

TESIS

**PERBAIKAN KOPING, NIAT DAN KEPATUHAN BEROBAT PASIEN
PENYAKIT JANTUNG KORONER SETELAH PEMBERIAN *SELF*
*MANAGEMENT PROGRAM***

QUASY EXPERIMENT DI RSUD JOMBANG



Oleh:

HANIM MUFAROKHAH

NIM.131314153012

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

SECRET

PERBAIKAN KOPING... HANIM MUFAROKHAH

SECRET



SECRET

HANIM MUFAROKHAH

PERBAIKAN KOPING... HANIM MUFAROKHAH

**PERBAIKAN KOPING, NIAT DAN KEPATUHAN BEROBAT PASIEN
PENYAKIT JANTUNG KORONER SETELAH PEMBERIAN *SELF*
*MANAGEMENT PROGRAM***

***QUASY EXPERIMENT* DI RSUD JOMBANG**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh:

HANIM MUFAROKHAH

NIM.131314153012

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS TEKNIK
JURUSAN TEKNIK ELEKTRO

PERBAIKAN KOPING...

2022

(mirrored text)

HANIM MUFAROKHAH

PERBAIKAN KOPING...

(mirrored text)

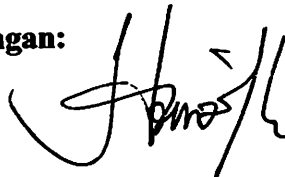
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama: Hanim Mufarokhah

NIM: 131314153012

Tanda Tangan:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hanim Mufarokhah', written over a horizontal line.

Tanggal September 2015

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Hanim Mufarokhah
NIM : 131314153012
Program Studi: Magister Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Perbaikan Koping, Niat dan Kepatuhan Berobat Pasien Penyakit Jantung Koroner Setelah Pemberian *Self Management Program*”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, September 2015

Yang menyatakan



(Hanim Mufarokhah)

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**PERBAIKAN KOPING, NIAT DAN KEPATUHAN BEROBAT PASIEN
PENYAKIT JANTUNG KORONER SETELAH PEMBERIAN *SELF
MANAGEMENT PROGRAM***

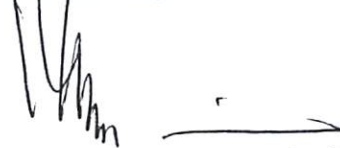
QUASY EXPERIMENT DI RSUD JOMBANG

Hanim Mufarokhah
131314153012

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, SEPTEMBER 2015

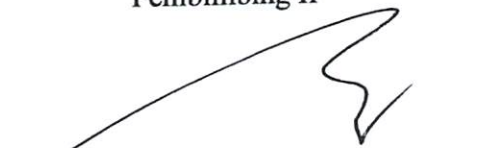
Oleh :

Pembimbing I



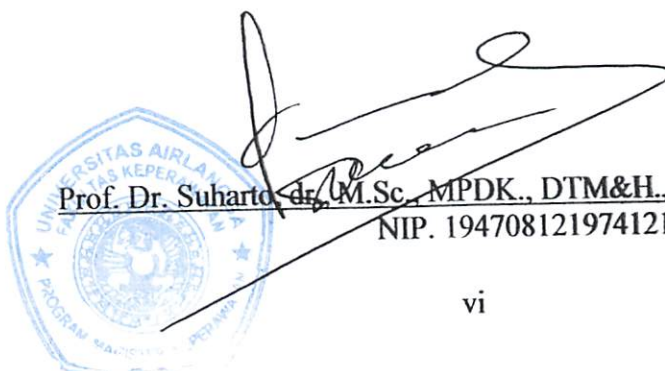
Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS
NIP. 194806021981031002

Pembimbing II

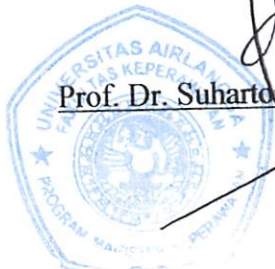


Yulis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., M.Ng
NIP. 197507092005012001

Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., Sp.PD., KPTI., FINASIM
NIP. 194708121974121001



LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Hanim Mufarokhah
NIM : 131314153012
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Perbaikan Koping, Niat dan Kepatuhan Berobat Pasien
Penyakit Jantung Koroner Setelah Pemberian *Self Management Program*

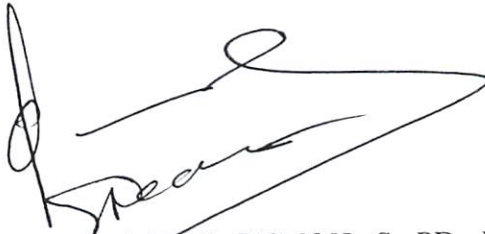

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal September 2015

Panitia penguji,

1. Ketua : Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS
2. Penguji I : Yulis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., M.Ng
3. Penguji II : Dr. Elyana STP Asnar, dr., MS
4. Penguji III : Budiono, dr., M.Kes.
5. Penguji IV : Harmayetty, S.Kp., M.Kes

(.....)
(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., Sp.PD., KPTL, FINASIM
NIP. 194708121974121001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Perbaikan Koping, Niat dan Kepatuhan Berobat Pasien Penyakit Jantung Koroner Setelah Pemberian *Self Management Program*”.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setingginya saya ucapkan kepada Bapak Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS, selaku Pembimbing I dan Ibu Yulis Setiya Dewi, S.kep., Ns., M.Ng, selaku Pembimbing II yang telah memberi bimbingan, saran, motivasi, dan bantuan ilmu. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Moh. Nasih, SE., MT., Ak., selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya,
2. Bapak Prof. Dr. Fasich, Apt., selaku mantan Rektor Universitas Airlangga,
3. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga,
4. Bapak Prof. Dr. Suharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., SpPD., KPTI., FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga,
5. Ibu Dr. Elyana STP Asnar, dr., MS., selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini,
6. Bapak Budiono, dr., M.Kes, selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini,
7. Ibu Harmayetty, S.Kp., M.Kes, selaku penguji tesis yang telah memberikan

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan

kamarnya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul

Perbaikan Koping, Niat dan Kepuasan Berobat Pasien Penyakit Jantung

Koronar Setelah Pemberian Self-Management Program.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya

saya ucapkan kepada Bapak Prof. Dr. Suhartono Tjati Purandari, M.Si. selaku

Pembimbing I dan Ibu Yulis Setiyo Dewi, S.Kep., Ners., M.Nig. selaku Pembimbing

II yang telah memberi bimbingan, saran, motivasi, dan bimbingan lain. Dalam

kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan

hati yang tulus kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Moh. Nasih, SE., MT., AK., selaku Rektor Universitas

Airlangga Surabaya.

2. Bapak Prof. Dr. Fasih, Apt., selaku mantan Rektor Universitas Airlangga.

3. Ibu Puwaningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Airlangga.

4. Bapak Prof. Dr. Subarto dr., AIG., MPD., DTM&H., SpPD., KPTI.,

FINASIM., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas

Keperawatan Universitas Airlangga.

5. Ibu Dr. Elyana STP, Asnar, dr., MSi., selaku pembantu tesis yang telah

memberikan masukan dalam bimbingan dalam penyelesaian tesis ini.

