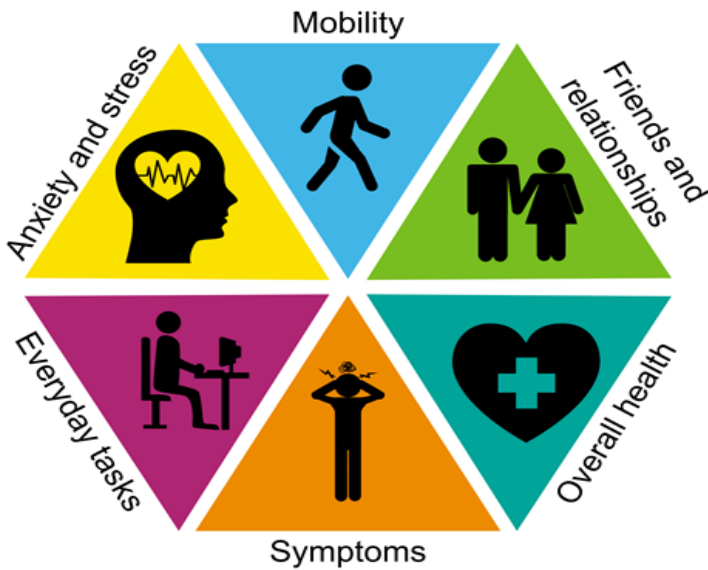


BUKU REFERENSI

PENINGKATAN KUALITAS HIDUP PASIEN PANYAKIT JANTUNG KORONER DENGAN *SELF REGULATORY INTERVENTION*



Dr. Hariyono, M. Kep



ICME Press

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).

Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

**Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung
Koroner Dengan *Self Regulatory Intervention* (SRI)**

Hariyono

Desain Cover :
M. Sholeh

Tata Letak :
Suhendra A.W

Proofreader :
Leo Yosdimiyati Romli

Editor :
Moch. Bahrudin

Ukuran :
Jumlah hal Judul : 2, Jumlah hal isi 111, Uk: 15.5x23 cm

ISBN :
978-623-6056-04-2

Cetakan Pertama :
Pebruari, 2021

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2021 by ICME Press Publisher
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT ICME Press
Anggota IKAPI (268/Anggota Luar Biasa/JTI/2020)
Jl. Kemuning 57A Jombang
Telp. 0321.8294886

Email. stikes.icme@yahoo.com

Kata Pengantar

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayahNya sehingga buku referensi tentang Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Jantung Koroner Dengan *Self Regulatory Intervention* (SRI) ini bisa diselesaikan. Buku ini dapat di jadikan acuan bagi para praktisi di bidang keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan pada pasien penyakit jantung koroner karena pasien penyakit jantung koroner sering kali memiliki segulasi diri yang rendah sehingga tingkat konservasi dan kekambuhan yang tinggi, dan model ini dapat di aplikasikan pada pasien penyakit jantung koroner untuk untuk mencegah hal tersebut.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada ibu Mujiati yang selama ini tak henti-hentinya bermunajat kepada Allah SWT untuk mendoakan kesuksesan penulis, kepada istri saya Dwi Wulan Amd. Keb yang selalu memberikan support baik fisik, psikologis dan materiiil, anak – anak saya Domenika Esa Cecilya Mahardika dan Maritza Ranaa Alya Azzahra, seluruh civitas akademikan STIKES Insan Cendekia Medika Jombang atas doa dan supportnya.

Buku referensi ini tentunya masih kekurangan, oleh karena itu penulis mohon saran dan kritis demi kesempurnaan buku ini.

Jombang, 18 Pebruari 2021

Daftar Isi

BAB 1 Pendahuluan	6
1.1 Latar Belakang	6
1.2 Kajian Masalah	13
DAFTAR PUSTAKA	16
BAB 2 Tinjauan Pustaka.....	17
2.1 Model Konseptual.....	17
2.2 Self Regulation Model	22
2.3 Penyakit Jantung Koroner (<i>Coronary Artery Disease</i>)	42
DAFTAR PUSTAKA	62
BAB 3 Pembahasan Model	67
3.1 Tahap Pertama Deskripsi dan Analisis Variabel.....	67
3.2 Hubungan Antar Variabel (<i>Inner Model</i>)	82
3.4 Tahap Dua : Uji Coba Model <i>Self Regulatory</i> pada Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner.....	97
3.5 Temuan baru hasil penelitian.....	100
3.6 Kontribusi Penelitian.....	103
3.7 Keterbatasan Model	108
DAFTAR PUSTAKA	109

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasien penyakit jantung koroner sering memiliki manajemen diri yang rendah mulai dari menilai status kesehatan sampai menentukan relevansi personal, karena bersifat kronis dan progresif, sering mengalami kekambuhan dan kematian yang tinggi. Meskipun kemajuan pengobatan di bidang farmakologi, tingkat kekambuhan berkisar 29-59% dalam waktu 6 bulan setelah keluar rumah sakit dan cenderung memiliki kualitas hidup yang rendah, biaya manajemen yang sangat tinggi serta pandangan prognosis sebanding dengan penyakit kronis lainnya meskipun berbagai strategi terapi, sehingga pasien dengan penyakit jantung koroner tidak dapat mengelola kebutuhan perawatan kesehatan mereka secara mandiri, terutama masa transisi selama dirawat di rumah sakit sampai menjelang perawatan di rumah. Dengan demikian, telah terjadi peningkatan minat dalam peran program multidisiplin yang mengoptimalkan pengelolaan penyakit jantung koroner (Stewart, 2002).

Penyakit jantung koroner berdampak berat pada aspek psikologis, sosial, fisik, ekonomi dan kultural individu, seseorang dengan penyakit jantung koroner cenderung berusaha beradaptasi semampu mereka, namun tidak jarang mereka tidak mempunyai pengetahuan

dan keterampilan untuk mengambil keputusan dan bertindak sesuai yang seharusnya sehingga diperlukan proses yang berkelanjutan sesuai dengan kondisi pasien, karena intervensi regulasi diri menghasilkan sebuah hubungan terintegrasi antara perawatan waktu pasien dirawat di rumah sakit dengan perawatan yang diberikan setelah pasien pulang. Perawatan di rumah sakit lebih bermakna jika dilanjutkan dengan perawatan di rumah, namun sampai saat ini perencanaan bagi pasien yang dirawat belum optimal karena peran perawat masih terbatas pada pelaksanaan kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi tentang jadwal kontrol ulang (Nursalam, 2014).

Kegagalan untuk memberikan dan mendokumentasikan perencanaan pulang akan beresiko terhadap beratnya penyakit, ancaman hidup, dan disfungsi fisik. Dalam perencanaan pulang perlu dikomunikasikan yang baik dan terarah sehingga apa yang disampaikan dapat dimengerti dan berguna untuk keperawatan di rumah (Nursalam, 2014). Pelaksanaan *discharge planning* bertujuan untuk mempersiapkan pasien dan keluarga dalam mengantisipasi permasalahan pasca rawat, serta upaya penanggulangannya (Hayati, 2011).

World Health Organization (WHO) memprediksikan bahwa di masa akan datang 80% kematian akibat penyakit kardiovaskular akan terjadi di negara berkembang. Diperkirakan bahwa pada tahun 2020, bahwa 36% dari

semua kasus kematian akan disebabkan oleh penyakit kardiovaskular (He, 1998). Penurunan kejadian penyakit jantung koroner di negara maju terutama terjadi karena keberhasilan upaya pencegahan, disamping kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran serta keterjangkauan pelayanan kesehatan oleh seluruh lapisan masyarakat serta dukungan dari perawat komunitas saat pasien dalam masa transisi dari rumah sakit sampai di rumah (Sarvasti, 2012).

Penyakit jantung koroner merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah kesehatan. WHO memperkirakan 15 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung koroner per tahunnya, yaitu 30% total kematian di dunia. Selanjutnya, 7 juta lebih kematian tersebut diantaranya akibat penyakit jantung koroner, 500 ribu akibat stroke, dan 691 juta mengalami hipertensi (Muchtar, 2010).

Di negara maju, penyakit jantung koroner juga merupakan salah satu penyakit kardiovaskular yang menyebabkan kematian. Pada tahun 2005, di Amerika Serikat sebanyak 56% kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskular dan didominasi penyakit jantung koroner (Adams, *et al.*, 2009). Hal ini juga terjadi di Inggris pada tahun 2006, angka kematian paling banyak disebabkan oleh penyakit kardiovaskular dan jantung koroner sebagai penyebab utamanya (Falherty, *et al.* 2012).

Riskesmas (2018) menunjukkan prevalensi penyakit jantung koroner berdasarkan wawancara,

berdasarkan diagnosis dokter serta didiagnosis dokter atau gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 65-74 tahun yaitu 2% dan 3,6 %, menurun sedikit pada kelompok umur ≥ 75 tahun. Prevalensi penyakit jantung koroner yang didiagnosis dokter maupun berdasarkan diagnosis dokter atau gejala lebih tinggi pada perempuan (0,5% dan 1,5%). Prevalensi Penyakit Jantung Koroner lebih tinggi pada masyarakat tidak bersekolah dan tidak bekerja. Berdasar penyakit jantung koroner terdiagnosis dokter prevalensi lebih tinggi di perkotaan, namun berdasarkan terdiagnosis dokter dan gejala lebih tinggi di pedesaan.

Tingginya prevalensi penyakit jantung koroner dari tahun ke tahun semakin menunjukkan peningkatan, hal ini diakibatkan oleh sejumlah faktor yang berhubungan dengan regulasi diri dan perilaku masyarakat yang cenderung mengalami pergeseran misalnya merokok, minum alkohol, makan makanan berlemak, stres dan kurangnya aktivitas fisik dan faktor tersebut dapat berisiko terhadap penyakit jantung koroner (Hermansyah, 2012).

Self regulation yang diterapkan dalam *self regulatory intervention*, mengharuskan pasien berfokus pada proses pengaturan diri guna memperoleh kesembuhan sehingga kualitas hidup akan meningkat, hal ini mempunyai peran yang sangat besar pada pasien dan keluarganya pada saat pasien masih dirawat di rumah sakit maupun di rumah, hal tersebut dapat meningkatkan pengetahuan, memiliki kepedulian untuk mengelola

perawatan, mengetahui tentang obat-obatan dan mengetahui tanda-tanda bahaya yang menunjukkan potensial komplikasi (Rofi'i, 2013).

Model perawatan penyakit kronis salah satunya adalah penyakit jantung yang menitikberatkan interaksi keaktifan pasien dengan tim yang proaktif. Hal itu berarti hubungan antara 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 sumber perawatan dengan kualitas baik (Rofi'i, 2013).

Pasien dengan penyakit jantung koroner membutuhkan dukungan untuk mendapatkan status kesehatan terbaik dan mempertahankan fungsinya selama mungkin. Upaya untuk menurunkan angka kejadian penyakit jantung diperlukan tindakan pencegahan dan penanganan dengan pendekatan multifaktor dan dilakukan secara komprehensif meliputi upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif (Rohmayanti, 2011).

Intervensi Regulasi Diri sangat efektif dalam mengurangi kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup pada pasien penyakit jantung koroner (Stewart, 2002). Model *self regulation* berbasis *discharge planning* merupakan suatu tindakan yang spesifik pada pasien penyakit kronis yang bertujuan untuk memfasilitasi transisi dari rumah sakit ke rumah, memahami dan meningkatkan manajemen pasien penyakit kronis termasuk penyakit

jantung koroner, melanjutkan perawatan antara rumah sakit dan layanan masyarakat, perencanaan regulasi diri yang efektif sangat penting untuk menjamin kelangsungan keperawatan dan mencegah kekambuhan penyakit (Naylor *et al*, 1992).

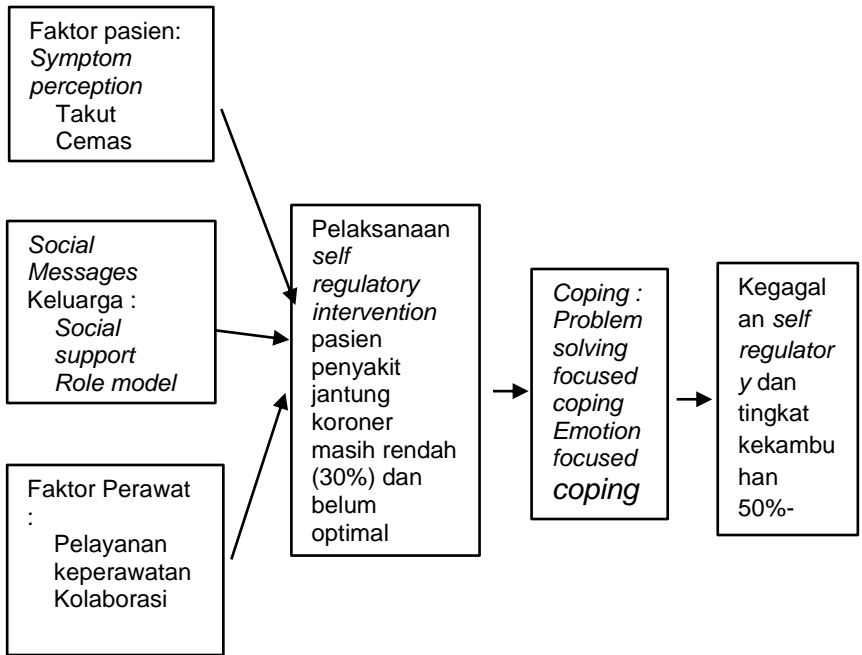
Self regulation model dirancang berdasarkan pada proses teori pengaturan diri serta menggabungkan prinsip dasar modifikasi perilaku untuk membantu individu membuat perubahan gaya hidup yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan adaptasi dan perubahan perilaku yang akan memberikan dampak terhadap pemendekan lama perawatan pasien di rumah sakit serta menurunkan angka kekambuhan pasien dan telah menjadi salah satu program kegiatan dalam sistem pemberian asuhan keperawatan pada pasien, namun dalam pelaksanaannya belum sesuai dan belum optimal (Rofi'i, 2013).

Strategi koping diadopsi oleh pasien secara langsung melibatkan mengelola gejala dan pengobatan. Namun tuntutan penyakit mungkin lebih kompleks, karena melibatkan interaksi secara efektif dengan penyedia layanan kesehatan, penggalan dukungan sosial yang sesuai atau informasi dari orang lain. Mekanisme koping pasien penyakit jantung koroner dapat dikembangkan dengan pemberian pelayanan keperawatan komprehensif dan berkelanjutan dimulai sejak awal pasien dirawat melalui program *discharge planning*, karena hal ini merupakan bagian penting dari program keperawatan

pasien yang dimulai segera setelah pasien masuk rumah sakit, dan merupakan suatu proses menggambarkan usaha kerjasama antara tim kesehatan, keluarga, pasien dan orang penting bagi pasien yang bertujuan untuk meningkatkan adaptasi pasien (Petrie, 2002).

Kegiatan dalam *self regulatory intervention* ini salah satunya adalah *discharge planning* selama pasien dirawat di rumah sakit, karena akan memonitor aktivitas harian pasien sehingga memberikan dampak terhadap pemendekan lama perawatan pasien di rumah sakit dan akan dapat menurunkan angka kekambuhan pasien. Pelaksanaan perencanaan pulang telah menjadi salah satu program kegiatan dalam sistem pemberian asuhan keperawatan pada klien. Namun dalam pelaksanaannya, perencanaan pulang belum sesuai dan belum optimal serta dilakukan saat pasien berada di rumah sakit (Rofi'i, 2013).

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Faktor yang Berpengaruh dalam Proses Pencapaian *Self Regulatory* dengan Pengembangan Model Konservasi pada pasien dengan Penyakit Jantung Koroner

Symptom perception

Dalam pelaksanaan *self regulatory intervention* dipengaruhi oleh faktor yaitu respon emosional pasien yang meliputi ketakutan, cemas dan depresi dalam hal pengenalan gejala merupakan fokus utama, dan identifikasi pasien yang mungkin membutuhkan perawatan pasca rumah sakit.

Social Messages

Pelaksanaan *self regulatory intervention* melibatkan perawat dan tim kesehatan lain yang mengawasi upaya dan hasil pasien dalam mengelola tugas dan menggunakan informasi untuk mengatur proses menuju pencapaian tujuan yang diinginkan. Perawat sangat penting untuk melaksanakan *self regulatory intervention* karena akan memastikan bahwa *self regulatory intervention* adalah untuk memenuhi kebutuhan dan memantau setiap pasien dan dalam posisi terbaik untuk mengidentifikasi pasien dengan kebutuhan yang kompleks.

Perawat harus berpengetahuan dan percaya diri dalam peran khusus mereka dan bertanggung jawab dalam memberikan *self regulatory intervention*, memahami perawatan medis dan pengobatan medis serta menyadari sumber daya yang tersedia di masyarakat. Penaksiran oleh perawat dari kemampuan pasien dan status emosional, fungsional dan cacat, dan defisit perawatan diri sangat penting, selain itu perawat merupakan profesional yang terlibat dalam program tersebut dan sebagai kunci untuk keberhasilan adaptasi pasien.

Faktor keluarga

Pelaksanaan *self regulatory intervention* juga disesuaikan dengan kemampuan sumber daya keluarga, tindakan atau rencana yang akan dilakukan setelah pulang disesuaikan

dengan *social support* dan *role model* yang diberikan oleh keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams J. Trent, R. Rawies J. 2009. *On Behalf of the Great Group. Earliest Electrocardiographic Evidence of Myocardial Infarction: Implications for Thrombolytic Therapy.*; pp. 307-409
- Naylor, M. 1992. *Discharge planning for hospitalized elderly. In Fulmer, T.T & Walker, M.K. Critical care nursing of the elderly*, 331-344. New York, Springer Publishing Company.
- Nursalam, 2014. *Managemen Keperawatan. Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional.* Salemba Medika. Jakarta
- Rofi'i, H., 2013 Faktor Personil Dalam Pelaksanaan Discharge Planning Pada Perawat Rumah Sakit Di Semarang. *Jurnal Keperawatan Universitas Indonesia*, pp. 89–94.
- Sarvasti. 2012. *Program Rehabilitasi penyakit Jantung.* RS Husada Utama. Surabaya
- Stewart, S. & Horowitz, J.D. 2002. Home-Based Intervention in Congestive Heart Failure. *European Heart Journal*, pp.2861–2866.
- WHO MONICA Project. *Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA project.* *Circulation* 1994; pp. 583-612

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Model Konseptual

Model konseptual adalah set konsep umum dan proposisi yang memberikan perspektif pada konsep utama dari paradigma seperti manusia, kesehatan, kesejahteraan dan lingkungan. Model konseptual juga mencerminkan set nilai dan keyakinan, seperti dalam pernyataan filosofis dan preferensi untuk praktek dan penelitian keperawatan. Fawcett (2000) menunjukkan bahwa arah untuk penelitian harus digambarkan sebagai bagian dari model konseptual dalam rangka untuk memandu pengembangan dan pengujian teori keperawatan. Model konseptual kurang abstrak dari paradigma yang dan lebih abstrak dari teori, menawarkan bimbingan (arah tidak berbeda) untuk upaya keperawatan. Model konseptual juga dapat disebut "kerangka konseptual" atau "sistem."

