikan. Pasien dengan penyakit jantung koroner juga mengeluhkan ketidakjelasan kondisinya yang sering membuat khawatir karena sewaktu-waktu bisa mengancam kehidupannya.

Berdasarkan hal-hal di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah apakah faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pada pasien penyakit jantung koroner (PJK) di RSD dr. Soebandi Jember ?

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi berbagai faktor yang mempengaruhi efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi:

- a. Karakteristik pasien PJK yang menjalani terapi di Poli Jantung RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan umur, jenis kelamin, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan
- b. Hubungan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, pekerjaan dan status perkawinan) dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr.. Soebandi
- c. Hubungan persepsi terhadap PJK dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember
- d. Hubungan pengalaman pasien terkait PJK dengan efikasi diri pasien penyakit jantung koroner di RSD dr. Soebandi Jember
- e. Hubungan keluhan yang dialami dengan efikasi diri pada pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember
- f. Hubungan status emosional dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr Soebandi Jember

- g. Hubungan dukungan sosial dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember
- h. Faktor yang paling berpengaruh terhadap efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember

1.4. Manfaat

Manfaat penelitian ini antara lain:

1.4.1. Klinik/pelayanan keperawatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam memberikan pelayanan keperawatan, khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien penyakit jantung koroner secara lebih komprehensif dan berkualitas dengan menitikberatkan pada pelibatan pasien dalam pengelolaan penyakitnya.

Hasil penelitian ini juga diharapkan mampu memberikan masukan dan dasar bagi perawat dalam menyusun program rehabilitasi jantung dengan memfokuskan pada efikasi diri yang sangat bermanfaat bagi pasien untuk mempertahankan kondisi dan beradaptasi dengan penyakit jantung koroner yang bersifat kronis.

1.4.2. Pendidikan dan keilmuan keperawatan

Hasil penelitian diharapkan mampu menambah dan memperkaya khasanah keilmuan keperawatan, serta dapat digunakan sebagai dasar bagi penelitian selanjutnya yang berfokus pada efikasi diri pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan dibahas mengenai konsep dasar penyakit jantung koroner, asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit jantung koroner, efikasi diri, dan kerangka teori.

2.1. Konsep Dasar Penyakit Jantung Koroner

2.1.1. Definisi

Penyakit jantung koroner atau penyakit arteri koroner adalah tipe gangguan pembuluh darah termasuk ke dalam kategori umum aterosklerosis (pengerasan arteri) (Lewis et al., 2007). Aterosklerosis koroner menimbulkan gejala dan komplikasi sebagai akibat penyempitan lumen arteri dan penyumbatan aliran darah ke jantung. Sumbatan aliran darah berlangsung progresif, dan suplai darah yang tidak adekuat (iskemia) yang ditimbulkannya akan membuat sel-sel otot kekurangan komponen darah yang dibutuhkan untuk hidup (Smeltzer & Bare, 2002).

Kerusakan sel akibat iskemia terjadi pada berbagai tingkat. Manifestasi utama iskemia miokardium adalah nyeri dada. Angina pektoris adalah nyeri dada yang hilang timbul, tidak disertai kerusakan ireversibel sel-sel jantung. Sedangkan iskemia yang lebih berat, disertai kerusakan sel disebut infark miokardium (Smeltzer & Bare, 2002).

Secara umum penyakit jantung koroner terbagi menjadi angina pektoris dan infark miokard. Lewis et. el (2007) membagi penyakit arteri koroner menjadi dua, yaitu angina pektoris (AP) stabil kronik dan sindrom koroner akut (*acute coronary syndrome/ACS*) yang terdiri dari angina pektoris tak stabil (*unstable angina pectoris/UAP*) dan infark miokard (*ST elevasi miocard infarct/ STEMI* dan *non ST elevasi miocard infarct/ NSTEMI*).

2.1.2. Etiologi, Faktor Resiko dan Faktor Pencetus

Faktor resiko penyakit jantung koroner secara umum meliputi: peningkatan kolesterol, rokok, obesitas, diabetes mellitus, hipertensi sistemik, jenis kelamin laki-laki, riwayat keluarga, kepribadian, aktivitas fisik, dan gangguan pembekuan (Gray et. al, 2003).

Faktor resiko penyakit jantung koroner dibedakan menjadi faktor resiko yang dapat dimodifikasi dan faktor yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain: umur, jenis kelamin, etnik, faktor genetik dan keturunan. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi berupa faktor mayor dan kontributif. Faktor resiko mayor berupa peningkatan kolesterol, hipertensi, merokok, inaktivitas fisik, dan obesitas. Sedangkan yang termasuk faktor kontributif adalah diabetes mellitus, status psikologis, dan tingkat homosistein (Lewis et al., 2007; Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.3. Patofisiologi

2.1.3.1 Angina Pektoris

Angina pektoris merupakan suatu sindroma klinis yang ditandai dengan episode atau paroksisma nyeri atau perasaan tertekan di dada depan, yang disebabkan karena berkurangnya aliran darah ke jantung atau meningkatnya kebutuhan oksigen. Angina terbagi menjadi beberapa macam, yaitu (Smeltzer & Bare, 2002; Lewis et al., 2007):

- a. Angina nonstabil (angina prainfark, angina kresendo): frekuensi, intensitas, dan durasi serangan angina meningkat secara progresif
- b. Angina stabil kronis: dapat diramal, konsisten, terjadi saat latihan dan hilang dengan istirahat.
- c. Angina nokturnal: nyeri terjadi saat malam hari, biasanya saat tidur, dapat dikurangi dengan duduk tegak.
- d. Angina dekubitus: angina saat berbaring
- e. Angina refrakter atau intraktabel: angina yang sangat berat

- f. Angina Prinzmetal (varian: istirahat): nyeri angina yang bersifat spontan diikuti elevasi segmen ST pada EKG, diduga disebabkan karena spasme arteri koroner dan berhubungan dengan resiko tinggi terjadinya infark.
- g. Iskemia tersamar: terdapat bukti objektif iskemia (seperti tes pada stress) tetapi pasien tidak menunjukkan gejala.

Faktor-faktor yang dapat menimbulkan nyeri angina antara lain (Smeltzer & Bare, 2002; Lewis, 2007):

- a. Latihan fisik dapat memicu serangan dengan meningkatkan kebutuhan oksigen
- b. Suhu udara ekstrim. Udara dingin dapat meningkatkan vasokonstriksi dan peningkatan tekanan darah disertai peningkatan kebutuhan oksigen, sedangkan cuaca atau suhu panas dapat menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah dan peningkatan aliran darah ke perifer.
- c. Makan makanan berat akan meningkatkan aliran darah ke daerah mesenterik untuk pencernaan, sehingga menurunkan ketersediaan darah untuk suplai jantung.
- d. Penggunaan rokok. Rokok dapat menstimulasi pengeluaran katekolamin, menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan denyut jantung, serta dapat menurunkan ketersediaan oksigen akibat peningkatan kadar karbon monoksida.
- e. Stress atau kondisi emosi tertentu dapat mendorong pelepasan adrenalin sehingga meningkatkan frekuensi jantung dan memperberat kerja jantung.
- f. Aktivitas seksual, dapat meningkatkan kerja jantung dan stimulasi simpatis.
- g. Stimulan, seperti: kokain dan amfetamin dapat meningkatkan denyut jantung dan meningkatkan kebutuhan oksigen.
- h. Pola irama sirkadian. Hal ini berhubungan dengan kejadian angina stabil kronik, angina Prinzmetal, infark miokard, dan kematian mendadak. Gejala penyakit jantung koroner cenderung muncul pada pagi hari saat bangun tidur.

2.1.3.2. Infark miokardium

Infark miokardium berkaitan dengan proses rusaknya jaringan jantung akibat suplai darah yang tidak adekuat sehingga aliran darah koroner berkurang. Penyebab penurunan suplai bisa diakibatkan karena adanya penyempitan arteri koroner akibat aterosklerosis atau penyumbatan total oleh trombus atau emboli.

Gejala infark miokardium dapat berupa nyeri dada; ansietas, gelisah; berkeringat; sesak napas, dan mual (Gray et al., 2007; Lewis et al., 2007; Smeltzer & Bare, 2002). Gejala utama berupa nyeri dada berlangsung tiba-tiba dan terus menerus, terletak di bagian bawah sternum dan perut atas. Nyeri bersifat tajam dan terasa semakin berat; bisa menyebar ke bahu dan biasanya lengan kiri; serta dapat menetap sampai beberapa jam atau hari dan tidak hilang dengan nitroglicerine. Manifestasi klinis lain berupa perubahan pola EKG, aneurisma ventrikel, disritmia, dan kematian mendadak.

2.1.4. Manajemen Penyakit Jantung Koroner

Upaya penanganan pasien penyakit jantung koroner secara komprehensif dilakukan melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

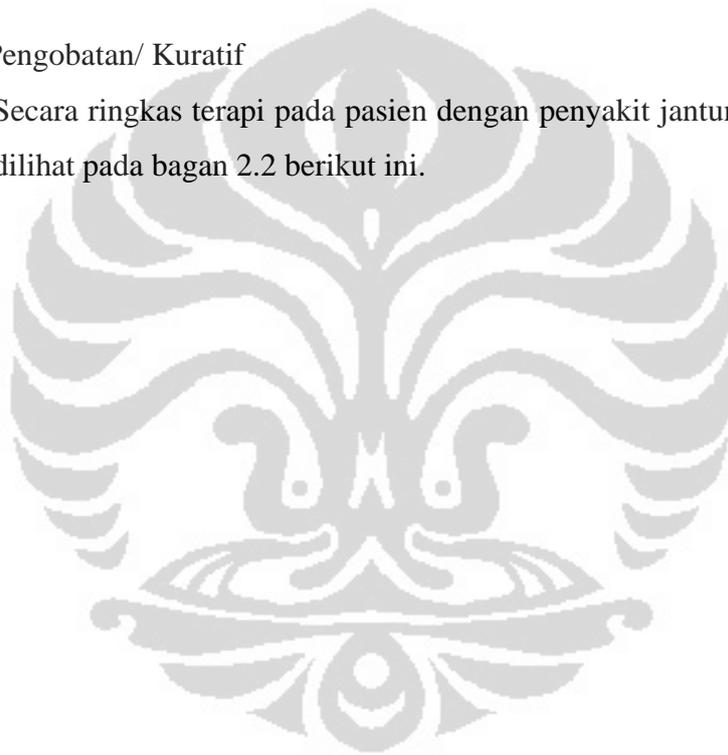
2.1.4.1 Preventif dan promotif

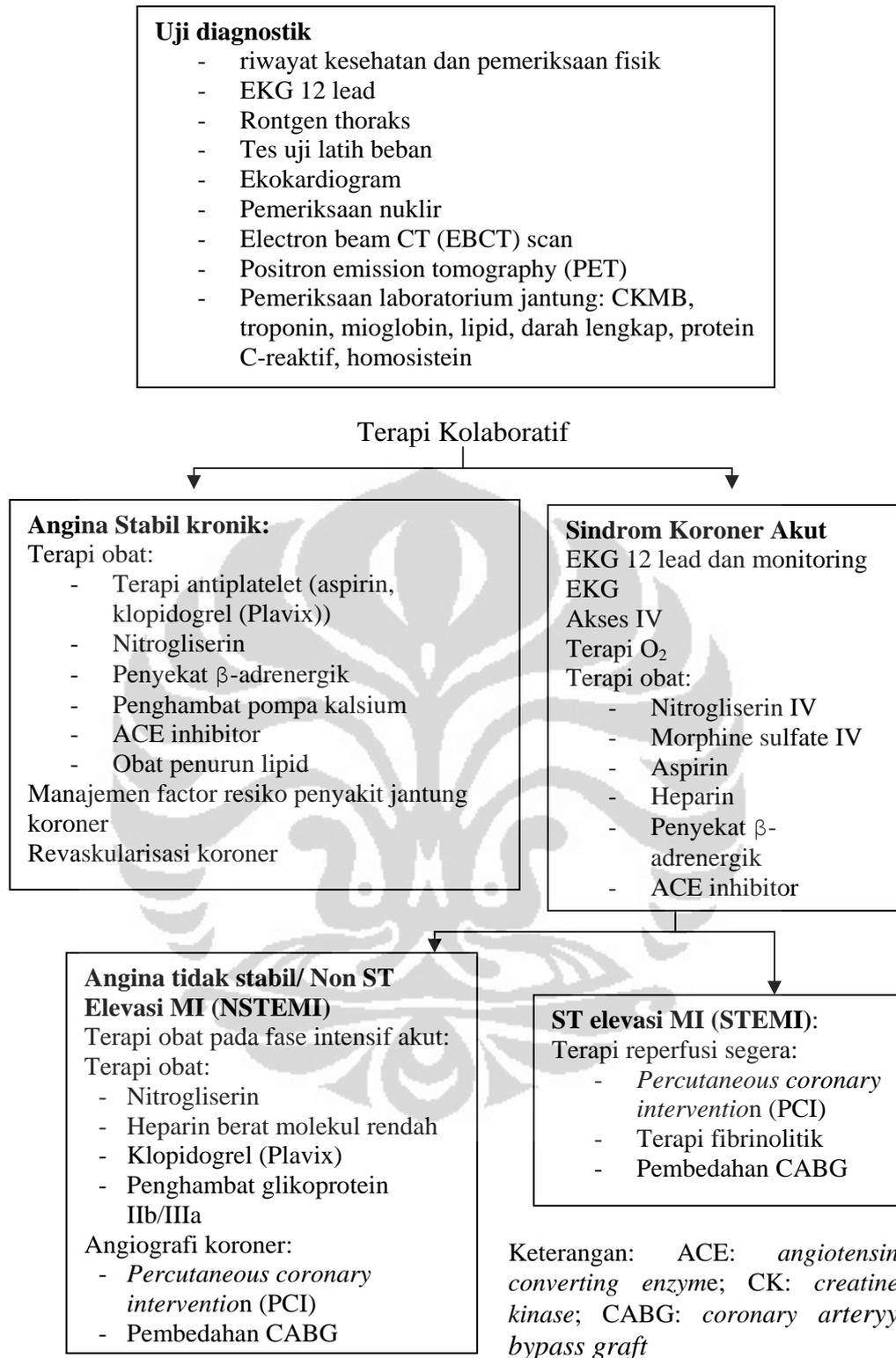
Tujuan utama tindakan pencegahan berupa mengidentifikasi dan mengurangi faktor resiko adalah untuk mencegah terjadinya penyakit jantung koroner. Pencegahan dapat bersifat primer dan sekunder. Pencegahan primer meliputi segala upaya yang dilakukan sebelum timbulnya gejala proses penyakit, sedangkan pencegahan sekunder berupa upaya untuk mengurangi perkembangan atau mencegah kekambuhan (Smeltzer & Bare, 2002).

Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan melakukan pengaturan atau modifikasi faktor-faktor resiko yang dapat dirubah, antara lain pengurangan atau penghentian merokok, pengaturan tekanan darah, pengontrolan kadar kolesterol, pengontrolan kadar gula darah, penurunan berat badan atau menjaga berat badan ideal, meningkatkan aktivitas fisik, mengurangi intake garam dan natrium, pembatasan penggunaan alkohol, pengaturan pola diet rendah kolesterol dan memperbanyak konsumsi sayur dan buah, serta pengaturan pola perilaku (gaya hidup) (Smeltzer & Bare, 2002; Lewis et al., 2007).

2.1.4.2. Pengobatan/ Kuratif

Secara ringkas terapi pada pasien dengan penyakit jantung koroner dapat dilihat pada bagan 2.2 berikut ini.





Gambar 2.1 : Bagan terapi kolaboratif pada penyakit jantung koroner (Lewis, et al., 2007)

2.1.4.3. Rehabilitasi Jantung:

Pasien dengan penyakit jantung memerlukan tindakan rehabilitasi untuk mengembangkan dan memperbaiki kualitas hidupnya secara jangka panjang. Adapun tujuan jangka pendeknya adalah mengembalikan sesegera mungkin ke gaya hidup normal atau mendekati normal, melalui aktivitas fisik, pendidikan kepada pasien dan keluarganya dan memulai penyuluhan psikososial dan bimbingan bila diperlukan. Tindakan rehabilitasi dimulai setelah pasien bebas gejala (Smeltzer & Bare, 2002 hlm.797-798). Tindakan rehabilitasi jantung dimulai sejak pasien masih dirawat di rumah sakit. Selama masa perawatan pasien membutuhkan dukungan baik secara fisik maupun psikologis dan koreksi faktor resiko. Pasien hendaknya diberikan pendidikan kesehatan mengenai diet, rokok, aktivitas fisik, seks, dan rencana kembali bekerja. Jika fasilitas tersedia, pasien dapat dilibatkan dalam kegiatan rehabilitasi formal dan aktivitas kelompok (Gray et. al, 2003).

Rehabilitasi jantung merupakan sebuah proses pengembalian fungsi optimal pasien dalam 6 area, meliputi fisik, psikologis, mental, spiritual, ekonomi, dan pekerjaan. Banyak pasien dapat pulih dari penyakit jantung koroner secara fisik, tetapi tidak merasakan kesejahteraan secara psikologis karena persepsi yang salah mengenai penyakitnya dan kebutuhan perubahan perilaku terkait penyakitnya. Satu hal yang perlu disadari oleh pasien dan perawat adalah bahwa penyakit jantung koroner merupakan penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat dikelola untuk tetap mempertahankan kondisi optimal pasien. Perubahan perilaku dan gaya hidup merupakan faktor utama untuk mendukung pemulihan dan kesehatan pasien (Lewis et. al, 2007).

Tahap-tahap rehabilitasi jantung (Smeltzer & Bare, 2002 hlm.798):

- a. Tahap 1: dimulai segera setelah terjadi episode akut penyakit, biasanya pada saat pasien masih di unit perawatan jantung

- b. Tahap 2: terjadi pada saat pasien akan pulang. Pada tahap kedua ini perawat dapat membantu pasien ke arah pencapaian tujuan untuk hidup mandiri, meskipun masih dalam tahap tirah baring ketat, dengan mendorong penyesuaian perilaku sesuai dengan kondisi.
- c. Tahap 3: dimulai saat pasien pulang ke rumah dan berlangsung selama masa pemulihan. Tujuan tahap ini adalah mengembalikan aktivitas pasien pada tingkat yang memungkinkannya bekerja atau kembali ke aktivitas yang biasa dilakukan sebelum terjadi penyakit.
- d. Tahap 4: difokuskan pada penyesuaian jangka panjang dan pada pemulihan stabilitas kardiovaskuler. Pada tahap ini pasien biasanya sudah mampu mengatur diri sendiri dan tidak memerlukan program pengawasan.

2.2. Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Penyakit Jantung Koroner (PJK)

Asuhan keperawatan difokuskan pada klien dengan infark miokardium sesuai dengan kasus terbanyak di RSD dr. Soebandi Jember.

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian pada klien dengan penyakit jantung koroner meliputi:

2.2.1.1. Riwayat

Pengkajian awal dilakukan untuk mengkaji riwayat penyakit atau riwayat kesehatan baik riwayat penyakit saat ini, dahulu, maupun riwayat penyakit keluarga terkait PJK. Apabila klien merasakan nyeri atau ketidaknyamanan pada daerah dada saat dilakukan pengkajian, perawat harus mengatasi nyeri dan memastikan tanda-tanda vital stabil. Pada tahap pengkajian riwayat, perawat mengkaji lebih dalam mengenai bagaimana klien mengelola nyerinya termasuk obat yang dipakai. Setelah klien bebas nyeri, perawat dapat mengkaji mengenai riwayat keluarga dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi, seperti kebiasaan makan, gaya hidup, dan tingkat aktivitas fisik.

2.2.1.2. Pengkajian fisik/manifestasi klinis

Pengkajian fisik meliputi:

a. Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan skala nyeri 0-10, 0 tidak nyeri dan 10 nyeri paling tinggi. Pengkajian nyeri secara mendalam menggunakan pendekatan PQRST, meliputi presipitasi dan penyembuh, kualitas dan kuantitas, intensitas, durasi, lokasi, radiasi/penyebaran, onset. Nyeri pada klien dengan infark miokardium dicirikan: nyeri pada daerah substernal yang menyebar ke lengan kiri, punggung, dan rahang; terjadi tanpa penyebab, biasanya pada pagi hari; sembuh hanya dengan opioid; dan berlangsung selama minimal 30 menit atau lebih. Gejala yang biasanya berhubungan adalah mual, diaphoresis, sesak napas, perasaan takut dan cemas, disritmia, fatigue, distress epigastrik, dan perasaan "napas pendek". Perbedaan dengan nyeri angina yaitu nyeri pada daerah dada substernal menyebar ke lengan kiri; dipicu oleh latihan atau stress; sembuh dengan nitrogliserin; dan berlangsung < 15 menit.

b. Pengkajian fungsi kardiovaskuler

Pengkajian dengan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi. Perawat melakukan pengukuran tekanan darah; suhu; denyut jantung dan iramanya; pulsasi perifer; dan temperatur kulit. Auskultasi bunyi jantung dapat menghasilkan bunyi gallop S3 sebagai indikasi gagal jantung atau adanya bunyi gallop S4 tanda hipertensi sebagai komplikasi MI. Peningkatan irama napas merupakan salah satu tanda tanda cemas atau takut.

c. Pengkajian psikososial

Reaksi emosional yang muncul pada klien dengan penyakit jantung koroner adalah: menyangkal, takut, cemas, dan marah, ketergantungan, depresi dan penerimaan realistis (Ignatavius & Workman, 2006; Lewis et. al, 2007).

d. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang meliputi: pemeriksaan laboratorium (Troponin T dan I; *creatin kinase-MB* (CKMB); dan mioglobin); pemeriksaan elektrokardiogram (EKG); pemeriksaan *Myocardial Perfusion Imaging* (MPI); pemeriksaan *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), dan kateterisasi jantung.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan prioritas meliputi:

- a. Nyeri b.d agen injuri biologis (ketidakseimbangan kebutuhan dan suplai oksigen)
- b. Ketidakefektivan perfusi jaringan (kardiopulmoner) b/d terputusnya aliran darah arteri
- c. Intoleransi aktivitas b/d fatigue akibat ketidakseimbangan kebutuhan dan suplai O₂
- d. Koping tidak efektif b/d efek penyakit dan perubahan gaya hidup.
- e. Ketidakefektivan manajemen regimen terapeutik b/d kurang pengetahuan mengenai faktor resiko, proses penyakit, rehabilitasi, aktivitas di rumah, dan pengobatannya.

(Ignatavius & Workman, 2006; Lewis et. al, 2007; Smeltzer & Bare, 2002).

Masalah kolaborasi yang mungkin muncul adalah: Potensial disritmi; Potensial gagal jantung; Potensial rekurensi gejala dan perluasan cedera (Ignatavicius & Workman, 2006; Smeltzer & Bare, 2002)

Diagnosa dan masalah kolaboratif tambahan (Ignatavicius & Workman, 2006):

- a. Pola seksual tidak efektif b/d nyeri dan efek penyakit
- b. Gangguan mobilitas fisik b/d nyeri atau takut bergerak
- c. Potensial gagal ginjal akut.

2.2.3. Tujuan Keperawatan

Secara umum tujuan penanganan pada klien penyakit jantung koroner diprioritaskan pada (Ignativicius & Workman, 2006; Lewis et. al, 2007; Smeltzer & Bare, 2002):

- a. Pengelolaan nyeri/bebas nyeri
- b. Pemeliharaan miokardium
- c. Perawatan yang tepat dan cepat
- d. Koping yang efektif terhadap kecemasan akibat penyakit
- e. Berpartisipasi dalam program rehabilitasi
- f. Pengurangan factor resiko

2.2.4. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan pada klien dengan penyakit jantung koroner difokuskan pada fase akut dan pemulihan (Ignativicius & Workman, 2006; Lewis et. al, 2007; Smeltzer & Bare, 2002).

Pada fase akut intervensi difokuskan pada penanganan nyeri, monitoring kondisi fisiologis, pemenuhan kebutuhan istirahat dan kenyamanan, pengurangan stress dan kecemasan, serta pemahaman terhadap reaksi emosional dan perilaku klien.

Pasien dengan penyakit jantung koroner membutuhkan revaskularisasi vaskuler, baik dengan *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI) maupun operasi *Coronary Artery Bypass Graft* (CABG). Peran perawat meliputi monitoring tanda rekurensi angina, pemantauan tanda-tanda vital (terutama irama dan frekuensi denyut jantung), evaluasi tempat insersi, serta pengelolaan istirahat dan aktivitas klien.

Selama fase pemulihan, pasien mendapatkan terapi jangka panjang sesuai dengan kondisi penyakit jantung koroner yang bersifat kronis. Pada fase ini program rehabilitasi dimulai ketika kondisi klien stabil. Fase ini bertujuan untuk memelihara dan mempertahankan fungsi optimal klien. Intervensi

keperawatan difokuskan pada melibatkan klien dalam program rehabilitasi yang bersifat komprehensif dan pemberian pendidikan kesehatan.

Intervensi keperawatan utama secara lebih spesifik dijabarkan sesuai *Nursing Intervention Classification* (NIC), yaitu sebagai berikut (Ignatavicius & Workman, 2006; Lewis et. al, 2007; Mc. Closkey et. al, 2006) :

1. *Cardiac Care: Acute*, merupakan intervensi keperawatan pada klien dengan penyakit jantung selama fase akut
2. *Cardiac Care*, merupakan aktivitas intervensi keperawatan secara umum pada klien dengan penyakit jantung
3. *Cardiac Care: Rehabilitatif*, merupakan aktivitas keperawatan yang dilakukan pada klien dengan penyakit jantung pada fase rehabilitatif
4. *Energy Management*, berupa intervensi keperawatan untuk mengatur penggunaan energi dengan mengoptimalkan pemasukan oksigen dan mengurangi konsumsi oksigen sehingga klien tetap mampu berkativitas sesuai kemampuan.
5. *Anxiety Reduction*, berupa aktivitas untuk mengurangi kecemasan pada klien dengan penyakit jantung koroner
6. *Coping Enhancement*, yaitu intervensi keperawatan untuk memperkuat mekanisme coping klien, melalui pendekatan individu maupun pemberian dukungan dari keluarga dan sosial.
7. *Teaching: Disease Process*, yaitu pemberian pendidikan kesehatan mengenai proses penyakit dan penanganannya.
8. *Teaching Disease: Prescribed Medication*, merupakan suatu intervensi keperawatan untuk memberikan pendidikan dan pengetahuan kepada klien mengetahui pengobatan yang diberikan berupa jenis, dosis, cara penggunaan, indikasi, dan efek sampingnya.

2.2.5. Efikasi Diri Sebagai Bagian Intervensi Keperawatan

Penyakit jantung koroner sebagai salah satu penyakit kronis berlangsung sepanjang hidup dengan fluktuasi status kesehatan antara fungsi maksimal

dan serius, kadang mengalami kekambuhan yang mengancam kehidupan. Penyakit ini menyebabkan keterbatasan fisik akibat proses patologis dan injuri. Tujuan keperawatan pada tingkat individu adalah membantu klien mengurangi dan atau mengendalikan gejala atau meningkatkan toleransi dan sikap klien terhadap penyakitnya. Dengan berfokus pada pengalaman pasien akan penyakitnya, perawat dapat membantu klien memberikan solusi dan alternatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi (Crisp & Taylor, 2001).