6. Bapak Budiono, dr., M.Kes. selaku pembantu tesis yang telah memberikan

masukan dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini.

7. Ibu Hanuzzette, S.Kp., M.Kes. selaku pembantu tesis yang telah memberikan

masukan dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini,

8. Bapak Dr. Hari Basuki N., dr., M.Kes, selaku penguji proposal tesis yang telah memberikan masukan dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini,
9. Direktur RSUD Kabupaten Jombang, Ibu Munawaroh, S.Kep., Ns selaku Kepala Poli Jantung RSUD Kabupaten Jombang beserta staf yang telah memberikan ijin dan membantu dalam proses penelitian,
10. Bapak/Ibu Dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendidik, melatih, dan memberikan ilmu selama masa perkuliahan,
11. Suami tercinta Agung Setiyadi, ayahanda Rowi, Ibu Tutik Siswati, bapak ibu mertua dan adik tercinta, terima kasih atas cinta, doa, motivasi dan dukungan moral dan material yang tiada henti dalam penyusunan tesis ini,
12. Seluruh staf Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas bantuan, fasilitas dan informasi,
13. Seluruh responden yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini,
14. Teman mahasiswa magister angkatan enam Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memberikan bantuan dan motivasi.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik isi maupun penulisan, oleh karena itu peneliti mengharapkan saran dari pembaca.

Surabaya, September 2015

Hanim Mufarokhah

- masuk dan dibimbing dalam penyelesaian tesis ini.
8. Bapak Dr. Hari Basuki N., dr., M.Kes. selaku penguji proposal tesis yang telah memberikan masukan dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini.
9. Direktur RSUD Kabupaten Jombang, Ibu Muhammad S.Kep., Ns selaku Kepala Poli Jantung RSUD Kabupaten Jombang beserta staf yang telah memberikan jln dan membantu dalam proses penelitian.
10. Bapak/Ibu Dosen Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah mendidik, melatih, dan memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
11. Suami tercinta Agung Setiyadi, ayahanda Rowi, Ibu Tark Siswadi, bapak ibu mertua dan adik tercinta tercinta kasih atas cinta, doa, motivasi dan dukungan moral dan material yang tiada henti dalam penyusunan tesis ini.
12. Seluruh staf Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas bantuan, fasilitas dan informasi.
13. Seluruh responden yang telah bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.
14. Teman mahasiswa magister angkatan enam Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan bantuan dan motivasi.
- Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan baik isi maupun penulisan, oleh karena itu peneliti mengharapkan saran dan pembaca.

Surabaya, September 2015

Hanim Mufarokah

RINGKASAN

Penanganan penyakit jantung koroner membutuhkan pengobatan seumur hidup dan perubahan gaya hidup yang meliputi diet, olahraga/ aktivitas, serta pengontrolan respon fisik yang dapat memicu terjadi kekambuhan/ serangan berulang. *Self management program* menjadi salah satu pilihan dalam pengelolaan aktivitas fisik, diet, pengelolaan stres, gaya hidup, dan pengobatan pada pasien penyakit jantung koroner.

Self management program diharapkan dapat mengubah kategori personal dan informasi yang melatar belakangi perilaku pasien PJK sehingga diharapkan terbentuk *learning process* yang menghasilkan pemahaman untuk mengubah koping yang dapat mempengaruhi *behavioral belief*, *normative belief* dan *control belief* sehingga terbentuk niat (*intention*). Niat untuk berperilaku sehat mengakibatkan terbentuk perilaku berupa kepatuhan berobat pasien PJK. Kepatuhan berobat yang dimiliki pasien PJK berupa kepatuhan medikasi, *lifestyle* dan monitorig respon fisik.

Jenis penelitian ini adalah *quasy experiment*. Besar sampel sebanyak 28 responden (14 responden kelompok perlakuan dan 14 responden kelompok kontrol). Populasi pada penelitian ini adalah pasien penyakit jantung koroner yang kontrol di Poli RSUD Kabupaten Jombang dan memenuhi kriteria inklusi. Variabel independen dalam penelitian ini adalah *self management program* dan variabel dependen yaitu koping, niat berobat, dan kepatuhan berobat. Intervensi *self management program* sebanyak 5 sesi yang dilakukan 5x pertemuan selama 2,5 minggu dan dilakukan dengan melakukan kunjungan rumah tiap responden, serta post test dilakukan 1 minggu setelah sesi 5 selesai. Pengumpulan data menggunakan kuesioner pretest dan post test. Analisis inferensial yang digunakan adalah uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test*, *Mann Whitney Test*, dan *t Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan uji statistik sebelum intervensi *self management program* menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan antara tingkat koping, niat dan kepatuhan berobat pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan $p > 0,05$. Hasil uji statistik *Mann Whitney Test* ditemukan perubahan koping pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan intervensi *self management program* dengan nilai $p < 0,001$. Hasil uji statistik *Independent t Test* juga menunjukkan perbedaan perubahan niat dan kepatuhan berobat dengan nilai $p < 0,001$.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah intervensi *self management program* berpengaruh terhadap tingkat koping, niat, dan kepatuhan berobat pasien penyakit jantung koroner di RSUD Jombang. Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk mengembangkan intervensi keperawatan dengan pendekatan keluarga agar dapat membantu pasien meningkatkan tingkat koping, niat, dan kepatuhan berobat dalam pengobatan dan perawatan pasien penyakit jantung koroner.

EXECUTIF SUMMARY

Handling coronary artery disease requiring lifelong treatment and lifestyle changes that include diet, exercise/ activity, as well as physical response's control that may lead to relapse/ recurrent attacks. Self management programme became one of the options in the management of physical activity, diet, stress management, lifestyle, and treatment in patients with coronary heart disease.

Self management programme is expected to change the personal category and the information behind CHD patients behavior so it produce then it may form the learning process that generates understanding to change the coping which may affect behavioral belief, normative belief, and control belief thus forming the intention. With the intention to healthy behave then formed a medication adherence behavior of CHD patients. Medication adherence of CHD patients are of medication adherence, lifestyle and physical response monitoring.

This research type is quasy experiment. Sample size of 28 respondents (14 respondents of treatment group and 14 respondents of the control group). The population in this study were patients with coronary artery disease who was in routine check up at OPD of Jombang General Hospital and met the inclusion criteria. The independent variable in this study is the self management programme and the dependent variable are coping, the intention to do treatment, and medication adherence. Self management programme intervention divided into 5 sessions that conducted in 5 meeting in 2,5 week and carried out by giving home visit to each respondent. The data are collected using pretest and post-test questionnaires. Analysis inferential that used is Wilcoxon Signed Rank Test, Mann Whitney Test, t Test and the significance level of $\alpha < 0,05$.

The results of statistic test before self management programme intervention showed no difference between the level of coping, intention, medication adherence in the treatment group and the control group with $p > 0,05$. The results of Mann Whitney Test founded a coping changes in the treatment group and the control group before and after the self-management programme intervention with value $p < 0,001$. Statistic test results of Independent t test also showed changes in intention and medication adherence with $p < 0.001$.