Definisi model yang paling sederhana dari model menggambarkannya sebagai, representasi realitas atau cara sederhana mengorganisir sebuah fenomena yang kompleks (McKenna, 1997). Fawcett (1992) menyatakan bahwa model adalah seperangkat konsep dan asumsi yang mengintegrasikan ke dalam konfigurasi yang berarti. Model adalah cara untuk mewakili situasi di hal yang logis untuk menunjukkan struktur ide asli atau objek. Model juga

digambarkan sebagai representasi mental atau diagram perawatan yang sistematis dibangun dan yang membantu praktisi dalam mengatur pemikiran perawat tentang apa yang mereka lakukan, dan ditransfer pemikiran seorang perawat ke dalam praktek untuk kepentingan klien dan profesi.

Model konseptual merupakan perangkat yang dapat digunakan oleh seorang individu untuk memahami dan menempatkan fenomena kompleks ke dalam perspektif. Model konseptual seharusnya untuk menyederhanakan masalah yang kompleks, banyak perawat menganggap model keperawatan merupakan alat untuk memperumit praktik keperawatan (McKenna, 1997).

Model mengambil berbagai bentuk: Chapman (1985) menggunakan tiga dimensi untuk menggambarkan model yang disajikan dalam format satu dimensi berbentuk pernyataan verbal atau keyakinan filosofis tentang fenomena. Model satu dimensi cenderung pada tingkat tinggi yaitu abstraksi. Model tidak dapat diambil terpisah atau secara eksplisit diamati, tapi dapat memikirkan dan memanipulasi. Model dua dimensi meliputi diagram, gambar, grafik atau gambar. Sebagian besar model keperawatan dengan yang kita kenal sebagai salah satu dimensi mulai konseptualisasi dalam pikiran para ahli teori dan kemudian berkembang menjadi format dua dimensi. Model tiga dimensi yang dikemukakan Craig (1980) disebut sebagai 'model fisik'. Ini adalah model skala atau replika struktural hal. Dalam bentuk ini model dapat diteliti,

diperiksa dan dimanipulasi. Contoh model tiga dimensi meliputi model mainan, model skala arsitektur dan model anatomi. Sebuah model satu dimensi dari otak akan menjadi garis verbal struktur dan fungsi. Sebuah model dua dimensi akan mengambil bentuk diagram otak menunjukkan berbagai struktur dan bagaimana mereka berhubungan satu sama lain. Model ini akan memberikan informasi lebih dari format satu dimensi. Sebuah model tiga dimensi bisa berbentuk replika mengajar otak plastik yang bisa diambil terpisah dan struktur internal dihapus dan diperiksa. Model tiga dimensi ini memberi kita lebih banyak informasi tentang struktur dan fungsi otak daripada model sebelumnya satu dan dua dimensi. Semua tiga kelas model memberikan sejumlah besar informasi tentang orang yang menggunakannya. Mereka cenderung untuk memberikan kesederhanaan terstruktur mengenai pandangan/fenomena tertentu yang dipertimbangkan. Dengan cara ini kita dapat memahami konsep yang diwakili dan hubungan konsep tersebut satu sama lain. Model telah digunakan dalam semua bidang penyelidikan ilmiah.

Metaparadigma keperawatan adalah kerangka untuk disiplin yang menetapkan fenomena kepentingan dan proposisi, prinsip, dan metode disiplin. Metaparadigma yang sangat umum dan dimaksudkan untuk mencerminkan kesepakatan antara anggota disiplin tentang bidang keperawatan. Ini merupakan tingkat yang paling abstrak tentang pengetahuan keperawatan dan sangat mencerminkan kepercayaan yang dianut tentang

keperawatan. Paradigma yang menawarkan konteks untuk mengembangkan model konseptual dan teori. Paradigma keperawatan saat ini sangat dinamis karena berbagai pertimbangan tentang apa yang terdiri dari esensi dan bentuk keperawatan. Secara historis, paradigma keperawatan menjelaskan konsep orang, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Modifikasi dan konsep alternatif untuk kerangka ini sedang dieksplorasi di seluruh disiplin.

2.1.1 Fungsi model konseptual (Jan Jonker, 2011)

1. Model konseptual sangat erat hubungannya dengan teori referensi/literatur yang digunakan. Dengan bantuan model konseptual, peneliti dapat menunjukkan bagaimana melihat fenomena yang diketengahkan dalam penelitiannya. Konsep teoritis yang digunakan untuk membangun model konseptual memberikan perspektif atau sebuah cara untuk melihat fenomena empiris.
2. Pembangunan model dapat membantu dalam penataan masalah, mengidentifikasi faktor-faktor relevan dan kemudian memberikan koneksi yang membuatnya lebih mudah untuk memetakan bingkai masalahnya.
3. Model konseptual dapat menjadi representasi yang benar dari fenomena yang sedang dipelajari. Selanjutnya model tersebut akan

membantu menyederhanakan masalah dengan mengurangi jumlah properti yang harus disertakan, sehingga lebih mudah berfokus untuk hal-hal yang hakiki.

2.1.2 Karakteristik model konseptual menurut Jan Jonker (2011) antara lain :

1. Model konseptual merupakan konstruksi verbal atau visual yang membantu untuk membedakan antara apa yang penting dan apa yang tidak
2. Sebuah model menawarkan kerangka kerja yang menggambarkan (secara logis) hubungan kausal antara faktor-faktor yang berkaitan. Model konseptual dapat mempromosikan hal yang masuk akal atau makna dalam situasi tertentu
3. Model konseptual menciptakan realitas dalam arti pemahaman kolektif. Karena model konseptual didasarkan pada bahasa yang berasal dari pengertian teoritis

Model konseptual dibangun berdasarkan teori atau setidaknya pengertian teoritis. Tanpa masukan teoritis, maka mustahil untuk membuat konstruksi yang berfokus dari sebuah realitas yang terjadi. Teori memberitahu kepada kita dimana harus mencari, apa yang harus dicari, dan bagaimana melihat suatu masalah.

2.1.3 Langkah – langkah pengembangan model konseptual :

1. Penentuan tujuan/pendefinisian masalah
2. Pembuatan model konseptual
3. Formulasi model/pembuatan model matematika
4. Analisis dan solusi model
5. Penggunaan model

2.1.4 Fungsi model konseptual

1. Menguraikan variabel-variabel (konsep-konsep dimensi) yang harus diperhitungkan oleh analis agar studi yang diusulkan memberikan hasil bagi pengambil keputusan
2. Memberikan batasan penyelidikan yang diajukan dengan menyarankan variabel mana yang perlu dipandang relevan / tidak relevan
3. Memberikan arti kepada hasil-hasil riset
4. Memberikan premis-premis dari mana analis dapat mereduksikan objektif riset
- 5.

2.2 Self Regulation Model

Konsep model *self regulation*

Model *self regulation* mengacu pada proses pemecahan masalah kesehatan dan masalah lain. Model ini terdiri dari 3 tahapan antara lain interpretasi, coping dan penilaian terhadap keberhasilan coping. Stimulus atau ancaman kesehatan akan dipersepsikan oleh seseorang dalam tahap interpretasi, ancaman ini akan menimbulkan

respon emosional antara lain ketakutan, cemas dan depresi. Tahapan selanjutnya dalam proses *self regulation* adalah coping yaitu saat seseorang berusaha menghadapi masalah sesuai dengan kemampuannya, sedangkan tahapan akhir adalah appraisal yaitu saat seseorang coping yang dilakukan berhasil atau tidak (Ogden, 2007).

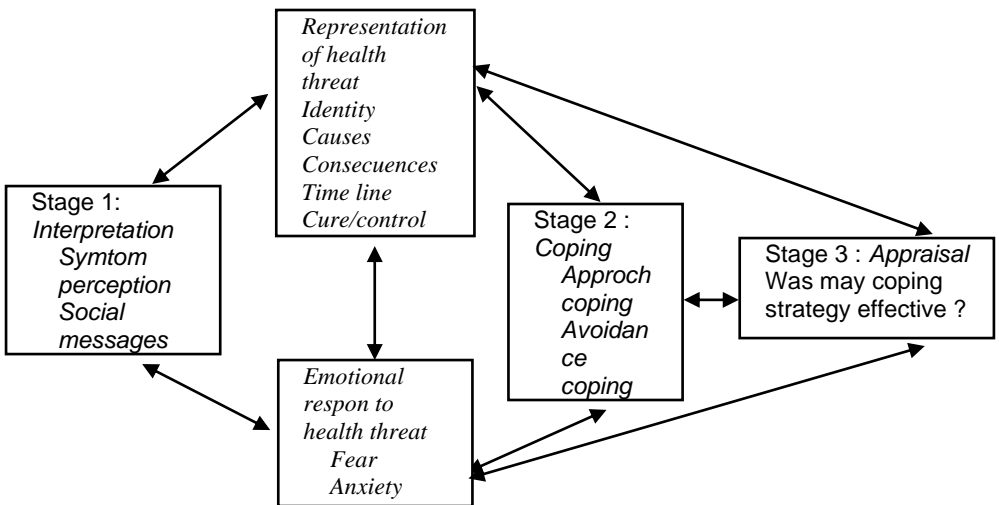
Tahap interpretasi terdapat proses representasi dari ancaman, proses representasi ini terdiri dari lima domain penting yaitu *identity*, *cause*, *time line*, *consequences*, dan *controllability*. Domain *identity* melibatkan nilai atau kepercayaan seseorang akan ancaman kesehatan atau perjalanan penyakit yang akan dihadapi. Domain *cause* adalah faktor individu atau lingkungan yang menyebabkan seseorang mengalami ancaman kesehatan. Domain *time line* adalah waktu saat ancaman itu datang atau lama penyakit akan berlangsung. Domain *consequences* mengacu pada beberapa hal yang akan terjadi karena penyakit yang dialami (Tomey & Alligood, 2006).

Regulasi diri (*self regulation*) adalah proses dimana seseorang dapat mengatur pencapaian dan aksi mereka sendiri. Menentukan target untuk mereka, mengevaluasi kesuksesan mereka saat mencapai target tersebut dan memberikan penghargaan pada diri mereka sendiri karena telah mencapai tujuan tersebut (Ogden, 2004). Regulasi adalah kemampuan untuk mengontrol diri sendiri (Susanto, 2006). Regulasi diri merupakan penggunaan suatu proses yang mengaktifasi pemikiran, perilaku, dan perasaan yang

terus menerus dalam upaya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Individu melakukan regulasi diri dengan mengamati, mempertimbangkan, memberi, ganjaran atau hukuman terhadap dirinya sendiri (Hendri, 2008). Sistem pengaturan diri ini berupa standar bagi tingkah laku seseorang dan mengamati kemampuan diri sendiri, menilai diri sendiri dan memberikan respon terhadap diri sendiri (Mahmud, 1990).

Self regulation adalah proses kognitif yang digunakan oleh seorang individu ketika perilaku baru atau pilihan perlu dibuat. *Self regulatory intervention* dirancang berdasarkan pada proses teori pengaturan diri. Dan menggabungkan prinsip-prinsip dasar modifikasi perilaku untuk membantu individu dalam membuat perubahan gaya hidup yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan adaptasi dan perubahan perilaku (Kanfer, 1970).

Model *self regulatory* menjelaskan transisi dari interpretasi, melalui kognisi penyakit, respon emosional dan *coping* untuk penilaian. Model ini terutama digunakan dalam penelitian untuk mengajukan pertanyaan 'bagaimana orang yang berbeda memahami perbedaan penyakit dan bagaimana kognisi penyakit berhubungan dengan coping. Beberapa penelitian memiliki eksplorasi dampak kognisi penyakit pada kesehatan psikologis dan fisik. Penelitian lain telah meneliti dampaknya terhadap pemulihan dari penyakit termasuk penyakit jantung koroner (Ogden, 2004).



Gambar 2.1 Diagram Leventhal's *Self Regulation Model* dikembangkan Ogden 2004

Berdasarkan diagram di atas dapat dijelaskan bahwa Leventhal meyakini bahwa suatu penyakit dipengaruhi oleh perilaku. Model *self regulatory* di atas untuk menguji hubungan antara representasi kognitif seseorang dari penyakit dan perilaku coping pasien.

Model ini didasarkan pada pemecahan masalah dan menunjukkan bahwa kita berhubungan dengan gejala

penyakit cara yang sama seperti yang kita berurusan dengan masalah lain. Asumsinya adalah bahwa, masalah atau perubahan status quo, seorang individu akan termotivasi untuk memecahkan masalah dan membangun kembali keberadaan pasien dalam keadaan 'normalitas'. Dalam hal kesehatan dan penyakit, jika kesehatan adalah keadaan normal pasien, maka pasien akan menafsirkan mulai sakit sebagai masalah, dan pasien akan termotivasi untuk membangun kembali kondisi kesehatannya. Model tradisional menggambarkan pemecahan masalah dalam tiga tahap:

1. Interpretasi (membuat rasa masalah);
2. *Coping* (untuk mendapatkan kembali keadaan keseimbangan)
3. Penilaian (menilai seberapa sukses tahap mengatasi masalah).

Menurut model pemecahan masalah tiga tahap ini akan berlanjut sampai strategi *coping* yang dianggap sukses dan keadaan keseimbangan telah dicapai. Dalam hal kesehatan dan penyakit, jika kesehatan adalah keadaan normal seseorang, maka setiap *onset* penyakit akan ditafsirkan sebagai masalah dan individu akan termotivasi untuk membangun kesehatannya kembali.

Tahap: Interpretasi

Seorang individu dapat dihadapkan dengan masalah potensial penyakit melalui dua komponen yaitu : persepsi gejala (saya memiliki rasa nyeri di dada), atau pesan sosial

(dokter telah mendiagnosis sakit ini sebagai angina). Setelah individu telah menerima informasi tentang kemungkinan penyakit melalui komponen ini. Menurut teori pemecahan masalah, individu kemudian termotivasi untuk kembali ke keadaan normalitas atau bebas masalah. Hal ini melibatkan penugasan makna untuk masalah ini.

Menurut Leventhal, masalah dapat diberi makna dengan mengakses kognisi penyakit individu. Oleh karena itu, gejala dan pesan sosial akan memberikan kontribusi terhadap pengembangan kognisi penyakit, yang akan dibangun sesuai dengan dimensi berikut: identitas, penyebab, konsekuensi, garis waktu, menyembuhkan/kontrol. Ini representasi kognitif dari masalah yang akan memberikan makna masalah dan akan memungkinkan individu untuk mengembangkan serta mempertimbangkan strategi. Representasi kognitif bukan satu-satunya konsekuensi dari persepsi gejala dan pesan sosial. Identifikasi masalah penyakit juga akan mengakibatkan perubahan kondisi emosional. Misalnya, mengamati gejala nyeri dan menerima pesan sosial yang sakit ini mungkin berhubungan dengan penyakit jantung koroner dapat menyebabkan kecemasan. Oleh karena itu, setiap strategi penanganan harus berhubungan dengan kedua kognisi penyakit dan keadaan emosional individu (Ogden, 2004).

Proses di atas dianggap sebagai *self regulatory* karena ketiga komponen model (*interpretasi*, *coping* dan *appraisal*) saling berhubungan untuk mempertahankan

status quo (yaitu pengaturan diri mereka). Oleh karena itu, jika individu keadaan normal (kesehatan) terganggu oleh penyakit, model ini mengusulkan bahwa individu termotivasi untuk mengembalikan keseimbangan kembali ke keadaan normal. *Self regulatory* ini melibatkan tiga proses *interrelating* yang berkelanjutan dan dinamis. Oleh karena itu, interaksi terjadi antara tahapan yang berbeda (Ogden, 2004).

Persepsi gejala dapat menyebabkan pergeseran emosional yang dapat memperburuk persepsi gejala misalnya saya bisa merasakan rasa sakit di dada saya, sekarang saya merasa cemas, sekarang saya bisa merasa lebih sakit karena semua perhatian saya terfokus pada hal itu. Jika individu memilih untuk menggunakan penolakan sebagai strategi untuk mengatasi tersebut, hal ini dapat mengakibatkan penurunan persepsi gejala, penurunan emosi negatif dan pergeseran kognisi penyakit mereka misalnya rasa sakit ini tidak terlalu buruk (penolakan), sekarang saya merasa kurang cemas (emosi), rasa sakit ini tidak akan berlangsung lama (garis waktu), penyakit ini tidak akan memiliki konsekuensi serius bagi gaya hidup saya (konsekuensi). Sebuah penilaian positif terhadap efektivitas strategi mengatasi sendiri mungkin menjadi strategi penanggulangan misalnya gejala saya tampaknya telah berkurang dengan melakukan latihan relaksasi hal ini mungkin merupakan bentuk pengingkaran (Ogden, 2004).

Tahap 2 : Persepsi Gejala

Perbedaan individu dalam persepsi gejala seperti suhu, nyeri atau deteksi benjolan dapat menunjukkan kepada individu kemungkinan penyakit, tetapi persepsi gejala bukanlah proses yang mudah, misalnya sakit tenggorokan untuk satu orang bisa menjadi lain misalnya tonsilitis. Pennebaker (1983) berpendapat bahwa ada perbedaan individu dalam jumlah perhatian orang membayar mahal untuk kondisi mereka. Sedangkan beberapa orang kadang-kadang terdapat fokus internal dan lebih sensitif terhadap gejala, yang lain mungkin lebih fokus eksternal dan kurang peka terhadap perubahan internal. Namun, perbedaan ini tidak selalu konsisten dengan perbedaan akurasi. Beberapa penelitian menunjukkan fokus internal yang terlalu tinggi. Ogden (2004) melaporkan bahwa individu yang lebih terfokus pada kondisi internal mereka cenderung melebih lebihkan perubahan denyut jantung mereka dibandingkan dengan subjek yang eksternal difokuskan. Sebaliknya Kohlmann *et al*, (2001) meneliti hubungan antara kewaspadaan jantung dan hati, mengalahkan deteksi di laboratorium dan melaporkan korelasi negatif; orang-orang yang menyatakan mereka lebih sadar akan hati mereka meremehkan denyut jantung mereka. Menjadi internal fokus juga telah terbukti berhubungan dengan persepsi pemulihan lambat dari penyakit (Miller *et al*, 1987) dan perilaku pelindung kesehatan yang lebih (Kohlmann *et al*.2001). Menjadi

internal fokus dapat menghasilkan persepsi yang berbeda dari perubahan gejala, bukan yang lebih akurat.

Faktor yang mempengaruhi persepsi gejala:

Ogden (2004) mengemukakan bahwa persepsi gejala dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti suasana hati, kognisi dan lingkungan sosial.