Prioritas asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit jantung koroner secara jangka panjang adalah identifikasi faktor resiko dan memodifikasi perilaku yang berhubungan dengan faktor resiko tersebut. Salah satu faktor penting yang diperlukan pasien untuk mampu mengelola penyakit jantung koroner secara mandiri adalah adanya keyakinan bahwa pasien mampu tetap hidup berkualitas dengan keterbatasan yang dimiliki, atau disebut dengan efikasi diri (*self efficacy*). Peran perawat sangat penting untuk meningkatkan efikasi diri pasien tersebut. Intervensi keperawatan untuk meningkatkan efikasi diri masih terus dikembangkan (Pettersen & Bedrow, 2004).

Berbagai penelitian mengenai pentingnya efikasi diri pada pasien dengan penyakit jantung koroner menyimpulkan bahwa efikasi diri sangat diperlukan untuk memotivasi klien dalam mengelola penyakitnya secara lebih mandiri dan melakukan berbagai tindakan yang mendukung kesehatannya (perilaku promosi kesehatan). Efikasi diri sangat berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam mengikuti program rehabilitasi jantung. Bagi perawat, teori efikasi diri digunakan sebagai pedoman dalam mengembangkan program rehabilitasi jantung yang berfokus pada modifikasi perilaku tidak sehat (Peterson & Bedrow, 2004).

Peningkatan efikasi diri menjadi bagian dari intervensi keperawatan sekaligus menjadi tujuan akhirnya, terutama pada *coping enhancement*, *self*

modification assistance dan *self responsibility facilitation* (Mc. Closkey et. al, 2006).

2.3. Efikasi Diri (*self Efficacy*)

2.3.1. Definisi

Bandura (1977, 1994), mendefinisikan efikasi diri sebagai berikut:

Perceived self-efficacy is defined as people's beliefs about their capabilities to produce designated levels of performance that exercise influence over events that affect their lives. Self-efficacy beliefs determine how people feel, think, motivate themselves and behave. Such beliefs produce these diverse effects through four major processes. They include cognitive, motivational, affective and selection processes.

Menurut Pender (Tomey & Alligood, 2006), efikasi diri (*self efficacy*) adalah keyakinan akan kemampuan individu untuk mengatur atau melakukan perilaku yang mendukung kesehatan.

Teori keperawatan *Health Promotion Model* (HPM) yang dikemukakan oleh Nola J. Pender menggambarkan pentingnya proses kognitif dalam merubah perilaku, dengan efikasi diri sebagai titik sentral konstruksi teori. Efikasi diri mempengaruhi pengelolaan hambatan dalam bertindak, sehingga semakin tinggi efikasi akan menurunkan persepsi adanya hambatan untuk melakukan tindakan yang diinginkan. Dalam teori tersebut juga disebutkan factor pengalaman atau perilaku masa lalu, faktor pribadi (biologis, psikologis, sosial budaya), dan afek mempengaruhi efikasi diri seseorang (Tomey & Alligood, 2006).

Menurut Schwarzer (1992 dalam Jerusalem & Scwarzer, 1993) menyampaikan bahwa efikasi diri secara umum (*general self efficacy*) merefleksikan sebuah kepercayaan diri yang optimis, bahwa seseorang mampu menyelesaikan tugas yang sulit atau melakukan koping terhadap masalah yang dihadapi dalam berbagai situasi. Efikasi diri memfasilitasi

penyusunan tujuan, alternatif tindakan dan upaya mengatasi hambatan yang mungkin terjadi. Efikasi diri merupakan sebuah konstruksi yang bersifat operasional sehingga sangat relevan untuk diterapkan dalam praktik klinik dan perubahan perilaku.

Efikasi diri pada pasien jantung (*cardiac self efficacy*) menggambarkan kemampuan individu untuk mempertahankan fungsi dan mengontrol gejala penyakit jantung (Sullivan et al. 1998).

Teori efikasi diri menegaskan bahwa efikasi diri yang didefinisikan sebagai keputusan atau keyakinan individu akan kemampuannya untuk mengatur dan melakukan tindakan, merupakan determinan perilaku/tindakan (Peterson & Bredow, 2004).

Berdasarkan berbagai pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa efikasi diri (*self efficacy*) merupakan suatu kemampuan atau keyakinan yang dimiliki individu untuk menampilkan atau melakukan suatu tindakan/perilaku yang mendukung kesehatan. Secara lebih spesifik, efikasi diri pada pasien penyakit jantung koroner dalam pendekatan intervensi keperawatan difokuskan pada kemampuan pasien untuk mengelola penyakit jantung koroner melalui modifikasi perilaku yang tidak sehat agar pasien tetap mampu mempertahankan fungsi dan mengontrol gejala yang dialami sehingga memiliki kualitas hidup lebih baik.

Penilaian terhadap efikasi diri didasarkan pada evaluasi pribadi individu akan kemampuannya untuk berperilaku sesuai yang diharapkan atau dengan cara membandingkan output individu dengan kriteria evaluasi yang telah ditetapkan untuk menilai seberapa besar kemampuannya untuk mencapai standar yang ditentukan (Peterson & Bredow, 2004)

2.3.2. Sumber-sumber efikasi diri

Efikasi diri seseorang berkembang melalui empat sumber utama, yaitu pengalaman pribadi/langsung dan pencapaian prestasi, pengalaman orang lain, persuasi verbal, serta kondisi fisik dan emosional (Bandura, 1977; 1994).

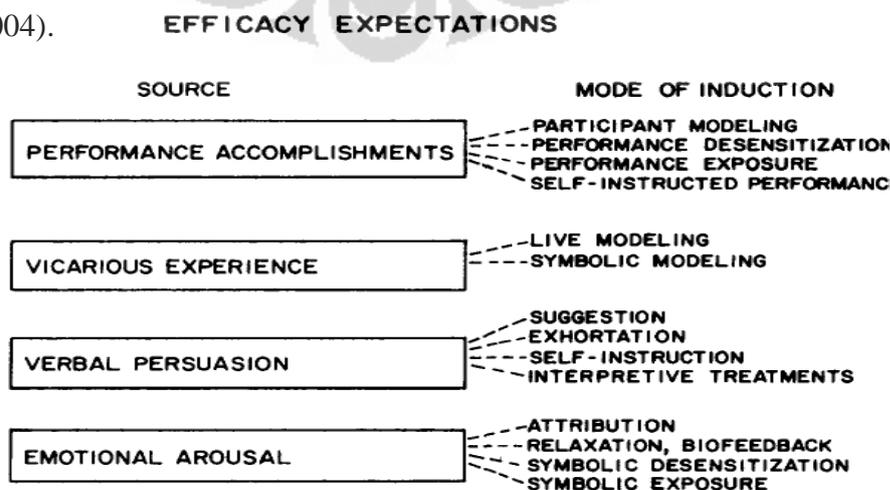
Cara paling efektif untuk membentuk efikasi diri yang kuat adalah melalui pengalaman langsung dan pencapaian prestasi (*enactive attainment and performance accomplishment*). Seseorang yang hanya memiliki pengalaman sukses cenderung menginginkan hasil yang cepat dan lebih mudah jatuh karena kegagalan. Beberapa kesulitan dan kegagalan diperlukan untuk membentuk individu yang kuat dan mengajarkan manusia bahwa kesuksesan membutuhkan sebuah usaha. Seseorang yang memiliki keyakinan akan sukses mendorongnya untuk bangkit dan berusaha mewujudkan kesuksesan tersebut.

Sumber kedua efikasi diri adalah melalui berbagai pengalaman yang dapat diperoleh dari orang lain dan lingkungan sosial (*vicarious experience*). Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain, dan meniru perilakunya untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh. Pada pasien penyakit jantung koroner pemberian dukungan sosial sangat penting dalam pengobatan, rehabilitasi, maupun pembentukan coping yang positif. Dengan berpartisipasi dalam hubungan sosial atau adanya dukungan baik dari keluarga maupun lingkungan akan mengurangi isolasi sosial dan emosional, serta mendukung perilaku sehat (Bekhuis & Martin, 2010). Dengan kata lain seseorang yang mendapatkan dukungan sosial akan memiliki efikasi diri lebih tinggi untuk berperilaku yang mendukung kesehatan. Penelitian oleh Kristofferzon, Lofmark, dan Carlson (2004) memberikan gambaran pasien infark miokardium wanita lebih banyak mendapat dukungan dibandingkan pasien laki-laki, yang berasal dari cucu dan staf tempat ibadah.

Persuasi verbal (*verbal persuasion*) dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Dengan persuasi verbal, individu mendapat pengaruh atau sugesti bahwa ia mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, dan sebaliknya seseorang dapat menjadi gagal karena pengaruh atau sugesti dari sekitarnya.

Kondisi fisik dan emosional juga sangat mempengaruhi efikasi diri seseorang. Kelemahan, nyeri, dan ketidaknyamanan dianggap sebagai hambatan fisik yang dapat mempengaruhi efikasi diri. Sebaliknya, efikasi diri sangat mempengaruhi kondisi fisik seseorang. Kondisi emosional juga mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait efikasi dirinya (Bandura, 1977; 1994).

Keempat sumber dan proses informasi tersebut di atas untuk dapat mempengaruhi efikasi diri dipengaruhi oleh karakteristik individu dan lingkungan. Secara ideal, efikasi diri diperkuat melalui berbagai pengalaman yang berhubungan dan akan mempengaruhi perilaku selanjutnya. Seseorang akan memutuskan untuk berperilaku berdasarkan pada pemikiran reflektif, penggunaan pengetahuan secara umum, dan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan tertentu (Peterson & Bredow, 2004).



Gambar 2.2: Sumber-sumber Efikasi Diri (Bandura, 1977)

2.3.3. Proses Pembentukan dan Perkembangan Efikasi diri Sepanjang Kehidupan

2.3.3.1. Proses Pembentukan dan pengembangan Efikasi diri

Menurut Bandura (1977, 1994), efikasi diri terbentuk melalui empat proses, yaitu kognitif, motivasional, afektif, dan seleksi yang berlangsung sepanjang kehidupan.

a. Proses kognitif

Efikasi diri mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. Sebagian besar individu akan berpikir dahulu sebelum melakukan suatu tindakan. Seseorang dengan efikasi diri yang tinggi akan cenderung berperilaku sesuai dengan yang diharapkan dan memiliki komitmen untuk mempertahankan perilaku tersebut.

Efikasi diri yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat efikasi diri seseorang.

b. Proses motivasional

Kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan melakukan perilaku bertujuan didasari oleh aktivitas kognitif. Berdasarkan teori motivasi, perilaku atau tindakan masa lalu berpengaruh terhadap motivasi seseorang. Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Disamping itu, kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya.

Efikasi diri merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Efikasi diri mempengaruhi tingkatan pencapaian tujuan, kekuatan untuk

berkomitmen, seberapa besar usaha yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi menurun.

c. Proses afektif

Efikasi diri juga berperan penting dalam mengatur kondisi afektif. Efikasi diri mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara (Lubkin & Larsen, 2006), yaitu:

- 1) seseorang yang percaya mampu mengelola ancaman tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya seseorang dengan efikasi diri yang rendah cenderung memperbesar resiko.
- 2) seseorang dengan efikasi diri yang tinggi dapat menurunkan tingkat stress dan kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan.
- 3) seseorang dengan efikasi diri yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik
- 4) efikasi diri yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

b. Proses seleksi

Ketiga proses pengembangan efikasi diri berupa proses kognitif, motivasional, dan afektif memungkinkan seseorang untuk membentuk sebuah lingkungan yang dapat membantu dan mencari upaya bagaimana mempertahankannya. Dengan memilih lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

2.3.3.2. Perkembangan Efikasi diri selama kehidupan (Bandura, 1994)

Pada saat dilahirkan, bayi belum memiliki kepedulian terhadap dirinya. Tetapi hal tersebut terus berkembang seiring dengan peningkatan usianya. Efikasi diri pertama dibentuk dan dipengaruhi oleh keluarga sejak masa kecil.

Efikasi diri terus berkembang dan dapat berubah seiring dengan meningkatnya usia, bertambahnya pengalaman dan perluasan lingkungan

pergaulan. Anak-anak mulai belajar dari lingkungan dan temannya bermain. Pada usia sekolah, proses pembentukan efikasi diri secara kognitif terbentuk dan berkembang. Pengetahuan, kemampuan berpikir, kompetisi, dan interaksi sosial baik dengan sesama teman maupun guru berkembang dan sangat mempengaruhi efikasi diri intelektual mereka.

Pada usia remaja, efikasi diri berkembang melalui berbagai macam pengalaman yang dihadapi. Pada usia ini, kemandirian mulai terbentuk. Individu belajar bertanggungjawab terhadap dirinya sendiri, sehingga membutuhkan berbagai macam ketrampilan hidup dan cara bersosialisasi. Seseorang belajar dan mengembangkan efikasi dirinya dengan belajar untuk mencapai kesuksesan.

Memasuki usia dewasa, seseorang mulai berfokus pada efikasi dirinya. Usia dewasa awal merupakan masa seseorang belajar untuk menghadapi berbagai situasi dan menyelesaikan masalah terkait dengannya, seperti pernikahan, menjadi orang tua, dan status pekerjaan. Mereka terus berusaha untuk mencapai kesuksesan dalam tugas-tugasnya tersebut.

Efikasi diri pada lanjut usia berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya, seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami. Pelibatan mereka dalam berbagai macam aktivitas, akan dapat mempengaruhi efikasi diri yang berkontribusi mempertahankan fungsi sosial, fisik, dan intelektual sepanjang kehidupan.

2.3.4. Dimensi efikasi diri

Menurut Bandura (1977), efikasi diri terdiri dari 3 dimensi, yaitu:

2.3.4.1. Magnitude

Dimensi ini berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini

berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya.

2.3.4.2. *Generality*

Generalitas berkaitan dengan seberapa besar/luas cakupan tingkah laku yang diyakini mampu dilakukan untuk dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan efikasi diri seseorang.

2.3.4.3. *Strength* (Kekuatan)

Dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa disebabkan karena adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

2.3.5. Faktor yang Berhubungan dengan Efikasi Diri

Berikut ini akan dipaparkan beberapa penelitian terkait dengan efikasi diri.

Penelitian oleh Lau-Walker (2004) mengenai hubungan antara representasi penyakit dan efikasi diri menunjukkan hasil bahwa ada hubungan signifikan antara persepsi tentang penyakit dengan efikasi diri. Secara lebih lanjut dikatakan bahwa semakin besar penerimaan/pengetahuan pasien akan konsekuensi akibat penyakit jantung semakin rendah efikasi diri secara umum (*general self efficacy*) untuk melakukan koping. Hasil juga menggambarkan bahwa semakin lama waktu penerimaan terhadap kondisi penyakit akan mempengaruhi efikasi diri pasien, semakin tinggi efikasi diri spesifik untuk mempertahankan perubahan pola diet dan aktivitas (*exercise self efficacy and diet self efficacy*) (Lau-Walker, 2004).

Penelitian lain yang juga dilakukan oleh Lau-Walker (2007) untuk mengidentifikasi hubungan antara kepercayaan tentang sakit (*illness belief*) dan efikasi diri pada pasien dengan PJK selama 3 tahun setelah keluar dari RS mendapatkan hasil bahwa efikasi diri terkait diet (*Diet Self*

Efficacy/DSE) meningkat secara perlahan-lahan sepanjang waktu dan tidak ada factor yang secara signifikan berhubungan dengan DSE tersebut. Efikasi diri terkait latihan (*exercise SE/ESE*) berubah secara signifikan dengan rata-rata kenaikan 0.06/tahun (95 % CI P: 0.03), meskipun responden yang hidup sendiri menunjukkan ESE yang rendah secara signifikan (-0.38 CI 95 % P: 0.03). Pasien yang mengikuti program rehabilitasi jantung menunjukkan ESE yang lebih tinggi secara signifikan selama 3 tahun (0.31 95 % CI p: 0.02). Hasil penelitian menyimpulkan bahwa pasien yang memandang penyakit jantung sebagai penyakit jangka panjang (*long term*), masuk rumah sakit melalui unit gawat darurat, melaporkan sedikit keluhan, atau percaya bahwa kondisi jantung mereka terkontrol sejak sebelum keluar dari rumah sakit memiliki *exercise self efficacy* yang lebih tinggi. Faktor-faktor demografi, karakteristik penyakit, kehadiran dalam rehabilitasi jantung dan hasil yang diharapkan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap efikasi diri secara umum (*general self efficacy*), kecuali pekerjaan secara signifikan sebagai predictor efikasi umum (p: 0.05) atau dengan kata lain seseorang yang bekerja memiliki kepercayaan diri yang lebih tinggi untuk mengatasi masalah. Pada penelitian tersebut, peneliti menyebutkan bahwa salah satu kelemahan penelitiannya adalah tidak memasukkan unsur budaya karena penelitian hanya dilakukan pada satu etnik.

Penelitian oleh Mystakidou, et. al (2010) mengenai hubungan antara efikasi diri dan tingkat kecemasan pada pasien kanker memberikan hasil Pada pasien kanker stadium lanjut, efikasi diri berhubungan secara signifikan dengan tingkat kecemasan, kondisi fisik pasien, dan karakteristik demografi. Efikasi diri juga dipengaruhi komponen kecemasan, usia pasien, kondisi fisik dan jenis kelamin. Pasien dengan usia lebih tua dan laki-laki memiliki efikasi lebih tinggi.

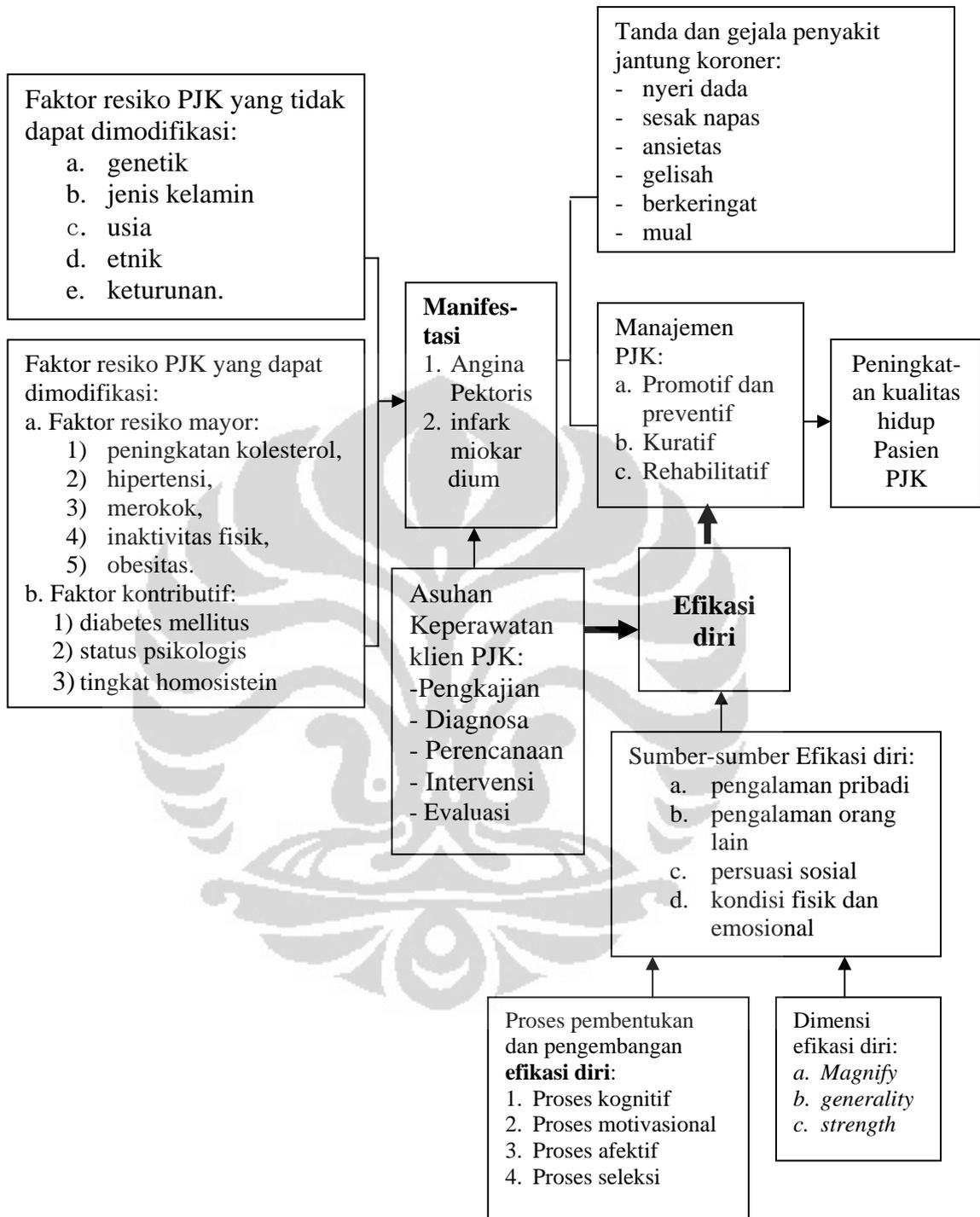
Penelitian mengenai hubungan antara efikasi diri, status fungsional dan depresi pada kelompok pasien dengan gagal jantung oleh Tsay dan Chao

(2002) menunjukkan hasil bahwa ada hubungan terbalik (negative) yang signifikan antara efikasi diri dan gejala depresi ($r: -0.61, p < 0.001$). pada penelitian tersebut juga didapatkan hasil ada hubungan positif yang signifikan antara efikasi diri dan status fisik ($r: 0.55, p < 0.001$), serta terdapat hubungan negatif yang signifikan antara status fungsional dan gejala depresi ($r: -0.33, p < 0.001$). Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa efikasi diri memiliki hubungan langsung dan negatif dengan gejala depresi setelah dikontrol keparahan penyakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Swor et. al (2003) untuk menilai efikasi diri dalam menampilkan dan kemauan untuk mempelajari resusitasi kardiopulmoner pada populasi lanjut usia pada komunitas suburban memberikan gambaran bahwa responden berusia ≤ 80 tahun secara signifikan memiliki kemauan belajar lebih tinggi daripada yang berusia > 80 tahun ($p:0.001$) dan mampu menunjukkannya. Hal itu berarti usia yang lebih muda memiliki efikasi diri lebih tinggi. Efikasi diri tersebut tidak berkaitan dengan riwayat medis responden dan keberadaan pasangan responden.

Berdasarkan berbagai konsep dan penelitian di atas ada beberapa faktor yang mempengaruhi atau berhubungan dengan efikasi diri, yaitu karakteristik demografi/faktor personal, persepsi terhadap PJK, keluhan (kondisi fisik), pengalaman terkait PJK, status emosional dan dukungan sosial.

2.4. Kerangka Teori



Gambar 2.3: Skema Kerangka Teori (Bandura, 1977, 1994; Gray, 2006; Ignatavicius & Workman, 2006; Lewis et. al, 2007; Mc. Closkey, 2006; Smeltzer & Bare, 2002)

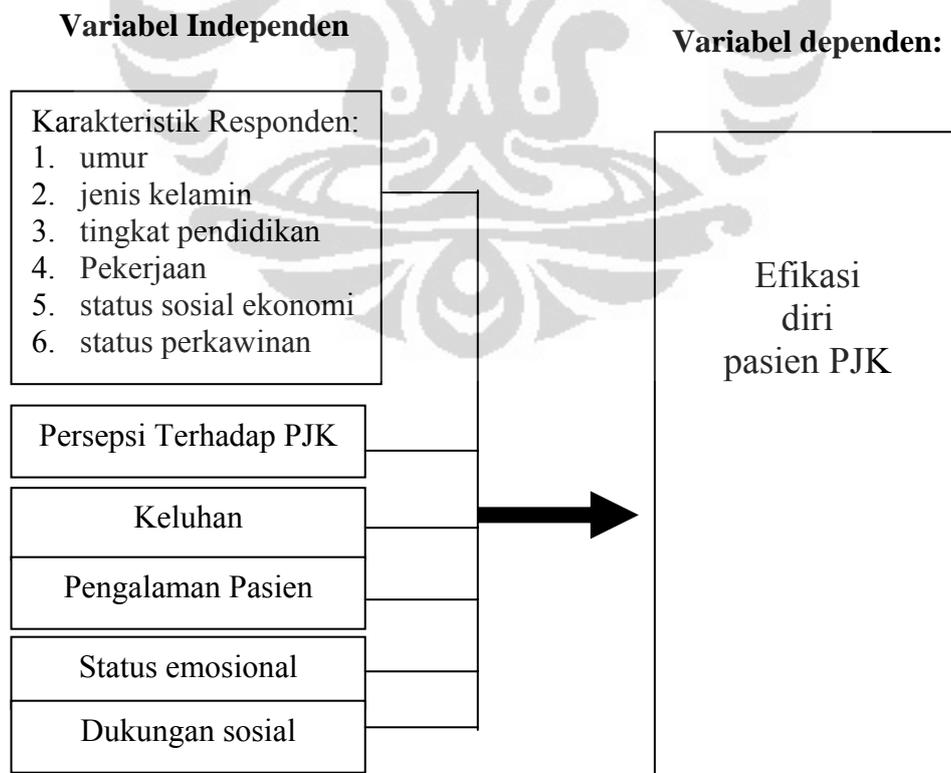
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL

Bab 3 ini akan menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional.

3.1 Kerangka Konsep

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pasien penyakit jantung koroner. Variabel dependen/terikat adalah efikasi diri. Adapun variabel independennya meliputi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, dan status perkawinan); persepsi penyakit; keluhan; pengalaman terkait PJK, status emosional dan dukungan sosial.

Hubungan antar variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada kerangka konsep dalam gambar 3.1. berikut ini.