The conclusion of this study is self-management programme intervention affects the level of coping, intentions, and medication adherence of patients with coronary heart disease in Jombang. However, further research is still needed to develop nursing interventions with a family approach in order to increase the level of coping, intention, and medication adherence in the treatment and care of patients with coronary heart disease.

ABSTRAK**PERBAIKAN KOPING, NIAT, DAN KEPATUHAN BEROBAT PASIEN
PENYAKIT JANTUNG KORONER SETELAH PEMBERIAN SELF
MANAGEMENT PROGRAM**

QUASY EXPERIMENT DI JOMBANG

Hanim Mufarokhah

Pendahuluan: Manajemen penyakit jantung koroner memerlukan pengobatan seumur hidup. Keberhasilan pengelolaan PJK membutuhkan koping efektif, niat dan kepatuhan berobat dari pasien PJK. Tujuan penelitian ini untuk menjelaskan perubahan koping, niat, dan kepatuhan minum obat pada pasien dengan PJK setelah memberikan program manajemen diri di RSUD Jombang berdasarkan Teori Perilaku Direncanakan.

Metode: Desain penelitian ini adalah quasy exsperimental pretest-posttest group design . Jumlah sampel adalah 28 yang dipilih secara konsekutif sampling. Sampel dibagi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Variabel independen yaitu self management program dan variabel dependen yaitu koping, niat, kepatuhan berobat. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner dengan mengukur tingkat koping, niat dan kepatuhan berobat. Uji statistik yang digunakan adalah Mann Whitney, Wilcoxon Signed Rank dan t-Test.

Hasil dan analisis: Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1) program pengelolaan diri meningkatkan tingkat mengatasi pada pasien dengan PJK ($p < 0,001$), 2) program manajemen diri meningkatkan tingkat niat pada pasien dengan PJK ($p < 0,001$), 3) program manajemen diri meningkatkan tingkat kepatuhan pengobatan pada pasien dengan PJK ($p < 0,001$).

Diskusi dan kesimpulan: Untuk mengubah sebuah perilaku membutuhkan perbaikan tingkat koping dan niat. Hal ini sesuai dengan Teori Perilaku Direncanakan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh sikap terhadap perilaku, norma subjektif, kontrol perilaku yang dirasakan, dan niat. Disarankan bahwa 1) dibutuhkan lokakarya tentang program manajemen diri, 2) program manajemen diri digunakan sebagai intervensi perawatan untuk penyakit kronis di rumah. Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk mengembangkan program manajemen diri pasien dengan penyakit kronis lain yang melibatkan peran keluarga selama perawatan di rumah.

Kata kunci: program pengelolaan diri, koping, niat, kepatuhan berobat, penyakit jantung koroner, teori perilaku direncanakan

ABSTRAK

PERBAIKAN KOPING, NIAT, DAN KEPATIHAN BEROROT PASIEN
PENYAKIT LUTUT KRONIS SETELAH PEMBIAYAAN SELF
MANAGEMENT PROGRAM

CLASSY EXPERIMENT DI JOMBANG

Hanim Mufarokhah

Abstrak: Manajemen perawatan jantung koroner merupakan pengobatan umum hidup. Keberhasilan pengelolaan RUK membutuhkan komitmen efektif akan dan kepatuhan berorot dari pasien RUK. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh program manajemen diri di RSUD Jombang terhadap RUK setelah berorot program manajemen diri di RSUD Jombang dibandingkan teori perilaku Diemantakan.

Metode: Desain penelitian ini adalah *quasy experimental pretest-posttest control design*. Jumlah sampel adalah 28 yang dibagi secara acak menjadi kelompok kontrol dan kelompok perlakuan dan kepatuhan berorot. Variabel independen yaitu self management program dan variabel dependen yaitu kepatuhan berorot. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisioner dengan menggunakan tingkat kepatuhan niat dan kepatuhan berorot. Uji statistik yang digunakan adalah *Yann Wilcoxon Signed Rank dan t-Test*.

Hasil dan analisis: Hasil penelitian menunjukkan bahwa (1) program manajemen diri meningkatkan tingkat kesadaran pada pasien dengan RUK ($p < 0.001$), (2) program manajemen diri meningkatkan tingkat kepatuhan berorot pada pasien dengan RUK ($p < 0.001$), (3) program manajemen diri meningkatkan tingkat kepatuhan berorot pada pasien dengan RUK ($p < 0.001$).

Diskusi dan kesimpulan: Untuk mencapai sebuah perilaku membutuhkan perubahan tingkat kepatuhan berorot dan niat ini sesuai dengan teori perilaku Diemantakan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu perilaku norma subjektif, kontrol perilaku yang dirasakan, dan niat. Kesimpulan bahwa (1) dibutuhkan lokakarya tentang program manajemen diri (2) program manajemen diri digunakan sebagai *intervensi perilaku* untuk pasien RUK di rumah. Penelitian lanjutan perlu dilakukan untuk mengetahui program manajemen diri pasien dengan penyakit kronis lain yang melibatkan peran keluarga selama perawatan di rumah.

Kata kunci: program pengelolaan diri, kepatuhan berorot, kepatuhan berorot, penyakit jantung koroner, teori perilaku Diemantakan

ABSTRACT

IMPROVING OF COPING, INTENTION, AND MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER GIVING SELF MANAGEMENT PROGRAMME

QUASY EXPERIMENT IN RSUD JOMBANG

Hanim Mufarokhah

Introduction: Management coronary artery disease required lifelong treatment. The successful management of CHD requires effective coping, intention and medication adherence of CHD's patients. This study aimed to explain the changes of coping, intention, and medication adherence in patients with CHD after giving self management programme in RSUD Jombang based on Theory Planned Behavior.

Method: it was a quasy experimental study with pretest-posttest control group design. Sample amount was 28 selected by consecutive sampling. Sample was divided into treatment and control groups. Independent variable was self management programme while dependent variables were coping, intention, medication adherence. Data were collected by using questionnaires measuring coping level, intention and medication adherence. The statistical test used was Mann Whitney, Wilcoxon Signed Rank and t-Test.

Result and Analysis: The result showed that 1) self management programme improve the level of coping in patients with CHD ($p < 0,001$), 2) self management programme improve the level of intention in patients with CHD ($p < 0,001$), 3) self management programme improve the level of medication adherence in patients with CHD ($p < 0,001$).

Discuss and Conclusion: To change a behavior requires improvement of coping and intentions. This is in accordance with the Theory of Planned Behavior that behavior change is influenced by the attitude toward the behavior, subjective norm, perceived behavioral control and intention. It is suggested that 1) it takes a workshop on self-management programs, 2) self-management programs are used as an intervention for the treatment of chronic diseases in the home. However, further research needs to be done to develop a program of self-management of patients with other chronic diseases that involve the role of the family for care at home.

Keywords: self management program, coping, intention, medication adherence, Coronary Heart Disease (CHD), Theory Planned Behavior

ABSTRACT

IMPROVING OF COPING, INTENTION, AND MEDICATION ADHERENCE IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER GIVING SELF-MANAGEMENT PROGRAMME

QUASRY EXPERIMENT IN RSUD JOMBANG

Hanim Mufarokhah

Introduction: Management coronary artery disease required lifelong treatment. The successful management of CHD requires effective coping, intention and medication adherence of CHD's patients. This study aimed to explain the changes of coping, intention, and medication adherence in patients with CHD after giving self-management programme in RSUD Jombang based on Theory Planned Behavior.