1. *Mood*

Peran *mood* sangat jelas dalam persepsi nyeri dengan kecemasan meningkat laporan diri dari pengalaman nyeri. Selain itu, kecemasan telah dijadikan sebagai penjelasan untuk mengurangi nyeri plasebo sebagai pengambil segala bentuk obat-obatan, dapat mengurangi kecemasan individu, meningkatkan rasa kontrol dan mengakibatkan pengurangan nyeri. Stegen *et al*, (2000) secara langsung mengeksplorasi efektifitas dampak negatif pada kedua pengalaman gejala dan atribusi untuk gejala-gejala ini. Dalam sebuah studi eksperimen, peserta diberikan intensitas rendah sensasi somatik yang disebabkan karena menghirup udara tinggi karbon dioksida. Mereka kemudian mengatakan bahwa sensasi akan baik positif, negatif atau di suatu tempat dan diminta untuk menilai baik kenikmatan dan intensitas gejala mereka.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa peserta yang diberitahu tentang sensasi dipengaruhi peringkat mereka kenikmatannya. Hasil penelitian juga

menunjukkan bahwa meskipun orang-orang yang dinilai tinggi pada efektivitas yang negatif menunjukkan penilaian setara dari kenikmatan kepada orang-orang yang rendah pada efektivitas negatif mereka melakukan laporan yang bermakna lebih negatif dan kekhawatiran tentang gejala mereka. Hal ini menunjukkan bahwa harapan tentang sifat gaya dapat mengubah pengalaman gejala itu dan bahwa suasana hati yang negatif dapat mempengaruhi tentang gejala.

2. Kognisi

Kognitif individu juga dapat mempengaruhi persepsi. Gejala ini digambarkan oleh efek plasebo dengan harapan individu pemulihan sehingga persepsi gejala berkurang. Hal ini juga digambarkan oleh Stegen *et al.* (2000) studi menunjukkan gejala dengan harapan mengubah persepsi gejala. Ogden 2004 melakukan studi dimana ia dimanipulasi harapan perempuan tentang kapan mereka akan mulai menstruasi. Dia memberikan pelajaran yang fisiologis, akurat dan mengatakan wanita pada periode mereka karena sangat lama atau bahwa itu setidaknya seminggu lagi. Para wanita kemudian diminta untuk melaporkan setiap gejala pramenstruasi. Hasil penelitian menunjukkan percaya bahwa mereka akan mulai menstruasi (meskipun mereka tidak) meningkatkan jumlah tersebut melaporkan gejala pre menstruasi.

3. Lingkungan

Persepsi gejala dipengaruhi oleh suasana hati dan kognisi. Hal ini juga dipengaruhi oleh konteks sosial seseorang. Faktor-faktor yang berbeda diilustrasikan oleh kondisi yang dikenal sebagai penyakit. Sebuah komponen besar dari kurikulum medis melibatkan belajar tentang gejala yang berhubungan dengan banyak penyakit yang berbeda.

4. *Social message* (Pesan Sosial)

Informasi tentang penyakit juga berasal dari orang lain. Ini mungkin datang dalam bentuk diagnosis resmi dari seorang profesional kesehatan atau hasil tes positif dari pemeriksaan kesehatan rutin. Pesan tersebut mungkin atau mungkin tidak menjadi konsekuensi dari persepsi gejala (Ogden, 2004).

Informasi tentang penyakit juga berasal dari orang lain. Hal ini mungkin berasal dalam bentuk diagnosis resmi dari seorang profesional kesehatan atau hasil tes positif dari pemeriksaan kesehatan rutin. Pesan tersebut mungkin atau mungkin tidak menjadi konsekuensi dari persepsi gejala. Misalnya, diagnosis formal mungkin terjadi setelah gejala telah dirasakan, individu kemudian termotivasi untuk pergi ke dokter dan telah diberi diagnosis. Namun, skrining dan kesehatan pemeriksaan dapat mendeteksi penyakit yang bersifat asimtomatik. Informasi tentang penyakit juga berasal dari orang

awam lainnya seperti keluarga (individu yang bukan profesional kesehatan). Sebelum dan setelah konsultasi dengan profesional kesehatan, individu sering mengakses jaringan sosial mereka.

Hal ini dapat mengambil bentuk rekan, dan melibatkan teman atau keluarga dalam mencari informasi dan saran dari berbagai sumber. Penelitian Scambler *et al.* (1981) melaporkan bahwa tiga perempat dari mereka yang mengambil bagian dalam studi mereka dari perawatan primer telah mencari saran dari keluarga atau teman sebelum mencari bantuan profesional. Pesan sosial tersebut akan mempengaruhi bagaimana individu menafsirkan masalah penyakit (Ogden, 2004).

Coping

Terdapat beberapa literatur mengenai bagaimana orang mengatasi berbagai masalah termasuk stres, sakit dan penyakit. Terdapat tiga pendekatan untuk mengatasi penyakit yaitu menghadapi diagnosis, mengatasi krisis penyakit dan penyesuaian untuk penyakit fisik dan teori adaptasi kognitif. Pendekatan teoritis yang berbeda memiliki implikasi untuk memahami perbedaan antara adaptif dan maladaptif coping, dan peran realitas serta ilusi dalam proses mengatasi stres. Oleh karena itu individu memiliki implikasi yang berbeda untuk memahami hasil dari proses *coping*.

Mengatasi diagnosis

Shontz (1975) menggambarkan tahapan sebagai berikut untuk mengatasi bahwa individu sering pergi melalui setelah diagnosis dari penyakit kronis:

1. Syok

Pada tahap awal individu kebanyakan masuk ke dalam kondisi shock setelah didiagnosis penyakit serius. Syok ditandai dengan menjadi tertegun dan bingung, berperilaku dengan cara otomatis dan memiliki perasaan hipersensitif dari situasi.

2. *Encounter* reaksi

Setelah syok, tahap berikutnya adalah reaksi perjumpaan. Hal ini ditandai dengan pikiran dan perasaan kehilangan, kesedihan, ketidakberdayaan dan keputusasaan.

3. *Retreat*

Retreat merupakan tahap ketiga dalam proses mengatasi diagnosis. Shontz berpendapat bahwa tahap ini ditandai dengan penolakan masalah dan implikasinya dan kemunduran diri. Karena itu mereka memiliki implikasi yang berbeda untuk memahami hasil dari proses coping.

Penyakit fisik sebagai krisis

Moos dan Schaefer (1984) mengemukakan bahwa penyakit fisik dapat dianggap sebagai krisis karena merupakan masalah dalam kehidupan individu. Mereka berpendapat bahwa penyebab penyakit fisik dapat dikonseptualisasikan sebagai krisis:

1. Perubahan identitas

Penyakit dapat membuat pergeseran identitas, seperti dari penjaga ke pasien, atau dari pencari nafkah untuk orang dengan penyakit.

2. Perubahan lokasi

Penyakit dapat mengakibatkan pindah ke lingkungan baru seperti menjadi terbaring di tempat tidur atau di rumah sakit.

3. Perubahan dalam peran

Perubahan dari dewasa yang mandiri untuk bergantung pasif dapat terjadi penyakit kronis, sehingga dapat terjadi perubahan peran.

4. Perubahan dukungan sosial

Penyakit dapat menghasilkan isolasi dari teman dan keluarga dan mempengaruhi perubahan dukungan sosial.

5. Perubahan masa depan

Masa depan yang melibatkan anak-anak, karir atau perjalanan dapat menjadi akibat penyakit.

Teori *self regulation* diuraikan oleh Leventhal dan rekan (Leventhal *et al*, 1996) dalam banyak hal ideal untuk memahami dan meningkatkan manajemen pasien penyakit kronis. Teori ini melibatkan orang yang mengawasi upaya dan hasil mereka dalam mengelola tugas dan menggunakan informasi untuk mengatur proses menuju mencapai tujuan yang diinginkan. Teori *self regulation* mengusulkan bahwa individu akan menggunakan strategi yang didasarkan pada pemahaman mereka dari pengalaman. Proses ini dinamis yang berubah dalam menanggapi pergeseran dalam persepsi pasien. Teori ini dimulai dengan premis bahwa individu-individu yang aktif pemecah masalah yang masuk akal dari ancaman untuk kesehatan mereka, seperti gejala fisik atau penyakit, dengan mengembangkan representasi kognitif mereka sendiri ancaman yang pada gilirannya, menentukan bagaimana mereka merespon.

Nilai teori pengaturan diri terhadap penyakit kronis terletak di unsur yang dinamis. Penyakit kronis dan efek mereka jarang statis, dan pasien perlu mengintegrasikan umpan balik secara konstan untuk mengelola keberhasilan penyakit. Meskipun gejala dan efek dari beberapa penyakit kronis, seperti multiple sclerosis atau kronis lymphoid leukemia, berubah perlahan-lahan dari waktu ke waktu, penyakit lain seperti diabetes yang bergantung pada insulin dan asma, dapat berubah dengan cepat jika tidak dikelola secara aktif oleh pasien. Untuk pengelolaan yang optimal, pasien harus menyadari kecepatan alam dan

perjalanan penyakit serta hubungan antara umpan balik dan tindakan.

Strategi *coping* yang diadopsi oleh pasien secara langsung melibatkan mengelola gejala dan pengobatan. Namun tuntutan penyakit mungkin lebih kompleks, karena biasanya melibatkan berinteraksi secara efektif dengan penyedia layanan kesehatan dan penggalian dukungan sosial yang sesuai atau informasi dari orang lain (Petrie, 2002). Tekanan psikologis yang diakibatkan oleh dampak dari penyakit juga perlu dikelola secara aktif. Bagi banyak pasien, efek fisik dari penyakit bisa berat dan mempengaruhi banyak aspek kehidupan dan identitas mereka. Bagi orang lain, prognosis mungkin buruk atau tidak pasti, dalam hal emosional berfungsi dan hubungan pribadi akan terpengaruh. Intervensi yang telah diterapkan atau digambar di *self regulatory* sebuah kerangka pada populasi penyakit kronis.

Self regulatory intervention pada pasien penyakit jantung harus memenuhi tiga kriteria berikut:

1. Intervensi perlu dirancang untuk meningkatkan pemahaman pasien penyakit jantung sebagai penyakit kronis.
2. Intervensi harus bertujuan untuk menghubungkan dan mengatasi atau strategi untuk merubah perilaku untuk mencegah kekambuhan.
3. Intervensi yang diperlukan untuk menggabungkan beberapa penilaian atau pemantauan ke dalam program terutama saat berada di masyarakat.

Self regulatory intervention merupakan intervensi diselenggarakan oleh jenis penyakit kronis bukan oleh jenis pendekatan terapi. Seperti pada kasus diabetes sebagai contoh penyakit yang proses *self regulatory* yang paling eksplisit. Setelah bagian ini kita bahas intervensi untuk asma, HIV, kanker dan penyakit kronis lainnya. Pada bagian akhir, intervensi terakhir untuk miokard infark (MI)/penyakit jantung, pasien dibahas dalam beberapa detail. Intervensi ini secara eksplisit dikembangkan untuk mengubah akurat dan persepsi negatif tentang penyakit pasien saat serangan. Berbeda dengan intervensi lain yang biasanya memberikan intervensi perilaku atau kognitif yang sama untuk setiap pasien, program ini menggunakan pendekatan individual di mana isi dari intervensi masing-masing pasien berdasarkan penilaian persepsi mereka tentang penyakit jantung mereka.

Intervensi *self regulatory* juga telah berhasil di antara sejumlah kelompok penyakit kronis lainnya. Jenis intervensi digunakan, misalnya dengan pasien yang membutuhkan obat antikoagulan yang biasanya harus menjalani pemeriksaan darah rutin dan kunjungan klinik untuk memantau kebutuhan dosis. Sebuah uji coba terkontrol secara acak diselidiki sebuah mengajar yang luas dan program pelatihan yang diajarkan pasien untuk mengatur diri pengobatan mereka menggunakan rumah analisa darah dan aturan disediakan untuk menyesuaikan pengobatan dosis mereka sendiri (Sawicki, 1999).

Pasien juga diajarkan tentang efek diet dan obat lain pada kontrol anti koagulasi. Intervensi *self regulatory* menghasilkan peningkatan kontrol anti koagulasi dibandingkan dengan hasil pengobatan standar. Hal ini juga mengakibatkan meningkatkan kualitas hidup, terutama di bidang kepuasan pengobatan. Selain itu, pasien yang diintervensi melaporkan penurunan penyakit yang berhubungan kesusahan dan kerepotan sehari-hari. Penghematan biaya yang dihasilkan dari peningkatan *self regulation* terapi antikoagulan cukup besar.

Model pengaturan diri sebagai dasar untuk mengajar pasien dalam pengelolaan manfaat intervensi. Mereka sering memperoleh dari kemampuan pasien untuk memantau diri dan menyesuaikan pengobatan mereka jauh lebih sering daripada yang mungkin melalui ketergantungan pada manajemen oleh penyedia layanan kesehatan. Selain itu, penelitian menunjukkan bahwa intervensi *self regulatory* sering meningkatkan keyakinan pasien, kepuasan pengobatan, kepatuhan dan kualitas hidup. Keyakinan pasien tentang penyakit mereka merupakan penentu penting dari perilaku selama fase pemulihan (Lewin, 1999).

Unsur *self regulatory system* meliputi:

a. Self monitoring sub function

1. Setiap individu penting untuk melaksanakan pemantauan diri dalam hubungannya dengan standar hidup. Kebutuhan untuk memantau diri waspada dianggap berperan dalam mencegah

kekambuhan. Perhatian memainkan peran penting dalam pemantauan diri. Baumeister dan rekan (1994) menyatakan bahwa pengelolaan perhatian mungkin pendekatan yang paling efektif untuk *self regulation*. Seorang individu bisa latihan *self regulation* berasal dari informasi di luar lingkungan/stimulus langsung. Daripada hanya berfokus pada objek langsung keinginan, seseorang terlibat dalam berpikir tingkat tinggi yang mengakui standar untuk mempromosikan *self regulation*. Perspektif tersebut diperlukan untuk mengesampingkan impuls. Sebaliknya, kegagalan transendensi terjadi ketika seorang individu meyakini hanya untuk saat ini segera dan tidak memonitor perbedaan antara kepentingan saat ini dan tujuan jangka panjang. *Self monitoring* membutuhkan kesadaran diri yang sering terganggu pada saat-saat berisiko tinggi.

b. Self motivation function

Motivasi adalah kekuatan pendorong yang menyebabkan kita mencapai tujuan.

Faktor yang mempengaruhi *self motivation* adalah :

1. Faktor intrinsik

Faktor yang berada dalam diri individu dan bukan bergantung pada tekanan eksternal. Hal yang kita lakukan karena mereka membawa sukacita dan kebahagiaan.

2. Faktor ekstrinsik

Faktor yang berasal dari luar individu seperti persaingan misalnya penghargaan, persetujuan dan menyenangkan orang lain. Orang bergantung pada orang-orang yang di sekitar pasien untuk memberikan dukungan dan dorongan. Jika pasien tidak memiliki sistem pendukung yang baik di sekitar pasien, pasien harus belajar bagaimana untuk memotivasi diri sendiri untuk menjadi berhasil selama pengobatan. Memiliki motivasi diri akan meningkatkan kemampuan pasien untuk mengatasi tantangan dan hambatan dalam hidup (San Jacinto, 2015).

Manfaat *self motivation* pada pasien penyakit jantung koroner yaitu:

1. Meningkatkan *self esteem*.
2. Meningkatkan keinginan untuk melakukan sesuatu tindakan yang positif.
3. Meningkatkan kualitas pekerjaan yang diinginkan.
4. Memulai keterampilan membangun tim.
5. Memberikan keberhasilan pasien dalam program pengobatan.
6. Memungkinkan pasien untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

2.3 Penyakit Jantung Koroner (*Coronary Artery Disease*)

Coronary artery disease adalah suatu keadaan *infark miokard* karena kurangnya suplai oksigen pada miocard (ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen *miocard*). *Infark miokard* adalah keadaan yang mengancam kehidupan dengan tanda khas terbentuknya jaringan nekrosis otot yang permanen karena otot jantung kehilangan suplai oksigen. Infark miokard juga diketahui serangan jantung atau serangan koroner. Dapat menjadi fatal bila terjadi perluasan area jaringan yang rusak. Infark miokard terjadi sebagai akibat dari suatu gangguan mendadak yang timbul karena suplai darah yang kurang akibat oklusi atau sumbatan pada arteri koroner (Udjianti, 2010).

Penyakit jantung koroner adalah kondisi patologis arteri koroner (aterosklerosis koroner) yang mengakibatkan perubahan struktur dan fungsi arteri dan penurunan aliran darah ke jantung (Smeltzer & Bare, 2002). Aterosklerosis koroner menyebabkan penyempitan lumen (lubang) arteri dan penyumbatan aliran darah ke jantung, sehingga suplai darah tidak adekuat (iskemia).

Manifestasi utama iskemia miokardium adalah nyeri dada (*angina*), dan iskemia yang lebih berat akan menyebabkan kerusakan sel jantung, yang disebut *infark miokardium*. Sel-sel jantung yang mengalami kerusakan *ireversibel* akan mengalami degenerasi dan kemudian diganti dengan jaringan parut. Apabila kerusakan jantung

sangat luas, jantung akan mengalami kegagalan, artinya jantung tidak mampu memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan tubuh (gagal jantung). Manifestasi klinis penyakit jantung koroner yang lain adalah berupa perubahan pola elektrokardiografi (EKG), disritmia, dan kematian.

Angina

Angina atau angina pectoris adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan episode nyeri atau perasaan tertekan di dada depan. Penyebabnya diperkirakan karena berkurangnya aliran darah koroner (biasanya akibat sumbatan arteri koroner), menyebabkan suplai oksigen ke jantung tidak adekuat. Sakit angina adalah khas yaitu nyeri dada/ sesak napas di tengah dada yang bisa menyebar sampai ke leher dan rahang, pundak kiri atau kanan dan lengan, bahkan sampai punggung. Kadang-kadang angina dirasakan seperti 'sulit bernapas'. Lama/durasi nyeri berkisar sekitar 15 menit atau lebih lama, dan akan berkurang bila istirahat atau dengan pemberian obat vasodilator, atau faktor pencetus/ pemicunya dihilangkan.

Bentuk lain dari angina adalah Angina tidak stabil (*Unstable Angina*), yaitu sakit dada yang tiba-tiba terasa pada waktu istirahat atau terjadi lebih berat secara mendadak. *Unstable angina* merupakan simptom yang menunjukkan keadaan buruk sehingga harus ditangani secara serius. Pada *Unstable angina* kekurangan oksigen ke otot jantung dapat menjadi parah (*acute*),

sehingga amat berbahaya; risiko komplikasi terjadinya serangan jantung amat besar. Bentuk lain angina adalah *Variant Angina*, yaitu terjadi bila arteri koroner mengalami *spasm* (kejang) atau mengerut secara mendadak. Ini dapat terjadi pada arteri koroner normal, tetapi yang sering adalah bila di arteri tersebut sudah terdapat plak (Smeltzer, 2002).

Infark miokard akut

Definisi

Kematian/nekrosis sel jantung akibat peningkatan kebutuhan metabolik jantung dan atau penurunan O₂ dan nutrisi ke jantung melalui sirkulasi koroner (Bajzer, 2002).