Gambar 3.1: Skema Kerangka Konsep Penelitian

3.2. Hipotesis

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian. Hipotesis menggambarkan hubungan antara dua atau lebih variabel. Hipotesis yang baik disusun secara sederhana, jelas, dan menggambarkan definisi variabel secara konkret (Polit & Hungler, 1999). Rumusan hipotesis mayor dan minor dalam penelitian ini sebagai berikut:

3.2.1. Hipotesis Mayor:

- 3.2.1.1. Ada hubungan antara karakteristik responden dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember
- 3.2.1.2. Ada hubungan antara pengalaman terkait PJK dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember

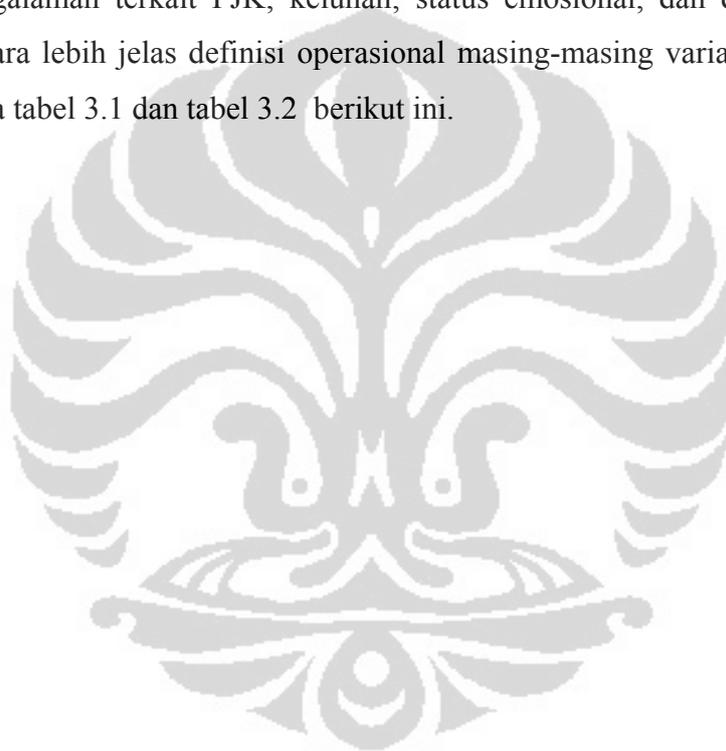
3.2.2 Hipotesis Minor:

- 3.2.2.1. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.2. Ada hubungan antara umur dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.3. Ada hubungan antara status sosial ekonomi dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.4. Ada hubungan antara status perkawinan dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.5. Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.6. Ada hubungan antara pekerjaan dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.7. Ada hubungan antara persepsi terhadap PJK dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.8. Ada hubungan antara keluhan dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.9. Ada hubungan antara riwayat penyakit dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.10. Ada hubungan antara lama mengalami PJK dengan efikasi diri pasien PJK
- 3.2.2.11. Ada hubungan antara status emosional dengan efikasi diri pasien PJK

3.2.2.12. Ada hubungan antara dukungan sosial dengan efikasi diri pasien PJK

3.3. Definisi Operasional

Pada bagian ini akan diuraikan mengenai definisi operasional masing-masing variabel penelitian. Penelitian ini terdiri dari dua variabel utama, berupa variabel dependen yaitu efikasi diri, dan variabel independen terdiri dari karakteristik responden (jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, status sosial ekonomi, dan status perkawinan); persepsi terhadap PJK; pengalaman terkait PJK; keluhan; status emosional, dan dukungan sosial. Secara lebih jelas definisi operasional masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 3.1 dan tabel 3.2 berikut ini.



Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Dependen

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Efikasi diri	Keyakinan atau kepercayaan diri akan kemampuan pasien PJK untuk memahami atau melakukan tindakan yang mendukung penanganan penyakit jantung koroner. Efikasi diri dilihat secara total, yang merupakan gabungan dari tiga komponen yaitu: GSE, CDSE, dan CSE	Kuesioner tentang efikasi diri pasien penyakit jantung koroner, terdiri dari: Efikasi diri umum menggunakan GSE (<i>general self Efficacy</i>). Pengukuran <i>General Self Efficacy</i> berisi 10 pernyataan, dengan penilaian menggunakan skala likert, yaitu: 4: Sangat setuju 3: setuju 2: tidak setuju 1: sangat tidak setuju Pengukuran efikasi diri secara spesifik menggunakan kuesioner <i>Cardiac self Efficacy</i> (CSE) : 20 pernyataan, dan <i>Cardiac Diet Self Efficacy</i> (CDSE): 15 pernyataan. Pengukuran CSE dan CDSE menggunakan skala likert, dengan nilai 4: Sangat yakin, 3: yakin, 2: kurang yakin, 1: tidak yakin Untuk pernyataan negatif, penilaian berlaku sebaliknya.	Kategorisasi dibedakan menjadi 2 berdasarkan standar baku penilaian, yaitu: 1: Baik (nilai ≥ 76 % skor total maksimal), yaitu: GSE: ≥ 30.4 CDSE: ≥ 45.6 CSE: ≥ 60.8 Total SE (GSE, CDSE, CSE): ≥ 136.8 0: kurang baik (nilai total < 76 % skor total maksimal), yaitu: GSE: < 30.4 CDSE: < 45.6 CSE: < 60.8 Total SE (GSE, CDSE, CSE): < 136.8	Nominal

Tabel 3.2. Definisi Operasional Variabel Independen

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Karakteristik Responden				
a.	Umur	Umur responden berdasarkan tanggal lahir, dihitung sampai ulang tahun terakhir.	Kuesioner karakteristik pasien tentang umur tahun	Dinyatakan dengan tahun	Interval
b.	Jenis kelamin	Jenis kelamin responden	Kuesioner karakteristik pasien tentang jenis kelamin responden berupa laki-laki atau perempuan	Jenis kelamin responden dinyatakan dengan: 1: laki-laki 2: perempuan	Nominal
c.	Status sosial ekonomi	Tingkat sosial ekonomi responden berdasarkan jumlah penghasilan responden per bulan	Kuesioner jumlah pendapatan/ penghasilan responden per bulan	Dinyatakan dengan rupiah	Rasio
d.	Pekerjaan	Pekerjaan responden saat dilakukan penelitian	Kuesioner tentang pekerjaan responden	Dinyatakan dengan: 1: Petani/Pedagang/Buruh 2: PNS/TNI/POLRI 3: tidak bekerja 4: lain-lain	Nominal
				Untuk analisis bivariat digolongkan menjadi 2, yaitu: 1: bekerja (item 1,2) 0: tidak bekerja (item 3,4)	

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
e.	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang ditempuh responden	Kuesioner tentang pendidikan responden	Dinyatakan dengan: 1: tidak sekolah 2: SD 3: SMP 4: SMA 5: PT Untuk analisis bivariat digolongkan menjadi 2 tingkat pendidikan, yaitu: 1: tinggi (tamat SMU dan PT/Akademik) 0: rendah (tidak sekolah, tamat SD, tamat SMP)	Ordinal
f.	Status pernikahan	Status pernikahan responden saat ini	Kuesioner mengenai karakteristik responden	Dinyatakan dengan: Status pernikahan: 1: Menikah 2: Tidak/belum menikah 3: Janda/duda	Nominal
2.	Persepsi Penyakit	Pandangan responden terhadap PJK yang dialami	Kuesioner mengenai persepsi penyakit (<i>illness Perception Questionnaire</i>) berisi 14 pernyataan dengan skala likert	Kategori persepsi berdasarkan nilai <i>cut of point</i> mean yaitu 45.06, sehingga: 1: persepsi baik (skor ≥ 45.06) 0: persepsi tidak baik (skor < 45.06)	Nominal
3.	Keluhan	Rasa ketidaknyamanan yang dialami klien baik saat hari-hari biasa maupun saat ini terkait PJK	Kuesioner mengenai keluhan responden, berupa: a. Keluhan yang paling sering dirasakan b. Keluhan saat ini	Keluhan: 1: tidak ada, apabila responden menyatakan tidak ada keluhan terkait PJK 0: ada, jika responden menyatakan minimal ada 1 keluhan terkait PJK	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
4.	Pengalaman terkait PJK	Pengalaman yang dialami oleh responden dilihat dari lamanya mengalami PJK dan riwayat terkait PJK	Kuesioner mengenai pengalaman terkait PJK	Pengalaman terkait PJK, terdiri dari: a. Lama mengalami PJK b. Riwayat terkait PJK	
a.	Lama PJK	Rentang waktu responden menderita PJK, dihitung sejak pertama kali didiagnosa PJK atau mengalami serangan jantung	Kuesioner lama PJK	Lama PJK yang dialami, diukur dalam bulan	Interval
b.	Riwayat Penyakit	Riwayat kejadian PJK, dilihat dari riwayat penyakit dahulu, sekarang, dan keluarga	Kuesioner mengenai riwayat terkait PJK, terdiri dari: riwayat saat ini (riwayat dirawat inap), riwayat penyakit keluarga, dan riwayat penyakit dahulu.	Riwayat dirawat karena penyakit jantung: 1: pernah, apabila responden menyatakan pernah dirawat inap karena penyakit jantung, minimal selama 1 kali rawat inap. 0: belum pernah, apabila responden menyatakan belum pernah menjalani rawat inap karena penyakit jantung	Nominal
				Riwayat PJK keluarga: 1: ada, jika responden menyatakan memiliki anggota	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
				keluarga dengan penyakit jantung koroner	
				0: tidak ada, jika responden menyatakan tidak memiliki anggota keluarga dengan penyakit jantung koroner	
				Riwayat penyakit terkait PJK (komplikasi):	
				1: tidak ada, apabila responden menyatakan tidak memiliki penyakit yang dapat memperberat PJK	
				0: ada, apabila responden menyatakan memiliki penyakit yang dapat memperberat PJK, minimal 1 macam penyakit sesuai pilihan	
				Kategori riwayat penyakit:	
				1: ada, apabila responden menyatakan memiliki minimal 1 macam riwayat dengan nilai 1	
				0: apabila reponden tidak memiliki riwayat terkait PJK dengan nilai 1	

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
5.	Status emosional	Kondisi emosional atau perasaan yang dialami responden saat ini sebagai respon terhadap PJK yang dialami	Status emosional diukur menggunakan 2 macam kuesioner, yaitu Kuesioner mengenai kondisi emosi modifikasi dari IPQ-R (<i>Illness Perception Questionnaire/ IPQ-R</i>) berupa 6 pernyataan dengan skala likert: 5: Sangat setuju 4: setuju 3: ragu-ragu 2: tidak setuju 1: sangat tidak setuju dan kuesioner depresi berisi 14 pernyataan dengan skala nominal: 1 : ya 0 : tidak	Kategori kondisi emosi berdasarkan <i>cut of point median</i> yaitu 22, sehingga: 1: kondisi Emosi baik (≥ 22) 0: kondisi Emosi tidak baik (< 22) Pengelompokan berdasarkan <i>cut of point median</i> sebesar 2, yaitu: 1: tidak Depresi (< 2) 0: depresi (≥ 2) Kategori akhir berupa status emosi yang merupakan gabungan dari kondisi emosi dan depresi, yaitu: 1: status emosi baik, jika keadaan emosi baik (1) dan tidak depresi (1) 0: status emosi tidak baik, jika keadaan emosi tidak baik (0) dan depresi (0).	Nominal
6.	Dukungan sosial	Suatu bentuk dukungan dari pasangan, keluarga, teman, dan lingkungan terhadap responden selama sakit PJK	Kuesioner dukungan sosial sebanyak 18 pernyataan. Dengan skala Likert: 4: lebih dari biasanya 3: biasa 2: kurang 1: tidak ada	Pengelompokan berdasarkan <i>cut of point mean</i> (43.76), sehingga: 1: ada dukungan (≥ 43.76) 0: tidak ada dukungan (< 43.76)	Nominal

BAB 4 METODE PENELITIAN

Pada Bab 4 ini akan dibahas mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data, dan rencana analisa data.

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah analitik dengan pendekatan *cross-sectional*, yang dapat diartikan bahwa peneliti melakukan pengukuran atau penelitian dalam satu waktu. Secara lebih spesifik, penelitian *cross-sectional* bertujuan untuk mendeskripsikan fenomena atau hubungan berbagai fenomena atau hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung dalam satu waktu/sesaat (Polit & Hungler, 1999; Sastroasmoro & Ismail, 2010).

Kelebihan metode *cross-sectional* adalah: a) desain ini relatif mudah, murah dan hasilnya dapat cepat diperoleh. Peneliti tidak perlu menunggu waktu yang lama untuk mengetahui hasil penelitian atau membuat kesimpulan, b) variabel-variabel lain dapat dikendalikan oleh peneliti karena pelaksanaan penelitian hanya singkat, c) peneliti hanya mempunyai kemungkinan kecil untuk kehilangan subjek penelitian karena penelitian hanya satu kali pengukuran, d) dapat dipakai untuk meneliti banyak variabel sekaligus (Arikunto, 2009; Sastroasmoro & Ismail, 2010). Polit dan Hungler (1999) mengemukakan bahwa keuntungan utama desain *cross-sectional* adalah bersifat praktis, ekonomis, dan mudah dilaksanakan. Sedangkan kelemahannya karena penelitian ini hanya dilakukan satu kali atau dalam satu waktu sering memberikan hasil yang ambigu atau kurang mencerminkan kondisi yang sebenarnya karena manusia bersifat dinamis dan dapat berubah sewaktu-waktu. Kekurangan lain desain ini adalah bahwa: a) sulit menentukan hubungan sebab-akibat karena pengambilan data variabel tergantung dan bebas dalam satu waktu, b) studi prevalensi lebih banyak menggunakan subjek yang memiliki masa sakit panjang, c) dibutuhkan

subjek yang banyak, terutama bila variabel banyak, d) tidak menggambarkan perjalanan penyakit, insiden, maupun prognosis, dan e) tidak praktis untuk meneliti kasus yang jarang (Sastroasmoro & Ismail, 2010).

Peneliti menggunakan pendekatan *cross-sectional* karena penelitian ini bermaksud mengidentifikasi ada tidaknya pengaruh berbagai variabel independen terhadap variabel dependen dalam satu kali pengukuran menggunakan alat ukur kuesioner. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pada pasien penyakit jantung koroner di RSD dr. Soebandi Jember.

4.2. Populasi dan Sampel

Populasi adalah kumpulan semua individu dalam suatu batasan tertentu, sedangkan sampel adalah bagian dari populasi (Budiarto, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien penyakit jantung koroner yang menjalani terapi di Poli Jantung RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Januari - Juni 2010. Populasi tersebut diambil berdasarkan data sekunder bulan Januari – Maret 2010, ditambah dengan data Bulan Mei – Juni 2010.

Penentuan sampel menggunakan pendekatan *simple random sampling*, yaitu memilih responden secara acak terhadap semua pasien yang melakukan kontrol di Poli Jantung RSD dr. Soebandi dan memenuhi kriteria inklusi. Proses randomisasi berdasarkan data rekam medis pasien pada Poli Jantung RSD dr. Soebandi pada bulan Januari - Maret 2010 dan bulan Mei – Juni 2010, dengan menggunakan tabel acak.

Kriteria inklusi sampel pada penelitian ini adalah :

- a. Mampu berkomunikasi dengan baik.
- b. Tidak sedang mengalami serangan jantung.
- c. Bersedia terlibat dalam penelitian

Besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan estimasi proporsi menurut Ariawan (1998), dengan rumus berikut ini.

$$n: \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

Dimana:

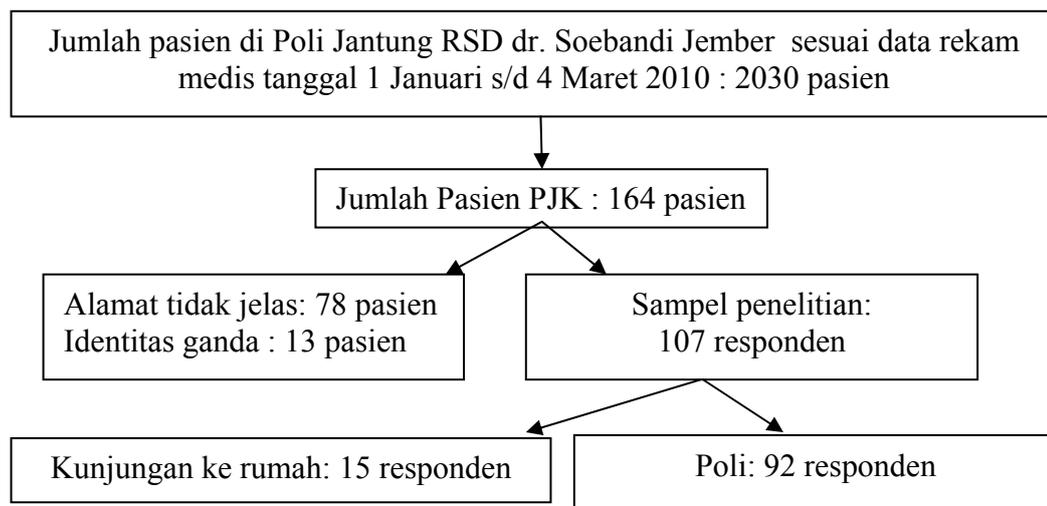
n : jumlah sampel
 $Z_{1-\alpha/2}$: nilai Z berdasarkan derajat kepercayaan yang diinginkan
 P : nilai proporsi pada populasi
 d : presisi mutlak

Hasil penghitungan sampel dengan nilai p: 0.2, d: 0.08 dan CI 95 % ($Z_{1-\alpha/2}$: 1.96) adalah sebagai berikut:

$$n: \frac{1.96^2 (0.2) (1-0.2)}{0.08^2} = 96.04 (97)$$

Hasil penghitungan tersebut ditambah 10 % yaitu sejumlah 10 responden untuk mencegah berkurangnya responden karena *drop out*, sehingga jumlah responden yang dibutuhkan adalah sebanyak 107 orang.

Sampel yang diperoleh pada saat penelitian berjumlah 107 responden. Populasi pasien PJK berdasarkan data rekam medis pada bulan Januari sampai awal Maret 2010 berjumlah 164 orang, dari jumlah total pasien yang melakukan rawat jalan di Poli Jantung RSD dr. Soebandi Jember sebanyak 2030 pasien dengan berbagai macam kasus terkait penyakit jantung. Peneliti melakukan penelitian pada tanggal 10 Mei 2010 sampai 2 Juni 2010 melalui kunjungan ke rumah pasien dengan berdasarkan identitas dan alamat pada data rekam medis dan di poli Jantung RSD dr. Soebandi Jember. Jumlah sampel yang didapat melalui kunjungan rumah sebanyak 15 responden dan yang didapatkan di poli sebanyak 92 responden. Jumlah responden lebih banyak diperoleh di poli karena berdasarkan data rekam medis banyak didapatkan alamat yang tidak jelas dan identitas pasien ganda. Proses perolehan sampel penelitian secara lengkap disajikan pada skema berikut ini.



Gambar 4.1. : Skema Perolehan Sampel Penelitian

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poli Jantung RSD dr. Soebandi Jember. Alasan pemilihan tempat tersebut dikarenakan RSD dr. Soebandi merupakan rumah sakit rujukan di Karesidenan Besuki atau Jawa Timur Bagian Timur. Disamping itu, penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pasien penyakit jantung koroner yang menjalani rawat jalan di RS tersebut belum pernah dilakukan.

4.4. Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai dari bulan Februari 2010 sampai Juli 2010. Pengambilan data penelitian dilakukan pada bulan Mei - Juni 2010, yaitu dari tanggal 10 Mei 2010 sampai 2 Juni 2010 dengan jadwal penelitian secara lengkap terlampir.

4.5. Etika Penelitian

Prinsip etika yang diterapkan dalam penelitian ini meliputi tiga prinsip utama yaitu *beneficence*, menghargai martabat manusia, dan mendapatkan keadilan (Hamid, 2008; Polit & Hungler, 1999). Prinsip-prinsip tersebut beserta penerapannya dalam penelitian ini akan dijelaskan sebagai berikut.

4.5.1. Beneficence

Beneficence atau prinsip tidak membahayakan responden merupakan prinsip etik yang paling mendasar. Termasuk dalam prinsip ini adalah peneliti memberikan kepastian bahwa responden: a) bebas dari bahaya, b) bebas dari eksploitasi, c) mendapat manfaat dari penelitian, dan d) rasio antara risiko dan manfaat.

Pada penelitian ini peneliti menjelaskan mengenai tujuan dan maksud penelitian serta manfaat yang diperoleh oleh responden. Peneliti juga menjelaskan bahwa penelitian ini tidak berdampak buruk bagi responden.

4.5.2. Menghargai martabat manusia

Prinsip menghargai martabat responden meliputi hak untuk menetapkan sendiri (*self determination*) dan mendapatkan penjelasan secara lengkap (*full disclosure*). Pada penerapan prinsip *self determination* ini, peneliti memberikan kesempatan kepada subjek/responden untuk memutuskan secara sukarela untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian.

4.5.3. Mendapatkan keadilan (*fidelity*)

Prinsip ini mengandung arti hak subjek untuk mendapatkan perlakuan yang adil (*justice*) dan hak untuk mendapatkan keleluasaan pribadi (*privacy*).

Berdasarkan prinsip keadilan, peneliti memberikan hal dan perlakuan yang sama kepada semua responden. Hal lain terkait dengan penjagaan *privacy*, peneliti menjaga kerahasiaan identitas subjek dengan tidak menggunakan identitas (*anonymity*) serta menjamin kerahasiaan data yang telah diberikan subjek.

Penerapan etik juga diaplikasikan dalam bentuk *informed consent* yang mencakup empat elemen, yaitu: penyampaian tentang informasi penting, pemahaman secara komprehensif, kemampuan memberi consent, dan kesukarelaan. Hal-hal yang ada dalam *informed consent* meliputi: pengantar

kegiatan riset, pernyataan tujuan riset, alasan pemilihan subjek, penjelasan prosedur penelitian, uraian resiko dan ketidaknyamanan, uraian manfaat, penyampaian alternative, jaminan *anonymity* dan kerahasiaan (*confidentiality*), tawaran untuk bertanya, tanpa paksaan sebagai subjek, pilihan untuk mundur dari penelitian, dan setuju untuk tidak menjelaskan secara lengkap (Hamid, 2008 hal. 67-70).

Penelitian dilakukan setelah mendapatkan surat lolos uji etik dari FIK UI. Pada pelaksanaannya, penelitian dilakukan setelah responden diberikan penjelasan dan menandatangani *informed consent*.

4.6. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data penelitian ini menggunakan kuesioner, yang terdiri dari 4 kuesioner, yaitu: kuesioner A, B, C, dan D.

4.6.1. Kuesioner A

Kuesioner A merupakan kuesioner mengenai karakteristik responden yang terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, orang terdekat responden, pekerjaan, tingkat pendidikan, dan jumlah pendapatan.

4.6.2. Kuesioner B

Kuesioner ini untuk menilai variabel-variabel independen, yaitu persepsi penyakit; pengalaman terkait PJK; keluhan; serta status emosi.

Kuesioner mengenai pengalaman terkait PJK dan keluhan dalam bentuk pertanyaan terbuka dan pertanyaan tertutup dengan jawaban pertanyaan telah disediakan, yang dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan berbagai teori yang berhubungan.

Penyusunan kuesioner persepsi penyakit penyakit jantung koroner didasarkan pada *Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)* (Moss-Morris *et. al.* 2002). Kuesioner ini aslinya berisi 32 pernyataan kemudian

peneliti modifikasi menjadi 28 pernyataan, yang menggunakan skala Likert 1-5, dengan 1 berarti sangat tidak setuju (STS) dan 5 berarti Sangat Setuju (SS). Untuk pernyataan yang negatif/tidak mendukung (*unfavourable*) diberi skor sebaliknya, yaitu pernyataan bernomor 1, 4, 8, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28. Secara lebih rinci kuesioner mengenai persepsi penyakit terbagi menjadi:

Lama penyakit: pernyataan nomor 1-5

Dampak penyakit: pernyataan nomor 6-10

Kontrol penyakit: pernyataan nomor 11-20

Sifat/gejala penyakit: pernyataan nomor 21-28

Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, pernyataan yang valid dan digunakan untuk analisis berjumlah 14 pernyataan, yaitu pernyataan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 24, 25. Nilai total antara 14 – 70.

Kuesioner mengenai status emosional pasien PJK terdiri dari dua kuesioner, yaitu tentang status emosi yang dimodifikasi dari *Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)* (Moss-Morris et. al. 2002) dan kuesioner mengenai depresi menggunakan alat prediksi resiko depresi (Ismail, 2003).

Kuesioner status emosi berisi 7 pernyataan yang menggunakan skala Likert 1-5, dengan 1 berarti sangat tidak setuju (STS) dan 5 berarti Sangat Setuju (SS). Untuk pernyataan yang negatif/tidak mendukung (*unfavourable*) diberi skor sebaliknya, yaitu pernyataan bernomor 1, 2, 3, 4, dan 6. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, pernyataan yang valid dan digunakan untuk analisis sebanyak 6 pernyataan yaitu pernyataan nomor 1, 2, 3, 4, 5, dan 6. Total skor kuesioner status emosi yaitu 6 – 30.

Kuesioner untuk menilai depresi menggunakan kuesioner depresi dari Ismail (2003), yang terdiri dari 16 pernyataan. Sesuai hasil uji validitas dan reliabilitas pernyataan yang dinyatakan valid dan reliable berjumlah 14 pernyataan, yaitu pernyataan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, dan 16. Nilai total skor kuesioner depresi 0 - 14.

4.6.3. Kuesioner C

Kuesioner C berisi tentang dukungan sosial pada pasien dengan PJK yang peneliti modifikasi berdasarkan kuesioner dukungan sosial oleh Ismail (2003). Kuesioner berisi 18 pernyataan mengenai dukungan pasangan, keluarga, teman, dan lingkungan terhadap responden selama menjalani pengobatan PJK. Penilaian menggunakan skala likert, yaitu: 4: lebih dari biasanya, 3: biasa, 2: kurang, 1: tidak ada dukungan. Nilai total berkisar antara 18 – 72.

4.6.4. Kuesioner D

Kuesioner D merupakan kuesioner mengenai efikasi diri pasien penyakit jantung koroner. Pengukuran efikasi diri menggunakan kuesioner efikasi diri yang merupakan modifikasi kuesioner efikasi diri umum (*general self efficacy/GSE*) oleh Born, Schwarzer dan Jerusalem (1995) dan efikasi diri spesifik terkait jantung, yaitu terdiri dari *Cardiac Self Efficacy/CSE* yang dikembangkan oleh Sullivan et. al (1998), dan *cardiac diet self efficacy* (CDSE) yang dikembangkan oleh Hickey (1992, dalam Chen & Shao, 2009).

Kuesioner GSE terdiri dari 10 pernyataan, dengan penilaian menggunakan skala Likert 1-4, yaitu: 1: sangat tidak setuju, 2: tidak setuju, 3: setuju, 4: sangat setuju. Skor total kuesioner ini berjumlah 10-40.

Kuesioner spesifik terdiri dari CSE dan CDSE. CSE berupa 20 pernyataan mengenai efikasi diri terkait pengelolaan faktor resiko dan pemeliharaan fungsi dan kuesioner CDSE berjumlah 15 pernyataan. Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, kuesioner efikasi diri secara spesifik berjumlah 35 pernyataan dengan skala likert 1-4, yaitu: 1: tidak yakin, 2: kurang yakin, 3: yakin, dan 4: sangat yakin. Untuk pernyataan yang negatif/tidak mendukung (*unfavourable*) diberi skor sebaliknya. Jumlah skor total adalah 35-140.

Hasil akhir Efikasi diri secara total (gabungan GSE, CDSE, dan CSE), dengan total nilai antara 45-180 kemudian dikategorisasikan menjadi 2, yaitu Baik, jika total skor ≥ 76 % dari jumlah total skor maksimal, dan kurang baik jika total skor < 76 % dari jumlah total skor maksimal (Arikunto, 1998).

4.7. Uji Validitas dan Reliabilitas

Hasil suatu penelitian sangat tergantung pada alat yang digunakan dalam penelitian. Agar data penelitian memiliki kualitas yang baik, maka alat pengambil datanya harus memenuhi syarat-syarat sebagai alat ukur yang baik, yaitu meliputi reliabilitas (keterandalan) dan validitas (kesahihan) (Suryabrata, 2005).