Methods: was a quasi-experimental study with pretest-posttest control group design. Sample amount was 28 selected by consecutive sampling. Sample was divided into treatment and control groups. Independent variable was self-management programme while dependent variables were coping, intention, medication adherence. Data were collected by using questionnaires measuring coping level, intention and medication adherence. The statistical test used was Mann-Whitney, Wilcoxon Signed Rank and t-Test.

Result and Analysis: The result showed that (1) self-management programme improve the level of coping in patients with CHD ($p < 0.001$), (2) self-management programme improve the level of intention in patients with CHD ($p < 0.001$), (3) self-management programme improve the level of medication adherence in patients with CHD ($p < 0.001$).

Discuss and Conclusion: To change a behavior requires improvement of coping and intentions. This is in accordance with the Theory of Planned Behavior that behavior change is influenced by the attitude toward the behavior subjective norm, perceived behavioral control and intention. It is suggested that (1) it takes a workshop on self-management program, (2) self-management programs are used as an intervention for the treatment of chronic diseases in the home. However, further research needs to be done to develop a program of self-management of patients with other chronic diseases that involve the role of the family for care at home.

Keywords: self-management program, coping, intention, medication adherence, Coronary Heart Disease (CHD), Theory Planned Behavior

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----------|
| Sampul Depan | i |
| Sampul Dalam | ii |
| Prasyarat Gelar | iii |
| Halaman Pernyataan Orisinalitas | iv |
| Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi | v |
| Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis..... | vi |
| Lembar Pengesahan Tesis | vii |
| Kata Pengantar | viii |
| Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi | ix |
| Ringkasan | x |
| Abstrak | xii |
| Daftar Isi | xiv |
| Daftar Tabel | xi |
| Daftar Gambar | xii |
| Daftar Lampiran | xiii |
| Daftar Singkatan | xx |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Identifikasi Masalah | 5 |
| 1.3 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.4 Tujuan Penelitian..... | 6 |
| 1.4.1 Tujuan umum..... | 6 |
| 1.4.2 Tujuan khusus..... | 6 |
| 1.5 Manfaat Penelitian..... | 6 |
| 1.5.1 Manfaat teoritis..... | 6 |
| 1.5.2 Manfaat praktis | 7 |
| 1.6 Riset Pendukung..... | 7 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... | 11 |
| 2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner | 11 |
| 2.1.1 Pengertian | 11 |
| 2.1.2 Etiologi | 12 |
| 2.1.3 Faktor risiko..... | 13 |
| 2.1.4 Patogenesis | 13 |
| 2.1.5 Manifestasi klinis | 16 |
| 2.1.6 Diagnosis klinis | 17 |
| 2.1.7 Komplikasi | 21 |
| 2.1.8 Penatalaksanaan | 22 |
| 2.2 Konsep Kepatuhan Berobat..... | 23 |
| 2.2.1 Definisi | 23 |
| 2.2.2 Faktor yang mempengaruhi kepatuhan | 24 |
| 2.2.3 Metode untuk mengurangi ketidakpatuhan | 28 |
| 2.3 Konsep <i>Self Management Program</i> | 29 |
| 2.3.1 Definisi <i>Self Management Program</i> | 29 |
| 2.3.2 Manfaat <i>Self Management Program</i> | 30 |
| 2.3.3 Komponen <i>Self Management Program</i> | 31 |

| | |
|---|----|
| 2.3.4 Pelaksanaan <i>Self Management Program</i> | 32 |
| 2.4 Konsep Perilaku Kesehatan..... | 33 |
| 2.4.1 Batasan perilaku..... | 33 |
| 2.4.2 Domain perilaku..... | 35 |
| 2.4.3 Proses adopsi perilaku..... | 40 |
| 2.4.4 Bentuk perubahan perilaku | 40 |
| 2.4.5 Strategi perubahan perilaku | 41 |
| 2.5 Konsep Koping | 42 |
| 2.5.1 Definisi..... | 42 |
| 2.5.2 Pembentukan koping..... | 42 |
| 2.5.3 Faktor yang mempengaruhi koping | 45 |
| 2.5.4 Meningkatkan koping..... | 46 |
| 2.6 Konsep <i>Planned Behavior Theory</i> | 46 |
| BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN ... | 52 |
| 3.1 Kerangka Konseptual..... | 52 |
| 3.2 Hipotesis Penelitian..... | 54 |
| BAB 4 METODE PENELITIAN | 55 |
| 4.1 Desain Penelitian..... | 55 |
| 4.2 Populasi, Sampel, dan <i>Sampling</i> | 56 |
| 4.2.1 Populasi | 56 |
| 4.2.2 Sampel | 56 |
| 4.2.3 Teknik sampling | 57 |
| 4.3 Kerangka Operasional | 58 |
| 4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional | 59 |
| 4.4.1 Variabel penelitian..... | 59 |
| 4.4.2 Definisi operasional..... | 59 |
| 4.5 Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen..... | 62 |
| 4.5.1 Instrumen penelitian..... | 62 |
| 4.5.2 Uji instrumen | 63 |
| 4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 65 |
| 4.7 Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data..... | 65 |
| 4.8 Pengolahan dan Analisis Data..... | 67 |
| 4.8.1 Pengolahan data..... | 67 |
| 4.8.2 Analisis deskriptif..... | 68 |
| 4.8.3 Analisis inferensial | 68 |
| 4.9 Etik Penelitian | 69 |
| 4.9.1 Lembar persetujuan penelitian (<i>Informed Consent</i>)..... | 69 |
| 4.9.2 Nama tidak ditulis (<i>Anonymity</i>) | 69 |
| 4.9.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>) | 69 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN | 70 |
| 5.1 Hasil Penelitian | 70 |
| 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian..... | 70 |
| 5.1.2 Data umum | 72 |
| 5.1.3 Data khusus | 74 |
| BAB 6 PEMBAHASAN | 80 |
| 6.1 <i>Self Management Program</i> pada Perbaikan Koping Pasien Penyakit Jantung Koroner | 80 |
| 6.2 <i>Self Management Program</i> pada Perbaikan Niat Pasien Penyakit | |

| | |
|--|----|
| Jantung Koroner | 84 |
| 6.3 <i>Self Management Program</i> pada Perbaikan Kepatuhan Berobat Pasien Penyakit Jantung Koroner | 86 |
| 6.4 Keterbatasan Penelitian | 91 |
| BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN | 92 |
| 7.1 Kesimpulan | 92 |
| 7.2 Saran | 92 |
| DAFTAR PUSTAKA | 94 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|------------------|--|-----------|
| Tabel 1.1 | Daftar Riset Pendukung | 8 |
| Tabel 4.1 | Rancangan Penelitian | 55 |
| Tabel 4.2 | Variabel Penelitian | 59 |
| Tabel 4.3 | Definisi Operasional | 59 |
| Tabel 5.1 | Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden..... | 72 |
| Tabel 5.2 | Tabulasi Rekapitulasi frekuensi kategori koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di Kabupaten Jombang..... | 74 |
| Tabel 5.3 | Tabulasi Rekapitulasi hasil uji beda kategori koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di Kabupaten Jombang..... | 76 |
| Tabel 5.4 | Tabulasi Rekapitulasi hasil uji delta kategori koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di Kabupaten Jombang..... | 78 |