Etiologi

1. *Coronary artery disease*: aterosklerosis, artritis, trauma pada koroner, penyempitan arteri koroner karena spasme atau diseksi aorta dan arteri koroner.
2. *Coronary artery emboli*: infeksi endokarditis, cardiac myxoma, cardiopulmonary *bypass* surgery, *arteriography* koroner.
3. Kelainan kongenital: anomali arteri koronaria.
4. Ketidak seimbangan suplai oksigen dan kebutuhan miokard: tirotoksitosis, hipotensi kronis, keracunan karbon monoksida, stenosis atau insufisiensi aorta.
5. Gangguan hematologi: anemia, polisitemia vera, hypercoagulability, trombosis, trombositosis, dan DIC

Patofisiologi

Aterosklerosis dimulai ketika kolesterol berlemak tertimbun di intima arteri besar. Timbunan ini dinamakan ateroma atau plak akan mengganggu absorpsi nutrien oleh sel-sel endotel yang menyusun lapisan dinding pembuluh darah dan menyumbat aliran darah karena timbunan ini menonjol ke lumen pembuluh darah. Endotel pembuluh darah yang terkena akan mengalami nekrotik dan menjadi jaringan parut, selanjutnya lumen menjadi semakin sempit dan aliran darah terhambat. Pada lumen yang menyempit dan berdinding besar, akan cenderung terjadi pembentukan pembekuan darah, ini menjelaskan bagaimana terjadinya koagulasi intravaskuler, diikuti oleh penyakit tromboemboli, yang merupakan komplikasi tersering aterosklerosis (Smeltzer, 2002).

Berbagai teori mengenai bagaimana lesi aterosklerosis terjadi telah diajukan, tetapi tidak satupun yang terbukti secara meyakinkan. Mekanisme yang mungkin, adalah pembentukan trombus pada permukaan plak, konsolidasi trombus akibat efek fibrin; perdarahan terhadap plak, dan menimbulkan lipid terus – menerus. Bila fibrosa pembungkus plak pecah, maka debris lipid akan terhanyut dalam aliran darah dan menyumbat arteri dan kapiler di sebelah distal plak yang pecah. Struktur anatomi arteri koroner membuatnya rentan terhadap mekanisme aterosklerosis. Arteri tersebut berpilin dan berkelok-kelok saat memasuki jantung, menimbulkan kondisi yang rentan untuk terbentuknya ateroma.

Faktor resiko

Kajian epidemiologis menunjukkan bahwa ada berbagai kondisi yang mendahului atau menyertai awitan penyakit jantung koroner. Kondisi tersebut dinamakan faktor resiko karena satu atau beberapa diantaranya dianggap meningkatkan resiko seseorang untuk mengalami penyakit jantung koroner.

Faktor resiko ada yang dapat dimodifikasi (*modifiable*) dan ada yang tidak dapat dimodifikasi (*non modifiable*). Faktor risiko *modifiable* dapat dikontrol dengan mengubah gaya hidup atau kebiasaan pribadi; faktor risiko non modifiable merupakan konsekuensi genetik yang tidak dapat dikontrol (Smeltzer, 2002).

Faktor resiko yang dapat bekerja sendiri atau bekerja sama dengan faktor resiko lain. Semakin banyak faktor resiko yang dimiliki oleh seseorang, semakin besar kemungkinan terjadinya penyakit arteri koroner. Orang yang beresiko dianjurkan untuk menjalani pemeriksaan medis berkala dan, bila mungkin, dengan kemampuan sendiri berusaha mengurangi jumlah dan beratnya resiko tadi.

Terdapat lima faktor resiko yang dapat diubah yaitu **merokok, tekanan darah tinggi, kolestrol darah tinggi, hiperglikemia dan berbagai pola tingkah laku** yang mendapat perhatian besar dalam program promosi kesehatan. Merokok dan hipertensi dianggap sebagai penyebab utama penyakit arteri koroner (CAD = *Coronary Artery Disease*) dan konsekuensi komplikasinya.

Merokok berperan dalam memperparah penyakit arteri koroner melalui tiga cara. Pertama, menghirup asap akan meningkatkan kadar karbon monoksida (CO) darah. Hemoglobin, komponen darah yang mengangkut oksigen, lebih mudah terikat CO daripada O₂. Jadi oksigen yang disuplai ke jantung menjadi sangat berkurang, membuat jantung bekerja lebih berat untuk menghasilkan energi yang sama besarnya. Kedua, asam nikotinat pada tembakau memicu pelepasan katekolamin, yang menyebabkan konstiksi arteri. Aliran darah dan oksigenasi jaringan menjadi terganggu. Ketiga, merokok mengakibatkan adhesi trombosit, mengakibatkan kemungkinan peningkatan kemungkinan trombus. Seseorang dengan resiko tinggi penyakit jantung koroner dianjurkan untuk berhenti merokok. Orang yang telah berhasil menghentikan kebiasaan merokok dapat menurunkan resiko penyakit jantung koroner sampai 50% pada tahun pertama. Resiko akan terus menerus selama orang tersebut tetap tidak merokok. Paparan terhadap merokok secara pasif sebaiknya dihindari karena tetap dapat memperberat penyakit jantung paru yang sudah ada (Smeltzer, 2002).

Tekanan darah tinggi. Tekanan darah tinggi adalah faktor resiko yang paling membahayakan karena biasanya tidak menunjukkan gejala sampai telah menjadi lanjut. Tekanan darah tinggi menyebabkan tingginya gradien tekanan yang harus dilawan oleh ventrikel kiri saat memompa darah. Tekanan darah yang terus menerus menyebabkan suplai

kebutuhan oksigen jantung meningkat. Mulailah terjadi lingkaran setan nyeri sehubungan dengan penyakit arteri koroner.

Deteksi awal tekanan darah tinggi dan kepatuhan terhadap aturan terapi dapat mencegah konsekuensi serius yang mungkin diderita oleh penderita dengan tekanan darah tinggi yang tidak ditangani (Smeltzer, 2002).

Kolesterol darah tinggi hubungan antara tingginya kolesterol darah dengan penyakit jantung koroner telah terbukti dan dapat dipahami. Meskipun metabolisme lemak sangat kompleks dan sulit dipahami, namun ada beberapa komponen kunci yang penting dipahami dalam perkembangan penyakit jantung koroner.

Lemak, yang tidak larut dalam air, terikat dengan lipoprotein yang larut dalam air, yang memungkinkannya dapat diangkut dalam sistem peredaran darah. Tiga elemen metabolisme lemak – kolesterol total, lipoprotein dan sitas rendah (LDL : *Low Density Lipoprotein*), dan lipoprotein densitas tinggi (HDL : *High Density Lipoprotein*) dianggap sebagai faktor primer yang mempengaruhi perkembangan CHD. Pengontrolan kadar serum kolesterol total, LDL dan HDL dalam data terapiutik adalah tujuan yang harus dicapai dalam penatalaksanaan CHD. LDL menyebabkan efek berbahaya dalam dinding arteri dan mempercepat proses aterosklerosis. Sebaliknya, HDL membantu penurunan kolesterol total dengan cara mengangkut LDL ke hati, mengalami biodegradasi dan kemudian disekresi. Tujuan yang diinginkan adalah

menurunkan kadar LDL (< 130 mg/dl), meningkatkan kadar HDL (> 50 mg/dl) dan menurunkan kadar kolesterol total < 200 mg/dl. Kadar normal tersebut dianjurkan pada pasien tanpa jantung koroner atau faktor resiko lain yang bermakna. Kontrol dan pencegahan. Kadar serum kolesterol biasanya dapat dikontrol dengan diet dan latihan. Mengurangi jumlah lemak yang dimakan sehari-hari dapat menurunkan kadar lemak untuk metabolisme dan kadar lemak yang akan dikonversi ke kolesterol.

Kontrol diet sekarang lebih mudah karena pabrik pengolah makanan harus mencantumkan data nutrisi lengkap dan benar pada label produknya informasi dari label yang penting bagi orang yang sedang berusaha mengontrol kolesterolnya meliputi : (1) ukuran penyajian harus dicantumkan dalam ukuran rumah tangga, (2) kalori total dari lemak per saji, dan (3) persentase kadar harian lemak (DV : *Daily Value*). Ada berbagai sumber yang tersedia untuk membantu orang yang berusaha mengontrol kadar kolesterolnya. Ahli diet resmi, kelompok bantuan pribadi, dan kepustakaan dari asosiasi jantung Amerika adalah beberapa contoh sumber-sumber tersebut. Makan berserat yang larut dalam air juga dapat membantu menurunkan kolesterol. Serat yang larut dalam air seperti pektin (ditemukan dalam buah yang segar) meningkatkan ekskresi kolesterol yang di metabolisme. Efek serat dalam penurunan kadar kolesterol masih terus dalam penelitian. Latihan telah diketahui meningkatkan HDL, yang pada gilirannya membantu proses metabolisme dan

menurunkan kadar LDL. Obat-obatan dapat juga dipergunakan pada beberapa kasus untuk mengontrol kolesterol. Pada pasien dengan diet saja tidak mampu membuat kolesterol serumnya dalam keadaan normal terdapat berbagai obat yang mempunyai efek sinergis bila digunakan bersamaan dengan diet yang dianjurkan.

Penatalaksanaan *Infark Miokard Akut*

Sementara perhatian utama dari dokter adalah untuk mencegah kematian, perawatan terhadap pasien infark miokard ditujukan untuk meminimalkan keluhan dan stres serta untuk membatasi perluasan kerusakan miokard. Perawatan tersebut dapat dibagi menjadi 3 fase:

1. Penanganan darurat dengan pertimbangan utama untuk menghilangkan nyeri dan mencegah atau menangani henti jantung.
2. Penanganan dini dengan pertimbangan utama untuk reperfusi dan mencegah perluasan infark, serta untuk menangani komplikasi akut seperti kegagalan pompa jantung, syok dan aritmia yang mengancam jiwa.
3. Penanganan lanjut yang ditujukan untuk menangani komplikasi yang terjadi di CCU (*Coronary Care Unit*), dan post CCU.

Perawatan Pra-Rumah Sakit (Pre Hospital)

Keterlambatan penanganan pasien penyakit jantung

Waktu yang paling kritis pada suatu serangan jantung akut adalah fase awal, saat pasien berada dalam keadaan nyeri hebat dan dalam bahaya henti jantung. Lebih jauh lagi,

semakin awal beberapa penanganan, terutama trombolisis, semakin besar efek yang menguntungkan. Tetapi, seringkali terjadi satu jam atau lebih dari onset sebelum bantuan diminta. Kadang-kadang terdapat bukti bahwa gejala-gejala tidak berat atau tipikal, atau onset tiba-tiba, namun seringkali tindakan darurat tidak dilakukan saat kejadian tersebut. Seharusnya menjadi pedoman umum dari perawatan pasien dengan penyakit jantung iskemik untuk memberitahu mereka dan keluarganya mengenai gejala dari serangan jantung dan bagaimana merespons terhadap hal tersebut. Agak kurang dipahami peran edukasi dari masyarakat umum. Tentunya, masyarakat harus sadar tentang bagaimana cara memanggil layanan kedaruratan, meskipun mereka telah mencapai beberapa kemajuan, masih dipertanyakan apakah peran edukasi publik memiliki peran yang bermakna (Maynard, 1993).

1. Edukasi publik dalam RKP

Teknik pertolongan hidup dasar (*basic life support*) harus menjadi bagian dari kurikulum sekolah. Mereka yang mungkin menjumpai henti jantung saat kerja, seperti halnya polisi dan petugas pemadam kebakaran, harus terampil dalam RKP.

2. Prosedur masuknya pasien

Proses yang dilalui oleh pasien setiba mereka di Rumah Sakit haruslah cepat, khususnya menyangkut diagnosis dan pemberian trombolitik jika ada indikasinya. Di beberapa Rumah Sakit,

pengiriman langsung pasien ke unit rawat jantung adalah cara yang terbaik, tetapi sering pasien pertama akan dikirim ke unit gawat darurat. Penundaan perawatan pada saat ini sangatlah berpengaruh, tersedianya staf yang berkualitas merupakan hal yang sangat penting untuk memeriksa dan menangani pasien yang dicurigai menderita infark miokard. Pasien dengan gambaran clear-cut infark miokard, yang ECGnya menunjukkan adanya elevasi ST atau block bundle branch, harus melewati sistem pelayanan yang cepat, dimana trombolitik diberikan di unit gawat darurat sehingga waktu door-to-needle tidak lebih dari 20 menit. Pada kasus ini diperlukan pemeriksaan yang lebih teliti yang mungkin lebih baik di unit rawat jantung (CVCU).

3. Perawatan Rumah Sakit (Hospital)

a. Perawatan di ruangan koroner/emergensi
Semua pasien dengan kecurigaan adanya infark miokard sebaiknya segera diperiksa dan dirawat di unit yang didesain khusus untuk itu, dimana selalu tersedia tenaga yang terlatih dan peralatan yang memadai. Bila unit ini ada, maka triage, berperan penting untuk menentukan pengaturan alih ke ruangan lain bagi mereka yang tidak membutuhkan fasilitas yang canggih (Amstrong, 1972).

Monitoring non invasif

Monitoring EKG untuk terjadinya aritmia harus segera dimulai pada semua pasien yang dicurigai mempunyai infark miokard akut. Hal ini harus dilanjutkan sampai 24 jam atau sampai diagnosis lain dibuat. Pengamatan ECG lebih lanjut tergantung pada faktor resiko dari pasien tersebut dan alat yang tersedia. Ketika pasien meninggalkan CCU, pengamatan irama jantung dapat dilanjutkan bila perlu dengan telemetri. Pengamatan lebih lama diperlukan pada pasien dengan gagal jantung yang menetap, syok atau aritmia yang serius pada fase akut karena resiko aritmia sangat tinggi.

Monitoring invasif

Semua CCU harus mempunyai tenaga terlatih dan alat untuk melakukan monitoring invasif dari tekanan arteri pulmonal. Monitoring tekanan arteri harus dilakukan pada pasien dengan syok kardiogenik. Kateter balon, seperti kateter Swan-Ganz, berguna untuk pemeriksaan dan perawatan pasien dengan output jantung yang rendah. Kateter ini diindikasikan pada keberadaan syok kardiogenik, gagal jantung yang progresif, dan kecurigaan adanya defek

septum ventrikel atau disfungsi otot papilaris.

Pertama, diagnosis kerja infark miokard harus ditegakkan. Biasanya berdasarkan riwayat adanya nyeri dada yang parah yang berlangsung selama 15 menit atau lebih, dan tidak berespon dengan nitrogliserin. Tetapi nyeri mungkin tidak parah, khususnya pada orang tua, gejala lain seperti dispnea, pingsan atau sinkop umumnya terjadi. Petunjuk penting adalah riwayat penyakit koroner terdahulu, dan penjalaran nyeri ke leher, rahang bawah, atau tangan kiri. Tidak ada keseragaman gejala individual dari infark miokard, tetapi kebanyakan pasien mengalami aktivasi saraf otonom (pucat, berkeringat) serta hipotensi atau tekanan nadi yang menurun. Gambarannya bisa termasuk nadi yang ireguler, bradikardi atau takikardi, bunyi jantung III dan ronchi pada basal. Elektrokardiogram harus dilaksanakan secepat mungkin. Bahkan pada tahap awal, ECG sering normal. Akan tetapi ECG sering bervariasi pada jam-jam awal dan bahkan pada infark akut sering menunjukkan tidak adanya gambaran khas elevasi ST dan gelombang Q baru. Ulangan EKG harus

dilakukan dan jika mungkin, EKG yang terakhir harus dibandingkan dengan ECG sebelumnya. Monitoring EKG sebaiknya dilakukan secepat mungkin pada pasien yang mempunyai aritmia yang membahayakan. Ketika diagnosis masih meragukan, uji marker serum sangatlah berarti. Pada kasus yang sulit, ekokardiografi dan angiografi mungkin dapat membantu. Pengobatan terhadap nyeri merupakan hal yang sangat penting, tidak hanya oleh karena alasan kemanusiaan, tetapi karena nyeri dapat dihubungkan dengan aktivasi simpatetik yang menyebabkan vasokonstriksi dan meningkatkan kerja jantung. Opioid intravena (morfin) atau jika ada, diamorfin adalah analgesik yang umumnya digunakan pada kasus ini, injeksi intramuskular harus dihindari. Ulangan dosis mungkin diperlukan. Efek sampingnya meliputi mual dan muntah, hipotensi dan bradikardi, dan depresi napas. Obat antiemetik dapat digunakan secara bersamaan dengan opioid. Hipotensi dan bradikardi yang terjadi biasanya bereaksi dengan atropin dan depresi napas bereaksi dengan naloxon, yang sebaiknya selalu tersedia. Jika opioid

gagal untuk menghilangkan nyeri setelah pemberian ulangan, β -blocker atau nitrat intravena sering efektif. Tenaga medis mempunyai pilihan yang terbatas pada obat opioid yang non adiktif dan disesuaikan dengan ketersediaan yang berbeda-beda pada tiap senter. Oksigen sebaiknya diberikan pada pasien yang sesak napas atau mempunyai gejala gagal jantung atau syok.

Kecemasan merupakan respon alami terhadap nyeri dan terhadap serangan jantung. Keyakinan pasien dan keluarga yang terlibat merupakan hal yang sangat penting. Jika pasien merasa sangat terganggu, dapat diberikan obat penenang, tetapi opioid adalah obat yang cukup memadai (E.R.C, 1992).

Basic Life Support

Bagi yang tidak terlatih atau tidak diperlengkapi untuk melakukan advanced life support sebaiknya memulai dengan basic life support seperti yang direkomendasikan oleh *European Resuscitation Council*.

Advanced Life Support

Paramedis terlatih dan tenaga kesehatan lainnya harus mengerjakan advanced life support, seperti yang digambarkan dalam buku petunjuk *European Resuscitation Council*.

4. Perawatan lanjutan di rumah sakit
Perencanaan pulang dan dukungan tindak lanjut program dapat bermanfaat bagi pasien Penyakit Jantung Koroner dengan meningkatkan pengetahuan dan perilaku pasien penyakit jantung koroner. Perencanaan pulang yang terkoordinasi dan Program tindak lanjut diperlukan untuk pasien penyakit jantung koroner selama masa transisi dari rumah sakit ke rumah. Jika diterapkan oleh kedua perawat klinis dan perawat komunitas itu bisa memfasilitasi kontinuitas efektif perawatan kesehatan dari rumah sakit ke masyarakat

Penatalaksanaan Umum

Kebanyakan pasien harus beristirahat di tempat tidur selama 12-24 jam pertama, selama waktu tersebut akan tampak apakah infark tersebut akan mengalami komplikasi. Pada kasus yang tidak mengalami komplikasi, pasien dapat duduk di tempat tidur pada akhir hari pertama, diizinkan menggunakan suatu meja kecil, merawat diri sendiri dan makan sendiri. Mobilisasi dapat dimulai hari berikutnya dan pasien tersebut dapat berjalan hingga 200 m pada permukaan yang datar, dan naik tangga dalam beberapa hari. Mereka yang pernah mengalami gagal jantung, syok atau aritmia yang serius harus tetap berada di tempat tidur lebih lama, dan aktivitas fisiknya meningkat secara perlahan, tergantung pada gejala dan derajat kerusakan miokard

Trombus Vena Dalam dan Emboli Paru

Komplikasi ini sekarang relatif jarang setelah infark, kecuali pada pasien yang tetap di tempat tidur oleh karena gagal jantung. Pada pasien semacam itu, komplikasi-komplikasi tersebut dapat dicegah oleh heparin. Jika hal-hal tersebut terjadi, harus diterapi dengan heparin, diikuti pemberian antikoagulan oral selama 3-6 bulan.