4.7.1. Uji validitas

Validitas menunjuk kepada sejauh mana alat pengukur itu mengukur apa yang dimaksudkan untuk diukur (Suryabrata, 2005).

Validitas instrumen penelitian ada dua, yaitu validitas logis dan empiris. Validitas logis merujuk pada sejauhmana instrumen tersebut sesuai dengan isi dan aspek yang diungkapkan, meliputi validitas isi dan validitas konstruksi (Arikunto, 2009). Suryabrata (2005) menyebutkan ada tiga macam validitas yaitu validitas isi, validitas konstruk, dan validitas berdasarkan kriteria.

4.7.1.1. Validitas isi (*content validity*)

Validitas isi menggambarkan sejauhmana suatu instrumen mampu mencakup semua aspek penting yang ingin diukur berdasarkan teori yang mendukungnya. Penyusunan alat ukur harus dirancang sedemikian rupa sehingga hanya berisi item yang relevan (Hamid, 2008). Validitas isi ditegakkan dengan melakukan telaah dan revisi butir-butir pernyataan/pertanyaan berdasarkan pendapat profesional (*professional judgment*) (Suryabrata, 2005).

Penerapan validitas isi pada penelitian ini dilakukan dengan menyusun kisi-kisi pernyataan sesuai dengan variabel-variabel penelitian. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini bersumber dari kuesioner baku mengenai efikasi diri. Peneliti mencoba menelaah masing-masing kuesioner kemudian melakukan modifikasi dengan menambahkan atau menghilangkan item-item yang diperlukan. Hasil modifikasi kuesioner tersebut kemudian dikonsulkan kepada pembimbing.

4.7.1.2. Validitas konstruk (*construct validity*)

Validitas konstruk menekankan pada sejauh mana metode pengukuran berkorelasi dengan teori yang berlaku. Peneliti perlu mengumpulkan berbagai bukti empiris untuk mendukung pengukuran yang bermakna. Semakin kuat korelasi dengan teori yang berlaku maka semakin tinggi validitas konstruksinya (Hamid, 2008). Validitas konstruk dapat dilakukan dengan dua cara yaitu *convergent and discriminant validation* melalui *multi trait-multi method* dan analisis faktor. Penerapan *multi trait-multi method* didasarkan pada prinsip bahwa hal-hal yang secara teori berdekatan harus tinggi korelasinya (*convergent validation*) dan hal-hal yang secara teori berjauhan harus rendah korelasinya (*discriminant validation*). Melalui analisis faktor diperiksa ulang atau dikonfirmasi apakah data yang diambil memang mengandung faktor-faktor atau dimensi-dimensi yang diteorikan (analisis faktor konfirmatori), yang dapat dilakukan dengan program SPSS (Suryabrata, 2005).

4.7.1.3. Validitas Kriteria

Secara teori validitas kriteria merupakan validitas paling kuat (Suryabrata, 2005). Validitas kriteria menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur berkorelasi dengan alat ukur yang dianggap sebagai standar emas (*gold standard*) yang baku (Portney & Watkins, 2000). Jika korelasi antara hasil tes dengan standar baku tersebut positif dan tinggi maka dapat dikatakan alat ukur tersebut memiliki validitas yang tinggi. Metode ini disebut *concurrent criterion-related validity*. Jenis validitas kriteria yang lain yaitu

predictive criterion-related validity. Validitas ini menunjukkan sejauh mana alat ukur dapat digunakan sebagai prediktor yang valid di masa yang akan datang, yang ditentukan berdasarkan koefisien determinasi yaitu koefisien korelasi kuadrat (Suryabrata, 2005). Uji validitas yang akan dilakukan penelitian ini yaitu melalui uji korelasi dengan cara membandingkan antara skor setiap pernyataan dengan skor totalnya. Uji korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment* dengan membandingkan nilai r tabel dan r hitung. Apabila didapatkan r hasil $>$ r tabel maka pernyataan dikatakan valid (Hastono, 2007).

4.7.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan keajegan seandainya alat pengukur yang sama itu digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan oleh orang yang berlainan dalam waktu yang bersamaan ataupun berlainan, yang secara implisit juga mengandung objektivitas (Suryabrata, 2005).

Tingkat reliabilitas umumnya dinyatakan dalam bentuk koefisien korelasi. Nilai koefisien korelasi 1 (satu) menunjukkan reliabilitas sempurna, dan nilai 0 (nol) menunjukkan tidak reliabel. Untuk instrumen yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien korelasi yang bisa diterima adalah 0,80. Untuk instrumen yang baru dikembangkan, nilai reliabilitas 0,70 masih dianggap reliabel (Burns & Gorge, 1997 dalam Hamid, 2008).

Ada tiga cara untuk mengestimasi reliabilitas instrumen, yaitu: metode uji ulang (*test-retest method*), metode bentuk paralel (*parallel-form method*), dan pengujian satu kali (*single trial method*) (Suryabrata, 2005).

Pada metode uji ulang seperangkat instrumen diberikan kepada sekelompok subjek dua kali, dengan selang waktu tertentu, kemudian kedua skor hasil penilaian tersebut dikorelasikan. Adapun pada metode bentuk paralel, peneliti menyusun dua perangkat instrumen yang paralel (kembar),

kemudian kedua instrumen tersebut diberikan kepada sekelompok subjek dalam waktu berurutan atau dengan jarak waktu yang dekat. Hasil skor kedua instrumen tersebut dikorelasikan (Suryabrata, 2005).

Kedua metode tersebut memiliki keterbatasan atau kesulitan, sehingga jarang dilakukan. Para peneliti lebih memilih penggunaan metode satu kali pengukuran dengan beberapa cara, antara lain: metode belah dua (*split-half method*), metode Rulon, metode Flanagan, metode KR20, metode KR21, metode analisis variansi (Hyt), dan metode alpha (Cronbach) (Suryabrata, 2005).

Uji reliabilitas pada penelitian ini menggunakan metode *alpha cronbach*. Uji reliabilitas dilakukan pada kuesioner atau pernyataan yang dinyatakan valid. Kuesioner dinyatakan reliabel jika nilai koefisien alpha > 0.6 (Hastono, 2007).

Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner baku untuk GSE berada pada rentang alpha cronbach 0.76-0.9 berdasarkan penelitian pada 23 negara (Born, Schwarzer & Jerusalem, 1995). Versi GSE dalam Bahasa Indonesia telah dilakukan uji pada 536 pelajar jurusan pariwisata di Bandung dengan nilai alpha cronbach 0.8 (Schwarzer, 1998). Kuesioner mengenai *Cardiac self efficacy* (CSE) juga telah dinyatakan valid dan reliabel dengan alpha cronbach 0.85 (Sullivan et. al, 1998). Kuesioner CDSE memiliki nilai alpha cronbach 0.93 (Lau-Walker, 2007).

4.7.3. Uji Coba Instrumen

Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuesioner yang telah dimodifikasi di RSD dr. Soebandi. Uji coba dilakukan pada 30 responden. Berdasarkan hasil uji coba tersebut ada beberapa pernyataan dari kuesioner yang tidak valid. Peneliti kemudian melakukan revisi dengan melakukan perubahan terhadap pernyataan-pernyataan yang tidak valid. Kuesioner yang telah direvisi tersebut peneliti gunakan untuk penelitian.

Peneliti melakukan uji kembali terhadap kuesioner yang telah direvisi untuk memastikan bahwa hanya pernyataan yang benar-benar valid dan reliabel yang digunakan untuk analisis. Hasil uji validitas dan reliabilitas secara lengkap sebelum dan setelah revisi ditampilkan pada tabel 4.1. berikut ini.

Tabel 4.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Penelitian Sebelum dan Setelah Revisi

Kuesioner	Jumlah item	Jumlah item valid		Nilai Validitas (<i>rit</i> *)		Nilai <i>Alpha Cronbach</i>	
		Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah
Persepsi Penyakit	28	12	14	0.18-0.63	0.21-0.64	0.80	0.76
Status emosi	7	3	6	0.29-0.42	0.35-0.76	0.80	0.82
Depresi	16	14	14	0.35-0.81	0.23-0.62	0.89	0.83
Dukungan sosial	18	15	18	0.18-0.88	0.23-0.73	0.88	0.88
GSE	10	10	10	0.44-0.72	0.38-0.73	0.87	0.88
CDSE	15	13	15	0.14-0.8	0.22-0.69	0.81	0.86
CSE	20	13	20	0.25-0.75	0.20-0.47	0.88	0.77

* *rit*: *r*- item total correlation

Pada pelaksanaan penelitian, peneliti meminta bantuan asisten sebanyak 4 orang untuk membantu pengambilan data. Untuk menjamin agar data yang dihasilkan valid, maka peneliti melakukan penyamaan persepsi dengan asisten (numerator) mengenai isi kuesioner. Disamping itu, peneliti juga melakukan uji keterbacaan, yaitu dengan menanyakan kepada responden apakah ada pertanyaan/pernyataan yang membingungkan atau tidak jelas. Hasil dari penyamaan persepsi dan uji keterbacaan dijadikan bahan pertimbangan dalam melakukan perbaikan kuesioner. Kuesioner yang dinyatakan valid dan reliabel digunakan untuk penelitian dan analisis.

4.8. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data ini terdiri dari:

4.8.1. Prosedur Administrasi

- a. Mengajukan surat lolos uji etik dan izin penelitian ke FIK UI

- b. Mengajukan permohonan izin untuk melaksanakan penelitian kepada Direktur RSD dr. Soebandi Jember.
- c. Melakukan pendekatan formal dan informal kepada Ka Instalasi Jantung, Kepala Poli Jantung dan Perawat Poli Jantung.

4.8.2. Prosedur Pelaksanaan

Sebelum melakukan penelitian, peneliti memilih asisten yang akan terlibat dalam penelitian. Sebelum melakukan proses pengambilan data, peneliti bersama asisten peneliti melakukan penyamaan persepsi atau pemahaman terhadap kuesioner yang sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

Adapun langkah-langkah pelaksanaan penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Memilih calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi menggunakan tabel acak berdasarkan data pasien di Poli Jantung tahun 2010.
- b. Memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian
- c. Meminta kesediaan dan persetujuan responden untuk mengikuti penelitian dengan menandatangani *informed consent*.
- d. Setelah calon responden menyetujui untuk ikut penelitian, peneliti dan atau numerator memberikan kuesioner kepada responden dan meminta responden untuk mengisinya secara lengkap. Peneliti dan numerator dapat membantu responden dalam mengisi kuesioner.
- e. Peneliti dan numerator mengecek kembali kelengkapan pengisian kuesioner.

4.9. Analisis Data

Ada dua tahapan analisa data, yaitu berupa pengolahan data dan analisa data.

4.9.1. Pengolahan Data

Kegiatan dalam pengolahan data menurut Budiarto (2002) meliputi:

4.9.1.1. Memeriksa data (*editing*)

Kegiatan ini adalah memeriksa data yang telah terkumpul dari kuesioner, yang dilakukan dengan menjumlah yaitu memeriksa jumlah lembaran dan isian kuesioner, serta melakukan koreksi terhadap kelengkapan pengisian kuesioner.

4.9.1.2. Memberi kode (*coding*)

Pemberian kode dilakukan untuk mempermudah pengolahan data. Contoh pemberian kode pada penelitian ini adalah R untuk responden, serta untuk karakteristik responden menggunakan kode angka.

4.9.1.3. Menyusun data (*tabulating*)

Penyusunan data merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun, dan ditata untuk dianalisis dan disajikan.

4.9.2. Analisa data

Analisa data dilakukan meliputi analisa univariat, bivariat dan multivariat. Analisis data menggunakan bantuan SPSS 11.5.

4.9.2.1. Analisa univariat

Analisa ini digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel independen dan dependen. Hasil uji untuk variabel yang berbentuk numerik (umur, jumlah pendapatan, lama PJK) berupa nilai tendensi sentral dalam bentuk mean, median, modus dan deviasi standar dengan CI 95 %. Variabel yang berbentuk kategorik (efikasi diri, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, status perkawinan, persepsi penyakit, riwayat penyakit, keluhan, dukungan sosial, status emosi) disajikan dalam bentuk proporsi.

4.9.2.2. Analisa bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk menguji hipotesis pada α : 0.05, yaitu menguji hubungan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik untuk analisis bivariat penelitian ini disajikan dalam tabel 4.2.

Tabel 4.2. Uji Statistik Analisa Data

No	Variabel independen	Variabel dependen	Uji Statistik
1.	Karakteristik Responden		
a.	Umur (data interval)	Efikasi diri (data nominal)	Uji T independen
b.	Jenis kelamin (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji <i>Chi-square</i>
c.	Tingkat sosial ekonomi (data rasio)	Efikasi diri (data nominal)	Uji T independen
d.	Pekerjaan (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji <i>Chi-square</i>
e.	Tingkat pendidikan (data ordinal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji <i>Chi-square</i>
f.	Status perkawinan (nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji <i>Chi-square</i>
2.	Persepsi Penyakit (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji <i>Chi-square</i>
3.	Keluhan (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji <i>Chi-square</i>
4.	Pengalaman terkait PJK:		
a.	Lama Penyakit (data interval)	Efikasi diri (data nominal)	<i>Uji T independent</i>
b.	Riwayat Penyakit (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji <i>Chi-square</i>
5.	Status emosional (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji <i>Chi-square</i>
6.	Dukungan sosial (data nominal)	Efikasi diri (data nominal)	Uji <i>Chi-square</i>

4.9.2.3. Analisa multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mempelajari hubungan beberapa variabel atau sub variabel (independen) dengan variabel dependen (Hastono, 2007). Analisis multivariat yang akan digunakan pada penelitian ini adalah analisis regresi logistik berganda dengan alasan variabel dependen (efikasi diri) adalah kategorik.

Analisa multivariat pada penelitian ini digunakan untuk mengidentifikasi faktor yang paling berpengaruh terhadap efikasi diri pasien penyakit jantung koroner.

Analisis multivariat dilakukan melalui model prediksi, yaitu untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel prediktor (independen) yang terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen (outcome) (Hastono, 2007; Riono, Adisasmita & Ariawan, 1992). Prosedur pemodelannya adalah sebagai berikut (Hastono, 2007):

- a. Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji variat mempunyai nilai $p \text{ value} < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk pada model multivariat. Namun, jika $p \text{ value} > 0,25$ dan variabel tersebut secara substansi penting maka dapat dimasukkan juga pada model multivariat.
- b. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p \text{ value} < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang mempunyai $p \text{ value} > 0,05$. Pengeluaran variabel dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai $p \text{ value}$ terbesar.
- c. Mengidentifikasi linearitas variabel numerik dengan tujuan untuk menentukan apakah variabel numerik dijadikan

variabel katagorik atau tetap variabel numerik. Hal ini dilakukan dengan cara mengelompokkan variabel numerik ke dalam 4 kelompok berdasarkan nilai kuartilnya. Kemudian melakukan analisis logistik dan dihitung nilai OR (odds ratio)-nya. Bila nilai OR masing-masing kelompok menunjukkan bentuk garis lurus, maka variabel numerik dapat dipertahankan. Namun, bila hasilnya menunjukkan adanya patahan, maka dapat dipertimbangkan untuk diubah dalam bentuk katagorik.

- d. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi akan mempertimbangkan kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

Model regresi logistik pada penelitian untuk memprediksi berbagai variabel independen (karakteristik reponden, persepsi terhadap PJK, pengalaman terkait PJK, keluhan, status emosional, dan dukungan sosial) yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen (efikasi diri).

Model regresi logistik prediksi adalah:

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

Bila nilai Z dimasukkan pada fungsi Z, maka rumus fungsi Z adalah:

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i)}}$$

(Hastono, 2007; Riono, Adisasmita & Ariawan, 1992)

BAB 5 HASIL PENELITIAN

Pada Bab 5 ini akan diuraikan hasil penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pada pasien dengan penyakit jantung koroner (PJK) di RSD dr. Soebandi Jember. Penelitian dilakukan pada Bulan Mei - Juni 2010, dengan jumlah responden 107 pasien PJK yang diperoleh dari Poli Jantung sebanyak 92 responden dan melalui kunjungan ke rumah sebanyak 15 responden. Hasil penelitian berupa hasil analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

5.1. Analisis Univariat

Hasil analisis univariat menggambarkan distribusi responden berdasarkan karakteristik responden (umur, jenis kelamin, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan), persepsi terhadap PJK, pengalaman terkait PJK, keluhan, status emosional, dukungan sosial dan efikasi diri.

Berikut ini pada tabel 5.1 ditampilkan hasil penelitian terkait karakteristik responden berdasarkan umur, tingkat pendapatan, lama PJK dan jumlah rawat inap pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember.

Tabel 5.1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Tingkat Pendapatan, Lama PJK, dan Jumlah Rawat Inap di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2010 (n= 107)

Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Minimal-maksimal (CI 95 %)
Umur (tahun)	60.48	60	67	9.862	34-92
Tingkat pendapatan/bulan (Rp.)	1453020	1500000	0	1338822	0-6000000
Lama PJK (bulan)	36.58	18	12	44.53	0-252
Riwayat rawat inap (kali)	0.88 (1)	1	0	1.16	0-6

Jumlah responden pada penelitian ini sebanyak 107 pasien PJK. Hasil penelitian pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata pasien PJK berusia 60.48 tahun (60 tahun), dengan tingkat pendapatan rata-rata Rp. 1.453.020,00/bulan. Lama PJK yang dialami rata-rata 36.58 bulan, dengan rata-rata rawat inap 1 kali.

Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendapatan, pekerjaan, dan status perkawinan dapat dilihat pada tabel 5.2. berikut ini.

Tabel 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Status Perkawinan Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2010 (n= 107)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	64	59.8
	Perempuan	43	40.2
Tingkat pendidikan	Tidak sekolah	6	5.6
	Tamat SD	11	10.3
	Tamat SMP	17	15.9
	Tamat SMA	33	30.8
	Tamat PT/Akademik	40	37.4
Pekerjaan	Tidak bekerja	25	23.4
	Petani/Pedagang/Buruh	4	3.7
	PNS/TNI/POLRI	23	21.5
	Lain-lain	55	51.4
Status perkawinan	Menikah	89	83.2
	Tidak menikah	0	0
	Duda/janda	18	16.8

Pada tabel 5.2 di atas terlihat bahwa lebih dari separuh pasien PJK (59.8 %) atau sejumlah 64 orang berjenis kelamin laki-laki, dengan tingkat pendidikan terbesar (37.4 %) tamat PT/Akademik. Lebih dari separuh (51.4 %) pekerjaan pasien PJK adalah lain-lain, dan seluruh pasien telah menikah. Sebagian besar pasien PJK atau sejumlah 89 orang (83.2 %) masih memiliki pasangan.

Tabel 5.3. Distribusi Responden Menurut Riwayat Terkait PJK dan Keluhan Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2010 (n= 107)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Riwayat PJK			
Riwayat rawat inap	Pernah	57	53.3
	Belum pernah	50	46.7
Riwayat penyakit jantung keluarga	Ada	27	25.2
	Tidak ada	80	74.8
Penyakit penyerta	Ada	78	72.9
	Tidak ada	29	27.1
Keluhan			
Keluhan biasanya	Ada	73	68.2
	Tidak ada	34	31.8
Keluhan saat ini	Ada	65	60.7
	Tidak ada	42	39.3

Hasil lebih lanjut mengenai kondisi pasien PJK terkait riwayat kesehatannya pada tabel 5.3. di atas menunjukkan bahwa sebanyak 57 orang (53.3 %) pasien PJK pernah mengalami rawat inap karena penyakit jantungnya. Hampir semua pasien PJK (74.8 %) atau 80 orang pasien PJK tidak memiliki riwayat penyakit jantung keluarga. Sebagian besar responden, yaitu sebanyak 78 pasien PJK (72.9 %) mengalami PJK disertai penyakit lainnya. Mengenai keluhan responden, sebagian besar pasien PJK (62.8 %) merasakan adanya keluhan pada hari-hari biasa dan sebanyak 65 (60.7 %) pasien saat ini menyatakan memiliki keluhan terkait PJK.

Tabel 5.4 berikut ini memperlihatkan persepsi pasien PJK terhadap PJK. Lebih dari separuh (53.3 %) pasien PJK memiliki persepsi yang kurang baik terhadap PJK. Persepsi baik yang dimaksud adalah pasien memahami bahwa PJK adalah penyakit yang bersifat kronis, memahami gejala atau penyakit yang dialami serta memiliki kemampuan mengontrol gejala atau keluhan yang dialami. Persepsi yang tidak baik atau tidak benar terkait PJK sebaliknya bahwa pasien menganggap PJK merupakan penyakit yang bersifat sementara dan segera sembuh.

Tabel 5.4. Distribusi Responden Berdasarkan Persepsi Terhadap PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei – Juni 2010 (n= 107)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Persepsi	Baik	50	46.7
	Kurang baik	57	53.3
Total		107	100

Pada tabel 5.5 berikut ini terlihat sebanyak 79 (73.8 %) pasien PJK memiliki status emosional yang tidak baik.

Tabel 5.5. Distribusi Responden Berdasarkan Status Emosi Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei – Juni 2010 (n= 107)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Status Emosi	Baik	28	26.2
	Tidak Baik	79	73.8
Total		107	100

Tabel 5.6. yang menggambarkan dukungan sosial yang diterima pasien PJK memperlihatkan bahwa lebih dari separuh pasien PJK (57 %) mendapatkan dukungan, dengan sumber dukungan terbesar atau orang terdekat adalah pasangan hidupnya, yaitu suami atau istri (75.7 %).

Tabel 5.6. Distribusi Responden Berdasarkan Dukungan Sosial Terhadap Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei – Juni 201 (n= 107)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Dukungan sosial	Ada	61	57
	Tidak ada	46	43
Orang terdekat	Suami/istri	81	75.7
	Anak	23	21.5
	Lain-lain	3	0.28

Berdasarkan tabel 5.7. berikut ini dapat diketahui bahwa sebagian besar (64.5 %) pasien PJK memiliki *general self efficacy/GSE* dengan kategori baik. Efikasi diri terkait diet (*Cardiac Diet Self Efficacy/CDSE*), menunjukkan bahwa sebagian besar pasien PJK (71 %) berada pada kategori kurang baik. Sedangkan untuk efikasi diri terkait pemeliharaan fungsi dan pencegahan faktor resiko (*cardiac self efficacy/CSE*) serta efikasi diri secara total (total

SE) pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember sebagian besar pada kategori baik, yaitu sebesar 67.3 % untuk CSE dan 53.3 % untuk total SE.

Tabel 5.7. Distribusi Responden Berdasarkan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei - Juni 2010 (n= 107)

Variabel	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Efikasi Diri:	Baik	69	64.5
	GSE	Kurang baik	38
CDSE	Baik	31	29
	Kurang baik	76	71
CSE	Baik	72	67.3
	Kurang baik	35	32.7
Total SE	Baik	57	53.3
	Kurang baik	50	46.7

5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan masing-masing variabel independen dengan efikasi diri sebagai variabel dependen. Efikasi diri yang dimaksud merupakan efikasi diri secara total, yang merupakan gabungan dari GSE, CDSE, dan CSE. Pada analisis bivariat dilakukan dengan dua uji pada $\alpha : 0.05$, yaitu uji *Chi-square* untuk mengetahui hubungan antara variabel jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan, tingkat pendidikan, persepsi, keluhan, riwayat penyakit, status emosional, dan dukungan sosial pada pasien PJK terhadap efikasi diri. Sedangkan uji T (*independent T-test*) dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel umur, tingkat pendapatan, dan lama PJK dengan efikasi diri. Hasil uji normalitas data dengan menggunakan uji *Kolmogorof-Smirnov* menunjukkan bahwa sebagian besar data tidak berdistribusi normal ($p < 0.05$), kecuali untuk variabel umur ($p: 0.198$), persepsi ($p 0.133$), dan dukungan sosial ($p: 0.096$)

5.2.1. Hubungan Karakteristik Responden dengan Efikasi Diri

5.2.1.1. Hubungan Jenis Kelamin dengan Efikasi Diri

Hasil analisis hubungan jenis kelamin dan efikasi diri dapat dilihat pada tabel 5.8. di bawah ini.

Tabel 5.8. Analisis Hubungan Jenis Kelamin dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei – Juni 2010 (n=107)

Jenis Kelamin	Efikasi diri				Total		X ²	OR (95 % CI)	p Value
	Kurang		Baik		n	%			
	n	%	n	%					
Laki-laki	31	48.4	33	51.6	64	100	0.055	1	0.815
Perempuan	19	44.2	24	55.8	43	100			
Jumlah	50	46.7	57	53.3	107	100			

Sesuai hasil analisis hubungan jenis kelamin dengan efikasi diri pada tabel 5.8. di atas terlihat bahwa sebanyak 33 (51.6 %) pasien PJK laki-laki menunjukkan efikasi diri baik, dan 24 (55.8 %) pasien PJK perempuan menunjukkan efikasi diri baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri ($p: 0.815, \alpha : 0.05$). Berdasarkan nilai OR, disimpulkan bahwa pasien PJK perempuan memiliki peluang 1.19 kali menunjukkan efikasi diri baik dibandingkan pasien PJK laki-laki (95 % CI : 0.55-2.58).

5.2.1.2. Hubungan Umur Responden dengan Efikasi Diri

Hasil analisis hubungan umur responden dengan efikasi diri disajikan dalam tabel 5.9. berikut ini.

Tabel 5.9. Analisis Hubungan Umur dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Mei - Juni 2010 (n=107)

Efikasi Diri	Mean	SD	SE	N	t	p Value
Baik	60.95	9.193	1.218	57	0.525	0.600
Kurang Baik	59.94	10.641	1.505	54		

Tabel 5.9. menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien yang memiliki efikasi diri baik adalah 60.95 tahun dengan standar deviasi 9.19 tahun, sedangkan pada pasien dengan efikasi diri kurang baik rata-rata umurnya adalah 59.94 tahun dengan standar deviasi 10.64 tahun. Hasil analisis statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember ($p: 0.600 \alpha : 0.05$).

5.2.1.3. Hubungan Status Sosial Ekonomi dengan Efikasi Diri

Hubungan antara status sosial ekonomi pasien PJK dengan efikasi diri dapat dilihat pada tabel 5.10 di bawah ini.

Tabel 5.10. Analisis Hubungan Status Sosial Ekonomi dengan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Mei - Juni 2010 (n=107)

Efikasi Diri	Mean	SD	SE	N	t	p Value
Baik	1623.21	1471.26	194.87	57	1.41	0.161
Kurang Baik	1259.00	1153.95	163.19	54		

Rata-rata pasien PJK dengan efikasi diri baik memiliki pendapatan sebesar Rp. 1.623.210,00 dengan standar deviasi Rp. 1.471.260,00. Hasil analisa statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status sosial ekonomi yang dilihat dari jumlah pendapatan dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember ($p: 0.161 \alpha : 0.05$).