DAFTAR GAMBAR

| | | | |
|--------|-----|---|----|
| Gambar | 1.1 | Identifikasi Masalah | 5 |
| Gambar | 2.1 | <i>The Theory of Planned Behavior</i> | 47 |
| Gambar | 3.1 | Kerangka Konseptual | 52 |
| Gambar | 4.1 | Kerangka Operasional | 58 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | | |
|----------|----|--|-----|
| Lampiran | 1 | Lembar Penjelasan Penelitian Untuk Responden | 100 |
| Lampiran | 2 | Lembar Persetujuan Setelah Penjelasan (<i>Inform Consent</i>) | 102 |
| Lampiran | 3 | Kuesioner Data Demografi Penelitian | 103 |
| Lampiran | 4 | Kuesioner Koping Individu | 104 |
| Lampiran | 5 | Kuesioner Niat (<i>Intention</i>) Berperilaku Individu | 105 |
| Lampiran | 6 | Kuesioner Kepatuhan Berobat | 106 |
| Lampiran | 7 | Satuan Acara Kegiatan | 107 |
| Lampiran | 8 | Hasil Uji Validitas Kuesioner Koping | 117 |
| Lampiran | 9 | Hasil Uji Reabilitas Kuesioner Koping | 119 |
| Lampiran | 10 | Hasil Uji Validitas Kuesioner Niat | 120 |
| Lampiran | 11 | Hasil Uji Reabilitas Kuesioner Niat | 122 |
| Lampiran | 12 | Hasil Uji Validitas Kuesioner Kepatuhan Berobat | 127 |
| Lampiran | 13 | Hasil Uji Reabilitas Kuesioner Kepatuhan Berobat | 128 |
| Lampiran | 14 | Tabulasi Data | 129 |
| Lampiran | 15 | Hasil Uji Statistik Data Umum | 143 |
| Lampiran | 16 | Uji Statistik Data Khusus..... | 148 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|---------------|---|
| ACE | : <i>Angitensin-Converting Enzyme</i> |
| ACTH | : <i>Adrenocorticotropin Hormone</i> |
| ADP | : <i>Adenosine Diphosphate</i> |
| AHA | : <i>American Heart Association</i> |
| ARB | : <i>Angiotensin II Receptor Antagonist</i> |
| CABG | : <i>Coronary Artery Bypass Graft Surgery</i> |
| CAD | : <i>Coronary Arterial Disease</i> |
| CHD | : <i>Coronary Heart Disease</i> |
| CI | : <i>Confidence Interval</i> |
| CK-MB | : <i>Creatinine Kinase-MB isoenzyme</i> |
| DES | : <i>Drug-Eluting Stent</i> |
| GOT | : <i>Glutamic-Oxalacetic Transaminase</i> |
| HDL-C | : <i>High Density Lipoprotein Cholesterol</i> |
| IMA | : <i>Infark Miokard Akut</i> |
| ISH | : <i>Ishchemic Heart Disease</i> |
| LBB | : <i>Left Bundle Branch Block</i> |
| LDL-C | : <i>Low Density Lipoprotein Cholesterol</i> |
| LDH | : <i>Lactate Dehydrogenase</i> |
| MI | : <i>Miocard Infarction</i> |
| MOH | : <i>Ministry of Health</i> |
| NHS | : <i>National Health Services</i> |
| NSTEMI | : <i>Non-ST-Elevation Myocardial Infarction</i> |
| NSW | : <i>New South Wales</i> |
| PCI | : <i>Percutaneous Coronary Intervention</i> |
| PJK | : <i>Penyakit Jantung Koroner</i> |
| SKRTN | : <i>Survei Kesehatan Rumah Tangga Nasional</i> |
| STEACS | : <i>ST-Elevasi Acute Coronary Syndrom</i> |
| STEMI | : <i>ST-Elevation Myocardial Infarction</i> |
| UAP | : <i>Unstable Angina Pectoris</i> |

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ketidakpatuhan berobat sangat umum terjadi pada pasien penyakit jantung koroner (AHA, 2014). Pasien penyakit kronis yang tidak patuh dalam pengobatan pada akhirnya akan diikuti oleh berhenti melakukan pengobatan (Hayes, 2009). Jenis ketidakpatuhan meliputi ketidakpatuhan disengaja (*intentional non compliance*) dan ketidakpatuhan tidak disengaja (*unintentional non compliance*). Ketidakpatuhan disengaja disebabkan keterbatasan biaya pengobatan, sikap apatis pasien dan ketidakpercayaan pasien akan efektivitas pengobatan. Ketidakpatuhan tidak disengaja akibat lupa melakukan pengobatan, ketidaktahuan cara pengobatan dan kesalahan petunjuk etiket. Niat berobat ikut mempengaruhi ketidakpatuhan berobat (Horne, 2005). Pemberian informasi efektif oleh petugas kesehatan mempengaruhi kemampuan koping pasien penyakit jantung koroner untuk melakukan perawatan diri di rumah (Wahyuni, 2012). Sejauh ini permasalahan koping, niat dan kepatuhan berobat pasien PJK di RSUD Jombang belum dapat diselesaikan.

Sekitar 35% kematian di Indonesia disebabkan oleh penyakit jantung. Menurut Federasi Jantung Dunia, angka kematian akibat penyakit jantung koroner di Asia Tenggara mencapai 1,8 juta kasus pada tahun 2014. AHA memprediksi jumlah kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler akan meningkat mencapai 23,3 juta pada tahun 2030. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik

Indonesia menyatakan prevalensi jantung koroner di Indonesia sebesar 0,5%, dan berdasarkan diagnosa dokter sebesar 1,5%. Prevalensi jantung koroner di Jawa Timur teridentifikasi 0,5% dan berdasarkan diagnosis dokter sebesar 1,5% (Riskesdas, 2013). Prevalensi lebih tinggi pada perempuan (0,2%) dibanding lelaki (0,1%) dan lebih tinggi pada masyarakat berpendidikan rendah (Riskesdas, 2013). Berdasarkan data Depkes RI (2006) bahwa menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga Nasional (SKRTN), PJK menyebabkan angka perawatan rumah sakit sangat besar di Pusat Jantung Nasional dibanding penyakit jantung lain. Penelitian menunjukkan bahwa 24 % dari pasien PJK tidak memenuhi pengobatan lengkap dalam kurung waktu tujuh hari setelah *discharge* (Jackevicius, 2008). Sebesar 34 % dari pasien PJK berhenti minum obat dan kontrol dalam satu bulan setelah *discharge* (Ho, 2006). Ketidakpatuhan terhadap diet dan olahraga dilaporkan sebesar 28,5 %, kepatuhan terhadap diet 41,6 % , dan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 29,9 % dalam penelitian Chow, *et al* (2010). Hasil analisis penelitian Blanchard (2003) pada pasien rehabilitasi penyakit jantung koroner menunjukkan bahwa kontribusi sikap, norma subjektif, dan *perceived behavioral control* (PBC) sebesar 30 % untuk membentuk niat dan kontribusi niat berpengaruh terhadap kepatuhan sebesar 12%. Menurut penelitian Steigelman (2006) melaporkan dari 59 perempuan berusia 35-64 tahun mengalami penyakit jantung koroner dilaporkan memiliki coping rendah menyebabkan kesehatan mental menurun sebanyak 49 %. Berdasarkan data awal diperoleh bahwa pada 2014 jumlah kasus PJK 511 dengan jumlah penduduk 1.217.997 dan prevalensi 0,05%. Terjadi penambahan jumlah kasus baru yaitu kasus pertama kali didiagnosis dan kontrol ke Poli RSUD Kabupaten Jombang pada setiap bulan di

tahun 2014. Rerata sebanyak 47 kasus baru tiap bulan dalam kurung waktu Maret 2014-Februari 2015.