Trombus Intraventrikular dan Emboli Sistemik

Ekokardiografi akan mampu menunjukkan trombi intraventrikular pada banyak kasus, terutama infark anterior yang luas. Apabila trombi yang bergerak dan menonjol, keadaan tersebut harus ditangani, mula-mula dengan heparin dan selanjutnya dengan antikoagulan oral selama 3-6 bulan.

Perikarditis

Perikarditis akut dapat sebagai penyulit infark miokard, meningkatkan nyeri dada yang dapat disalah artikan sebagai infark rekuren atau angina. Nyeri tersebut, dibedakan menurut sifatnya yang tajam, dan hubungannya dengan postur dan respirasi. Diagnosisnya dapat ditegakkan dengan suatu *pericardial rub*. Bila nyeri mengganggu, dapat ditangani dengan pemberian aspirin oral dosis tinggi atau intravena, NSAID, atau steroid. Suatu efusi hemoragik dengan tamponade jarang terjadi, dan khususnya dihubungkan dengan penanganan antikoagulan. Hal tersebut dapat diketahui melalui

ekokardiografi. Penanganannya ialah dengan *pericardiocentesis* bila gangguan hemodinamik terjadi.

Aritmia Ventrikel

Takikardi ventrikel dan fibrilasi ventrikel terjadi pada hari pertama menyebabkan hanya sedikit prognosis buruk, namun aritmia-aritmia yang terjadi lebih lanjut, dalam perjalanannya aritmia-aritmia tersebut cenderung berulang dan dihubungkan dengan resiko kematian yang tinggi. Hal ini terjadi karena hubungan dengan kerusakan miokard yang berat; penilaian terhadap anatomi koroner dan fungsi ventrikel harus dilakukan. Apabila aritmia diinduksi oleh iskemia, revaskularisasi dengan jalan angioplasti atau pembedahan harus dipertimbangkan. Apabila ini tidak mungkin, beragam cara pendekatan terapeutik tersedia, namun sementara ini, belum diteliti secara adekuat. Hal-hal tersebut meliputi penggunaan β -blocker, amiodaron, dan terapi antiaritmia yang dipandu secara elektrofisiologi. Pada beberapa kasus, penggunaan suatu *converter defibrillator* diindikasikan.

Angina dan Iskemia Pasca Infark

Angina ringan yang terjadi pada mereka berespons memuaskan terhadap penanganan medis biasa, namun angina baru khususnya saat istirahat, pada awal fase pasca infark membutuhkan perhatian lebih dalam.

Penggunaan rutin PTCA secara efektif menguji peran terapi trombolitik dibandingkan dengan percobaan konservatif pada beberapa uji random. Dapat disimpulkan bahwa PTCA rutin tanpa keberadaan iskemia spontan atau

yang dapat diprovokasi tidak memperbaiki fungsi ventrikel kiri atau *survival*. Dalam menangani angina atau iskemik rekuren, apakah disebabkan oleh oklusi atau stenosis residual, PTCA memiliki suatu peran yang pasti. PTCA juga memiliki nilai dalam penatalaksanaan aritmia yang dihubungkan dengan iskemia persisten. Sekalipun analisa dari beberapa uji telah mengidentifikasi patensi pembuluh-pembuluh darah sebagai suatu pertanda bagi hasil jangka panjang yang baik, belum jelas peran PTCA lanjut untuk sasaran utama mengembalikan kepatenan oleh kejadian yang lain.

Pembedahan pintas arteri koroner dapat diindikasikan bila gejala tidak terkontrol dengan cara-cara yang ada atau angiografi koroner menunjukkan lesi, stenosis pembuluh koroner utama kiri atau penyakit tiga pembuluh darah dengan fungsi ventrikel kiri yang menurun, dimana pembedahan dapat memperbaiki prognosis (Maynard, 1993).

2.6.1 Penilaian resiko, program rehabilitasi, dan preventif sekunder

Penilaian resiko

Penilaian resiko sebelum memulangkan penderita memiliki tujuan memperkirakan prognosis, dengan cara pengamatan lebih lanjut apa yang dibutuhkan, dan membantu dalam mengatur strategi terapetik individu mana yang terbaik bagi pasien yang telah melampaui masa akut tersebut. Penilaian ini tergantung pada data

klinis, termasuk usia, faktor resiko yang ada sebelumnya, infark sebelumnya, diabetes, keadaan hemodinamik, aritmia selama fase akut, dan pengamatan dan penginderaan status (*imaging*) fungsional (Monica, 1994). Penggolongan resiko klinis dapat digunakan untuk membagi pasien ke dalam kategori risiko tinggi, sedang, dan rendah, penggolongan resiko klinis ini penting.

Pasien beresiko tinggi adalah mereka dengan gagal jantung persisten, fungsi ventrikel kiri yang rusak berat, atau penampakan awal dari angina saat istirahat atau aritmia rekuren, dan mereka yang tidak mampu melakukan uji *exercise* sebelum keluar RS. Pasien-pasien semacam itu cenderung berusia lebih tua, memiliki faktor resiko banyak, dan telah mengalami infark sebelumnya.

Fungsi ventrikel kiri harus dievaluasi dengan ekokardiografi dan/atau skintigrafi. Angiografi koroner memberikan informasi prognostik yang independen dan bermakna sebagai petunjuk untuk penanganan lebih lanjut seperti halnya revaskularisasi.

Pasien yang secara klinis beresiko sedang mungkin berusia lebih dari 55 tahun, pernah mengalami gagal jantung sementara, pernah mengalami infark sebelumnya atau memiliki faktor resiko seperti halnya hipertensi atau diabetes.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams J. Trent, R. Rawies J. 2009. *On Behalf of the Great Group. Earliest Electrocardiographic Evidence of Myocardial Infarction: Implications for Thrombolytic Therapy.*; pp. 307-409
- Alligood, M. R., Marriner Tomey. 2006. *Nursing Theorists And Their Work*, 6th edition. St. Louis: Mosby.
- Amstrong A. Duncan B. Oliver MF. 2007. *Natural history of acute heart attacks: a community study.* pp. 67-80
- Anthony, M.K. & Hudson-Barr, D.C. 1998. Successful patient discharge: A comprehensive model of facilitators and barriers. *Journal of Nursing Administration*, 28(3), pp. 48-55.
- Atienza, F. 2004. Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program. , 6, pp. 643–652.
- Bajzer. 2002. *Acute Myocardial Infarction*. The Cleveland Clinic Foundation
- Bandura, A. 1991. *Social cognitive theory of self regulation*. Organizational and human decision process. pp. 248-287
- Bandura, A. 1982. Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.)
- Bowman, C., Johnson, M., Venables, D., Foote, C. & Kane, R.L., .1999. Geriatric care in the United Kingdom: aligning services to needs. *British Medical Journal*, pp. 1119-1121.
- Cebeci, F. 2007. Discharge training and counselling increase self care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients.

- Corkery, E. 1989. *Discharge planning and home health care: What every staff nurse should know*. Orthopaedic Nursing, pp 18-26.
- Damiani, G. 2009. Hospital discharge planning and continuity of care for aged people in an Italian local health unit: does the care-home model reduce hospital readmission and mortality rates , 01, pp.1–10.
- Dash, K., Zarle, N.C., O 'Donnell, L. & Vince-Whitman, C. 1996. *Discharge planning for the elderly -A Guide For Nurses* , 56-59, 171, New York, Springer Publishing Company.
- Davidson, P., & Halcomb, E. 2007. *A General Role of the Practice Nurse*.
- Fawcet. 2006. Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Second Edition. F.A Company pp. 128-185
- Hansen, H.E., Bull, M.J. & Gross, C.R. 1998. Interdisciplinary collaboration and discharge planning communication for elders. *The Journal of Nursing Administration* , 28(9), pp. 37-46.
- Hoyle, R. H. 2010. *Handbook of Personality and Self-Regulation Edited by*. Rick H. Hoyle, Blackwell Publishing
- ISIS-3 (Third International Study of Interfact Survival) Collaborative Group. ISIS-3 : A randomised comparison of streptokinase vs tissue plasminogen activator vs anistreplase and of aspirin plus heparin vs aspirin alone among 41.299 cases of suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1992; 339: 753-70
- Johnson, N. & Fethke, C.C.1985. *Postdischarge outcomes and care planning for the hospitalizedelderly*. In: McClelland, E., Kelly, K. & Buckwalter, K.C. (1985).

Continuity of care : Advancing the concept of discharge planning , 229-239. New York, Grune & Stratton.

Judgment, C. 2009. *Expertise in Nursing Practice. Caring, Clinical Judgment & Ethics, Second edition*, Springer publishing Company.

Kane, R.L., M atthias, R. & Sampson, S. 1983. The risk of nursing-hom e placement after acutehospitalization. *M erfica/C are*, 21(11), 1055.

Koelling, T. M., Johnson, M. L., Cody, R. J., & Aaronson, K. D. 2005. The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at: , 179–185. doi:10.1161/01.CIR.0000151811.53450.B8

Koelling, T.M. 2005. The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at: , pp.179–185.

Lile, J.L. & Borgeson, L. 1998. Discharge planning: Implications for staff development educators. *Journal of Nursing Staff Development*, pp. 47-51.

Lucini, D., Milani, R. V., Costantino, G., Lavie, C. J., Porta, A., & Pagani, M. 2002. *Effects of cardiac rehabilitation and exercise training on autonomic regulation in patients with coronary artery disease. American Heart Journal* (Vol. 143, pp. 977–983). doi:10.1067/mhj.2002.123117

Mahmud, M.D. 1990. *Psikologi Pendidikan, Suatu Pendekatan Terapan*, Edisi I. Yogyakarta: BPPE

Marinez. M. I. J. 2006. Exploring the Dynamics of Collaboration in Interorganizational Settings, Ch. 4, p. 83, in Schuman (Editor). *Creating a Culture of Collaboration*. Jossey-bass.

- Marriner Tomey, A. & Alligood, M. R. 2006. *Nursing Theorists And Their Work*, 6th edition. St. Louis: Mosby.
- Maynard C. Weaver WD. Litwin PE *et al.* Hospital mortality in acute myocardial infarction in the era of reperfusion therapy. *Am J. Cardiol* 1993; 72: 877-92
- McClelland, E., Kelly, K. & Buckwalter, K.C. 2005. *Continuity of care : Advancing the concept to discharge planning*. Orlando, Grune & Stratton.
- McKeehan, K .M. 1981. *Conceptual framework for discharge planning*. In *McKeehan KM. (Ed.) Discharge planning, continuity of care ; A multidisciplinary approach to discharge planning*. St.Louis, Mosby.
- Mckenna, H. 1997. *Nursing Theories and Models*. First published, London
- McSharry, M. 1995. *The evolving role of the clinical nurse specialist*. *British Journal of Nursing*, 641-646.
- Naylor, M. 1992. *Discharge planning for hospitalized elderly*. In *Fulmer, T.T & Walker, M.K. Critical care nursing of the elderly* , 331-344. New York, Springer Publishing Company.
- Nur Intan Hayati H.K, 2011. Pengaruh *Discharge Planning* Terhadap Mekanisme Koping Pasien *Coronary Artery Disease (CAD)* di *High Care Unit RS Immanuel Bandung*
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba medika. Jakarta
- Nursalam, 2014. *Managemen Keperawatan. Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika. Jakarta

Nursalam, 2014. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba medika. Jakarta

Ogden, J. 2006. *Health Psychology A Textbook*. Third edition. S.A Madrid. pp. 47-59

BAB 3

PEMBAHASAN MODEL

3.1 Tahap Pertama Deskripsi dan Analisis Variabel

Pembahasan deskripsi variabel penelitian dengan mengulas hasil dan analisis penelitian yang didapatkan pada bab 5 dengan mengambil nilai terbesar (persentase terbesar). Pembahasan deskripsi meliputi karakteristik responden dan deskripsi variabel-variabel dari model penelitian.

Karakteristik responden meliputi umur, pendidikan, jenis kelamin, lama menderita dan jumlah serangan. Deskripsi variabel penelitian meliputi indikator-indikator yang signifikan mampu menjelaskan konstraknya, yakni indikator depresi untuk variabel konstruk *symptom perception*. Deskripsi indikator *social support* dan *role model* untuk variabel konstruk *social message*. Deskripsi indikator pelayanan keperawatan dan kolaborasi untuk konstruk faktor perawat. Deskripsi indikator konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial untuk konstruk konservasi. Deskripsi indikator *problem solving focused coping*, *emotion focused coping* untuk konstruk *coping* pasien.

Karakteristik responden

Umur pasien jantung koroner yang menjadi sampel responden mayoritas berkisar antara 61 – 75 tahun sejumlah 54%, dengan pendidikan mayoritas pasien yang ditamatkan adalah sekolah dasar sejumlah 88% responden. Penyebaran jenis kelamin pasien jantung koroner, hampir seimbang antara laki-laki dan wanita, yaitu berjenis kelamin laki-laki 51% dan wanita 49%. Kondisi lama penyakit yang diderita pasien mayoritas berkisar antara 1 – 3 tahun yakni sekitar 83%. Lebih lanjut jumlah serangan yang dialami responden cukup bervariasi, yang mengalami serangan pertama kali sebanyak 38%, serangan dua kali sebanyak 32% dan serangan lebih dari dua kali sebanyak 30%.

Faktor *symptom perception*

Berdasarkan hasil analisis deskripsi, seorang pasien penyakit jantung koroner mengalami beberapa persepsi gejala berupa ketakutan sangat berat tentang penyakitnya sebesar (32%), mengalami kecemasan sedang sebesar (31%) dan mengalami depresi sedang sebesar (33%).

Faktor *symptom perception* diukur oleh indikator ketakutan, kecemasan dan depresi. Berdasarkan uji validitas model pengukuran (uji konvergen, uji diskriminan, dan uji signifikansi) disimpulkan bahwa indikator ketakutan dan kecemasan tidak mampu menjelaskan faktor *symptom perception* karena nilai loading faktor yang kurang dari 0,5 (uji konvergen), nilai cross loading > dari nilai loading faktor

(uji diskriminan) dan nilai $T\text{-statistics} < T\text{-tabel}$ (uji signifikansi). Sedangkan indikator depresi berdasarkan uji validitas model pengukuran, disimpulkan mampu menjelaskan faktor *symptom perception*.

Seseorang yang didiagnosis menderita penyakit jantung koroner, maka respon emosional yang biasanya muncul yaitu penolakan, kecemasan, stress dan depresi (Taylor, 2009). Penderita jantung koroner memiliki tingkat stres dan kecemasan yang tinggi, yang berkaitan dengan treatment yang harus dijalani dan terjadinya komplikasi serius. Depresi yang dialami penderita berkaitan dengan treatment yang harus dijalani seperti diet atau pengaturan makan, konsumsi obat dan juga olahraga. Selain itu, risiko komplikasi penyakit yang dapat dialami penderita juga menyebabkan terjadinya stres (Sholichah, 2009).

Tekanan psikologis yang diakibatkan oleh dampak dari penyakit juga perlu dikelola secara aktif. Bagi banyak pasien, efek fisik dari penyakit bisa berat dan mempengaruhi banyak aspek kehidupan dan identitas mereka. Bagi orang lain, prognosis mungkin buruk atau tidak pasti, dalam hal emosional berfungsi dan hubungan pribadi akan terpengaruh. Intervensi yang telah diterapkan atau digambar di *self regulatory* sebuah kerangka pada populasi penyakit kronis.

Depresi dan cemas umumnya terjadi pada sebagian besar pasien yang menderita sindrom koroner akut atau kelainan kardiovaskuler lainnya. Walaupun sering, gejala tersebut tidak dikenali dan dapat menetap

selama berbulan – bulan hingga beberapa tahun, yang secara nyata mempengaruhi kualitas memiliki keterkaitan dengan hasil negatif terhadap kondisi jantung pada pasien dengan penyakit jantung koroner (Widianti, 2010).

Depresi merupakan gangguan psikiatri kronis dengan indeks kekambuhan yang tinggi. Depresi sering tidak terdiagnosis dan tidak ditangani dengan baik oleh karena beberapa faktor, diantaranya depresi biasanya dieksklusi dari protokol penelitian, faktor umur dapat mengubah gejala klinis dan rekomendasi terapi, dan komunitas umum cenderung tidak yakin dengan penanganan yang tepat terutama jika pasien tersebut menunjukkan lebih dari satu gejala (Stefanatou, 2010).

Pasien penyakit jantung koroner yang mengalami depresi yang menetap memiliki hasil yang kurang baik dibandingkan dengan pasien yang tanpa gejala depresi serta meningkatkan 2-3 kali resiko kekambuhan. Depresi pasca infark miokard berhubungan dengan perburukan status kesehatan yang mengakibatkan penurunan kualitas hidup, kekambuhan kelainan jantung, dan mortalitas. Suatu penelitian longitudinal baru – baru ini terhadap depresi pasca sindrom koroner akut menemukan bahwa batasan keparahan depresi beberapa minggu setelah sindrom koroner akut berisiko kuat terhadap mortalitas kira – kira 7 tahun setelah indeks kejadian (Stefanatou, 2010).

Faktor *social message*

Faktor *social message* yang dimiliki pasien penyakit jantung koroner meliputi *social support* dan *role model*. Berdasarkan hasil deskripsi, diketahui pasien jantung koroner memiliki cukup dukungan fisik dan psikologis yang diberikan oleh anggota keluarga, sebesar 54%. Selanjutnya pasien, kurang memiliki *role model* dari keluarga mengenai sakit jantung koroner, dengan responden sebanyak 73%.

Faktor *social message* diukur oleh indikator *social support* dan *role model*. Berdasarkan uji validitas model pengukuran (uji konvergen, uji diskriminan dan uji signifikansi) disimpulkan bahwa indikator *social support* dan *role model* mampu menjelaskan faktor *social message* karena nilai loading faktor yang lebih dari 0,5 (uji konvergen), nilai *cross loading* < dari nilai loading faktor (uji diskriminan). Maka disimpulkan indikator *social support* dan *role model* memang menjadi pengukur bagi faktor *social message*.

Dukungan keluarga sangat penting dalam perubahan perilaku pasien penyakit jantung koroner, dukungan sosial merupakan sumber koping yang mempengaruhi situasi yang dinilai *stressful* dan menyebabkan orang yang stres mampu mengubah situasi, mengubah arti situasi atau mengubah reaksi emosinya terhadap situasi yang ada (Sholichah, 2009). Orang dengan dukungan sosial mempercayai bahwa mereka dicintai, dihargai, dan merupakan bagian dari jaringan

sosial. Keterikatan secara sosial dan hubungan dengan orang lain yang berlangsung lama diterima sebagai aspek kepuasan secara emosional dalam kehidupan. Hal ini dapat menghentikan efek dari stress, menolong seseorang menghadapi peristiwa yang membuat stress, dan kemungkinan mengurangi stress akibat keadaan kesehatan yang memprihatinkan (Pratiwi, 2009).