5.2.1.4. Hubungan Status Pernikahan dengan Efikasi Diri

Tabel 5.11. Analisis Hubungan Status Pernikahan dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei – Juni 2010 (n=107)

Status Pernikahan	Efikasi diri				Total		X ²	OR (95 % CI)	p Value
	Kurang		Baik		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Menikah	42	47.2	47	52.8	89	100		1	
Duda/janda	8	44.4	10	55.6	18	100	0.00	1.12 (0.40-3.09)	1.000
Jumlah	50	46.7	57	53.3	107	100			

Hasil penelitian mengenai hubungan antara status perkawinan dan efikasi diri pada tabel 5.11. menunjukkan lebih dari separuh yaitu sebanyak 47 (52.8 %) pasien PJK yang memiliki pasangan dan 10 (55.6 %) pasien PJK yang telah kehilangan pasangan hidupnya menunjukkan efikasi diri yang baik.

Hasil analisa statistik lebih lanjut pada α : 0.05 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan efikasi diri (p : 1.000). Berdasarkan nilai OR, maka pasien PJK yang berstatus duda/janda berpeluang 1.12 kali memiliki efikasi diri baik dibandingkan pasien PJK yang telah menikah dan masih memiliki pasangan (95 % CI : 0.4 - 3.09).

5.2.1.5. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Efikasi diri

Hasil penelitian mengenai tingkat pendidikan dengan efikasi diri pada pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada tabel 5.12. berikut ini.

Tabel 5.12. Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei – Juni 2010 (n=107)

Tingkat Pendidikan	Efikasi diri				Total		X ²	OR (95 % CI)	p Value	
	Kurang baik		Baik		n	%				
	n	%	n	%						
Rendah	16	47.1	18	52.9	34	100	0.00	1	1.000	
Tinggi	34	46.6	39	53.3	73	100				1.02 (0.45-2.31)
Jumlah	50	46.7	57	53.3	107	100				

Berdasarkan tabel 5.12. terlihat bahwa sebanyak 18 (52.9 %) pasien PJK dengan tingkat pendidikan rendah dan 39 (53.3 %) pasien PJK dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki efikasi diri yang baik.

Hasil analisa statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan efikasi diri (p : 1.000 α : 0.05). Berdasarkan nilai OR, maka pasien PJK dengan tingkat pendidikan tinggi berpeluang 1.02 kali memiliki efikasi diri baik dibandingkan pasien PJK dengan tingkat pendidikan rendah (95 % CI : 0.45-2.31).

5.2.1.6. Hubungan Status Pekerjaan dengan Efikasi Diri

Hubungan status pekerjaan dengan efikasi diri pada pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada tabel 5.13 berikut ini.

Tabel 5.13. Analisis Hubungan Status Pekerjaan dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei – Juni 2010 (n=107)

Pekerjaan	Efikasi diri				Total		X ²	OR (95 % CI)	p Value
	Kurang baik		Baik		n	%			
	n	%	n	%					
Tidak bekerja	13	50.0	13	50.0	26	100	0.03	1	0.874
Bekerja	37	45.7	44	54.3	81	100			
Jumlah	50	46.7	57	53.3	107	100			

Hasil analisis hubungan status pekerjaan dengan efikasi diri sesuai tabel 5.13 di atas menunjukkan bahwa separuh (50 %) pasien PJK yang tidak bekerja menunjukkan efikasi diri baik, dan 44 (54.3 %) pasien PJK yang bekerja juga menunjukkan efikasi diri baik. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan efikasi diri ($p: 0.874$ $\alpha : 0.05$). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa pasien PJK yang bekerja berpeluang 1.19 kali memiliki efikasi diri baik dibandingkan pasien PJK yang tidak bekerja (95 % CI : 0.49-2.88)

5.2.2. Hubungan Persepsi Pasien Terhadap PJK dengan Efikasi Diri

Tabel 5.14. Analisis Hubungan Persepsi Terhadap PJK dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei – Juni 2010 (n=107)

Persepsi	Efikasi diri				Total		X ²	OR (95 % CI)	p Value
	Kurang baik		Baik		n	%			
	n	%	n	%					
Tidak Baik	30	52.6	27	47.4	57	100	1.24	1	0.266
Baik	20	40	30	60	50	100			
Jumlah	50	46.7	57	53.3	107	100			

Hasil penelitian mengenai hubungan antara persepsi terhadap PJK dan efikasi diri pada tabel 5.14 menunjukkan bahwa sebanyak 27 (47.4 %) pasien PJK dengan persepsi tidak baik dan 30 (60 %) pasien PJK dengan persepsi yang baik menunjukkan efikasi diri yang baik. Analisa statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara persepsi terhadap PJK dengan efikasi diri ($p: 0.266 < \alpha: 0.05$). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa pasien PJK yang memiliki persepsi baik berpeluang 1.67 kali menunjukkan efikasi diri baik dibandingkan pasien PJK yang memiliki persepsi tidak baik (95 % CI : 0.7-3.6)

5.2.3. Hubungan Antara Keluhan dengan Efikasi Diri

Hasil analisis hubungan antara keluhan dan efikasi diri dapat dilihat pada tabel 5.15. di bawah ini.

Tabel 5.15. Analisis Hubungan Keluhan dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei –Juni 2010 (n=107)

Keluhan	Efikasi diri				Total		X ²	OR (95 % CI)	p Value
	Kurang baik		Baik		n	%			
Ada	42	46.7	48	53.3	90	100	0.00	1.02 (0.4-2.9)	1.000
Tidak ada	8	47.1	9	52.9	17	100			
Jumlah	50	46.7	57	53.3	107	100			

Tabel 5.15 menggambarkan bahwa lebih dari separuh (53.3 %) pasien PJK yang memiliki keluhan dan 52,9 % pasien PJK yang tidak memiliki keluhan menunjukkan efikasi diri baik. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara keluhan dengan efikasi diri ($p: 1.000 < \alpha: 0.05$). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa PJK yang memiliki keluhan berpeluang 1.02 kali menunjukkan efikasi diri baik dibandingkan pasien PJK yang tidak memiliki keluhan (95 % CI : 0.4-2.9).

5.2.4. Hubungan Antara Pengalaman Pasien Terkait PJK dengan Efikasi Diri

Pengalaman pasien terkait PJK dilihat dari dua hal yaitu riwayat PJK dan lama mengalami PJK.

Hasil penelitian hubungan riwayat penyakit dengan efikasi diri pada pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada tabel 5.16. di bawah ini.

Tabel 5.16. Analisis Hubungan Riwayat Penyakit dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2010 (n=107)

Riwayat	Efikasi diri				Total		X ²	OR (95 % CI)	p Value	
	Kurang baik		Baik		n	%				
	n	%	n	%						
Ada	12	44.4	15	55.6	27	100	0.00	1	0.953	
Tidak ada	38	47.5	42	52.5	80	100				1.13 (0.4-2.1)
Jumlah	50	46.7	57	53.3	107	100				

Hasil analisis hubungan riwayat penyakit pasien PJK dengan efikasi diri sesuai tabel 5.16 menggambarkan bahwa lebih dari separuh (55.6 %) pasien PJK yang memiliki riwayat PJK dan tidak memiliki riwayat PJK sebanyak 42 (52.5 %) pasien menunjukkan efikasi diri baik. Analisis statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat penyakit dengan efikasi diri (p: 0.953 α : 0.05). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa pasien PJK yang tidak memiliki riwayat terkait PJK berpeluang 1.13 kali menunjukkan efikasi diri baik dibandingkan pasien PJK yang memiliki riwayat PJK.

Hasil penelitian mengenai hubungan lama mengalami PJK dan efikasi diri pada tabel 5.17. berikut ini menunjukkan bahwa rata-rata lama mengalami PJK pada pasien yang memiliki efikasi diri baik adalah 40.39 bulan (3.37 tahun/ 3 tahun 4 bulan) dengan standar deviasi 49.25 bulan. Analisis lebih lanjut didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara lama mengalami PJK

dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember (p Value: 0.348 α : 0.05).

Tabel 5.17. Analisis Hubungan Lama PJK dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Mei - Juni 2010 (n=107)

Efikasi Diri	Mean	SD	SE	N	t	P Value
Baik	40.39	49.25	6.52	57	0.94	0.348
Kurang Baik	32.24	38.49	5.44	54		

Berdasarkan hasil analisis di atas maka disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara pengalaman pasien PJK dengan efikasi diri.

5.2.5. Hubungan Antara Status Emosi dengan Efikasi Diri

Hasil analisis hubungan status emosi dengan efikasi diri disajikan secara lengkap pada tabel 5.18. di bawah ini.

Tabel 5.18. Analisis Hubungan Status Emosi dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember Mei-Juni 2010 (n=107)

Status Emosi	Efikasi diri				Total		X ²	OR (95 % CI)	p Value
	Kurang baik		Baik		n	%			
	n	%	n	%					
Tidak Baik	43	54.4	36	45.6	79	100	6.06	1	0.014*
Baik	7	25	21	75	28	100			
Jumlah	50	46.7	57	53.3	107	100			

* = signifikan pada α : 0.05

Hasil penelitian mengenai hubungan antara status emosi dan efikasi diri pada tabel 5.18 menunjukkan bahwa sebanyak 36 (45.6 %) pasien PJK dengan status emosi tidak baik dan 21 (75 %) pasien dengan status emosi baik memiliki efikasi diri yang baik. Analisa statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status emosi dengan efikasi diri (p: 0.014, α : 0.05). sesuai nilai OR, maka dapat disimpulkan bahwa pasien PJK dengan status emosi yang baik berpeluang 3.4 kali memiliki efikasi diri

baik dibandingkan pasien PJK dengan status emosi tidak baik (95 % CI: 1.4 – 9.4).

5.2.6. Hubungan Dukungan Sosial dengan Efikasi Diri

Hasil penelitian mengenai hubungan dukungan sosial dengan efikasi diri pada pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember dapat dilihat pada tabel 5.19. berikut ini.

Tabel 5.19. Analisis Hubungan Dukungan Sosial dan Efikasi Diri Pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember (n=107)

Dukungan Sosial	Efikasi diri				Total		X ²	OR (95 % CI)	p Value
	Kurang baik		Baik		n	%			
	n	%	n	%	n	%			
Tidak ada	29	63.0	17	37.0	46	100	7.52	1	0.006*
Ada	21	34.4	40	65.6	61	100			
Jumlah	50	46.7	57	53.3	107	100			

* = signifikan pada α : 0.05

Hasil analisis hubungan dukungan sosial dengan efikasi diri sesuai tabel 5.19 di atas berikut ini menunjukkan bahwa 17 (37.7 %) pasien PJK yang tidak mendapat dukungan menunjukkan efikasi diri baik, dan 40 (65.6 %) pasien PJK yang mendapat dukungan memiliki efikasi diri baik. Analisis statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan efikasi diri (p: 0.006, α : 0.05). Sesuai nilai OR disimpulkan bahwa pasien PJK yang mendapatkan dukungan sosial berpeluang 3.25 kali memiliki efikasi diri baik dibandingkan pasien PJK yang tidak mendapat dukungan (95 % CI: 1.4 -9.4).

5.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan semua variabel independen dengan variabel dependen dan mencari variabel yang paling berpengaruh terhadap variabel dependen, yaitu efikasi diri. Pada penelitian ini digunakan regresi logistik dengan model prediksi.

Langkah pemodelannya adalah sebagai berikut:

1. Pemilihan variabel kandidat multivariat

Pemilihan dilakukan dengan melakukan analisis bivariat masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji mempunyai $p\ value < 0.25$, maka variabel tersebut dapat masuk pada model multivariat. Variabel yang diduga berhubungan dengan efikasi diri adalah karakteristik pasien (jenis kelamin, umur, status sosial ekonomi, status pernikahan, pekerjaan, tingkat pendidikan), persepsi, keluhan, pengalaman terkait PJK (riwayat penyakit dan lama PJK), status emosi, dan dukungan sosial. Hasil analisis bivariat variabel-variabel penelitian ditampilkan pada tabel 5.20. berikut ini.

Tabel 5.20. Hasil Uji Bivariat Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat

No	Variabel	Wald	p Value
1.	Jenis kelamin	0.187	0.665
2.	Umur	0.280	0.596
3.	Status sosial ekonomi	1.950	0.155*
4.	Status Pernikahan	0.046	0.831
5.	Pekerjaan	0.147	0.701
6.	Tingkat Pendidikan	0.002	0.963
7.	Persepsi	1.698	0.191*
8.	Keluhan	0.001	0.976
9.	Riwayat Penyakit	0.076	0.783
10.	Lama PJK	0.881	0.338
11.	Status emosi	6.745	0.006*
12.	Dukungan sosial	8.370	0.003*

Ket: * = variabel dengan $p < 0.25$ (kandidat multivariat)

Berdasarkan hasil analisis bivariat didapatkan bahwa variabel yang masuk dalam pemodelan selanjutnya adalah variabel status sosial ekonomi, persepsi, status emosi, dan dukungan sosial.

2. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p\ value < 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang mempunyai $p\ value > 0,05$. Hasil analisa lebih lanjut ditampilkan pada tabel 5.21. berikut.

Tabel 5.21. Hasil Analisis Multivariat Variabel Status Sosial Ekonomi, Persepsi, Dukungan Sosial, dan Status Emosi dengan Variabel Efikasi Diri

No	Variabel	B	Wald	<i>P Value</i>	OR	95 % CI
1.	Status sosial ekonomi	0.000	0.000	0.846	1.000	1.00-1.00
2.	Dukungan sosial	1.236	0.455	0.007*	3.443	1.411-8.40
3.	Persepsi	0.758	0.455	0.096	2.133	0.88-5.20
4.	Emosi	1.711	0.558	0.002*	5.536	1.85-16.54
	Constant	-1.394	0.471			

* = $p < 0.05$

Berdasarkan tabel 5.21. terlihat *p Value* status sosial ekonomi adalah 0.846 dan persepsi sebesar 0.096 ($p > 0.005$), sehingga dikeluarkan dari pemodelan. Variabel yang dapat masuk pemodelan adalah dukungan sosial dan status emosi.

- Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model.

Uji interaksi dilakukan untuk menilai adanya hubungan antara dukungan sosial dan status emosi. Hasil uji didapatkan bahwa tidak ada interaksi antara dukungan sosial dan status emosi ($p: 0.274$, $\alpha: 0.05$) sehingga disimpulkan tidak ada interaksi antar variabel independen yang masuk pemodelan (Tabel 5.22).

Tabel 5.22. Hasil Analisis Multivariat Variabel Interaksi Antara Dukungan Sosial dan Status Emosi dengan Variabel Efikasi Diri

No	Variabel	B	Wald	<i>P Value</i>	OR	95 % CI
1.	Dukungan sosial	1.095	5.172	0.023	2.99	1.16-7.68
2.	Emosi	0.987	2.151	0.143	2.68	0.72-10.04
3.	Dukungan by emosi	1.390	1.197	0.274	4.01	0.33-48.37
	Constant	-1.394	0.471	0.028	0.44	

Setelah dilakukan analisis lanjut, variabel yang masuk pemodelan adalah dukungan sosial dan status emosi. Model secara lengkap dapat dilihat pada tabel 5.23. berikut ini.

Tabel 5.23. Hasil Analisis Multivariat Variabel Dukungan Sosial dan Status emosi dengan Variabel Efikasi Diri

No	Variabel	B	Wald	<i>P Value</i>	OR	95 % CI
1.	Dukungan sosial	1.347	9.503	0.002*	3.85	1.63-9.06
2.	Status Emosi	1.480	7.923	0.005*	4.39	1.57-12.31
3.	Constant	-0.990	7.392	0.007	0.37	

* : signifikan pada α : 0.05

Model yang dihasilkan adalah sebagai berikut:

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i$$

$$\text{Efikasi diri} = -0.99 + 1.35 \text{ dukungan sosial} + 1.48 \text{ status emosi}$$

Berdasarkan model pada tabel 5.23. di atas, faktor dominan yang mempengaruhi efikasi diri adalah status emosi karena memiliki koefisien persamaan yang paling besar (OR: 4.39). Sesuai model tersebut dapat disimpulkan bahwa pasien PJK yang memiliki emosi baik menunjukkan efikasi diri 4.39 kali lebih baik dibandingkan pasien yang memiliki emosi tidak baik setelah dikontrol dukungan sosial (95 % CI: 1.57; 12.31). Sedangkan pasien PJK yang mendapatkan dukungan sosial berpeluang 3.85 kali memiliki efikasi diri yang baik dibandingkan pasien yang tidak mendapat dukungan sosial setelah dikontrol status emosi (95 % CI: 1.63; 9.06).

Aplikasi pemodelan multivariat yang telah terbentuk sebagai berikut:

$$\text{Efikasi diri} = -0.99 + 1.35 \text{ dukungan sosial} + 1.48 \text{ status emosi}$$

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i)}}$$

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-(0.99 + 1.35 \text{ dukungan sosial} + 1.48 \text{ status emosi})}}$$

Apabila diketahui :

Dukungan sosial:		Efikasi diri:	
Ada	= 1	Baik	= 1
Tidak ada	= 0	Kurang baik	= 0
Status emosi:		Konstanta:	-0.99
Baik	= 1		
Tidak baik	= 0		

Apabila ada pasien PJK yang mendapatkan dukungan sosial dan status emosi baik, maka peluang untuk memiliki efikasi diri baik adalah:

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-(0.99 + 1.35 \text{ dukungan sosial} + 1.48 \text{ status emosi})}}$$

$$P(1) = \frac{1}{1 + e^{-(0.99 + 1.35 \times 1 + 1.48 \times 1)}}$$

$$= 0.86 \text{ atau } 86 \%$$

Jadi pada pasien PJK yang mendapatkan dukungan sosial dan memiliki status emosi yang baik, maka peluang untuk memiliki efikasi diri baik adalah sebesar 86 %.

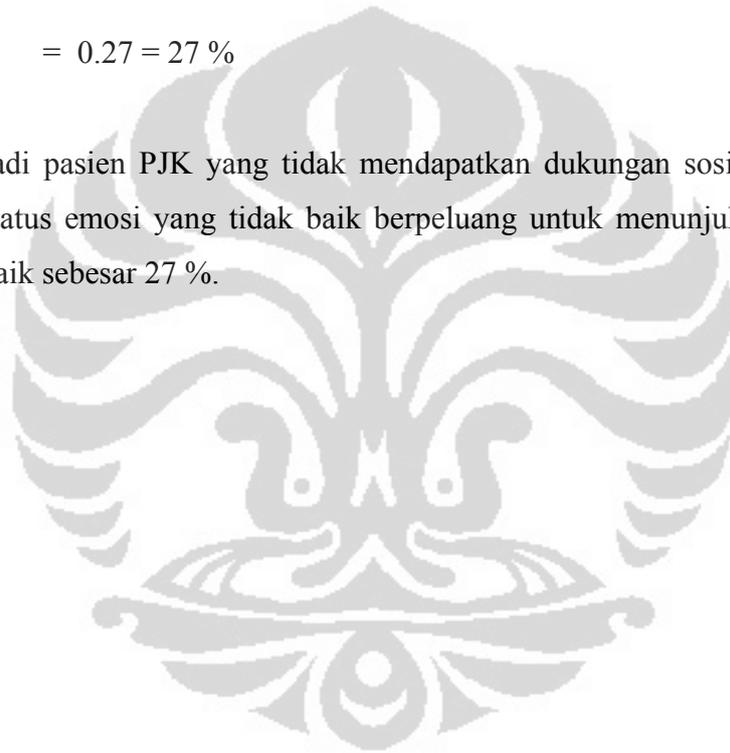
Sedangkan pasien PJK yang tidak mendapatkan dukungan sosial dan memiliki status emosi tidak baik, maka peluang untuk menunjukkan efikasi diri baik adalah:

$$P(x) = \frac{1}{1 + e^{-(0.99 + 1.35 \text{ dukungan sosial} + 1.48 \text{ status emosi})}}$$

$$P(0) = \frac{1}{1 + e^{-(0.99 + 1.35 \times 0 + 1.48 \times 0)}}$$

$$= 0.27 = 27 \%$$

Jadi pasien PJK yang tidak mendapatkan dukungan sosial dan memiliki status emosi yang tidak baik berpeluang untuk menunjukkan efikasi diri baik sebesar 27 %.



BAB 6 PEMBAHASAN

Pada bab 6 ini akan disajikan pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian, serta implikasi hasil penelitian.

6.1. Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian

6.1.1. Hubungan Karakteristik Responden dengan Efikasi diri

6.1.1.1. Hubungan jenis kelamin dengan efikasi diri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (59.8 %). Responden pada penelitian oleh Fleury dan Sedikides (2007) yang dilakukan pada pasien PJK untuk menilai pengaruh motivasi pada rehabilitasi jantung, yaitu bagaimana peran pengetahuan pribadi pada modifikasi faktor resiko penyakit kardiovaskuler sebagian besar juga laki-laki (70.83 %). Demikian pula pada penelitian oleh Lau-Walker pada tahun 2004 dan 2007 untuk menilai pengaruh persepsi terhadap efikasi diri pasien PJK mayoritas berjenis kelamin laki-laki (78.8 % dan 79 %).

PJK menjadi penyebab kematian utama baik pada laki-laki maupun wanita. Angka kejadian serangan jantung lebih banyak pada laki-laki, tetapi pada wanita yang telah menopause terjadi peningkatan yang signifikan terkait angka kejadian maupun serangan PJK. Angka kematian pada wanita yang mengalami PJK dan telah menopause 2 kali lipat dibandingkan laki-laki (Black & Hawks, 2009).

Hasil analisis hubungan jenis kelamin dengan efikasi diri didapatkan bahwa persentase pasien PJK perempuan 1 menunjukkan efikasi diri yang lebih baik dibandingkan pasien laki-laki, yaitu sebesar 55.8 %, sedangkan pada pasien laki-laki sebesar 51.6 %.

Hasil analisis statistik pada $\alpha: 0.05$ memberikan hasil bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri. Hasil analisa statistik yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri didukung penelitian oleh Colodro, Godoy-Izquierdo dan Godoy (2010), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia, dan jenis kelamin dengan efikasi diri, meskipun laki-laki dan usia lebih muda memiliki keyakinan atau efikasi diri lebih tinggi dalam mengelola stress atau melakukan coping. Pendapat lain mengatakan bahwa perempuan menunjukkan efikasi diri yang rendah dalam mengelola kondisi yang tidak diinginkan atau lebih mudah mengalami kecemasan dan depresi setelah didiagnosa PJK. Pada perempuan yang mengalami PJK cenderung merasa sulit untuk kembali beraktivitas seperti biasa, mengalami lebih banyak keluhan, dan merasa tidak puas dengan dukungan yang diterima selama proses perawatan. Pasien PJK perempuan merasa kesulitan dalam mengelola PJK terkait dengan kondisi stress akibat berbagai peran dalam keluarga dan lingkungan kerja (Fleury, Sedikides & Lunsford, 2001).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian oleh Mystakidou, et al. (2010) pada pasien kanker yang menyimpulkan bahwa efikasi diri dipengaruhi oleh komponen kecemasan, usia pasien, kondisi fisik dan jenis kelamin. Berdasarkan penelitian tersebut, laki-laki memiliki efikasi diri lebih tinggi.

Menurut peneliti, laki-laki memiliki kecenderungan memiliki kepercayaan diri lebih tinggi dan lebih mampu mengatasi berbagai masalah secara lebih mandiri menggunakan kemampuan yang mereka miliki, termasuk saat mengalami PJK. Laki-laki terbiasa mengambil keputusan sendiri. Di satu sisi, perempuan memiliki kecenderungan lebih patuh terhadap anjuran petugas kesehatan. Hasil secara statistik yang menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri, dapat diartikan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki kemampuan yang sama dalam

menyelesaikan berbagai masalah atau melakukan coping, serta dalam berperilaku sesuai dengan yang diharapkan. Laki-laki dan perempuan memiliki keyakinan yang sama akan kemampuan mereka dalam berperilaku sesuai dengan yang diharapkan untuk mengelola penyakitnya.

6.1.1.2. Hubungan umur dengan efikasi diri

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata umur responden adalah 60.48 tahun dengan median 60 tahun dan modus 67 tahun. Hasil estimasi interval memberikan hasil bahwa kita yakin 95 % usia pasien PJK berada pada rentang 34 – 92 tahun. Usia rata-rata pasien PJK berdasarkan hasil penelitian ini hampir sama dengan penelitian oleh Lau-Walker (2004, 2007) yaitu 65 tahun. Pada penelitian oleh Fleury dan Sedikides (2007), pasien PJK yang terlibat sebagai responden rata-rata berumur 58 tahun (\pm 8.2 tahun) dengan rentang 38 – 79 tahun.

Usia mempengaruhi resiko dan keparahan gejala PJK. Angka kejadian PJK meningkat seiring dengan meningkatnya umur. PJK lebih banyak terjadi mulai usia 40 tahun ke atas, meskipun angina dan infark miokard dapat juga terjadi pada usia 30 tahun, bahkan 20 tahun. Sebanyak 4 dari 5 orang yang meninggal karena PJK berusia 65 tahun ke atas (Black & Hawks, 2009). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori tersebut, bahwa sebagian besar pasien PJK berada pada usia 60 tahun ke atas, dengan usia termuda 34 tahun dan tertua 92 tahun.

Efikasi diri pada lanjut usia berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami. Sedangkan pada usia dewasa berfokus pada efikasi diri yang dimiliki terkait dengan kemampuannya untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi dan berusaha mencapai kesuksesannya (Bandura, 1994). Terkait dengan pengelolaan PJK, sebagian besar responden yang berusia lansia lebih berfokus pada penerimaan mereka terhadap penyakit yang dialami dan berusaha untuk mempertahankan kemampuan fisiknya.

Analisis hubungan umur dengan efikasi diri menunjukkan bahwa rata-rata umur pasien yang memiliki efikasi diri baik adalah 60.95 tahun dengan standar deviasi 9.19 tahun. Hasil analisis statistik memberikan kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara usia pasien dengan efikasi diri ($p: 0.600$, $\alpha : 0.05$).

Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh LaPier, Cleary dan Kidd (2009) yang memberikan hasil bahwa pasien dengan usia lebih tua memiliki *cardiac self efficacy* lebih tinggi dibandingkan usia lebih muda (usia rata-rata 65 ± 1.6 , range: 37-94 (tahun). Penelitian ini mengindikasikan bahwa pasien yang lebih tua lebih percaya akan kemampuannya untuk kembali beraktivitas dan mengelola gejala atau keluhan yang muncul akibat PJK.

Penelitian oleh Mystakidou, et.al (2010) juga menegaskan bahwa efikasi diri dipengaruhi oleh kecemasan, usia, kondisi fisik, dan jenis kelamin. Pasien dengan usia lebih tua memiliki efikasi lebih tinggi. Hal tersebut sejalan dengan penelitian oleh Howsepian dan Merluzzi (2009) yang menyimpulkan bahwa usia berhubungan secara positif dengan efikasi diri. Pasien dengan usia lebih tua memiliki efikasi diri lebih tinggi dalam melakukan koping dan secara umum lebih teratur atau terarah dibandingkan dengan yang berusia lebih muda.

Swor et. al (2003) dalam penelitiannya mendapatkan hasil bahwa responden berusia ≤ 80 tahun secara signifikan memiliki kemauan belajar lebih tinggi daripada yang berusia > 80 tahun ($p: 0.001$) dan mampu menunjukkan perilaku sesuai dengan yang diharapkan. Hal itu berarti usia yang lebih muda memiliki efikasi diri lebih tinggi. Responden pada penelitian tersebut adalah lansia, sehingga dapat pula disimpulkan bahwa lansia dengan usia < 80 tahun memiliki efikasi diri lebih tinggi, demikian pula dalam penelitian ini meskipun secara statistik menunjukkan hasil yang tidak bermakna.