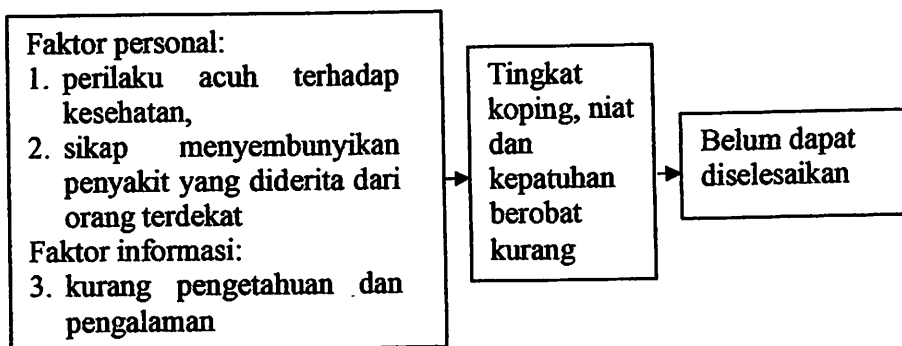
Penyakit jantung koroner, gagal jantung, diabetes mellitus, penyakit paru obstruktif kronik dan hipertensi adalah penyakit kronis yang membutuhkan biaya perawatan kesehatan dan frekuensi rawat inap lebih tinggi di rumah sakit (*New South Wales Department of Health*, 2014). Beberapa penelitian menyebutkan bahwa *self management program* merupakan program yang sangat berguna bagi pasien penyakit kronis untuk pencegahan kekambuhan dan pengelolaan penyakit sekaligus meningkatkan kondisi kesehatan melalui proses adopsi berbagai perilaku yang direkomendasikan tenaga kesehatan (Barlow, *et al.* 2002; Bodenheimer, *et al.* 2002; Siu, *et al.* 2006). Tujuan perawatan penyakit jantung koroner tidak hanya untuk memperpanjang hidup, tetapi juga meringankan gejala dan meningkatkan fungsi (Chan, 2005). Morbiditas, mortalitas, dan biaya pengobatan tinggi pasien PJK memerlukan strategi penatalaksanaan tepat. Penelitian Wicaksana (2010) menunjukkan bahwa *Diabetes Self-Management Education (DSME)* memberikan pengaruh signifikan terhadap pengelolaan mandiri pasien DM tipe 2 meliputi peningkatan pengetahuan, sikap, dan keterampilan manajemen diri. Keberhasilan penerapan DSME baik di Indonesia maupun di negara lain memicu peneliti untuk menerapkan pada pasien penyakit jantung koroner. Penelitian Dale *et.al* (2014) menunjukkan keberhasilan *self managemen program* pada penyakit jantung koroner dalam peningkatan gaya hidup, kualitas hidup, kepatuhan berobat dan penurunan kekambuhan, *clinical outcome*. Fernandes *et.al* (2008) mengembangkan *Self management program* pada penyakit jantung koroner dan menunjukkan keberhasilan berupa penerapan

program berbasis pada perubahan sumber daya mandiri dengan memberikan pelatihan ketrampilan untuk memodifikasi faktor resiko kesehatan seperti merokok, aktifitas fisik, gaya hidup, dan asupan makanan yang dikonsumsi. Hasil penelitian Peterson (2014) *Developing self-management education in coronary artery disease* membuktikan keberhasilan berupa peningkatan pengelolaan aktivitas fisik, diet, pengurangan stres, perilaku berhenti merokok, kepatuhan berobat, dan kontrol ke dokter menggunakan Teori Kognitif Sosial melalui peningkatan *self efficacy*. Sampai saat ini *self management program* untuk penyakit jantung koroner belum pernah dilaksanakan oleh RSUD Jombang. Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Poli RSUD Jombang menunjukkan bahwa faktor ketidakpatuhan berobat pada pasien penyakit jantung koroner dipengaruhi perilaku acuh terhadap kesehatan dengan diperkuat informasi dan pengalaman kurang dalam pengelolaan penyakit jantung koroner. Faktor lain mempengaruhi ketidakpatuhan berobat adalah sikap menyembunyikan penyakit yang diderita dari keluarga atau teman terdekat, mengakibatkan dukungan sosial kurang dalam perawatan penyakit jantung koroner. Pemberian pendidikan kesehatan masih belum optimal dan upaya Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang terbatas melalui penyuluhan di puskesmas yang tidak dapat menjangkau semua pasien PJK di Kabupaten Jombang.

Perbedaan kebudayaan dan pendidikan di Indonesia dengan berbagai negara yang telah menerapkan *self management program* perlu perhatian khusus. Pemberian *self management program* dengan sistem konseling dan diskusi disertai pemberian *booklet* perlu dilakukan untuk mencapai tujuan yang diharapkan yaitu permasalahan koping, niat dan kepatuhan berobat pasien PJK di

RSUD Jombang. Berbasis *Theory of Planned Behavior* (TPB) diharapkan perilaku terbentuk karena ada niat (*intention*) yang ditentukan oleh sikap, norma subjektif dan persepsi individu. Pemberian *self management program* yang berisi edukasi pengelolaan PJK diharapkan dapat membangun persepsi positif melalui *learning process* sehingga menghasilkan pemahaman untuk mengubah tingkat *awareness* pasien terhadap kesehatan dengan perubahan sikap dan norma subjektif pasien PJK dapat menghasilkan koping meningkat dan didukung niat berperilaku sehat tinggi maka terbentuk perilaku sehat yaitu kepatuhan berobat.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi masalah koping, niat dan kepatuhan berobat pada pasien PJK

1.3 Rumusan Masalah

1. Apakah ada perbaikan koping setelah pemberian intervensi *self management program* pasien PJK di RSUD Jombang?
2. Apakah ada perbaikan niat setelah pemberian intervensi *self management program* pasien PJK di RSUD Jombang?
3. Apakah ada perbaikan kepatuhan berobat setelah pemberian intervensi *self management program* pasien PJK di RSUD Jombang?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menyelesaikan permasalahan koping, niat dan kepatuhan berobat pasien PJK dengan pemberian *self management program* di RSUD Jombang.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh *self management program* terhadap perbaikan koping pasien PJK di RSUD Jombang.
2. Menganalisis pengaruh *self management program* terhadap perbaikan niat (*intention*) pasien PJK di RSUD Jombang.
3. Menganalisis pengaruh *self management program* terhadap perbaikan kepatuhan berobat pasien PJK di RSUD Jombang.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

1. Memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah dan keperawatan komunitas tentang pengelolaan pasien PJK secara mandiri di rumah dalam meningkatkan niat, koping dan kepatuhan berobat.
2. Memperkuat konsep *self management program* di dalam penatalaksanaan atau pengelolaan penyakit jantung koroner dalam upaya meningkatkan pelayanan keperawatan.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pasien

Hasil dari penelitian ini dapat membantu pasien penyakit jantung koroner meningkatkan niat, koping dan kepatuhan berobat sehingga dapat mencegah kekambuhan atau serangan berulang, meningkatkan derajat kesehatan serta kualitas hidup pasien.