Pesan sosial (*social message*) di lingkungan pasien penyakit jantung koroner akan sangat membantu pasien dalam pemulihan. Pesan sosial tersebut meliputi dukungan sosial yakni dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitarnya agar pasien merasa kuat, merasa dicintai, dihargai sehingga dengan demikian pasien akan merasa tenang, kuat dan emosinya lebih stabil dan memiliki semangat untuk sembuh. Oleh karenanya diperlukan sosok individu *role model support* yang bisa memberikan dukungan tersebut.

Faktor perawatan

Faktor perawatan pada pasien penyakit jantung koroner meliputi pelayanan keperawatan dan kolaborasi dengan multi disiplin ilmu. Berdasarkan hasil deskripsi diketahui pasien jantung koroner, masih kurang mendapatkan tindakan yang diberikan oleh perawat dalam mempersiapkan pasien mulai pasien masuk rumah sakit sampai menjelang pulang dan memberikan *follow up* terhadap perawatan pasien, dengan jawaban responden sebesar 54%. Sedangkan kolaborasi perawatan pada

pasien, sudah baik dalam hal kerjasama yang dilakukan perawat dalam melaksanakan regulasi diri *berbasis discharge planning* yang dilakukan dengan dokter dan ahli gizi, dengan responden menjawab sebanyak 74%.

Faktor perawatan diukur oleh indikator pelayanan perawat dan kolaborasi perawatan. Berdasarkan uji validitas model pengukuran (uji konvergen, uji diskriminan, uji signifikansi) disimpulkan bahwa indikator pelayanan keperawatan dan kolaborasi, mampu menjelaskan faktor perawatan karena nilai loading faktor yang lebih dari 0,5 (uji konvergen), nilai cross loading kurang dari nilai loading faktor (uji diskriminan) dan nilai T-statistics > T-tabel (uji signifikansi). Maka disimpulkan indikator pelayanan perawat dan kolaborasi keperawatan memang menjadi pengukur bagi faktor perawatan.

Henderson (1980) mengemukakan perawat mempunyai fungsi yang unik yaitu, membantu individu baik yang sehat maupun yang sakit, dari lahir hingga meninggal agar dapat melaksanakan aktivitas sehari-hari secara mandiri, dengan menggunakan kekuatan, kemauan, atau pengetahuan yang dimiliki. Oleh sebab itu, perawat berupaya menciptakan hubungan yang baik dengan pasien untuk menyembuhkan/meningkatkan kemandiriannya. apabila kemandirian tidak berhasil diciptakan maka perawat membantu mengatasi hambatan. apabila penyakit tidak dapat disembuhkan dan akhirnya meninggal dunia, maka perawat berusaha agar pasien dapat meninggal dengan tenang.

Sabarguna (2004) Pelayanan keperawatan adalah kinerja pelayanan keperawatan dengan penampilan dari hasil karya atau jasa yang telah diberikan kepada individu atau kelompok. Penampilan adalah proses, cara, perbuatan, tindakan dan gambaran dari sesuatu atau individu, selain itu pengertian penampilan meliputi banyak hal, tidak hanya masalah busana, kebersihan, kerapian, ekspresi : senyum, cemberut, ramah, dan terampil.

Proses pelayanan perawat pada format rekam medis yang berorientasi masalah pada pasien bisa efektif, apabila digunakan dengan tepat, untuk mempertahankan fokus pada masalah kesehatan potensial dan aktual dari pasien serta menyediakan komunikasi yang tepat dari status kesehatan pasien untuk provider lain. Lembar pemeliharaan kesehatan dapat digunakan untuk melacak skrining dan pencegahan lain dan kegiatan yang positif. Kadang-kadang, diagram alur dapat disalin dan dibagi dengan pasien sebagai sarana berkomunikasi dengan mereka untuk merekomendasikan kegiatan pencegahan yang positif (Adams, 2009).

Kolaborasi merupakan komponen utama dari proses penyembuhan agar pasien dipulangkan secepatnya (Lile & Borgeson, 1998). Sedangkan kurangnya interdisipliner kolaborasi semua pihak di rumah sakit, dapat menghambat komunikasi dalam rangka proses penyembuhan pasien (Hansen, Bull & Gross, 1998).

Faktor keperawatan yang meliputi pelayanan oleh perawat dan kolaborasi semua pihak di rumah sakit,

bertujuan agar pasien mendapatkan pelayanan yang baik dan kesembuhan. Dalam mencapai tujuan tersebut diperlukan perawat yang selalu ada dan akrab dengan pasien, mencatat perkembangan rekam medis secara kontinyu dan menyiapkan perencanaan keputungan pasien. Disamping itu juga diperlukan kolaborasi semua pihak dalam rangka kesembuhan pasien, yakni mulai dari perawat, dokter, pasien, keluarga pasien, ahli gizi bahkan terapis.

Spence, Muneera U (2006) berpendapat Metode terstruktur kolaborasi mendorong introspeksi perilaku dan komunikasi. Metode ini secara khusus bertujuan untuk meningkatkan keberhasilan tim karena mereka terlibat dalam pemecahan masalah kolaboratif. Bentuk, rubrik, diagram dan grafik berguna dalam situasi ini secara obyektif mendokumentasikan sifat-sifat pribadi dengan tujuan meningkatkan kinerja dalam proyek-proyek saat ini dan masa depan. Kolaborasi juga hadir dalam menentang tujuan menunjukkan gagasan kolaborasi permusuhan, meskipun ini bukan kasus umum untuk menggunakan kata.

Faktor konservasi

Faktor konservasi pada pasien penyakit jantung koroner dilakukan untuk mempersiapkan pasien untuk mendapatkan kontinuitas dalam perawatan untuk kembali ke lingkungan keluarganya. Faktor ini meliputi indikator konservasi energi, konservasi integritas struktur,

konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial. Berdasarkan hasil deskripsi, diketahui pasien jantung koroner mendapatkan konversi energi dengan baik, dengan jawaban responden sebesar 73%. Kemudian mendapatkan konversi integrasi struktur dengan baik, dengan jawaban responden sebesar 53%, juga mendapatkan konversi integrasi personal dengan baik, sebanyak 53% serta mendapatkan cukup konversi integrasi sosial, sebanyak 53% responden.

Faktor konservasi diukur oleh 4 indikator yakni konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial. Berdasarkan uji validitas model pengukuran (uji konvergen, uji diskriminan, uji signifikansi) disimpulkan bahwa keempat indikator tersebut, mampu menjelaskan faktor konservasi karena nilai loading faktor yang lebih dari 0,5 (uji konvergen), nilai *cross loading* < dari nilai loading faktor (uji diskriminan) dan nilai T-statistics > T-tabel (uji signifikansi). Maka disimpulkan indikator konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial, memang menjadi pengukur bagi faktor konservasi.

Konservasi energi dibutuhkan setiap orang, dimana setiap orang membutuhkan keseimbangan energi tetapi ada faktor-faktor dalam pribadi dan lingkungan eksternal yang dapat menyebabkan berkurang energi. Menjaga keseimbangan energi dengan menghindari kelelahan berlebihan, beristirahat, menjaga asupan gizi dan olahraga

jantung guna untuk mempertahankan status kesehatan pada pasien penyakit jantung koroner (Fawcett, 2006).

Konservasi integritas struktur bertujuan untuk mempertahankan atau memulihkan struktur tubuh sehingga mencegah terjadinya kerusakan fisik dan meningkatkan proses penyembuhan. Untuk orang yang sehat, maka harus menjaga integritas strukturalnya yakni dengan menjaga struktur anatomi tubuh. Pemeliharaan struktur tubuh akan mencegah kerusakan fisik dan meningkatkan penyembuhan serta mencegah kekambuhan (Fawcett, 2006).

Konservasi integritas personal mencakup mengenali keunikan setiap pasien, yakni termasuk mengenali harga diri dan kepekaan identitas dari pasien. Integritas personal pasien berkurang akibat tidak ada privasi dan munculnya kecemasan pada pasien. Oleh karenanya perawat dapat menunjukkan respek kepada pasien selama prosedur, mendukung usaha pasien dan membimbing pasien (Levine, 1996).

Konservasi integritas sosial akan berhasil bagi pasien, apabila seorang individu diakui sebagai seseorang yang berada dalam keluarga, masyarakat, kelompok agama, kelompok etnis, sistem politik dan bangsa (Fawcett, 2006).

Faktor konservasi merupakan faktor yang mendukung kesembuhan pasien penyakit jantung koroner, karena pasien akan mendapatkan perawatan yang berkelanjutan. Oleh karenanya diperlukan energi positif dalam diri pasien

dan lingkungan sekitarnya, diperlukan pemulihan struktur tubuh pasien agar tidak terjadi kerusakan, diperlukan pengenalan sifat unik dari pasien, dan diperlukan o' pengakuan, penerimaan pasien oleh keluarga dan lingkungannya sehingga pasien penyakit jantung koroner mampu meregulasi diri serta untuk mencegah kekambuhan.

Faktor *coping*

Faktor *coping* pada pasien penyakit jantung koroner untuk mengetahui cara dimana pasien mengelola suatu masalah dengan cara tertentu. Faktor ini meliputi indikator *problem solving focused coping* dan *emotion focused coping*. Berdasarkan hasil deskripsi, diketahui pasien jantung koroner memiliki cukup kemampuan fokus dalam *problem solving*, sebesar 40% juga memiliki kurang kemampuan dalam *problem solving*, sebesar 40% responden. Sedangkan dalam hal mengelola suatu masalah dengan emosinya, mayoritas responden cukup memilikinya, dengan jawaban 46% responden .

Faktor *coping* diukur oleh 2 indikator yakni *problem solving focused coping* dan *emotion focused coping*. Berdasarkan uji validitas model pengukuran (uji konvergen, uji diskriminan, uji signifikansi) disimpulkan bahwa kedua indikator tersebut, mampu menjelaskan faktor *coping*, karena nilai *loading* faktor yang lebih dari 0,5 (uji konvergen), nilai *cross loading* < dari nilai *loading* faktor (uji diskriminan) dan nilai T-statistics > T-tabel (uji

signifikansi). Sehingga disimpulkan indikator *problem solving focused coping* dan *emotion focused coping*, memang menjadi pengukur bagi faktor *coping*.

Problem solving focused coping merupakan bentuk *coping* yang lebih diarahkan kepada upaya untuk mengurangi tuntutan dari situasi yang penuh tekanan. Cara yang digunakan adalah dengan mempelajari cara-cara keterampilan yang baru. Individu cenderung menggunakan strategi ini ketika mereka percaya bahwa tuntutan dari situasi dapat diubah (Lazarus, 2006). *Emotion focused coping* merupakan bentuk *coping* yang diarahkan untuk mengatur respon emosional terhadap situasi yang menekan. Individu dapat mengatur respon emosionalnya dengan pendekatan behavioral dan kognitif (Lazarus, 2006).

Coping pasien diperlukan dan harus ditumbuhkan dalam diri pasien, karena dengan memiliki *coping*, maka seorang pasien akan mampu mengelola masalah sakit yang sedang dihadapi. Penumbuhan *coping* pasien, bisa melalui *problem solving* (pemecahan masalah) dengan memberikan cara-cara keterampilan baru. Selain itu dengan menumbuhkan emosi positif pasien yakni melalui pendekatan *behavioral* dan *kognitif*.

Faktor *self regulatory*

Faktor *self regulatory* pada pasien penyakit jantung koroner untuk mengetahui respon dan perilaku yang dapat meningkatkan integritas pasien yang bertujuan untuk

mempertahankan kehidupan, terhadap kondisi penyakit jantung koroner. Faktor ini meliputi indikator *self monitoring*, *self diagnosis*, kekambuhan, index nyeri dan kolesterol total. Berdasarkan hasil deskripsi, diketahui pasien jantung koroner memiliki respon dan perilaku kurang dalam *self monitoring*, sebesar 73% responden. Hal ini juga sama untuk respon dan perilaku dalam *self diagnosis*, sebanyak 86% responden masuk kategori kurang. Sedangkan respon dan perilaku terhadap kekambuhan yang dialami, responden pernah melakukan *self regulatory* sendiri sebanyak 62%. Selanjutnya respon dan perilaku terhadap indeks nyeri yang dirasakan pasien yakni 33% merasa tidak nyeri dan 27% merasa nyeri sedang. Sedangkan respon terhadap kolesterol yang dimiliki pasien yakni sebanyak 76% responden memiliki kolesterol lebih dari 200 mg/dl.

Faktor *self regulatory* diukur oleh 5 indikator yakni *self monitoring*, *self diagnosis*, kekambuhan, indeks nyeri dan kolesterol total. Berdasarkan uji validitas model pengukuran (uji konvergen, uji diskriminan, uji signifikansi) disimpulkan bahwa indikator *self monitoring*, *self diagnosis* dan indeks nyeri, mampu menjelaskan faktor *self regulatory*, karena nilai loading faktor yang lebih dari 0,5 (uji konvergen), nilai cross loading < dari nilai *loading* faktor (uji diskriminan) dan nilai T-statistics > T-tabel (uji signifikansi). Sedangkan indikator kekambuhan dan kolesterol total, berdasarkan ketiga uji validitas diatas disimpulkan tidak mampu menjelaskan faktor *self*

regulatory. Maka dapat disimpulkan indikator-indikator yang mampu menjelaskan faktor *self regulatory* adalah *self monitoring*, *self diagnosis* dan indeks nyeri.

Self monitoring dibutuhkan oleh pasien itu sendiri karena merupakan kebutuhan dalam memantau diri, sikap waspada yang dapat mencegah kekambuhan. Lebih lanjut diperlukan sikap perhatian oleh pasien itu sendiri dalam melakukan *self monitoring* (Baumeister, 1994). Pasien penyakit jantung koroner akan mengalami waktu yang paling kritis, ketika terdapat serangan jantung akut, saat itu pasien berada dalam keadaan nyeri hebat dan dalam bahaya henti jantung. Respon keluarga pasien yakni, harus sadar tentang bagaimana cara memanggil layanan kedaruratan (Maynard, 1993). Perilaku *self regulatory* dari pasien yang bisa dilakukan yakni mengontrol kolesterol dengan melakukan diet dan latihan, mengurangi jumlah lemak yang dimakan sehari hari (Smeltzer, 2002).

Respon dan perilaku pasien jantung koroner dalam menjalankan *self regulatory* akan berhasil apabila melakukan disiplin *self monitoring* dengan cara memantau diri sendiri, bersikap waspada terhadap kekambuhan. Lebih lanjut dengan mengontrol kolesterol, melakukan diet dan tidak memakan makanan berlemak. Kemudian apabila terjadi serangan nyeri yang hebat, maka diperlukan respon yang cepat dari keluarga untuk memanggil layanan kedaruratan.

3.2 Hubungan Antar Variabel (*Inner Model*)

Pembahasan hubungan antara variabel dalam model *self regulatory* bertujuan mengupas hasil dari analisis model struktural (*Inner Model*), khususnya pada diagram jalur (*path diagram*). Berdasarkan hasil analisa disimpulkan bahwa, pada struktur lapisan hubungan pertama yakni faktor *symptom perception* berpengaruh signifikan terhadap faktor konservasi, faktor *social message* relatif berpengaruh terhadap faktor konservasi dan faktor keperawatan berpengaruh signifikan terhadap faktor konservasi pasien. Pada struktur lapisan hubungan kedua, yakni faktor konservasi pasien berpengaruh signifikan terhadap faktor *coping* dari pasien. Selanjutnya struktur lapisan hubungan ketiga, yakni faktor *coping* pasien berpengaruh signifikan terhadap *self regulatory*. Pembahasan selengkapnya diuraikan berikut ini.

***Symptom perception* berpengaruh signifikan terhadap konservasi.**

Faktor *symptom perception* signifikan berpengaruh terhadap faktor konservasi, hal ini didasarkan pada nilai uji-T pada hasil analisis model struktural, dimana nilai T-statistics \geq T-tabel. Besarnya nilai pengaruh yakni negatif sebesar 0,109, maka nilai pengaruh ini bersifat berlawanan arah, artinya apabila faktor *symptom perception* diberikan nilai sebesar 1 satuan maka akan menurunkan faktor konservasi sebesar 0,109 kali faktor *symptom perception*.

Ogden (2004), mengatakan identifikasi masalah penyakit dapat mengakibatkan perubahan kondisi emosional. Misalnya, mengamati gejala nyeri penyakit jantung koroner, hal ini dapat menyebabkan kecemasan. Oleh karenanya strategi penanganan hal seperti ini, adalah harus ada hubungan antara kognisi penyakit dan keadaan emosional individu (konservasi integritas personal).

Symptom perception, didefinisikan sebagai sensasi sadar menghargai pasien dari masalah fisiologis, merupakan hasil akhir dari serangkaian proses: aktivasi ujung aferen oleh rangsangan patofisiologis, transmisi dan pengolahan informasi dalam jalur saraf, interpretasi dalam korteks serebral, dan pengakuan oleh pasien. Meskipun tanggapan persepsi dan tanggapan motorik ventilasi mungkin timbul dari aferen umum, mereka berada di struktur otak yang berbeda dan hasil dari pengolahan yang berbeda dan integrasi; Persepsi tidak perlu sejajar respon motorik. Memahami ini sensasi internal sulit. Nyeri, seperti *dyspnea*, merupakan gejala yang tidak menyenangkan dari penyakit; keduanya sulit untuk belajar. Psikolog dan pakar neurofisiologi telah membuat sebuah bahasa nyeri, persepsi nyeri diukur, dan menemukan banyak tentang dasar neurofisiologis sakit.

Persepsi gejala bersifat depresi yang dirasakan pasien jantung koroner akan mempengaruhi konservasi. Apabila depresi yang dirasakan pasien tidak dikurangi maka akan mengganggu proses konservasi, baik itu

konservasi energi pasien, konservasi fisik pasien, konservasi sifat pasien dan juga konservasi sosial lingkungan pasien.

***Social message* tidak berpengaruh signifikan terhadap konservasi.**

Faktor *social message* tidak signifikan berpengaruh terhadap faktor konservasi, hal ini didasarkan pada nilai uji-T pada hasil analisis model struktural, dimana nilai $T\text{-statistics} < T\text{-tabel}$. Karena tidak memiliki pengaruh yang signifikan maka besarnya nilai pengaruh tidak dapat digunakan dalam memprediksi pengaruh *social message* terhadap konservasi.

Hasil pengujian di atas juga sesuai dengan seperti yang disampaikan Mu'tadin (2002), bahwa sumber daya individu yang meliputi keterampilan sosial dan dukungan sosial dan materi, kesehatan fisik dan energi, keterampilan memecahkan masalah, keyakinan atau pandangan positif adalah menentukan seseorang dalam menangani situasi yang mengandung tekanan (*coping*).

Berdasarkan ulasan hasil uji pada analisis model struktural, bahwa *social message* tidak berpengaruh langsung ke konservasi. Akan tetapi menurut Mu'tadin (2002), *social message* berpengaruh langsung ke *Coping*. Hal ini berarti, apabila dukungan sosial baik keluarga dan lingkungan diberikan pada pasien jantung koroner maka akan mempengaruhi cara pasien menangani situasi yang mengandung tekanan (*coping*).