Hasil analisa statistik penelitian ini yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan efikasi diri sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Colodro, Godoy-Izquierdo dan Godoy (2010), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara usia, dan jenis kelamin dengan efikasi diri, meskipun laki-laki dan usia lebih muda memiliki keyakinan atau efikasi diri lebih tinggi dalam mengelola stress atau melakukan coping.

Menurut peneliti, tidak adanya hubungan antara umur dengan efikasi diri disebabkan karena pada pasien PJK dengan usia yang lebih tua memiliki komplikasi atau penyakit penyerta yang akan semakin menurunkan fungsi fisiknya sehingga pasien tersebut merasa tidak mampu untuk melakukan berbagai kegiatan atau aktivitas terkait pemeliharaan fungsi kesehatannya, seperti olah raga. Disamping itu, seiring dengan kemunduran fisik dan mentalnya, kemandirian pasien lanjut usia juga mulai menurun sehingga menjadi tergantung dengan orang lain. Hal tersebut juga dapat terjadi pada pasien PJK yang memiliki usia lebih muda. Usia muda tidak menjamin lebih mampu menunjukkan perilaku seperti yang diharapkan. Pada usia muda dengan besarnya tanggung jawab dan beban kehidupan dapat merupakan sumber stressor dan adanya kecenderungan sulit mengendalikan emosi menyebabkan sulit pula untuk mengatur dirinya.

6.1.1.3. Hubungan status sosial ekonomi dan efikasi diri

Status sosial ekonomi dalam penelitian ini dilihat dari jumlah pendapatan atau penghasilan pasien PJK tiap bulan, dengan satuan rupiah.

Pada analisis univariat didapatkan bahwa pendapatan rata-rata per bulan pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember adalah sebesar Rp. 1.453.020,00 Rata-rata jumlah pendapatan pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember berada di atas upah minimum kabupaten Jember (UMK) yaitu sebesar Rp. 830.000,00. Hasil analisis hubungan status sosial ekonomi dengan efikasi diri menggambarkan bahwa rata-rata pasien PJK dengan efikasi diri baik

memiliki pendapatan lebih tinggi, yaitu sebesar Rp. 1.623.210,00/bulan, meskipun secara statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara status sosial ekonomi yang dilihat dari jumlah pendapatan dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember ($p: 0.16, \alpha: 0.05$).

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian oleh LaPier, Cleary dan Kidd (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara efikasi diri dalam melakukan aktivitas pada pasien PJK dengan tingkat pendapatan ($r: 0.26$) menegaskan bahwa pasien PJK dengan jumlah pendapatan yang lebih tinggi lebih percaya diri atau mampu melakukan aktivitas meskipun ada hambatan. Hal tersebut bisa berkaitan dengan beberapa hal, yaitu pasien dengan tingkat pendapatan lebih tinggi memiliki waktu dan sumber pendukung yang lebih banyak untuk tetap mampu beraktivitas atau berperilaku yang mendukung kesehatannya, misal melakukan kontrol rutin.

Berdasarkan hasil analisis, orang dengan tingkat pendapatan yang lebih tinggi memiliki efikasi diri lebih tinggi, tetapi secara statistik jumlah pendapatan atau tingkat sosial ekonomi tidak berhubungan dengan efikasi diri. Hal tersebut bisa disebabkan karena seseorang dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung memiliki gaya hidup, misalnya terkait dengan pola makan yang tidak sehat. Dengan banyaknya pendapatan memungkinkan pasien untuk mengkonsumsi makanan yang diinginkan meskipun terkadang tidak sehat.

Status sosial ekonomi dalam penelitian ini hanya dilihat dari tingkat pendapatan per bulan yang bagi sebagian orang merupakan hal yang bersifat rahasia sehingga terkadang sulit untuk menyampaikan yang sebenarnya dan belum bisa menggambarkan status sosial ekonomi secara tepat. Peneliti juga tidak mengkaji mengenai akses pemeliharaan kesehatan yang berhubungan dengan status sosial ekonomi.

6.1.1.4. Hubungan Status pernikahan dengan efikasi diri

Semua pasien PJK di RSD dr. Soebandi pada penelitian ini telah menikah dan sebagian besar masih memiliki pasangan. Hasil analisis menunjukkan lebih dari separuh pasien PJK menunjukkan efikasi diri yang baik, dengan efikasi diri yang baik lebih banyak ditunjukkan oleh pasien PJK yang berstatus janda/duda..

Hasil analisa statistik lebih lanjut pada $\alpha: 0.05$ menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pernikahan dengan efikasi diri. Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian oleh Swor et. al (2003) yang menyatakan bahwa efikasi diri pada pasien PJK dalam melakukan tindakan yang diharapkan tidak berkaitan dengan riwayat medis responden dan keberadaan pasangan responden. Hal tersebut juga diperkuat dengan penelitian oleh Colodro, Godoy-Izquierdo dan Godoy (2010) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan dengan efikasi diri pasien PJK.

Berdasarkan analisis statistik yang menyimpulkan bahwa status pernikahan tidak berhubungan dengan efikasi diri menurut peneliti dikarenakan bisa diakibatkan keberadaan pasangan dapat menjadi sumber dukungan atau sebaliknya stressor bagi pasien. Pasangan dapat menjadi sumber dukungan utama sebagaimana juga terlihat dalam penelitian ini ketika pasangan memahami kondisi pasien dan ikut mendukung penanganan terkait penyakitnya. Misalnya, dengan adanya pasangan akan ada yang senantiasa mengingatkan pasien untuk kontrol rutin atau mengatur pola makan, aktivitas, dan lain-lain. Tetapi apabila kondisi pernikahan tidak bahagia atau terjadi masalah dengan pasangan hidup justru akan menambah masalah dan menjadi sumber stressor bagi pasien. Dengan semakin banyaknya stressor yang dialami dapat menurunkan kemampuan pasien untuk menyelesaikan masalah tersebut, atau dengan kata lain efikasi dirinya menjadi rendah.

6.1.1.5. Hubungan tingkat pendidikan dengan efikasi diri

Tingkat pendidikan sebagian besar pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember berada pada kategori tinggi, yaitu tamat SMA dan PT/Akademik (68.2 %). Pada penelitian oleh Fleury dan Sedikides (2007), semua responden (pasien PJK) berpendidikan tinggi dan sebanyak 41.7 % merupakan lulusan perguruan tinggi. Hasil analisis hubungan tingkat pendidikan dengan efikasi diri memberikan gambaran bahwa efikasi diri yang baik ditunjukkan oleh sebagian besar pasien PJK dengan tingkat pendidikan tinggi.

Kemampuan untuk memotivasi diri sendiri dan melakukan perilaku yang bertujuan didasari oleh aktivitas kognitif (Bandura, 1977;1994). Seseorang akan memutuskan untuk berperilaku berdasarkan pada pemikiran reflektif, penggunaan pengetahuan secara umum, dan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan tertentu (Peterson & Bredow, 2004).

Hasil analisa statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan efikasi diri. Hasil penelitian ini didukung penelitian oleh Colodro, Godoy-Izquierdo dan Godoy (2010) yang menyimpulkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan dengan efikasi diri pada pasien PJK.

Menurut peneliti, sesuai dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan tidak berhubungan dengan efikasi diri dapat diartikan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan pasien PJK tidak menjamin efikasi diri yang baik. Seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi seharusnya memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi pula. Akan tetapi tidak semua yang memiliki pendidikan tinggi mengetahui atau memahami apa yang harus dilakukan atau meskipun pasien tersebut mengetahui tetapi tidak mau melaksanakannya, termasuk pula dalam pengelolaan PJK. Berdasarkan pengalaman pada saat melakukan penelitian pada beberapa pasien yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi

belum mengetahui bagaimana pengelolaan PJK yang benar, misal terkait aktivitas, diet, dan lain-lain. Disamping itu, ada juga pasien yang sudah mengetahui bagaimana pengelolaan PJK yang benar merasa sulit untuk melaksanakannya dengan berbagai alasan.

6.1.1.6. Hubungan pekerjaan dengan efikasi diri

Status pekerjaan sebagian besar pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember adalah tidak bekerja (74.8%), baik tidak bekerja dalam arti sesungguhnya yaitu benar-benar tidak memiliki pekerjaan dan sudah tidak bekerja lagi atau sudah mengalami pensiun. Pada penelitian oleh Lau-Walker (2004) juga didapatkan bahwa sebagian besar pasien PJK tidak bekerja (62.2 %).

Hasil analisis hubungan pekerjaan dengan efikasi diri menggambarkan bahwa efikasi diri yang baik lebih banyak ditunjukkan oleh pasien PJK yang bekerja dibanding yang tidak bekerja. Status pekerjaan sangat berhubungan dengan aktualisasi diri seseorang dan mendorong seseorang lebih percaya diri. Orang yang bekerja lebih mandiri dan terbiasa diberi tanggung jawab untuk menyelesaikan tugas. Hal tersebut juga berpengaruh dalam kehidupan sehari-hari pada pasien PJK terkait bagaimana upaya pengelolaan penyakitnya. Pasien PJK yang bekerja lebih mampu untuk mengelola penyakitnya secara mandiri.

Hasil analisis statistik pada $\alpha : 0.05$ menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status pekerjaan dengan efikasi diri ($p: 0.874$). Hasil ini didukung penelitian oleh Colodro, Godoy-Izquierdo dan Godoy (2010) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan dengan efikasi diri pada pasien PJK. Artinya adalah bahwa efikasi diri orang yang bekerja dan tidak bekerja sama. Hal tersebut berbeda dengan penelitian oleh Lau-Walker (2007) yang menyampaikan bahwa pekerjaan secara signifikan sebagai prediktor efikasi umum (GSE) ($p: 0.05$) atau dengan kata lain seseorang yang

bekerja memiliki kepercayaan diri yang lebih tinggi untuk mengatasi masalah.

Menurut peneliti, tidak adanya hubungan atau pengaruh pekerjaan terhadap efikasi diri bisa disebabkan karena kondisi pekerjaan dapat menjadi beban atau sumber stressor yang dapat menurunkan kemampuan seseorang untuk menyelesaikan masalah. Kondisi stress merupakan salah satu faktor resiko yang dapat memperberat kondisi PJK. Dengan kondisi penyakit yang berat pasien akan merasa kesulitan untuk mampu mengelola penyakitnya secara mandiri atau menunjukkan perilaku yang diharapkan.

Dengan demikian, secara keseluruhan karakteristik responden tidak ada yang berhubungan dengan efikasi diri atau dengan kata lain hipotesis penelitian ini yang menyatakan ada hubungan antara karakteristik responden dengan efikasi diri ditolak. Hasil tersebut sama dengan penelitian oleh Lau-Walker (2007) yang menyampaikan bahwa faktor-faktor demografi, karakteristik penyakit, kehadiran dalam rehabilitasi jantung dan hasil yang diharapkan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap efikasi diri pada pasien dengan penyakit jantung koroner.

6.1.2. Hubungan Persepsi Terhadap PJK dengan Efikasi Diri

Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar pasien memiliki persepsi yang tidak baik terhadap PJK. Berdasarkan hasil analisis hubungan persepsi dengan efikasi diri menunjukkan bahwa lebih banyak pasien dengan persepsi yang baik yang memiliki efikasi diri baik. Persepsi yang baik atau benar mengenai PJK dalam penelitian ini adalah pasien memahami bahwa PJK adalah penyakit yang bersifat kronis. Pasien PJK juga telah memahami gejala atau penyakit yang dialami serta memiliki kemampuan mengontrol gejala atau keluhan yang dialami. Sedangkan persepsi yang salah tentang PJK adalah anggapan bahwa penyakit tersebut dapat sembuh dalam jangka waktu cepat atau penyakitnya bersifat sementara, dengan gejala yang tidak

jelas dan merasa tidak mampu untuk mengontrol penyakit atau keluhan yang muncul atau belum mengetahui tentang penyakitnya.

Banyak pasien dapat pulih dari penyakit jantung koroner secara fisik, tetapi tidak merasakan kesejahteraan secara psikologis karena persepsi yang salah mengenai penyakitnya dan kebutuhan perubahan perilaku terkait penyakitnya. Satu hal yang perlu disadari oleh pasien dan perawat adalah bahwa PJK merupakan penyakit kronis yang tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat dikelola untuk tetap mempertahankan kondisi optimal pasien. Perubahan perilaku dan gaya hidup merupakan faktor utama untuk mendukung pemulihan dan kesehatan pasien (Lewis et. al, 2007).

Persepsi yang benar mengenai penyakit dalam hal ini PJK akan mendorong pasien untuk berusaha mencari tahu lebih banyak tentang penyakitnya beserta upaya penanganannya. Hal tersebut berarti seseorang dengan persepsi yang baik akan menunjukkan bahwa mereka mampu untuk mengontrol penyakitnya secara mandiri.

Hasil analisa statistik lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara persepsi terhadap PJK dengan efikasi diri ($p: 0.694$ $\alpha: 0.05$). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian oleh Lau-Walker (2004) mengenai hubungan antara representasi penyakit dan efikasi diri yang menunjukkan hasil bahwa ada hubungan signifikan antara persepsi tentang penyakit dengan efikasi diri. Secara lebih lanjut dikatakan bahwa semakin besar penerimaan/pengetahuan pasien akan konsekuensi akibat penyakit jantung semakin rendah efikasi diri secara umum (*general self efficacy*) untuk melakukan koping. Hasil juga menggambarkan bahwa semakin lama waktu penerimaan terhadap kondisi penyakit akan mempengaruhi efikasi diri pasien, semakin tinggi efikasi diri spesifik untuk mempertahankan perubahan pola diet dan aktivitas (*exercise self efficacy and diet self efficacy*) (Lau-Walker, 2004).

Penelitian yang lain oleh Lau-Walker (2007) untuk menilai kepercayaan tentang sakit dengan efikasi diri pada pasien PJK mendapatkan hasil adanya hubungan persepsi pasien dengan PJK. Pasien yang memandang PJK sebagai penyakit jangka panjang (*long term*), melaporkan sedikit keluhan, dan percaya bahwa kondisi jantung mereka terkontrol sejak sebelum keluar dari rumah sakit memiliki efikasi diri lebih tinggi.

Menurut peneliti, tidak adanya hubungan antara persepsi tentang penyakit dengan efikasi diri disebabkan karena persepsi dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman pasien itu sendiri. Seseorang yang memiliki pengetahuan dan pemahaman yang benar mengenai PJK akan memiliki persepsi yang benar, akan tetapi berdasarkan hasil pada saat penelitian tidak semua pasien yang memiliki pengetahuan yang benar tentang PJK memiliki persepsi yang baik/benar pula. Pasien mengetahui yang benar tentang penyakitnya tetapi memiliki persepsi yang berbeda. Disamping itu, penilaian persepsi pada penelitian ini menggunakan kuesioner modifikasi dari *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R) yang penulis modifikasi. Jumlah pernyataan dalam kuesioner tersebut banyak sehingga dapat membuat responden kesulitan atau tergesa-gesa saat menjawab sehingga tidak menggambarkan persepsi yang sebenarnya. Disamping persepsi mengenai PJK, ada faktor dalam diri pasien yang penting untuk menentukan perilaku pasien dan mempengaruhi efikasi dirinya yaitu motivasi yang bersumber dari pengetahuan atau pemahaman pasien akan dirinya sendiri. Fleury dan Sedikides (2007) lebih lanjut mengatakan bahwa pemahaman personal yang merefleksikan perasaan akan kesehatan pribadinya, kemandirian, dan produktivitas berhubungan erat dengan efikasi dan kemampuan untuk mencapai status kesehatan yang diharapkan. Keyakinan pasien akan kemampuannya untuk berubah atau memodifikasi faktor resiko penyakitnya dapat meningkatkan pencapaian keberhasilannya dalam melakukan perubahan perilaku.

Berdasarkan uraian di atas, dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan ada hubungan antara persepsi dengan efikasi diri secara statistik ditolak.

6.1.3. Hubungan Keluhan dengan Efikasi Diri

Hasil penelitian terkait keluhan pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember didapatkan bahwa sebagian besar pasien merasakan adanya keluhan pada hari-hari biasa dan pada saat ini (saat penelitian) dengan jenis keluhan terbanyak nyeri dada. Manifestasi PJK secara umum terbagi menjadi infark miokardium dan angina dengan gejala utama berupa nyeri dada. Nyeri dada pada infark miokardium berlangsung tiba-tiba dan terus menerus, terletak di bagian bawah sternum dan perut atas. Nyeri bersifat tajam dan terasa semakin berat; bisa menyebar ke bahu dan biasanya lengan kiri; serta dapat menetap sampai beberapa jam atau hari dan tidak hilang dengan nitrogliserin. Sedangkan angina pectoris adalah nyeri dada yang hilang timbul, dan tidak disertai kerusakan ireversibel sel-sel jantung (Smeltzer & Bare, 2002).

Pada pasien dengan PJK terdapat kecenderungan berada dalam kondisi fisik yang lebih buruk dibandingkan kondisi yang sebenarnya sesuai umur atau jenis kelamin pada orang yang sehat pada umumnya (LaPier, Cleary & Kidd, 2009). Penyakit jantung koroner sebagai salah satu penyakit kronis berlangsung sepanjang hidup dengan fluktuasi status kesehatan antara fungsi maksimal dan serius, kadang mengalami kekambuhan yang mengancam kehidupan. Penyakit ini menyebabkan keterbatasan fisik akibat proses patologis dan injuri (Crisp & Taylor, 2001).

Hasil analisis hubungan keluhan pasien PJK (keluhan yang biasa dirasakan dan keluhan saat ini) dengan efikasi diri menggambarkan bahwa pasien yang memiliki keluhan atau tidak menunjukkan persentase yang hampir sama memiliki efikasi diri yang baik. Hasil uji statistik pada α : 0.05

menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara keluhan dengan efikasi diri ($p: 1.000$).

Bandura (1977; 1994) menyampaikan bahwa disamping faktor lain, kondisi fisik dan emosional juga sangat mempengaruhi efikasi diri seseorang. Kelemahan, nyeri, dan ketidaknyamanan dianggap sebagai hambatan fisik yang dapat mempengaruhi efikasi diri. Sebaliknya, efikasi diri juga sangat mempengaruhi kondisi fisik seseorang (Bandura, 1977; 1994). Hal tersebut sejalan dengan penelitian Tsay dan Chao (2002) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan positif yang signifikan antara efikasi diri dan status fisik ($r: 0.55, p < 0.001$). Artinya bahwa semakin tinggi efikasi diri pasien maka semakin baik kondisi fisiknya, dan demikian pula kondisi fisik yang baik akan mendukung munculnya efikasi diri yang baik. Penelitian oleh Lau-Walker (2007) juga mendapatkan bahwa pasien PJK yang melaporkan sedikit keluhan, memiliki *exercise self efficacy* yang lebih tinggi.

Hasil analisis statistik pada penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara keluhan dengan efikasi diri bisa disebabkan karena pengukuran keluhan sebenarnya ditujukan untuk mengetahui kondisi atau status fisik pasien PJK belum bisa menggambarkan kondisi yang sebenarnya. Apabila dilihat pada jenis keluhan yang dirasakan saat ini sebagian besar responden mengatakan memiliki keluhan yang mendorong untuk melakukan kontrol. Pada penelitian ini juga didapatkan bahwa sebagian besar pasien sudah mengalami PJK dalam jangka lama sehingga sudah beradaptasi dengan kondisi atau keluhannya.

Dengan demikian, berdasarkan berbagai analisis di atas hipotesis penelitian ini yang menyatakan bahwa ada hubungan antara keluhan dengan efikasi diri ditolak.

6.1.4. Hubungan Pengalaman Pasien PJK dengan Efikasi Diri

Hubungan antara pengalaman pasien PJK dan efikasi diri dilihat dari 2 hal, yaitu riwayat penyakit pasien dan lama mengalami PJK.

Berdasarkan riwayat penyakitnya, lebih dari separuh pasien pernah mengalami rawat inap minimal 1 kali. Pasien yang pernah mengalami rawat inap seharusnya mampu belajar dari pengalamannya terkait penyebab rawat inap atau kekambuhannya tersebut akan berusaha memperbaiki perilakunya agar tidak terulang kembali sehingga efikasi dirinya terkait pengelolaan PJK meningkat. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan efikasi diri seseorang (Bandura, 1977). Fleury dan Sedikides (2007) juga menyatakan bahwa pasien mendasarkan evaluasi efikasi dirinya berdasarkan pengalaman masa lalu dan arti atau makna perubahan perilaku yang telah dilakukan.

Menurut riwayat penyakit jantung keluarga, pada sebagian besar (74.8 %) pasien tidak ada anggota keluarganya yang mengalami penyakit jantung. Pengalaman orang lain merupakan sumber efikasi kedua setelah pengalaman pribadi. Ketika ada orang terdekat yang mengalami penyakit sama pasien dapat belajar bagaimana melakukan penanganannya yang benar, dan juga bisa menjadi sumber dukungan.

Sebagian besar pasien PJK memiliki penyakit penyerta atau komplikasi yang dapat memperberat kondisinya. Jenis penyakit penyerta terbanyak adalah hipertensi. Hipertensi merupakan salah satu faktor resiko mayor pada pasien PJK (Lewis et al., 2007; Smeltzer & Bare, 2002).

Hasil analisis hubungan riwayat penyakit pasien PJK dengan efikasi diri menggambarkan bahwa sebagian besar pasien yang memiliki riwayat penyakit terkait PJK menunjukkan efikasi diri yang baik. Hal tersebut sesuai bahwa pasien yang memiliki riwayat PJK memiliki efikasi yang lebih baik.

Hasil uji statistik pada α : 0.05 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara riwayat penyakit dengan efikasi diri. Hasil tersebut didukung penelitian oleh Swor et. al (2003) bahwa efikasi diri tidak berkaitan dengan riwayat medis responden.

Lama PJK yang dialami rata-rata 36.58 bulan, dengan rata-rata rawat inap 1 kali. Berdasarkan lama rawat, rata-rata pasien telah mengalami PJK dalam jangka lama. Hasil analisis hubungan lama mengalami PJK dengan efikasi diri menunjukkan bahwa rata-rata lama mengalami PJK pada pasien yang memiliki efikasi diri baik adalah 40.39 bulan (3.37 tahun/ 3 tahun 4 bulan) dengan standar deviasi 49.25 bulan. Hasil tersebut memperkuat bahwa pada pasien yang mengalami PJK dalam waktu lebih lama memiliki efikasi diri yang baik. Pengalaman selama sakit dan mekanisme coping dapat meningkatkan kepercayaan diri dalam melakukan aktivitas yang aman dan dalam mengelola penyakitnya. Sepanjang waktu seiring lamanya penyakit yang dialami pasien dapat belajar bagaimana seharusnya berperilaku atau mengelola PJK yang dialami (LaPier, Cleary & Kidd, 2009). Pengalaman langsung pasien merupakan sumber utama terbentuknya efikasi diri.

Hasil analisis statistik didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara lama mengalami PJK dengan efikasi diri pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember (p : 0.348 α : 0.05). Lama mengalami PJK tidak berhubungan dengan efikasi diri bisa disebabkan karena pada pasien PJK yang telah mengalami PJK dalam waktu yang lama dengan ketidakjelasan mengenai kondisinya membuat pasien menjadi jenuh atau bosan sehingga efikasi dirinya cenderung menurun. Pada pasien yang baru didiagnosis atau lama PJK lebih pendek dapat memiliki efikasi diri yang baik karena harapan akan kesembuhan atau perbaikan kondisinya tinggi sehingga akan berusaha mencari pertolongan atau melakukan penanganan yang tepat.

Dengan demikian hipotesis penelitian ini yang menyatakan ada hubungan antara pengalaman dengan efikasi diri ditolak.

6.1.5. Hubungan Status emosi dengan Efikasi Diri

Penelitian pada pasien PJK di RSD dr. Soebandi memperoleh hasil bahwa lebih dari separuh pasien memiliki status emosional yang tidak baik. Analisis hubungan status emosi dengan efikasi diri menunjukkan bahwa pasien PJK dengan status emosi baik memiliki efikasi diri lebih tinggi. Hasil analisa statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara status emosi dengan efikasi diri ($p: 0.014, \alpha: 0.05$).

Reaksi emosional yang muncul pada klien dengan penyakit jantung koroner adalah: menyangkal, takut, cemas, dan marah, ketergantungan, depresi dan penerimaan realistik (Ignatavius & Workman, 2006; Lewis et. al, 2007). Pada penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar status emosional tidak baik dilihat dari kondisi cemas, khawatir, depresi atau takut dengan kondisinya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien PJK dengan status emosional yang baik memiliki efikasi diri yang baik pula. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Bandura (1977; 1994) yang menyatakan bahwa kondisi emosional mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait efikasi dirinya. Pendapat lain mengatakan bahwa apabila seseorang memiliki kepercayaan diri akan kemampuannya untuk menyelesaikan berbagai masalah atau beradaptasi dengan berbagai kondisi seperti emosi yang negatif, orang tersebut akan memilih dan melakukan tindakan yang bermanfaat dan efektif untuk menyelesaikan masalahnya dengan baik. Kepercayaan tersebut akan mencegah dan mengurangi stress yang akan berdampak pada peningkatan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, meningkatkan kesehatan, kesejahteraan dan kepercayaan dirinya (Colodro, Godoy-Izquierdo & Godoy, 2010). Hasil penelitian oleh Mystakidou, et al. (2010) juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara efikasi diri dengan kecemasan, atau dengan kata lain efikasi diri dipengaruhi oleh komponen kecemasan. Penelitian pada pasien kanker tersebut mendapatkan

hasil bahwa pada pasien yang memiliki tingkat kecemasan tinggi cenderung memiliki efikasi diri yang rendah.

Penelitian oleh Tsay dan Chao (2002) menunjukkan hasil bahwa ada hubungan terbalik (negatif) yang signifikan antara efikasi diri dan gejala depresi ($r: -0.61, p < 0.001$), artinya bahwa pasien PJK yang mengalami depresi memiliki efikasi diri yang lebih rendah atau semakin tinggi tingkat depresi seseorang maka semakin rendah efikasi dirinya. Tsay dan Chao (2002) lebih lanjut menyampaikan bahwa ada hubungan yang saling berkaitan antara efikasi diri, depresi, dan kondisi fisik pasien PJK. Kondisi fisik yang jelek atau menurun dapat menimbulkan depresi dan menyebabkan penurunan efikasi diri. Demikian pula kondisi depresi dapat menyebabkan penurunan efikasi diri yang dapat menyebabkan penurunan kemampuan fisik pasien PJK. Efikasi diri yang baik berhubungan secara positif dengan kondisi fisik dan berhubungan negatif dengan depresi.