2. Bagi perawat

Perawat dapat mengaplikasikan *self management program* dalam membantu pasien penyakit jantung koroner di tatanan pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kemandirian pasien penyakit jantung koroner dalam mengelola penyakit yang diderita.

1.6 Riset Pendukung

Self Management Program sebagai bagian perawatan kesehatan mandiri pada pasien penyakit jantung koroner masih belum pernah dilakukan. Riset ditemukan oleh peneliti adalah hasil riset dari literatur luar negeri dari berbagai negara yaitu Australia, Amerika Serikat, Kanada, Belanda, Perancis, Jerman, Irlandia, dan China hanya satu literatur.

Berikut ini peneliti menyajikan hasil riset terdahulu mengenai *Self Management Program* diterapkan pada pasien penyakit jantung koroner pada tabel 1.1.

Tabel 1.1 Daftar riset pendukung tentang *Self Management Program*, koping, niat dan kepatuhan berobat

| No | Judul Penelitian | Penulis & Tahun | Desain Penelitian | Populasi, Sample, dan Sampling | Variabel Penelitian & Instrumen | Hasil Penelitian |
|----|--|-----------------------------|--|--|---|--|
| 1. | <i>Improving coronary heart disease self management using mobile technologies (Text4Heart): a randomized controlled trials protocol</i> | Dale, L, et al., 2014 | <i>Randomized controlled trials</i> | 120 pasien PJK, Heath intervention group= 60, kontrol group= 60 | Variabel independen: <i>self management</i> Variabel dependen: gaya hidup, kualitas hidup, kepatuhan berobat, kekambuhan, <i>clinical outcome</i> | Menunjukkan hasil positif pada variabel dependen yang diteliti namun masih dalam proses trial lebih lanjut untuk memperkuat hasil. |
| 2. | <i>The role of self efficacy on cardiovascular disease self management: a review of effective programs</i> | Katch & Mead, 2010 | <i>Systematic review</i> | 5 penelitian dengan <i>management program</i> berfokus pada <i>self efficacy</i> pada penderit PJK | Variabel independen: <i>self management</i> Variabel dependen: <i>self efficacy</i> , <i>clinical outcome</i> , jumlah berapa kali rawat inap dengan PJK | Kelompok yang menerapkan <i>self management</i> menunjukkan peningkatan positif terhadap <i>self efficacy</i> , <i>clinical outcome</i> , dan jumlah rawat inap |
| 3. | <i>A national dissemination of an evidence based self management program: a process evaluating study</i> | Lorig, K., et al., 2005 | Kualitatif | 291 pasien penyakit ronis termasuk PJK, dan 225 petugas kesehatan | Variabel independen: <i>self management</i> Variabel dependen: pengaplikasian <i>self management</i> dalam pelayanan kesehatan pertama (puskesmas) | <i>Self management program</i> efektif untuk diaplikasikan dalam peningkatan kesehatan secara mandiri di sebagian besar wilayah kerja primary health (puskesmas) |
| 4. | <i>A pilot randomised controlled trial comparing a health-related life style self management intervention with standard cardiac rehabilitation following an acute cardiac event: implication for a larger clinical trial</i> | Fernandes, R., et al., 2008 | <i>A pilot randomized controlled trial</i> | Sampel awal 125 dan hanya 51 setuju, kelompok intervensi= 29, dan kelompok kontrol= 22 | Variabel independen: <i>self management</i> Variabel dependen: <i>clinical outcome</i> (BB, TD, kadar kolesterol), kepatuhan, lifestyle (pola makan, pola olahraga, kebiasaan merokok) | Kelompok intervensi menunjukkan peningkatan positif terhadap kepatuhan, <i>clinical outcome</i> , dan <i>life syle</i> |

| | | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|---|--|
| 5. <i>A qualitative participatory study to identify experiences of coronary heart disease patients to support the development of online self management services</i> | Vorbergen, S., et al., 2013 | Kualitatif | <p>Variabel independen: <i>self management services</i></p> <p>Variabel dependen: ketakutan serangan, pengalaman memperoleh perawatan profesional, ketidakmampuan mencegah keparahan penyakit, kemauan hidup lebih lanjut, lingkungan sosial yang mendukung, informasi berlanjut sesuai kebutuhan</p> | Menunjukkan hasil positif terhadap setiap variabel dependen yang diteliti pada pasien PJK dengan menerapkan <i>self management service</i> |
| 6. <i>Developing self management education in coronary heart disease</i> | Peterson, J., et al., 2014 | Kohort, kualitatif | <p>Study kohort (n=61), kualitatif (n=225)</p> <p>Variabel dependen: <i>self management education</i></p> <p>Variabel dependen: Perilaku kesehatan, <i>self efficacy</i>, pengetahuan, resiko serangan berulang</p> | Hasil penelitian menyatakan bahwa penderita PJK dengan <i>self management education</i> menunjukkan peningkatan perilaku kesehatan, <i>self efficacy</i> , pengetahuan, dan penurunan resiko serangan berulang |
| 7. <i>Development of health-related lifesyle self-management intervention for patient with coronary heart disease</i> | Fernandes, R., et al., 2009 | Randomised control trial | <p>Jumlah responden 50 orang</p> <p>Variabel independen: <i>self management intervention</i></p> <p>Variabel dependen: life style dan status kesehatan</p> | Terdapat peningkatan kesehatan berhubungan dengan gaya hidup positif kelompok yang memperoleh intervensi <i>self management</i> |
| 8. <i>Disease-related knowledge in cardiac rehabilitation enrollees: correlates and changes</i> | Ghisi, G. et al., 2015 | Prospective observational study | <p>Sample=214 (kelompok intervensi= 118 dan kelompok kontrol 95)</p> <p>Variabel independen: <i>cardiac rehabilitation</i></p> <p>Variabel dependen: perilaku kesehatan, pengetahuan, <i>physical action</i> (nutrisi, merokok, kepatuhan berobat)</p> | Pada kelompok intervensi terjadi peningkatan perilaku kesehatan, pengetahuan, dan aktifitas fisik meliputi pengaturan diet, kepatuhan berobat, dan perilaku merokok menurun |