Faktor perawat berpengaruh signifikan terhadap konservasi.

Faktor perawatan signifikan berpengaruh terhadap faktor konservasi, hal ini didasarkan pada nilai uji-T pada hasil analisis model struktural, dimana nilai T-statistics \geq T-tabel. Besarnya nilai pengaruh yakni bernilai positif 0,504, maka nilai pengaruh ini bersifat searah, artinya apabila faktor perawatan diberikan nilai sebesar 1 satuan maka akan meningkatkan faktor konservasi sebesar 0,504 kali faktor perawatan.

Levine (1996), mengatakan bahwa sebuah model perawatan yang saat ini diakui sebagai jawaban atas keefektifan dalam perawatan kesehatan, yakni perawatan individu yang berpusat pada pasien. Lebih lanjut, Levine membahas tujuan keperawatan dicapai melalui penggunaan prinsip-prinsip konservasi energi, struktur, personal, dan sosial.

Faktor perawatan berpengaruh terhadap konservasi pasien jantung koroner, apabila pelayanan perawat dan kolaborasi dari semua pihak (perawat, dokter, pasien, keluarga pasien, ahli gizi bahkan terapis) mampu mewujudkan konservasi yang baik pada pasien. Wujud konservasi yang baik tersebut berupa perawatan yang berlanjut pada pasien, yakni perawatan dalam konservasi energi pasien, konservasi struktur fisik pasien, konservasi

sifat personal dari pasien dan konservasi lingkungan sosial dari pasien.

Konservasi berpengaruh terhadap *coping*.

Faktor konservasi signifikan berpengaruh terhadap faktor *coping*, hal ini didasarkan pada nilai uji-T pada hasil analisis model struktural, dimana nilai T-statistics \geq T-tabel. Besarnya nilai pengaruh yakni bernilai positif 0,420, maka nilai pengaruh ini bersifat searah, artinya apabila faktor konservasi pada pasien diberikan nilai sebesar 1 satuan maka akan meningkatkan faktor *coping* pasien sebesar 0,420 kali faktor konservasi.

Weiten, W. & Lloyd, M.A. (2008) usaha secara sadar untuk memecahkan masalah pribadi dan interpersonal, dan berusaha untuk menguasai, meminimalkan atau mentolerir stres atau konflik. Efektivitas upaya mengatasi tergantung pada jenis stres atau konflik, individu tertentu, dan keadaan. Mekanisme koping psikologis biasanya disebut strategi mengatasi atau keterampilan mengatasi. Bawah sadar atau non strategi sadar (misalnya mekanisme pertahanan) umumnya dikecualikan. Istilah mengatasi umumnya mengacu adaptif atau strategi koping yang konstruktif, yaitu strategi mengurangi tingkat stres. Namun, beberapa strategi koping dapat dianggap maladaptif, yaitu tingkat stres meningkat. koping maladaptif dengan demikian dapat

dijelaskan, pada dasarnya, sebagai non koping. Selanjutnya, istilah mengatasi umumnya mengacu mengatasi reaktif, yaitu respon koping berikut stressor. Ini kontras dengan koping proaktif, di mana respon koping bertujuan untuk mencegah stress masa depan. Mengatasi tanggapan sebagian dikendalikan oleh kepribadian (*traits* kebiasaan), tetapi juga sebagian oleh lingkungan sosial, terutama sifat lingkungan stres.

Mu'tadin (2002), cara individu menangani situasi yang mengandung tekanan (*coping*) ditentukan oleh sumber daya individu yang meliputi kesehatan fisik dan energi (konservasi struktur dan energi), keterampilan memecahkan masalah (*problem solving*), keyakinan atau pandangan positif (konservasi integritas personal), keterampilan sosial dan dukungan sosial dan materi (konservasi integritas sosial).

Faktor konservasi pada pasien penyakit jantung koroner agar diusahakan tetap terjaga, oleh karenanya diperlukan perawatan yang berkelanjutan pada pasien dalam hal energi terjaga, fisik pasien, keyakinan pasien akan kesembuhan dirinya dan adanya dukungan lingkungan keluarga dan sosial. Dengan terjaganya konservasi tersebut di atas maka secara langsung pasien akan memiliki kemampuan menangani situasi sakitnya, sehingga kesembuhan akan lebih cepat tercapai.

Coping berpengaruh signifikan terhadap self regulatory.

Faktor *coping* pasien signifikan berpengaruh terhadap faktor *self regulatory*, hal ini didasarkan pada nilai uji-T pada hasil analisis model struktural, dimana nilai T-statistics \geq T-tabel. Besarnya nilai pengaruh yakni 0,565, karena bernilai positif maka nilai pengaruh ini bersifat searah, artinya apabila faktor *coping* pasien diberikan nilai sebesar 1 satuan maka akan meningkatkan faktor *self regulatory* pasien sebesar 0,565 kali faktor *coping* pasien.

Leventhal (2004), menyatakan bahwa suatu penyakit dipengaruhi oleh perilaku. Lebih lanjut, menurut hasil model *self regulatory* yang dibuat Laventhal, ada hubungan antara representasi kognitif seseorang dari penyakit dan perilaku coping pasien.

Coping dan *self regulatory* keduanya telah menjadi konstruksi yang sangat populer, hasil penelitian mengatakan bahwa tahap kehidupan yang berbeda, dari bayi sampai dewasa. Namun, ahli perkembangan memiliki penekanan yang berbeda-beda dan akar teoritis, yang telah mengakibatkan kesamaan yang menarik dan perbedaan dalam konsepsi mereka mengatasi dan *self – regulation*. Berdasarkan survei komprehensif tentang bagaimana mengatasi self-regulation dan perubahan di masa hidup (Aldwin, Yancura, & Boeninger, dalam pers; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009), dan tiga tema yang menarik lintas sektoral muncul. Ini adalah kontrol dan

bayaran atas akomodasi sebagai proses mengatasi pelengkap; mengatasi dalam hubungan sosial, terutama hubungan dan proses adaptif tentang regulasi energi.

Tujuan dari bab ini adalah untuk menyelidiki tiga tema penting ini secara lebih mendalam. Kami akan menunjukkan bagaimana perbedaan dalam pengobatan ide – ide di bidang anak dan pengembangan dewasa dapat memperpanjang pemahaman kita tentang adaptif tasi di seluruh rentang kehidupan. Mengatasi *self regulatory* dari perspektif masa hidup telah relevansi untuk sejumlah bidang, termasuk trauma masa kecil (Walsh, Fortier, & DiLillo, 2010) dan literatur ketahanan berkembang (Luthar, dalam pers; Masten & Wright, 2009). Namun, fokus kami akan dibatasi untuk mereka studi yang berfokus pada lebih koping umum dan *self – regulation* proses.

Dengan demikian, kita akan membahas secara singkat persamaan dan perbedaan antara regulasi (yang menonjol dalam literatur perkembangan anak) dan pola *coping* (dipelajari secara ekstensif di kedua anak dan literatur pembangunan dewasa), dan kemudian pentingnya tiga tema kami untuk memahami pembangunan mengatasi dan regulasi di seluruh rentang kehidupan

Perilaku atau respon pasien jantung koroner dalam menghadapi situasi yang menekan mereka, akan menjadi faktor menentukan dalam keberhasilan program *self regulatory*. Perilaku yang mampu mencari solusi, respon emosi yang stabil akan berdampak kepada kedisiplinan pasien dalam memonitoring sakitnya, kedisiplinan pasien

dalam mendiagnosa sendiri sakitnya. Dengan demikian kekambuhan dan tingkat nyeri yang dialami pasien jantung koroner, tidak terulang lagi.

3.3 Self Regulatory Pasien Penyakit Jantung Koroner

Faktor *self regulatory* merupakan respon dan perilaku yang dapat meningkatkan integritas pasien yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan terhadap sakit jantung koroner. Berdasarkan hasil analisis SEM-PLS, didapatkan dua kesimpulan yakni yang berasal dari analisis model struktural (*inner model*) dan berasal dari analisa model pengukuran (*outer model*).

Berdasarkan *inner model* disimpulkan adanya total pengaruh (pengaruh langsung dan pengaruh tidak langsung) dari faktor independen terhadap *self regulatory*, ulasan selengkapnya sebagai berikut:

1. Total pengaruh faktor *symptom perception* terhadap *self regulatory* yakni sebesar -0,026. Pengaruh ini bersifat berlawanan arah, artinya apabila diberikan nilai sebesar satu satuan pada faktor *symptom perception* maka akan mengurangi nilai *self regulatory* sebesar 0,026 kali faktor *symptom perception*. Lebih lanjut apabila dilihat dari nilai pengaruhnya 0,026 kali tersebut maka dapat dikatakan pengaruh *symptom perception* relatif kecil terhadap *self regulatory*.
2. Total pengaruh faktor *social message* terhadap *self regulatory* yakni sebesar -0,019. Karena bernilai

negatif, maka pengaruh ini bersifat berlawanan arah, artinya apabila diberikan nilai sebesar satu satuan pada faktor *social message* maka akan mengurangi nilai *self regulatory* sebesar 0,019 kali faktor *social message*. Apabila dilihat dari nilai pengaruhnya 0,019, dimana nilainya relatif kecil maka dapat dikatakan pengaruh *social message* relatif kecil terhadap *self regulatory*.

3. Total pengaruh faktor perawatan terhadap *self regulatory* yakni sebesar 0,119. Karena bernilai positif, maka pengaruh ini bersifat searah, artinya apabila diberikan nilai sebesar satu satuan pada faktor perawatan maka akan meningkatkan nilai *self regulatory* sebesar 0,119 kali faktor perawatan. Apabila dilihat dari nilai pengaruhnya 0,119, dimana nilainya relatif besar maka dapat dikatakan pengaruh faktor perawatan relatif besar terhadap *self regulatory*.
4. Total pengaruh faktor konservasi terhadap *self regulatory* yakni sebesar 0,237. Karena bernilai positif, maka pengaruh ini bersifat searah, artinya apabila diberikan nilai sebesar satu satuan pada faktor konservasi maka akan meningkatkan nilai *self regulatory* sebesar 0,237 kali faktor konservasi. Apabila dilihat dari nilai pengaruhnya yang bernilai 0,237, dimana nilainya relatif besar maka dapat dikatakan pengaruh faktor konservasi relatif besar terhadap *self regulatory*.

5. Total pengaruh faktor coping terhadap *self regulatory* yakni sebesar 0,565. Karena bernilai positif, maka pengaruh ini bersifat searah, artinya apabila diberikan nilai sebesar satu satuan pada faktor *coping* maka akan meningkatkan nilai *self regulatory* sebesar 0,565 kali faktor *coping*. Apabila dilihat dari nilai pengaruhnya yang bernilai 0,565, dimana nilainya relatif besar maka dapat dikatakan pengaruh faktor coping memang besar terhadap *self regulatory*.
6. Berdasarkan ulasan pengaruh diatas hasil dari analisis model struktural. Hal ini selaras seperti yang disampaikan oleh Ogden (2004), bahwa Proses *self regulatory* meliputi interpretasi (*symptom perception, social message*), *coping* dan *appraisal* adalah saling berhubungan untuk mempertahankan status quo (yaitu pengaturan diri mereka). Oleh karena itu, jika seseorang terganggu kesehatannya oleh penyakit, maka model ini mengatakan bahwa individu akan termotivasi untuk mengembalikan keseimbangan kembali ke keadaan normal (adanya *self regulatory*).

Self regulatory pasien penyakit jantung koroner adalah proses dimana seseorang dapat mengatur pencapaian dan aksi mereka sendiri. Menentukan target untuk mereka, mengevaluasi kesuksesan mereka saat mencapai target tersebut dan memberikan penghargaan pada diri mereka

sendiri karena telah mencapai tujuan tersebut (Ogden, 2004).

Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2011) berpendapat bahwa pengaturan diri atau *self regulatory*, didefinisikan sebagai kemampuan untuk menimpa kecenderungan, keinginan, atau perilaku alami dan otomatis; untuk mengejar tujuan jangka panjang, bahkan dengan mengorbankan atraksi jangka pendek; dan mengikuti norma-norma dan aturan yang ditentukan secara sosial. Hal ini ditandai sebagai "mengatur apa yang terasa dan melakukan, yang disiplin, dan mengendalikan selera dan emosi seseorang. Pengaturan diri mengacu pada bagaimana seseorang diberikannya kontrol atas tanggapannya sendiri sehingga untuk mengejar tujuan dan memenuhi standar.

Faktor *self regulatory* disamping dipengaruhi oleh faktor interpretasi (*symptom perception, social message*), faktor perawatan, faktor konservasi dan faktor *coping*. Lebih lanjut, *self regulatory* dijelaskan oleh indikator-indikatornya, hal ini didasarkan pada hasil analisis model pengukuran (*outer model*) pada faktor *self regulatory*. Hasilnya ada 3 indikator yang mampu menjelaskan faktor *self regulatory*, yakni *self monitoring, self diagnosis* dan tingkat nyeri.

Self monitoring pasien penyakit jantung koroner

Rose, P.; Kim, J. (2011) mengemukakan bahwa *self monitoring* membangun akan mengidentifikasi bahwa

diri yang monitornya jelek mungkin lebih rentan terhadap informasi dan mentalitas lingkungan. Hal ini dapat menjadi masalah jika budaya lingkungan adalah bagian dari proses pengambilan keputusan organisasi. *Self monitoring* tinggi lebih termotivasi untuk mencapai status sosial yang tinggi dari diri monitor rendah.

Self monitoring merupakan konsep yang berhubungan dengan konsep pengaturan kesan (*impression management*) atau konsep pengaturan diri (Snyder & Gangestad, 1986). Teori tersebut menitikberatkan perhatian pada kontrol diri individu untuk memanipulasi citra dan kesan orang lain tentang dirinya dalam melakukan interaksi sosial (Shaw & Constanzo, 1982). Individu baik secara sadar maupun tidak sadar memang selalu berusaha untuk menampilkan kesan tertentu mengenai dirinya terhadap orang lain pada saat berinteraksi dengan lingkungan sosialnya.

Menurut Snyder (Watson *et al.*, 1984), *self monitoring* merupakan suatu usaha yang dilakukan individu untuk menampilkan dirinya di hadapan orang lain dengan menggunakan petunjuk-petunjuk yang ada pada dirinya atau petunjuk-petunjuk yang ada di sekitarnya. Berdasarkan konsep ini Mark Snyder mengajukan konsep *self monitoring*, yang menjelaskan mengenai proses yang dialami setiap individu dalam menampilkan *impression management* dihadapan orang lain. Snyder & Cantor (Fiske & Taylor. 1991) mendefinisikan *self monitoring* sebagai cara individu dalam membuat perencanaan, bertindak, dan

mengatur keputusan dalam berperilaku terhadap situasi sosial. Hal ini diperkuat dengan pendapat Robbin (1996) yang menyatakan bahwa *self monitoring* merupakan suatu ciri kepribadian yang mengukur kemampuan individu untuk menyesuaikan perilakunya pada faktor-faktor situasional luar.

Menurut Baron & Byrne (2004) *self monitoring* merupakan tingkatan individu dalam mengatur perilakunya berdasarkan situasi eksternal dan reaksi orang lain (*self monitoring* tinggi) atau atas dasar faktor internal seperti keyakinan, sikap, dan minat (*self monitoring* rendah). Berdasarkan berbagai pendapat yang telah dikemukakan oleh para ahli di atas maka dapat disimpulkan bahwa *self monitoring* merupakan kemampuan individu dalam menampilkan dirinya terhadap orang lain dengan menggunakan petunjuk yang ada pada dirinya maupun petunjuk yang ada disekitarnya guna mendapatkan informasi yang diperlukan untuk bertingkah laku yang sesuai dengan kondisi dan situasi yang dihadapi dalam lingkungan sosialnya.

***Self diagnosis* pasien penyakit jantung koroner**

Better Health Channel (2008) mengemukakan bahwa *self diagnosis* adalah proses mendiagnosa, atau mengidentifikasi, kondisi medis dalam diri sendiri. Hal dapat dibantu oleh beberapa media sosial, pengalaman pribadi masa lalu, atau gejala mengenali atau tanda medis dari kondisi yang anggota keluarga sebelumnya memiliki.

Untuk pencarian internet, hal ini membantu untuk mengetahui istilah medis untuk berbagai tanda dan gejala.

Salah satu bahaya terbesar dari diagnosis diri di sindrom psikologis, adalah bahwa kita mungkin kehilangan penyakit medis yang menyamar sebagai sindrom kejiwaan. *Self – diagnosis* juga merusak peran dokter dan bukan cara terbaik untuk memulai hubungan tersebut. Kemudian ada fakta bahwa kita dapat mengetahui dan melihat diri kita sendiri, tapi kadang kita perlu cermin untuk melihat diri kita sendiri lebih jelas. Dengan mendiagnosa diri, kita mungkin kehilangan sesuatu yang kita tidak dapat melihat. Bahaya lain dari *self diagnosis* adalah bahwa pasien mungkin berpikir bahwa ada yang lebih salah dengan kita daripada benar-benar ada. *Self diagnosis* juga masalah ketika pasien berada dalam keadaan penyangkalan tentang gejala klinis pasien.

3.4 Tahap Dua : Uji Coba Model *Self Regulatory* pada Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner

Untuk memperkuat hasil penelitian model *self regulatory* pada tahap pertama di atas, maka dilakukan penelitian tahap kedua. Penelitian tahap kedua merupakan simulasi model *self regulatory intervention* dengan memberikan modul untuk pendidikan kesehatan bagi pasien penyakit jantung koroner, sedangkan model kontrol diberikan *discharge planning* yang biasa dilakukan oleh perawat ruangan sebelum pasien pulang dari rumah sakit. Kedua model tersebut dibandingkan untuk mengetahui model mana yang lebih efektif.

Perbandingan antara model *self regulatory intervention* dengan kontrol dilakukan pada indikator-indikator yang mampu menjelaskan *self regulatory*. Berdasarkan hasil analisis model pengukuran disimpulkan ada 3 indikator yakni *self monitoring*, *self diagnosis* dan tingkat nyeri.

Self monitoring

Perbandingan perilaku *self monitoring* pasien jantung koroner antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, dilakukan dengan uji-T *independent*.

Berdasarkan uji-T diketahui $T\text{-hitung} \geq T\text{-tabel}$ maka disimpulkan ada perbedaan signifikan antara perilaku *self monitoring* pasien jantung koroner kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Selanjutnya berdasarkan nilai rata-rata diketahui perilaku *self monitoring* pada kelompok intervensi = 1,9 dan kelompok kontrol = 1,25. Dimana 1,9 dibulatkan menjadi 2, yang merupakan kategori cukup baik, dan 1,25 dibulatkan menjadi 1, yang merupakan kategori kurang. Maka dapat disimpulkan bahwa perilaku *self monitoring* pada kelompok intervensi lebih baik dari pada perilaku *self monitoring* kelompok kontrol.