Kondisi depresi yang ditandai dengan perasaan tidak berdaya, tertekan, sedih, dan tidak bahagia pada pasien PJK dapat timbul karena terjadinya penurunan kondisi fisik akibat penurunan fungsi jantung dalam memenuhi kebutuhan oksigen untuk beraktivitas sehingga menyebabkan pasien menjadi mudah lelah dan tidak toleran terhadap aktivitas atau karena adanya perasaan tidak berarti karena kondisi yang tidak jelas atau kebutuhan perawatan dalam jangka waktu yang lama terkait kekronisan PJK. Kondisi tersebut dapat membuat pasien merasa menjadi tidak berdaya atau tidak berharga, apalagi pada pasien yang masih berusia produktif. Pasien yang terbiasa aktif harus bisa menyesuaikan aktivitas yang dilakukan dengan kondisi fisik yang mulai menurun.

Kondisi depresi dapat menyebabkan pasien PJK merasa tidak mampu atau tidak yakin bisa melakukan tindakan untuk memperbaiki atau mempertahankan kondisi terbaiknya. Pasien yang depresi cenderung lebih mudah menyerah dengan keadaan yang dialami. Sebaliknya pada pasien

PJK yang tidak mengalami depresi masih memiliki harapan kondisinya akan membaik sehingga tetap berusaha untuk melakukan yang terbaik untuk mempertahankan kondisinya. Meskipun terjadi penurunan secara fungsional, pasien PJK dengan kondisi emosi yang baik merasa tetap mampu beraktivitas seperti biasa.

Berdasarkan hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa status emosi merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap efikasi diri. Secara lebih lanjut didapatkan bahwa pasien PJK yang memiliki status emosi baik menunjukkan efikasi diri 4.39 kali lebih baik dibandingkan pasien yang memiliki status emosi tidak baik setelah dikontrol dukungan sosial (95 % CI: 1.57; 12.31). Kondisi emosi memberi pengaruh paling besar terhadap efikasi diri pasien PJK karena pada pasien PJK dengan status emosi baik memiliki kemampuan memotivasi diri sendiri untuk mampu bertindak atau berperilaku yang dapat mendukung perbaikan kondisinya. Disamping itu pasien dengan status emosi baik akan memiliki kepercayaan diri yang tinggi untuk mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi atau melakukan coping yang adaptif ketika mengalami PJK.

Dengan demikian, hipotesis penelitian yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara status emosi dengan efikasi diri gagal ditolak, dengan didukung oleh beberapa penelitian di atas.

6.1.6. Hubungan Dukungan sosial dengan Efikasi Diri

Hasil penelitian menggambarkan bahwa lebih dari separuh pasien PJK mendapatkan dukungan, dengan sumber dukungan terbesar atau orang terdekat adalah pasangan hidupnya, yaitu suami atau istri. Analisa statistik pada α : 0.05 menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan efikasi diri (p : 0.006, 95 % CI: 1.46; 7.22). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa pasien PJK yang mendapat dukungan sosial memiliki peluang 3 kali menunjukkan efikasi diri yang baik dibandingkan yang tidak mendapatkan dukungan sosial.

Sumber kedua efikasi diri adalah melalui berbagai pengalaman yang dapat diperoleh dari orang lain dan lingkungan sosial (*vicarious experience*). Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain, dan meniru perilakunya untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh (Bandura, 1977).

Selama masa perawatan pasien membutuhkan dukungan baik secara fisik maupun psikologis dan koreksi faktor resiko. Pasien hendaknya diberikan pendidikan kesehatan mengenai diet, rokok, aktivitas fisik, seks, dan rencana kembali bekerja (Gray et. al, 2003). Pada pasien PJK pemberian dukungan sosial sangat penting dalam pengobatan, rehabilitasi, maupun pembentukan coping yang positif. Dengan berpartisipasi dalam hubungan sosial atau adanya dukungan baik dari keluarga maupun lingkungan akan mengurangi isolasi sosial dan emosional, serta mendukung perilaku sehat (Bekhuis & Martin, 2010). Dengan kata lain seseorang yang mendapatkan dukungan sosial akan memiliki efikasi diri lebih tinggi untuk berperilaku yang mendukung kesehatannya.

Adanya orang terdekat yang memberikan dukungan pada pasien PJK akan meningkatkan efikasi diri karena adanya perhatian untuk melakukan pengelolaan PJK secara mandiri, seperti terkait aktivitas, diet, dan pengobatan. Adanya dukungan orang terdekat membuat pasien PJK merasa lebih berarti dan mendorongnya untuk memiliki kepercayaan diri untuk mampu menyesuaikan diri atau beradaptasi dengan kondisinya. Seperti pendapat Kim et. al (2008), yang menyatakan bahwa adanya dukungan sosial dari keluarga dan teman terkait pengaturan diet berhubungan dengan pemilihan diet yang lebih baik dengan tidak mengkonsumsi makanan yang tidak sehat. Hal tersebut disebabkan karena adanya orang-orang yang akan selalu mengingatkan atau membantu pasien untuk tidak mengkonsumsi makanan yang tidak sehat untuk jantung atau berperilaku yang dapat memperberat kondisinya.

Pasien PJK yang mendapatkan dukungan dan dorongan bahwa mereka mampu mengelola penyakitnya secara mandiri akan memiliki efikasi diri yang baik. Seseorang yang senantiasa diberikan keyakinan dan dorongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, dan sebaliknya seseorang dapat menjadi gagal karena pengaruh atau sugesti dari sekitarnya (Bandura, 1994). Howsepian dan Merluzzi (2009) juga menegaskan bahwa dukungan sosial memiliki hubungan yang signifikan dengan efikasi diri.

Pada analisa multivariat didapatkan hasil bahwa pasien PJK yang mendapatkan dukungan sosial berpeluang 3.85 kali memiliki efikasi diri yang baik dibandingkan pasien yang tidak mendapat dukungan sosial setelah dikontrol status emosi (95 % CI: 1.63; 9.06).

Dengan demikian, hipotesis penelitian ini yang menyatakan ada hubungan antara dukungan sosial dan efikasi diri gagal ditolak, dengan didukung oleh berbagai penelitian di atas.

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi efikasi diri pada pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember adalah status emosi dan dukungan sosial, dengan faktor yang paling berpengaruh yaitu status emosi. Saat ini, penilaian terhadap perkembangan penyakit, prognosis dan kualitas hidup pasien tidak hanya dilihat dari status medis (diagnosa penyakit) saja. Faktor biopsikososial memegang peran yang sangat penting dalam perkembangan kondisi pasien (Collie et al, 2005 cit. Mystakidou et al., 2010). Secara lebih lanjut, Bandura (1997) menyampaikan dalam teori sosial kognitifnya dengan efikasi diri sebagai pusat konstruksinya bahwa faktor personal, faktor lingkungan (sosial) dan faktor perilaku saling berhubungan dalam menentukan atau membentuk perilaku. Seseorang dengan efikasi diri yang tinggi akan selalu berpikir mengenai hasil positif dari perilaku yang dilakukan.

Berdasarkan pemodelan yang diperoleh melalui regresi logistik ganda didapatkan kesimpulan bahwa pada pasien PJK yang mendapatkan dukungan sosial dan memiliki status emosi yang baik, maka peluang untuk memiliki efikasi diri baik adalah sebesar 86 %. Satu hal yang perlu ditekankan sesuai dengan hasil penelitian ini adalah bahwa ketika seseorang mengalami PJK yang merupakan penyakit kronis, sumber-sumber dukungan baik berupa fisiologis, emosional, kognitif, dan sosial harus dilibatkan sehingga pasien menjadi mampu mengelola penyakitnya secara mandiri dan meningkatkan kualitas hidupnya (Fleury, Sedikides & Lunsford, 2001). Penelitian ini juga menegaskan bahwa faktor psikologis memberikan pengaruh yang besar pada perbaikan kondisi pasien.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain:

6.2.1. Alat pengumpulan data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang sebagian besar berasal dari luar negeri, yaitu kuesioner tentang persepsi, efikasi diri, dan kondisi emosi yang kemudian peneliti modifikasi dengan menerjemahkannya ke dalam Bahasa Indonesia dan memilih item-item pernyataan yang dapat mewakili tujuan penelitian. Hal tersebut dapat mengakibatkan perbedaan penafsiran terhadap pernyataan-pernyataan kuesioner. Disamping itu, berdasarkan hasil uji coba instrumen pada kuesioner persepsi dan *Cardiac self efficacy* (CSE) didapatkan nilai validitas dan *Alpha cronbach* belum ideal (< 0.8). Nilai validitas untuk CSE berkisar antara 0.20 – 0.47 dengan *alpha* 0.77, sedangkan untuk persepsi nilai *alpha* didapatkan 0.76.

6.2.3. Prosedur pengambilan data

Prosedur pengambilan data yang dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah memiliki banyak kesulitan dikarenakan banyak pasien dengan jarak yang jauh dan alamat tidak jelas. Disamping itu berdasarkan data rekam medis didapatkan juga nama atau identitas ganda.

6.3. Implikasi Hasil Penelitian Bagi Keperawatan

Efikasi diri sebagai prediktor perilaku kesehatan sangat diperlukan pada pasien PJK agar mampu mengelola penyakitnya yang bersifat kronis secara mandiri melalui perubahan gaya hidup dan penanganan faktor resiko. Pada penelitian ini yang berfokus pada faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri pasien PJK memberikan hasil bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap efikasi diri adalah status emosional dan dukungan sosial. Secara lebih jelas implikasi hasil penelitian ini bagi tatanan pelayanan klinik dan pendidikan keperawatan adalah sebagai berikut.

6.3.1. Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi perawat untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Selama ini asuhan keperawatan masih berfokus pada aspek fisik. Pada penelitian ini didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi efikasi diri adalah status emosional dan dukungan sosial. Berdasarkan penelitian ini, sebagai seorang perawat spesialis medikal bedah diharapkan mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan secara komprehensif dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.

Pada tahap pengkajian terutama faktor psikososial perlu ditambahkan pengkajian terkait efikasi diri klien sebagai dasar untuk membuat perencanaan dan intervensi.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien PJK secara jangka panjang untuk meningkatkan efikasi diri dengan mendukung dan mempertahankan status emosi yang baik antara lain melalui *coping enhancement* dan *anxiety reduction*. *Coping enhancement* merupakan intervensi keperawatan untuk memperkuat mekanisme koping klien, melalui pendekatan individu maupun pemberian dukungan dari keluarga dan dukungan sosial. Aktivitas untuk meningkatkan mekanisme koping klien antara lain: hargai pemahaman klien akan penyakitnya, bantu klien untuk menemukan sumber-sumber dukungan, anjurkan klien untuk terlibat

dalam aktivitas di lingkungannya, eksplorasi kesuksesan klien dalam melakukan perubahan perilaku dan berikan penghargaan atas keberhasilan klien, konfrontasi perasaan negatif klien (marah atau depresi), dukung dan tingkatkan kemandirian klien, dukung verbalisasi perasaan, persepsi dan ketakutan klien akan penyakitnya, libatkan keluarga dan orang terdekat saat melakukan intervensi kepada klien, identifikasi kekuatan dan kelemahan klien, serta eksplorasi teknik pemecahan masalah yang biasa klien lakukan (Mc. Closkey, et. al, 2006).

Intervensi keperawatan untuk mengurangi kecemasan (*anxiety reduction*) dapat dilakukan dengan aktivitas antara lain: membina hubungan saling percaya dengan klien, berikan penjelasan mengenai kondisi penyakit yang sebenarnya dengan jelas sesuai pemahaman klien terkait diagnosa, perawatan, dan prognosinya, jelaskan perilaku klien yang diharapkan, ajarkan teknik relaksasi, lakukan teknik mendengar aktif, bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, serta kaji kemampuan klien dalam membuat keputusan (Mc. Closkey, et. al, 2006).

Terkait dengan pemberian dukungan sosial untuk meningkatkan efikasi diri intervensi yang dapat dilakukan adalah pemberian terapi kelompok (*support group*). Perawat dapat melakukan terapi kelompok terapeutik dengan membentuk kelompok pasien PJK dan perawat berperan sebagai terapis yang memberikan terapi sesuai kebutuhan kelompok. Pada saat dirasa sudah siap dan para anggota kelompok mampu mengatur kelompoknya secara mandiri perawat dapat melepaskan perannya sebagai terapis dan kelompok tersebut terus berkembang dalam bentuk kelompok swabantu, yaitu sebuah kelompok mandiri yang kegiatannya dapat disesuaikan dengan kebutuhan kelompok dengan seorang pemimpin yang berasal dari anggota kelompok tersebut. Kelompok tersebut akan memfasilitasi para anggota kelompok untuk saling berbagi mengenai kondisinya dan saling memberikan dukungan, baik secara fisik maupun psikologis.

Perawat dapat terlibat langsung untuk memberikan dukungan secara psikologis dengan memberikan dorongan atau memotivasi klien agar mampu mengelola penyakitnya serta meyakinkan bahwa pasien mampu melakukan tindakan atau perilaku yang mendukung perbaikan PJK.

Perawat juga dapat menjadi sumber rujukan atau memfasilitasi pasien PJK untuk mendapatkan sumber-sumber dukungan sosial, baik dari keluarga, teman, kelompok, maupun orang terdekat lainnya. Pemberian dukungan sosial sangat berarti bagi pasien PJK. Perawat dapat ikut terlibat dalam pemberian dukungan kepada pasien PJK, baik saat menjalani rawat inap maupun rawat jalan. Pemberian dukungan tersebut juga dapat membantu pasien dalam beradaptasi dengan kondisinya sehingga mampu mengelola penyakitnya dan berada pada kondisi emosional yang stabil.

Hasil penelitian ini yang menegaskan pentingnya faktor psikologis untuk mendukung kondisi kesehatan klien dapat dijadikan dasar bahwa peran perawat spesialis medikal bedah tidak hanya terbatas menangani masalah fisik klien dan mengabaikan aspek lainnya. Perawat spesialis KMB diharapkan mampu menjadi inovator dalam menerapkan asuhan keperawatan komprehensif yang meliputi aspek biopsikososial spiritual. Sejauhmana peran perawat spesialis KMB dalam menangani masalah psikologis klien dibatasi oleh peran dan wewenang perawat spesialis lain, yaitu perawat spesialis jiwa. Satu hal yang perlu dipahami bahwa peran setiap perawat medikal bedah saat melakukan intervensi keperawatan bersifat utuh meliputi semua aspek yang ada pada klien termasuk psikologis, tetapi apabila masalah psikologis klien sudah bersifat patologis dan mengarah ke gangguan jiwa maka hal tersebut menjadi wewenang dan tanggung jawab perawat spesialis jiwa.

Sebagai bagian upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan, hasil penelitian ini perlu didesiminasikan kepada para perawat yang terlibat langsung dalam pemberian asuhan keperawatan, baik perawat di rawat inap

maupun rawat jalan. Efikasi diri bagi sebagian perawat merupakan hal yang baru dan belum banyak disentuh atau dikembangkan terutama di Indonesia. Penelitian ini akan lebih bermanfaat ketika benar-benar diaplikasikan dan terus dikembangkan.

6.3.2. Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini sebagai dasar bagi penelitian selanjutnya yang berfokus pada efikasi diri. Penelitian terutama mengenai intervensi untuk meningkatkan efikasi diri pada pasien PJK secara khusus dan pada pasien dengan penyakit kronis pada umumnya masih harus terus dikembangkan.

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan yaitu sebagai dasar untuk mengembangkan intervensi keperawatan yang lebih aplikatif dengan berfokus pada diri pasien sebagai sumber kesembuhan bagi penyakitnya. Hasil penelitian ini juga memperkuat pendapat yang menyatakan hubungan atau pengaruh faktor psikologis terhadap kondisi fisik klien, dan demikian juga sebaliknya bahwa kondisi atau penyakit fisik dapat berpengaruh terhadap kondisi psikologis klien.

Institusi pendidikan juga diharapkan mampu mengembangkan metode asuhan keperawatan pada pasien PJK yang bersifat komprehensif meliputi aspek biopsikososiokultural spiritual.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab 7 menyampaikan tentang kesimpulan hasil penelitian dan saran.

7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian, maka kesimpulan yang didapat adalah sebagai berikut:

- 7.1.1. Karakteristik pasien PJK di RSD dr. Soebandi Jember dalam penelitian ini sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, dengan usia rata-rata 60,48 tahun, tingkat pendidikan mayoritas tinggi (SMU ke atas), dengan tingkat pendapatan rata-rata Rp. 1.453.020,00. Semua responden telah menikah dan sebagian besar masih memiliki pasangan hidup. Status pekerjaan terbanyak adalah tidak bekerja.
- 7.1.2. Tidak ada hubungan antara karakteristik responden dengan efikasi diri pasien PJK.
- 7.1.3. Tidak ada hubungan antara persepsi terhadap PJK dengan efikasi diri.
- 7.1.4. Tidak ada hubungan antara keluhan dengan efikasi diri pasien PJK.
- 7.1.5. Tidak ada hubungan antara pengalaman pasien PJK dengan efikasi diri.
- 7.1.6. Ada hubungan yang signifikan antara status emosi dengan efikasi diri pasien PJK.
- 7.1.7. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dan efikasi diri pasien PJK.
- 7.1.8. Faktor yang berpengaruh terhadap efikasi diri pasien PJK adalah status emosi dan dukungan sosial, dengan faktor paling dominan yaitu status emosi.

7.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, saran atau rekomendasi yang peneliti sampaikan sebagai berikut.

7.2.1. Bagi Pelayanan Keperawatan

- 7.2.1.1. Perawat perlu menambahkan pengkajian mengenai efikasi diri dalam pengkajian aspek psikososial klien.
- 7.2.2.2. Perawat dapat meningkatkan efikasi diri pasien PJK dengan memberikan dukungan untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam mengelola penyakitnya melalui perubahan perilaku dan modifikasi gaya hidup. Intervensi yang dapat dilakukan misalnya dengan melakukan terapi kelompok terapeutik.
- 7.2.1.3. Perawat dapat menjadi fasilitator untuk menghubungkan pasien PJK dengan sumber-sumber dukungan sosial dan psikologis baik yang berasal dari keluarga, teman, lingkungan, maupun kelompok pendukung yang sangat berguna untuk mempertahankan kondisi emosional dan meningkatkan efikasi diri pasien.
- 7.2.1.4. Perlunya dikembangkan intervensi untuk meningkatkan status emosional yang baik pada pasien PJK, misalnya dengan teknik relaksasi.
- 7.2.1.5. Perlunya diseminasi hasil penelitian kepada para perawat yang terlibat langsung dalam pemberian asuhan keperawatan, terutama kepada pimpinan keperawatan seperti kepala Ruang atau Kepala Bidang keperawatan sebagai pemegang kebijakan untuk melakukan perubahan sehingga asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien lebih berkualitas dan komprehensif.

7.2.2. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan penelitian keperawatan

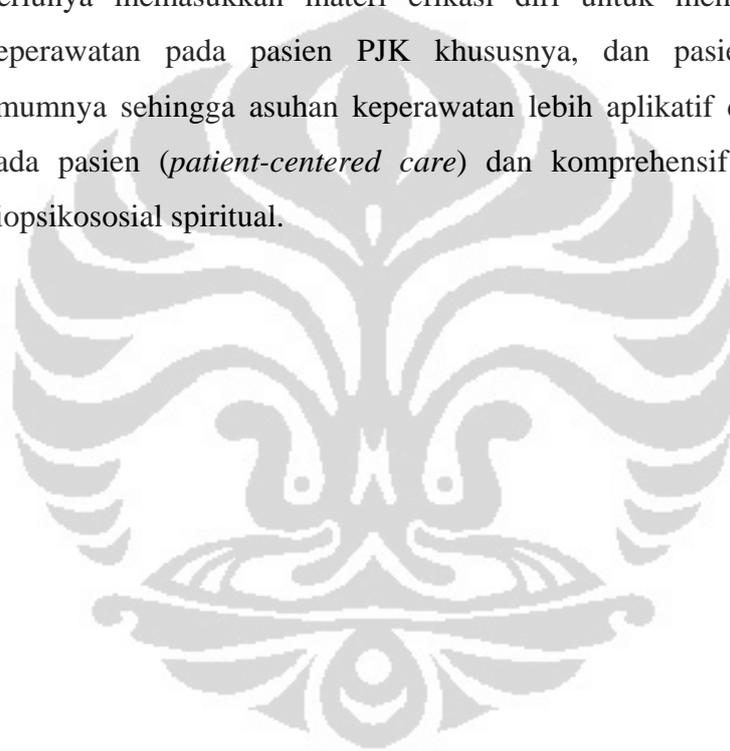
- 7.2.2.1. Penelitian ini sebagai dasar dan dapat dikembangkan penelitian selanjutnya untuk mengidentifikasi faktor lain yang mungkin berpengaruh pada efikasi diri pasien PJK dan belum ada dalam penelitian ini, seperti kondisi spiritual, budaya, tingkat pengetahuan, dan lain-lain dengan metode penelitian yang lebih baik.
- 7.2.2.2. Penelitian harus terus dilakukan untuk mengidentifikasi intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan efikasi diri pasien dengan

berfokus pada faktor-faktor yang mempengaruhinya, misalnya pengaruh pemberian terapi kelompok terapeutik terhadap efikasi diri pasien PJK.

- 7.2.2.3. Perlunya dilakukan kembali uji coba terhadap instrumen yang telah dimodifikasi, seperti persepsi terhadap penyakit dan *cardiac self efficacy* pada pasien PJK dengan kelompok usia yang lebih muda atau pada pasien dengan penyakit kronis lain.

7.2.3. Bagi Pendidikan Keperawatan

Perlunya memasukkan materi efikasi diri untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien PJK khususnya, dan pasien kronis pada umumnya sehingga asuhan keperawatan lebih aplikatif dengan berfokus pada pasien (*patient-centered care*) dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial spiritual.



DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. (2010). *Heart Attack and Angina Statistic, 2010*. Januari 29, 2010). <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4591>
- Ariawan I. (1998). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
- Arikunto S. (1998). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- . (2009). *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Bandura. (1977). Self Efficacy: Toward Unifying Theory. *Psychological Review* 1977, Vol. 84, No. 2, 195. Februari 3, 2010. <http://psycnet.apa.org/journals/rev/84/2/191.pdf>
- . (1994). *Self Efficacy*. Februari 3, 2010. <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>
- Bekhuis T. & Ford-Martin P. (2010). *Self-Help Groups*. Februari 5, 2010. <http://www.minddisorders.com/Py-Z/self-hep-group.html>
- Black J. M. & Hawks J. H.. (2009). *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcomes. Vol. 2. 8th ed.* USA: Saunders – Elsevier Inc.
- Born, Schwarzer & Jerusalem. (1995). *Indonesian Adaptation of the General Self-Efficacy Scale*. Maret 27, 2010. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/indonese.htm>
- Budiarto E. (2002). *Biostatistik untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Chen S; Shao J; (2009). Translation and testing of the Cardiac Diet Self-Efficacy Scale for use with Taiwanese older adults. *Public Health Nursing, 2009 Sep-Oct; 26 (5): 474-82*. Maret 30, 2010. <http://web.ebscohost.com/ehost/results>
- Colodro, D. Godoy-Izquierdo & Godoy J. (2010). Coping Self-Efficacy in a Community-Based Sample of Women and Men from the United Kingdom: The Impact of Sex and Health Status. *Behavioral Medicine, 36: 12–23, 2010*. Juni 8, 2010 <http://www.ebscohost.com>
- Crisp & Taylor. (2001). *Potter & Perry's Fundamental of Nursing vol. 1*. Sydney: Mosby A Harcourt Health Sciences Company

- Daly J., Sindone A.P., Thompson D. R., Hancock K., Chang E. & Davidson P. (2002). *Barrier to Participation in and Adherence to cardiac Rehabilitation Programme: A Critical Literature Review*. Januari 27, 2010. <http://www.medscape.com/viewarticle/431270>,
- Dinkes Nunukan. (2009). *Hipertensi Faktor Risiko Utama Penyakit Kardiovaskular*. Januari 29, 2010. www.dinkeskaltim.com
- Fleury J., Sedikides C., Lunsford V. (2001). Women's Experience Following a Cardiac Event: The Role of The Self in Healing. *J Cardiovasc Nurs* 2001;15(3):71-82. Maret 20, 2010. <http://www.elsevier.com>.
- Fleury J. & Sedikides C. (2007). Wellness Motivation in Cardiac Rehabilitation: The Role of Self-Knowledge in Cardiovascular Risk Modification. *Research in Nursing & Health*, 2007, 30, 373-384. Maret 20, 2010. www.interscience.wiley.com
- Gray H. N., Dawkins K. D., Morgan J. M & Simpson I. A. (2003). *Lecture Notes: Kardiologi ed. 4*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Hamid, A. Y. S. (2008). *Buku Ajar Riset Keperawatan: Konsep, Etika, & Instrumentasi ed. 2*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Hastono S. P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Howsepian B. A. & Merluzzi. (2009). Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psycho-Oncology* 18: 1069–1079 (2009). April 26, 2010. <http://www.interscience.wiley.com>
- International Council of Nurses. (2010). *Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care*. Switzerland: ICN-International Council of Nurses
- Ignatavicius D. D. and Workman M. L. (2006). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking For Collaborative Care*. 5th ed. USA: Elsevier Saunders
- Ismail R.I. (2003). Analisis Item, Reliabilitas dan Validitas Kuesioner Dukungan Sosial (KDS). (Disertasi)
- Jerusalem M. & Swarzer R. (1993). *The General Self-Efficacy Scale (GSE)*. Februari 3, 2010. <http://www.healthpsych.de/>
- Kim C. K., McEwen L.N., Kieffer E.C., Herman W.H., & Piette J.D. (2008). Self-Efficacy, Social Support, and Associations With Physical Activity and Body Mass Index Among Women With Histories of Gestational Diabetes Mellitus. *The Diabetes Educator*, Vol. 34, No. 4, 719-728 (2008). April 26, 2010 <http://tde.sagepub.com/cgi/content/short/34/4/719>

- Kristofferzon M., Lofmark R., Carlsson M. (2004). Coping, Social Support and Quality of Life over Time After Myocardial Infarction. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 52, Number 2, October 2005.
- LaPier T. K., Cleary K., & Kidd J. (2009). Exercise Self-Efficacy, Habitual Physical Activity, and Fear of Falling in Patient with Coronary Heart Disease. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, vol 20. No.4 Desember 2009. Maret 20, 2010. [http: www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com)
- Lau-Walker M. (2004). Relationship Between Illness Representation and Self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 216-225. Februari 20, 2010. <http://www.ebscohost.com>
- Lau-Walker M. (2007). *Importance of Illness Beliefs and Self Efficacy for Patients with Coronary Heart Disease*. Maret 20, 2010. <http://www.ebscohost.com>
- Lee L., Arthur A. & Avis M. (2008). Using Self Efficacy Theory to Develop Interventions that Help Older People Overcome Psychological Barriers to Physical Activity: A Discussion Paper (Abstract). *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 45, Issue 11, November 2008, Pages 1690-1699. Januari 27, 2010. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7T-4SK0C4H-1&_user
- Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, & Bucher. (2007). *Medical Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. 2nd. USA: Mosby
- Lubkin I. M. & Larsen P. D. (2006). *Chronic Illness: Impact and Interventions*. 6th ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers
- McCloskey J.C., et.al. (2006). *Nursing Intervention Classification (NIC)* 2nd ed. St Louis: Mosby Years Book
- Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J., Horne R., Cameron L.D. & Buick D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16
- Mystakidou K., Tsilika, Parpa, Gogou, Theodorakis, & Vlahos. (2010). Self-efficacy Beliefs and Level of Anxiety in Advanced cancer Patient. *European Journal of Cancer Care* 19, 205-211. Maret 12, 2010. <http://www.ebscohost.com>
- Peterson S. J. & Bredow T. S. (2004). *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins
- Polit D. F. & Hungler B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincot

- Portney L. G. & Watkins M.P. (2000). *Fundamentals of Clinical Research: Application to Practice*, 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall Health
- Riono P., Adisasmita A. C., & Ariawan I. (1992). *Aplikasi Model Regresi Logistik*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Sarkar, Ali, & Whooley. (2007). Self-Efficacy and Health Status in Patients With Coronary Heart Disease: Findings From Heart and Soul Study. *Psychosomatic Medicine* 69:306-312 (2007) (Abstract)
- . (2009). Self-Efficacy as a Marker of Cardiac Function and Predictor of Heart Failure Hospitalization and Mortality in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study. *Health Psychology* 2009, Vol. 28, No. 2, 166–173. Februari 3, 2010. <http://psycnet.apa.org/journals/hea/28/2/166.pdf>
- Sastroasmoro S. dan Ismael S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 3. Jakarta: Sagung Seto
- Schwarzer R. & Jerusalem. (1993). *The General Self-Efficacy Scale (GSE)*. Maret 27, 2010. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/engscal.htm>
- Schwarzer R. (1998). *General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures*. Maret 27, 2010. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm>
- Smeltzer & Bare. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah Vol. 2. (edisi Bahasa Indonesia)* Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran
- Sullivan M. D, LaCroix A. Z, Russo J, & Katon W. J. (1998). Self-Efficacy and Self-Reported Functional Status in Coronary Heart Disease: A Six-Month Prospective Study. *Psychosomatic Medicine* 60:473-478 (1998)
- Sullivan MD, Andrea Z, Russo J, and Katon WJ. (1998). *RCMAR Measurement Tools: Cardiac Self-Efficacy Scale (CSE)*. Desember 16, 2009. <http://scrmr.nusc.edu/reference.asp>
- Suryabrata S. (2005). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada
- Swor R., et. al. (2003). Perceived Self-efficacy in Performing and Willingness to Learn Cardiopulmonary Resuscitation in An Elderly Population in A Suburban Community. *American Journal of Critical Care*, January 2003, volume 12, No, 1, 65-70. Maret 12, 2010. <http://www.ebscohost.com>
- Tomey A.M. & Alligood M. R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. USA: Mosby Elsevier

Tsay S. L. & Chao F. C. (2002). Effect of Perceived Self-Efficacy and Functional Status on Depression in Patient With Chronic Heart Failure. *Journal of Nursing Research*, Vol. 10, No. 4, 2002. hal 271-277

Ulfah A. R. (2000). *Gejala Awal dan Deteksi Dini Penyakit Jantung Koroner*. Januari 29, 2010. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=10&tbl=artikel>.