Self Diagnosis

Perbandingan perilaku *self diagnosis* pasien jantung koroner antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, dengan uji-T *independent*. Berdasarkan uji-T diketahui $T\text{-hitung} \geq T\text{-tabel}$ maka disimpulkan ada perbedaan signifikan perilaku *self diagnosis* pasien jantung koroner antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Berdasarkan nilai rata-rata diketahui perilaku *self diagnosis* pada kelompok intervensi = 2,2 dan kelompok kontrol = 1,35. Selanjutnya nilai 2,2 dibulatkan menjadi 2, dengan kategori cukup baik, sedangkan 1,35 dibulatkan menjadi 1, yang masuk kategori kurang. Maka disimpulkan bahwa perilaku *self diagnosis* pada kelompok intervensi lebih baik dari pada kelompok kontrol.

Tingkat nyeri

Perbandingan respon tingkat nyeri dari pasien jantung koroner antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol, dengan menggunakan uji-T *independent*. Berdasarkan hasil pengujian, diketahui $T\text{-hitung} \geq T\text{-tabel}$ maka disimpulkan ada perbedaan signifikan respon tingkat nyeri antara pasien jantung koroner pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Berdasarkan nilai rata-rata diketahui respon tingkat nyeri pada kelompok intervensi = 1,85 dan kelompok kontrol = 2,75. Selanjutnya nilai 1,85 dibulatkan menjadi 2, dengan kategori nyeri ringan, sedangkan 2,75 dibulatkan menjadi 3, yang masuk kategori nyeri sedang. Maka disimpulkan bahwa tingkat nyeri pada kelompok intervensi lebih ringan daripada kelompok kontrol.

Kesimpulan penelitian tahap kedua

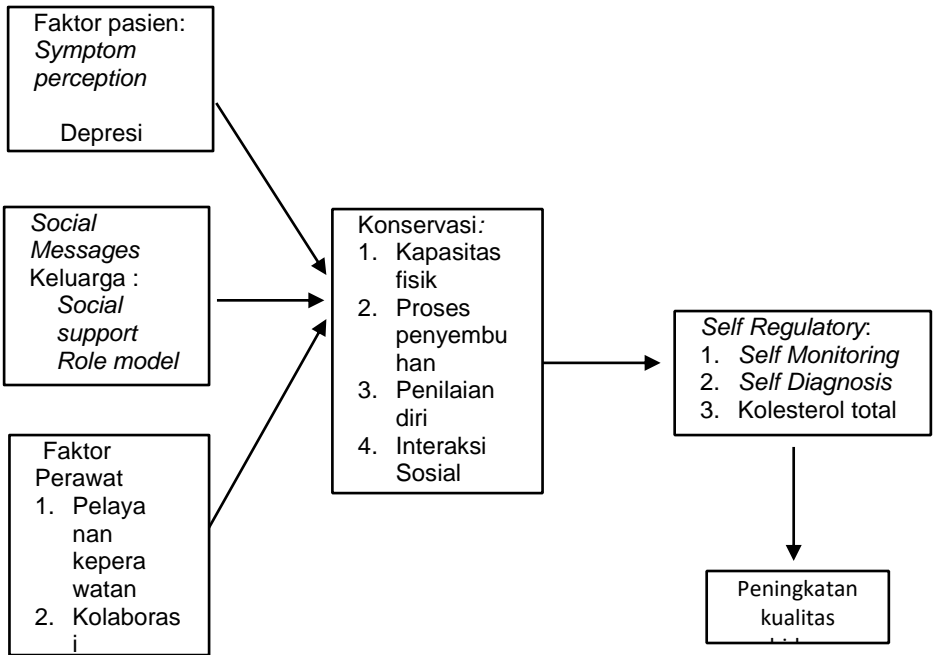
Berdasarkan uraian pada sub-bab 6.4.1 – 6.4.3 diatas disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang nyata mengenai hasil perlakuan kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Hasil kelompok intervensi untuk kegiatan *self monitoring*, pasien lebih sering melakukannya dari pada kelompok kontrol. Kemudian untuk kegiatan *self diagnosis* juga demikian, kelompok intervensi juga lebih rutin melakukan diagnosa sendiri dibandingkan kelompok kontrol. Sehingga hal ini berdampak kepada apa yang dirasakan pasien, untuk pasien kelompok intervensi hanya

mengalami nyeri dengan taraf ringan, sedangkan pasien kelompok kontrol mengalami nyeri taraf sedang. Maka disimpulkan model intervensi lebih berhasil dibandingkan model kontrol dalam proses penyembuhan pasien jantung koroner.

Hal di atas juga selaras dengan pernyataan Sawicki (1999), dimana intervensi *self regulatory* juga telah berhasil di antara sejumlah kelompok penyakit kronis. Jenis intervensi digunakan, misalnya dengan pasien yang membutuhkan obat antikoagulan yang biasanya harus menjalani pemeriksaan darah rutin dan kunjungan klinik untuk memantau kebutuhan dosis.

3.5 Temuan baru hasil penelitian

Temuan hasil penelitian model *self regulatory* didasarkan pada hasil analisis model pengukuran dan hasil analisis model struktural, yang dibandingkan dengan model awal *self regulatory*. Serta berdasarkan temuan pada penelitian tahap kedua, yakni perbandingan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Berikut tabel temuan baru hasil penelitian, tentang indikator yang mampu menjelaskan faktornya.



Gambar 6.1 Temuan Baru Model *Self Regulatory Intervention* Hariyono

Berdasarkan gambar 3.1 diketahui temuan baru terjadi pada faktor *symptom perception* dan faktor *self regulatory*, yakni pada faktor *symptom perception* semua ada tiga indikator yang menjelaskan (ketakutan, kecemasan dan depresi), setelah diuji dengan analisis model pengukuran, maka disimpulkan hanya ada satu indikator yang mampu menjelaskan yakni indikator depresi. Sedangkan untuk temuan faktor *self regulatory*, yang semula ada lima indikator, setelah di uji analisis model pengukuran, maka faktor ini hanya mampu

dijelaskan oleh tiga indikator , yakni *self monitoring*, *self diagnosis* dan tingkat nyeri.

Berdasarkan gambar 6.1 temuan baru yang didasarkan dari hasil analisis model struktural, yakni:

1. Dugaan awal, ada pengaruh *symptom perception* dalam menurunkan konservasi pasien jantung koroner. Temuan baru, memang terbukti ada pengaruh *symptom perception* dalam menurunkan konservasi pasien jantung koroner. Penurunan konservasi tersebut sebesar 0,109 kali *symptom perception*.
2. Dugaan awal, ada pengaruh *social message* dalam menurunkan konservasi pasien jantung koroner. Temuan baru, terbukti tidak ada pengaruh *social message* dalam menurunkan konservasi pasien jantung koroner.
3. Dugaan awal, ada pengaruh faktor perawatan dalam meningkatkan konservasi pasien jantung koroner. Temuan baru, terbukti ada pengaruh faktor perawatan dalam meningkatkan konservasi pasien jantung koroner. Peningkatan konservasi tersebut sebesar 0,504 kali faktor perawatan.
4. Dugaan awal, ada pengaruh faktor konservasi dalam meningkatkan coping pasien jantung koroner. Temuan baru, terbukti ada pengaruh faktor konservasi terhadap peningkatan coping pasien jantung koroner. Peningkatan coping tersebut sebesar 0,420 kali konservasi.

5. Dugaan awal, ada pengaruh coping pasien jantung koroner dalam meningkatkan faktor self regulatory pasien jantung koroner. Temuan baru, terbukti ada pengaruh coping pasien jantung koroner dalam meningkatkan self regulatory. Peningkatan self regulatory tersebut sebesar 0,565 kali *coping*.

Temuan baru penelitian juga didapatkan dari penelitian tahap kedua, yakni ada perbedaan yang signifikan antara faktor *self regulatory* kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Perbedaan ini berasal dari indikator *self monitoring*, *self diagnosis* dan tingkat nyeri.

Dari ketiga indikator tersebut, kelompok intervensi memiliki hasil lebih positif dibandingkan kelompok kontrol. Indikator *self monitoring* kelompok intervensi bernilai cukup pada perilaku *self monitoring*, sedangkan untuk kelompok kontrol bernilai kurang. Indikator *self diagnosis* kelompok intervensi bernilai cukup pada perilaku *self diagnosis*, sedangkan untuk kelompok kontrol bernilai kurang. Selanjutnya pada indikator tingkat nyeri, pada kelompok intervensi bernilai ringan pada respon tingkat nyeri, sedangkan untuk kelompok kontrol bernilai nyeri sedang.

3.6 Kontribusi Penelitian

Kontribusi dari penelitian ini adalah memberikan sebuah model penyembuhan pasien penyakit jantung koroner yang berbasis *self regulatory* dengan perlakuan intervensi. Hasil dari penelitian ini memberikan kontribusi

baik dalam teoritis juga dalam hal praktis. Hasil selengkapnya sebagai berikut.

Kontribusi teoritis

Kontribusi yang bersifat teoritis, akan berguna dalam pengembangan keilmuan dan dapat digunakan sebagai referensi untuk penelitian di masa mendatang, serta memperkuat teori yang sudah ada sebelumnya. Hasil kontribusi penelitian ini yang bersifat teoritis adalah sebagai berikut.

1. Indikator yang menjadi pengukur persepsi gejala (*symptom perception*) pasien jantung koroner adalah depresi. Hal ini selaras dengan temuan Taylor (2009), seseorang yang didiagnosis menderita penyakit jantung koroner, maka respon emosional yang biasanya muncul yaitu penolakan, kecemasan, stress dan depresi.
2. Indikator yang menjadi pengukur pesan sosial (*social message*) pasien jantung koroner adalah dukungan sosial (*social support*) dan *role model*. Hal ini juga disampaikan dari hasil penelitian Sholichah (2009), bahwa dukungan keluarga sangat penting dalam perubahan perilaku pasien penyakit jantung koroner, dukungan sosial merupakan sumber koping yang mempengaruhi situasi yang dinilai *stressful* dan menyebabkan orang yang stres mampu mengubah situasi.
3. Indikator yang menjadi pengukur faktor perawatan pada pasien jantung koroner adalah pelayanan

perawat dan kolaborasi petugas kesehatan, pasien dan keluarga pasien. Hal ini juga sama seperti yang disampaikan oleh Adams (2009) bahwa proses pelayanan perawat pada format rekam medis berorientasi masalah bisa efektif, apabila digunakan dengan tepat, untuk mempertahankan fokus pada masalah kesehatan pasien serta menyediakan komunikasi yang tepat dari status kesehatan pasien untuk provider lain. Lebih lanjut, kolaborasi merupakan komponen utama dari proses penyembuhan agar pasien dipulangkan secepatnya (Lile & Borgeson, 1998).

1. Indikator yang menjadi pengukur faktor konservasi adalah konservasi energi pasien, konservasi integritas struktur, konservasi integritas personal dan konservasi integritas sosial. Hal ini seirama dengan pendapat Fawcett (2006) bahwa konservasi energi dibutuhkan setiap orang, konservasi struktur dibutuhkan untuk memulihkan fisik agar tidak terjadi kerusakan, konservasi personal dibutuhkan untuk menganalisa sifat unik pasien, konservasi sosial dibutuhkan untuk penerimaan lingkungan sosial, keluarga pasien.
2. Indikator yang menjadi pengukur faktor *coping* adalah *problem solving focused coping* dan *emotion focused coping*. Hal ini memperkuat teori Lazarus (2006), bahwa perilaku *problem solving* yang dimiliki pasien akan mengurangi tekanan

yang dialami pasien. Lebih lanjut diperlukan kemampuan mengatur respon emosional terhadap situasi yang menekan.

3. Indikator yang menjadi pengukur faktor *self regulatori* adalah *self monitoring*, *self diagnosis* dan tingkat nyeri. Hal ini diperkuat juga oleh pernyataan Baumeister (1994), bahwa *Self monitoring* dibutuhkan oleh pasien itu sendiri karena merupakan kebutuhan dalam memantau diri. Sistem pengaturan diri ini berupa standar-standar bagi tingkah laku seseorang dan mengamati kemampuan diri sendiri, menilai diri sendiri dan memberikan respon terhadap diri sendiri (Mahmud, 1990).
4. Faktor *symptom perception* signifikan berpengaruh terhadap faktor konservasi.
5. Faktor *social message* tidak signifikan berpengaruh terhadap faktor konservasi. Hal ini juga sama seperti yang disampaikan oleh Mu'tadin (2002), *social message* tidak berpengaruh langsung ke konservasi, akan tetapi *social message* berpengaruh langsung ke *Coping*.
6. Faktor perawatan signifikan berpengaruh terhadap faktor konservasi. Temuan ini sesuai dengan Lavine (1996), bahwa tujuan keperawatan dapat dicapai melalui penggunaan prinsip-prinsip konservasi energi, struktur, personal, dan sosial.

7. Faktor konservasi signifikan berpengaruh terhadap faktor *coping*. Hal ini sama seperti yang disampaikan Mu'tadin (2002) bahwa individu menangani situasi yang mengandung tekanan (*coping*) ditentukan oleh sumber daya individu yang meliputi kesehatan fisik dan energi (konservasi struktur dan energi), keyakinan atau pandangan positif (konservasi integritas personal), keterampilan sosial dan dukungan sosial dan materi (konservasi integritas sosial).
8. Faktor *coping* pasien signifikan berpengaruh terhadap faktor *self regulatory*. Strategi koping yang diadopsi oleh pasien secara langsung melibatkan mengelola gejala dan pengobatan. Namun tuntutan penyakit mungkin lebih kompleks, karena biasanya melibatkan berinteraksi secara efektif dengan penyedia layanan kesehatan dan penggalian dukungan sosial yang sesuai atau informasi dari orang lain (Petrie, 2002). Hal ini memperkuat temuan Leventhal (2004) dalam model *self regulatory* yang dibuat Laventhal, ada hubungan antara representasi kognitif seseorang dari penyakit dan perilaku koping pasien.

Kontribusi praktis

Kontribusi penelitian ini yang memberikan sumbangsih langsung terhadap proses penyembuhan pasien jantung koroner adalah didasarkan pada hasil

penelitian tahap kedua. Hasilnya model *self regulatory* intervensi memberikan hasil yang lebih efektif dalam penyembuhan pasien jantung koroner, dibandingkan model *self regulatory control*.

Hal ini dapat dilihat dari indikator *self monitoring*, *self diagnosis* dari pasien kelompok intervensi yang lebih rutin melakukan monitoring, diagnosa sendiri dibandingkan pasien kelompok kontrol. Sehingga pasien pada kelompok intervensi, hanya mengalami rasa nyeri ringan, sedangkan kelompok pasien pada kelompok kontrol mengalami rasa nyeri yang lebih yakni nyeri sedang. Hal ini memperkuat pernyataan Sawicky (1999), dimana intervensi *self regulatory* juga telah berhasil di antara sejumlah kelompok penyakit yang kronis.

3.7 Keterbatasan Model

Keterbatasan penelitian ini adalah yang terkait dengan model *self regulatory* yang disusun pada model ini hanya terbatas pada faktor-faktor yang menyusun model, serta jalur hubungan hanya terbatas pada *diagram path* yang disusun. Kedepannya agar dilanjutkan jalur hubungan antara faktor eksogen dengan faktor endogen yang tidak terhubung pada model *self regulatory*

DAFTAR PUSTAKA

- Ogden, J. 2007. *Health Psychology A Textbook*. Four edition. S.A Madrid. pp. 60-69
- Parker, M E. 2006. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Parker, M.E. 2001. *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company
- Parker. E. Marilyn., Smith. C. Marlaine. 2010 *Nursing Theories & Nursing Practice*. Third Edition. F. A Company. pp. 85-103
- Penelitian, B. & Pengembangan, D.A.N. 2013. Riset Kesehatan Dasar.

- Rofi'i, H., 2013 Faktor Personil Dalam Pelaksanaan Discharge Planning Pada Perawat Rumah Sakit Di Semarang. *Jurnal Keperawatan Universitas Indonesia*, pp. 89–94.
- Sargowo J. 2008. *Management of Acute Coronary Syndrome*. Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
- Sarvasti. 2012. *Program Rehabilitasi penyakit Jantung*. RS Husada Utama. Surabaya
- Schaefer K. M. & Potylycki, M. J. S. 1993. Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levine's Conservation Model. *Journal of Advanced Nursing*; 18: pp. 260-268.
- Schaefer K. M. & Potylycki, M. J. S. 1993. *Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levine's Conservation Model*. *Journal of Advanced Nursing*; 18: pp. 260-268.
- Smeltzer, Suzanne C. 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddart, Volume 1*. EGC, Jakarta.
- Spence, Muneera U. "Graphic Design: Collaborative Processes = Understanding Self and Others." (lecture) 2006 : Collaborative Processes. Fairbanks Hall, Oregon State University, Corvallis, Oregon.
- Stewart, S. & Horowitz, J.D. 2002. Home-Based Intervention in Congestive Heart Failure. *European Heart Journal*, pp.2861–2866.
- Stewart, S., & Horowitz, J. D. 2002. Home-Based Intervention in Congestive Heart Failure. *European Heart Journal*, pp. 2861–2866.
- Susanto, Handy. 2006. Mengembangkan Kemampuan *Self Regulation* untuk Meningkatkan Keberhasilan

Akademik Siswa. *Jurnal Pendidikan Penabur*, 07, pp. 64 – 71

- Udjianti, W. 2010. *Asuhan keperawatan pasien dengan gangguan kardiovaskuler*. EGC. Jakarta
- Victor, C.R., Young, E., Hudson, M. & Wallace, P. 1993. Whose responsibility is it anyway? Hospital admission and discharge of older people in an inner London District Health Authority. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1297-1304.
- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. 2011. *Handbook of Self Regulation* (Second ed., Vol. 2). New York, NY: The Guilford Press
- Walsh, J. C., Lynch, M., Murphy, A. W., & Daly, K. 2004. Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction An evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour, 56, 67–73.
- Walsh, J.C. 2004. Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction An evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour. , 56, pp.67–73.
- Weiten, W. & Lloyd, M.A. 2008 *Psychology Applied to Modern Life* (9th ed.). Wadsworth Cengage Learning
- WHO MONICA Project. *Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA project*. *Circulation* 1994; pp. 583-612
- Yu, D.S.F., Thompson, D.R. & Lee, D.T.F. 2006. Disease management programmes for older people with heart failure : crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. pp. 596–612.
- Yue, Zhao. 2004. *Effects of a Discharge Planning Intervention for Elderly Patients with Coronary Heart*

Disease in Tian jin, China: a Randomized Controlled trial. The Hongkong Polytecnic University.

Zarle, N.C. 1989. *Continuity of care: Balancing care of elders between health care settings.* Nursing Clinics of North America , 24(3), pp. 697-705.

TENTANG PENULIS

Dr. Hariyono dilahirkan di jombang pada tanggal 18 Pebruari 1981 dari pasangan ibu Mudjiati dan bapak Ngadim, memulai pendidikan keperawatan di SPK Pemda Jombang lulus tahun 1999, Diploma 3 Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Sidoarjo Poltekkes Kemenkes Surabaya lulus tahun 2002, Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang lulus tahun 2006, Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2010, dan Program Doktor Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2016. Penulis memulai karir sebagai dosen di STIKES Insan Cendekia Medika Jombang mulai tahun 2005 sampai sekarang.