Zulkosky K. (2009). *Self Efficacy: A Concept Analysis (Abstract)*. Januari 28, 2010. <http://www3.interscience.wiley.com/journal/122386438/abstract>



Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Februar i	Maret	April	Mei	Juni	Juli	
I	Persiapan/penyusunan proposal Penelitian							
	1. Pembuatan proposal	■	■	■	■			
	2. Sidang Proposal				■			
	3. Perbaikan Proposal				■			
I	Pelaksanaan							
	1. Pengurusan izin penelitian				■			
	2. Pengurusan uji etik penelitian				■			
	3. Uji Validitas dan Reliabilitas				■			
	4. pelaksanaan penelitian				■	■		
II	Penyusunan laporan							
	1. Analisa data					■		
	2. Penyusunan laporan hasil					■		
	3. Seminar hasil dan revisi						■	
	4. Sidang Tesis						■	
	5. Revisi dan penyusunan akhir laporan tesis						■	



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 294/H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 26 Januari 2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan meninjau

Yth. Direktur Utama
RSUD. Dr. Soebandi Jember
Jember

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Wantiyah
0806447116

Bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa *meninjau* untuk mencari data awal di RSUD. Dr. Soebandi - Jember sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Wakil Dekan,
Dra. Sunaiti Sahar, SKp., M.App.Sc., Ph.D.
NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth.:

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peninggal



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER

Jember, 04 Maret 2010

Nomor : 423.4/RS/610/2010
Sifat : Penting
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth :
Ka. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Kampus UI Depok
Di -
JAKARTA

Dengan Hormat,

Menindak lanjuti surat saudara Nomor. 294/H2.F 12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010, tanggal Januari 2010 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini kami informasikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui permohonan saudara untuk peninjauan di RSD dr. Soebandi Jember, pada :

Nama : Sdr. Wantiyah
NIM : 0806447116
Fakultas/Jurusan : Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Kegiatan : Pengambilan data awal untuk penyusunan tesis mahasiswa
Program Magister Ilmu Keperawatan Medikal Bedah

belum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan Bidang Diklat.

Demikian untuk diketahui, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

A.n. Direktur
Wadir. SDM & Pendidikan
RSD dr. Soebandi Jember



Budi Rahardjo
dr. Budi Rahardjo, Sp.RM
NIP. 195706151985031020

- Tembusan Yth:
1. Ka.SMF Jantung
 2. Ka. IRJA
 3. Ka. Poli Jantung
 4. Ka.Rekam Medik
 5. Arsip.



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
 Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 134/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 14 April 2010
 Lampiran : --
 Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
 RSD. Dr. Soebandi
 Jember

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Wantiyah
 0806447116

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RS.D. Dr. Soebandi Jember**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa *meninjau* untuk mengadakan penelitian di RSD. Dr. Soebandi - Jember sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,



Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
 NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Pertinggal



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI
Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER

Jember, 07 Mei 2010

: 423.4/897/610/2010
: Penting
: Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth :
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Kampus UI Depok
Di-
JAKARTA

Dengan Hormat,
Menindak lanjuti surat dari Ka.Bakesbang Linmas Jember Nomor : 072/193/314/2010 tanggal
11 Mei 2010 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini kami informasikan bahwa pada prinsipnya
kami menyetujui permohonan saudara untuk ijin penelitian di RSD dr. Soebandi Jember, kepada :

Nama : WANTIYAH
NIM : 0806447116
FAK : Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul penelitian : Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efikasi diri Pasien Penyakit
Jantung koroner dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSD dr.
Soebandi Jember.

Sebelum pelaksanaan harap berkoordinasi dengan Bidang Diklat.

Untuk diketahui atas perhatian dan kerja samanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n Direktur
Bidang SDM & Pendidikan



Budi Rahardjo
dr. Budi Rahardjo, Sp.RM.
NIP.19570615 1985031 1 020

Disampaikan Kpd. Yth :

Kabupaten Bakesbang Linmas
Kecamatan Rekam Medik
Bidang Keperawatan
Instansi Rawat Jalan
SMF Jantung
Poli Jantung
p



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Analisis Faktor-faktor yang mempengaruhi Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSUD. Dr. Soebandi Jember.

Nama peneliti utama : Wantiyah

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 14 Mei 2010

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 0

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada,
Yth. Responden

Dengan Hormat,

Saya Wantiyah, mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia bermaksud akan melakukan penelitian dengan judul **“Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSD dr. Soebandi Jember”**.

Saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk turut berpartisipasi dalam penelitian ini dengan mengisi angket yang telah yang telah disediakan dan menjawab pertanyaan yang peneliti ajukan, dengan sebelumnya mengisi lembar persetujuan yang peneliti lampirkan. Perlu kami beritahukan bahwa data yang peneliti peroleh akan dijaga kerahasiaannya.

Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara, peneliti mengucapkan terima kasih.

Peneliti,

Wantiyah

**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI
RESPONDEN PENELITIAN
(Informed Consent)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :
.....

Menyatakan bahwa:

1. Telah mendapatkan penjelasan tentang penelitian mengenai "Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Dalam Konteks Asuhan Keperawatan di RSD dr. Soebandi Jember"
2. Telah mengetahui tujuan, manfaat dan dampak yang mungkin timbul dari penelitian tersebut
3. Telah memahami prosedur penelitian, dan diberikan kesempatan bertanya

Berdasarkan pertimbangan di atas, dengan ini saya memutuskan tanpa paksaan dari pihak manapun juga bahwa saya **bersedia/tidak bersedia*** untuk berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian ini.

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Peneliti
Jember,2010
Yang Membuat Pernyataan,

Wantiyah
(.....)

Ket: * : coret yang tidak perlu

Lanjutan

3. Pekerjaan:

1. Tidak Bekerja
2. Petani/Pedagang/Buruh
3. PNS/TNI/POLRI
4. Lain-lain (sebutkan:.....)

4. Pendidikan:

1. Tidak sekolah
2. Tamat SD
3. Tamat SMP/SLTP
4. Tamat SMA/SLTA
5. Tamat PT/akademik

5. Pendapatan tiap bulan: Rp.....

B. Kuesioner Pengalaman Individu, Keluhan, Persepsi Penyakit, dan Status Emosional

Untuk pertanyaan berikut ini **lingkarilah** jawaban dan isilah titik-titik kosong yang disediakan, sesuai dengan keadaan Bapak/Ibu/Saudara:

1. Saya sudah mengalami penyakit jantung koroner ini selama.....bulan

2. Pernahkah Anda dirawat karena penyakit jantung koroner?

1. Pernah, berapa kali:.....kali
2. Belum pernah

3. Adakah keluarga/saudara dekat yang memiliki penyakit jantung?

1. Ada, yaitu:.....
2. Tidak Ada

Lanjutan

4. Adakah penyakit lain yang Anda derita yang ada hubungannya dengan penyakit jantung koroner?

1. tidak ada
2. Ada, yaitu:
 - a. Hipertensi (tekanan darah tinggi)
 - b. stroke
 - c. Diabetes Mellitus (penyakit gula)
 - d. Lain-lain, yaitu:.....

5. Apakah keluhan yang paling sering Anda alami sehubungan dengan penyakit jantung koroner ?

1. tidak ada
2. ada, yaitu:.....
(misal: sesak napas, mudah lelah, nyeri dada, dada terasa panas, dll)

6. Adakah keluhan saat ini terkait penyakit jantung koroner ?

1. tidak ada
2. ada, yaitu:.....
(misal: sesak napas, mudah lelah, nyeri dada, dada terasa panas, dll)

Kuesioner Persepsi Penyakit

Petunjuk Pengisian:

Berilah Tanda centang (√) pada Kolom yang telah disediakan (STS-SS) sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara, yaitu:

STS : sangat tidak setuju, apabila Anda **SANGAT TIDAK SETUJU** dengan pernyataan tersebut

TS : tidak setuju, apabila Anda **TIDAK SETUJU** dengan pernyataan tersebut

RR : Ragu-ragu, apabila Anda merasa **RAGU-RAGU** dengan pernyataan tersebut

S : Setuju, apabila Anda **SETUJU** dengan pernyataan tersebut

SS : Sangat setuju, apabila Anda **SANGAT SETUJU** dengan pernyataan tersebut

Semua jawaban adalah benar

No	Pernyataan	STS	TS	RR	S	SS
1.	Penyakit saya bersifat sementara					
2.	Penyakit saya bersifat permanen/menetap					
3.	Penyakit saya tidak dapat disembuhkan					
4.	Penyakit ini akan segera sembuh					
5.	Saya merasa penyakit ini merupakan masa saya untuk beristirahat					
6.	Penyakit saya bersifat serius					
7.	Penyakit ini memberikan dampak/pengaruh besar dalam hidup saya					
8.	Saya bisa hidup/beradaptasi dengan penyakit ini					
9.	Penyakit saya membutuhkan biaya pengobatan yang besar					
10.	Penyakit saya menyebabkan saya jauh dari saudara-saudara dan teman dekat					
11.	Saya mampu mengatasi keluhan saya					
12.	Apa yang saya lakukan dapat memberikan efek pada penyakit saya					
13.	Perbaikan penyakit ini tergantung pada diri saya					
14.	Apapun yang saya lakukan tidak akan berpengaruh pada penyakit saya					
15.	Saya memiliki kemampuan untuk mengontrol penyakit saya					

No	Pernyataan	STS	TS	RR	S	SS
16	Tindakan saya tidak berpengaruh bagi kondisi saya					
17	Penyakit saya akan bertambah parah/memburuk					
18	Saya hanya mampu melakukan sesuatu yang kecil untuk mengobati penyakit ini					
19	Tindakan yang saya lakukan akan efektif untuk menyembuhkan penyakit ini					
20	Akibat buruk penyakit ini dapat saya cegah					
21	Gejala penyakit ini tidak jelas					
22	Penyakit ini seperti sebuah misteri					
23	Saya tidak paham dengan penyakit saya					
24	Saya memahami kondisi penyakit saya					
25	Gejala penyakit ini menyebabkan hidup saya berubah					
26	Gejala penyakit ini kadang muncul dan kadang hilang					
27	Kondisi penyakit saya tidak bisa diduga					
28	Kondisi saya menjadi tidak jelas dengan penyakit ini, kadang membaik dan kadang memburuk					

Sumber: Modifikasi *Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)*

Kuesioner Kondisi Emosi

Petunjuk Pengisian:

Berilah Tanda centang (√) pada kolom yang telah disediakan (STS-SS) sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara, yaitu:

STS : sangat tidak setuju, apabila Anda **SANGAT TIDAK SETUJU** dengan pernyataan tersebut

TS : tidak setuju, apabila Anda **TIDAK SETUJU** dengan pernyataan tersebut

RR : Ragu-ragu, apabila Anda merasa **RAGU-RAGU** dengan pernyataan tersebut

S : Setuju, apabila Anda **SETUJU** dengan pernyataan tersebut

SS : Sangat setuju, apabila Anda **SANGAT SETUJU** dengan pernyataan tersebut

Semua jawaban adalah benar

No	Pernyataan	STS	TS	RR	S	SS
1.	Saya menjadi tertekan ketika memikirkan penyakit ini					
2.	Ketika saya memikirkan penyakit ini, saya menjadi bingung dan khawatir					
3.	Saya marah karena menderita sakit ini					
4.	Penyakit ini tidak membuat saya khawatir					
5.	Penyakit ini membuat saya cemas					
6.	Penyakit ini menakutkan saya					
7.	Saya pasrah dan bisa menerima penyakit ini					

Sumber: Modifikasi *Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)*

Kuesioner Depresi

Petunjuk: berilah tanda centang (√) pada kolom:

Ya : jika Anda **mengalami** atau merasakannya

Tidak : jika Anda **TIDAK** mengalami seperti pernyataan yang ada

Semua jawaban adalah **BENAR**

No	Keluhan/Masalah (dalam 1 minggu terakhir)	Ya	Tidak
1.	Apakah aktivitas Anda 1 minggu terakhir ini berkurang ?		
2	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda mudah lelah ?		
3	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda sering merasa kurang bergairah ?		
4	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda cenderung mudah sedih ?		
5	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda mudah merasa tersinggung ?		
6	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda merasa masa depan tampak suram ?		
7	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda merasa kurang percaya diri ?		
8	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda hidup terasa berat?		
9	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda sering merasa cemas?		
10	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda kehilangan minat terhadap hal yang biasa Anda lakukan ?		
11	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda merasa lebih suka menarik diri dari lingkungan?		
12	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda merasa kurang/tidak nafsu makan ?		
13	Apakah 1 minggu terakhir ini Anda sulit tidur atau tidur sering terbangun?		
14	Apakah Anda merasakan rasa nyeri yang mengganggu ?		
15	Apakah Anda mempunyai problem/masalah pernikahan (hubungan dengan pasangan) ?		
16	Apakah Anda mempunyai problem/masalah keluarga?		
	Jumlah skor =		

Sumber: Ismail (2003)

Kuesioner C. Dukungan Sosial**Petunjuk Pengisian:**

Berikut ini terdapat 18 pernyataan mengenai dukungan dari pasangan, keluarga, teman, dan lingkungan. Berilah tanda centang (√) pada keadaan yang paling sesuai untuk Anda dan dirasakan sedikitnya dalam 1 minggu terakhir.

Contoh:

	Tidak ada	Kurang	Biasa	Lebih dari biasanya
Bagaimana nafsu makan Anda hari ini			√	

No	Pernyataan	Tidak ada	Kurang	Biasa	Lebih dari biasanya
1.	Dukungan pasangan hidup Anda pada saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
2	Rasa sayang pasangan hidup Anda pada saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
3	Perhatian pasangan hidup Anda pada saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
4	Kesiapan pasangan hidup Anda pada saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
5	Peran pasangan hidup Anda pada saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
6	Dukungan moral (psikologis) dari ayah kandung saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
7	Dukungan moral (psikologis) dari ibu kandung saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				

No	Pernyataan	Tidak ada	Kurang	Biasa	Lebih dari biasanya
8	Dukungan moral (psikologis) dari anak kandung saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
9	Bantuan (dana) dari ayah kandung saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
10	Bantuan (dana) dari ibu kandung saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
11	Bantuan dari anak kandung saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
12	Perhatian dari ayah kandung saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
13	Perhatian dari ibu kandung saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
14	Perhatian dari anak kandung saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
15	Dukungan dari keluarga pasangan hidup pada saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
16	Bantuan moral dari keluarga pasangan hidup pada saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
17	Perhatian dari keluarga pasangan hidup pada saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				
18	Perhatian dan dukungan teman pada saat Anda menjalani pengobatan penyakit jantung koroner				

Sumber: Ismail (2003)

Saya mendapatkan dukungan untuk menjalani pengobatan PJK dari:.....

D. Kuesioner Efikasi Diri**Petunjuk Pengisian:**

Berilah Tanda centang (√) pada Kolom yang telah disediakan (STS-SS) sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara, yaitu:

STS : sangat tidak setuju, apabila Anda **SANGAT TIDAK SETUJU** dengan pernyataan tersebut

TS : tidak setuju, apabila Anda **TIDAK SETUJU** dengan pernyataan tersebut

S : Setuju, apabila Anda **SETUJU** dengan pernyataan tersebut

SS : Sangat setuju, apabila Anda **SANGAT SETUJU** dengan pernyataan tersebut

Semua jawaban adalah benar

1. Kuesioner Efikasi Diri Umum (*General Self Efficacy*)

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Pemecahan masalah yang sulit selalu berhasil bagi saya, kalau saya berusaha				
2	Jika seseorang menghambat tujuan saya, saya akan mencari cara dan jalan untuk mencapainya.				
3	Saya tidak mempunyai kesulitan untuk melaksanakan niat dan tujuan saya.				
4	Dalam situasi yang tidak terduga, saya selalu tahu bagaimana saya harus bertingkah laku				
5	Kalau saya akan berkonfrontasi/berhadapan dengan sesuatu yang baru, saya tahu bagaimana cara menanggulangnya.				
6	Untuk setiap masalah saya mempunyai pemecahan.				
7	Saya dapat menghadapi kesulitan dengan tenang, karena saya selalu dapat mengandalkan kemampuan saya				
8	Kalau saya menghadapi kesulitan, biasanya saya mempunyai banyak ide untuk mengatasinya.				
9	Juga dalam kejadian yang tidak terduga saya kira, saya akan dapat menanganinya dengan baik.				
10	Apapun yang terjadi, saya akan siap menanganinya.				

Sumber: Born, Schwarzer, dan Jerusalem, 1995

2. Kuesioner Spesifik Jantung (*Cardiac Self Efficacy*)

Petunjuk Pengisian:

Berilah Tanda centang (√) pada Kolom yang telah disediakan (tidak yakin -Yakin) sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara. Semua jawaban adalah benar

Tidak Yakin : apabila Anda merasa **TIDAK YAKIN** atau **TIDAK MAMPU** melakukan sesuai pernyataan tersebut

Kurang yakin: apabila Anda merasa **KURANG YAKIN** atau **KURANG MAMPU** melakukan sesuai pernyataan tersebut

Yakin : apabila Anda merasa **YAKIN** atau **MAMPU** melakukan sesuai pernyataan tersebut

Sangat Yakin: apabila Anda merasa **SANGAT YAKIN** atau **SANGAT MAMPU** melakukan tindakan sesuai pernyataan tersebut

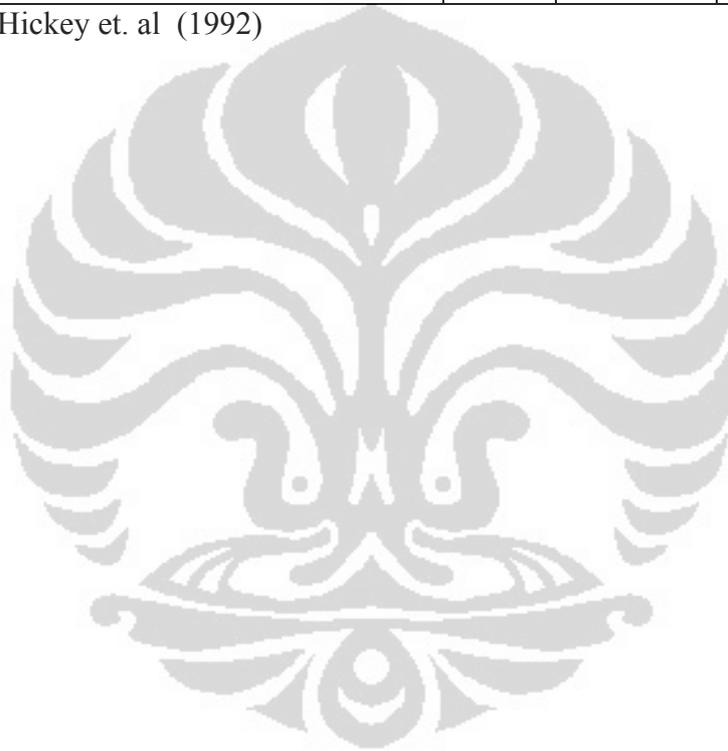
a. *Cardiac Diet Self Efficacy (CDSE)*

No	Pernyataan	Tidak yakin	Kurang yakin	Yakin	Sangat yakin
1.	Saya mampu mencapai berat badan ideal dengan makan makanan sehat				
2.	Saya mampu mengurangi makan makanan berlemak dan kolesterol				
3.	Saya mampu tetap mempertahankan makan sehat saat sibuk				
4.	Saya tetap makan makanan sehat di rumah meskipun sendirian				
5.	Saya tetap memilih makanan sehat ketika makan di restoran				
6.	Saya tetap makan makanan sehat ketika makan di luar rumah				
7.	Saya tetap makan makanan sehat ketika liburan atau ada acara khusus				
8.	Saya mengetahui makanan apa saja yang harus saya makan				
9.	Saya menghindari makanan ringan (snack) yang tidak sehat saat siang atau sore hari				
10.	Saya bisa meningkatkan jumlah serat dan sayuran ketika makan				
11.	Saya mampu mempertahankan berat badan ideal				

Lanjutan

No	Pernyataan	Tidak yakin	Kurang yakin	Yakin	Sangat yakin
12.	Saya mengetahui bagaimana memasak makanan yang sehat				
13	Saya mampu mengurangi/menghindari makan kuning telur				
14.	Saya mengetahui jenis makanan yang seharusnya saya beli				
15	Saya mampu mengurangi makan gula atau makanan yang manis-manis				

Sumber: Hickey et. al (1992)



b. Kuesioner Efikasi Diri Pengelolaan Faktor Resiko dan Pemeliharaan Fungsi Kesehatan

Petunjuk Pengisian:

Berilah Tanda centang (√) pada Kolom yang telah disediakan (tidak yakin -Yakin) sesuai kondisi Bapak/Ibu/Saudara. Semua jawaban adalah benar

Tidak Yakin : apabila Anda merasa **TIDAK YAKIN** atau **TIDAK MAMPU** melakukan sesuai pernyataan tersebut

Kurang yakin: apabila Anda merasa **KURANG YAKIN** atau **KURANG MAMPU** melakukan sesuai pernyataan tersebut

Yakin : apabila Anda merasa **YAKIN** atau **MAMPU** melakukan sesuai pernyataan tersebut

Sangat Yakin: apabila Anda merasa **SANGAT YAKIN** atau **SANGAT MAMPU** melakukan tindakan sesuai pernyataan tersebut

No	Pernyataan	Tidak yakin	Kurang yakin	Yakin	Sangat yakin
1.	Saya mampu tidak minum minuman beralkohol				
2.	Saya mampu mengurangi konsumsi garam atau makanan yang terlalu asin				
3.	Saya yakin dapat mengkonsumsi buah-buahan setiap-hari, meskipun kadang tidak suka				
4.	Saya yakin mampu mengurangi minum kopi meskipun saya sangat menyukainya				
5.	Saya mampu tidak minum kopi				
6.	Saya mampu mengurangi merokok				
7.	Saya mampu berhenti merokok				
8.	Saya sulit berhenti merokok				
9.	Saya yakin akan selalu memeriksakan tekanan darah secara teratur				
10	saya bisa mengurangi makanan asin				
11	saya mampu berolahraga minimal 1 minggu sekali				
12	saya mampu jalan kaki setiap pagi				

Lanjutan

No	Pernyataan	Tidak yakin	Kurang yakin	Yakin	Sangat yakin
13	saya yakin untuk memilih banyak duduk/diam di rumah				
14	Saya lebih suka banyak istirahat				
15	saya yakin mampu kontrol atau berobat secara teratur meskipun kadang malas				
16.	saya yakin mampu minum obat secara teratur meskipun sering merasa bosan				
17	saya tahu apa yang sebaiknya saya lakukan ketika merasa sesak napas atau nyeri dada				
18	saya mampu bekerja seperti biasa				
19	saya mampu terlibat atau ikut dalam kegiatan sosial (misal: organisasi sosial, klub, dll)				
20	saya bisa aktif dalam kegiatan di lingkungan rumah (misal: arisan, pengajian, dan lain-lain)				

Sumber: Modifikasi Sullivan et.al., 1998

=Terima kasih atas perhatian dan kerjasama yang diberikan=



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Nama : Wantiyah
2. Tempat / tanggal lahir : Magelang / 12 Juli 1981
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Pekerjaan : PNS
5. Alamat Rumah : Perumahan Taman Gading Blok AQ-03
Jember
6. Alamat Kantor : Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember
Jl. Moch Seruji No. 182 Jember
7. Email : tee_aoo@yahoo.co.id
8. Riwayat Pendidikan:
 - a. Sekolah Dasar : SDN Adikarto II, Muntilan, Magelang
(lulus 1994)
 - b. Sekolah Lanjutan Pertama : SLTPN 2 Muntilan, Magelang (lulus 1997)
 - c. Sekolah Menengah Umum : SMUN 1 Muntilan, Magelang (lulus 2000)
 - d. Perguruan Tinggi : S1 Keperawatan Universitas Gadjah Mada
Yogyakarta (lulus 2004)
Ners PSIK FK Universitas Gadjah Mada
Yogyakarta (lulus 2006)
9. Riwayat Pekerjaan:
Dosen PSIK Universitas Jember (Juli 2006 s/d sekarang)