| | | | | | | |
|-----|--|-----------------------------|------------------|--|--|---|
| 9. | <i>Evaluation of the chronic disease self management program in a Chinese population</i> | Siu, A., et al., 2007 | Quasy experiment | Sample (kelompok intervensi= 80 dan kelompok kontrol 80) | Variabel independen: self management program Variabel dependen: self efficacy, strategi koping, perilaku self management, pengalihan rasa sakit, health outcome | Kelompok perlakuan menunjukkan hasil positif dengan ada peningkatan self efficacy, strategi koping, perilaku self management, pengalihan rasa sakit, namun tidak menunjukkan hasil signifikan pada health outcome |
| 10. | <i>Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients</i> | Schroder & Schwaezer, 2005 | Quasy experiment | Jumlah sampel 381 orang | Variabel independen: management of health behavior Variabel dependen: self efficacy, health behavior, perilaku olah raga, kelelahan, dan gejala penyakit | Hasil penelitian terdapat peningkatan self efficacy, health behavior, exercise, diet, fatigue, dan terjadi penurunan gejala penyakit |
| 11. | <i>Integrated medical care management and behavioral risk factor reduction for multicondition patients: behavioral outcomes of the TEAM care trial</i> | Rosenberg, D., et al., 2013 | TEAM care trial | N= 185 | Variabel independen: medical care management terintegrasi Variabel dependen: behavioral outcomes (aktivitas fisik, sedentary behavior, smoking cessaria, diet) | Behavioral outcomes (aktivitas fisik, sedentary behavior, smoking cessaria, diet) menunjukkan hasil positif pada kelompok intervensi |

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menjelaskan konsep berhubungan dengan masalah penelitian. Konsep yang diuraikan antara lain konsep penyakit jantung koroner, kepatuhan berobat, *self management program*, perilaku kesehatan, koping, niat, dan teori *Planned Behavior*.

2.1 Konsep Penyakit Jantung Koroner

2.1.1 Pengertian

Penyakit Jantung Koroner (PJK) sering disebut penyakit jantung iskemik adalah penyakit jantung yang sering disebabkan sumbatan plak aterosklerosis pada arteri koroner yang berperan sebagai pemasok nutrisi dan oksigen ke otot jantung dengan gejala paling menonjol berupa nyeri dada, namun dapat juga terjadi tanpa nyeri dada atau nyeri dada tidak menonjol (Rilantono, 2013). Davidson (2003) mendefinisikan penyakit jantung koroner sebagai penyakit pada arteri koronaria terjadi selama beberapa tahun menjurus ke angina, serangan jantung, dan kematian mendadak.

Menurut Soeharto (2004), suatu keadaan dimana terjadi halangan atau kelainan di arteri koroner sehingga suplai darah tidak mencukupi yang berarti suplai oksigen dan nutrisi untuk menggerakkan jantung secara normal kurang disebut PJK. Penyakit Jantung Koroner/ *Coronary Heart Disease (CHD)* /*Ishchemic Heart Disease (ISH)* adalah penyakit jantung terjadi karena terjadi hambatan atau penyempitan pembuluh darah mengalir ke otot jantung

sehingga terjadi ketidakseimbangan suplai oksigen dan nutrisi otot jantung mengakibatkan kerusakan pada daerah tidak tersuplai sehingga fungsi jantung terganggu.

2.1.2 Etiologi

Penyebab jantung koroner adalah karena penumpukan zat lemak berlebihan di lapisan dinding nadi pembuluh koroner, dipengaruhi pola makan kurang sehat. Kecanduan rokok, hipertensi, kolesterol tinggi menjadi penyebab penyakit jantung koroner (Tanuwijoyo, 2013).

Salah satu penyebab utama PJK adalah aterosklerosis koroner yaitu proses penimbunan lemak dan jaringan fibrin, gangguan fungsi dan struktur pembuluh darah mengakibatkan berkurang aliran darah ke miokard. Aterosklerosis adalah penyakit arteri berkembang secara perlahan, dengan penebalan tunika intima akibat disfungsi endotel, inflamasi vaskular, terbentuk lipid kolesterol, kalsium, dan debris seluler pada dinding pembuluh darah. Pembentukan ini akan menghasilkan plak, remodeling pembuluh darah, obstruksi lumen pembuluh darah akut dan kronik, abnormalitas aliran darah dan suplai oksigen menurun ke organ target (Tanuwijoyo, 2013).

Aterosklerosis koroner terjadi kelainan pada intima bermula dari bercak fibrosa (*fibrous plaque*) dan kemudian terjadi ulserasi, pendarahan, kalsifikasi dan trombosis. Perjalanan dalam kejadian aterosklerosis tidak hanya disebabkan oleh faktor tunggal, tetapi diperberat oleh berbagai faktor antara lain hipertensi, kadar lipid, rokok, kadar gula darah abnormal (Tanuwijoyo, 2013).

2.1.3 Faktor risiko

Faktor risiko aterosklerosis koroner, antara lain (AHA, 2014):

a. Faktor risiko tidak dapat diubah:

1. Usia (laki-laki >45 tahun; perempuan >55 tahun atau menopause premature tanpa terapi penggantian estrogen)
2. Riwayat *CAD* pada keluarga (*MI* pada ayah atau saudara laki-laki sebelum berusia 55 tahun atau pada ibu saudara perempuan sebelum berusia 65 tahun)

b. Faktor risiko dapat diubah:

1. Hiperlipidemia (*LDL-C*): batas atas, 130-159 mg/dl; tinggi >160 mg/dl
2. *HDL-C* rendah: <40 mg/dl
3. Hipertensi (>140/90 mmHg atau pada obat antihipertensi)
4. Merokok
5. *Diabetes mellitus* (bergantung insulin atau tidak bergantung insulin)
6. Obesitas, terutama abdominal
7. Ketidakaktifan fisik
8. Hiperhomosisteinemia (>16 $\mu\text{mol/L}$)
9. Faktor risiko negative: *HDL-C* tinggi

2.1.4 Patogenesis

Patogenesis aterosklerosis merupakan suatu proses interaksi kompleks, dan hingga saat ini masih belum dimengerti penuh. Interaksi dan respon komponen dinding pembuluh darah dengan pengaruh unik berbagai stresor (sebagian diketahui sebagai faktor risiko) terutama dipertimbangkan. Teori patogenesis yang

mencakup konsep ini adalah hipotesis respons terhadap cedera, dengan beberapa bentuk cedera tunika intima mengawali inflamasi kronis dinding arteri dan menyebabkan atheroma (Price, 2006).

Dinding pembuluh darah terpajan berbagai iritan terdapat dalam hidup keseharian antara lain faktor hemodinamik, hipertensi, hiperlipidemia, serta derivat merokok dan toksin (misal, homosistein atau *LDL-C* teroksidasi). Agen infeksius (*Clamidia pneumonia*) juga dapat menyebabkan cedera. Dari kesemua agen, efek sinergis gangguan hemodinamik menyerupai fungsi sirkulasi normal digabungkan dengan efek merugikan hiperkolesterolemia dianggap merupakan faktor terpenting dalam patogenesis aterosklerosis (Price, 2006).

Kepentingan teori patogenesis respons terhadap cedera adalah cedera endotel kronis menyebabkan respons inflamasi kronis dinding arteri dan aterosklerosis. Berbagai kadar stres yang berkaitan dengan turbulensi sirkulasi normal dan menguatkan hipertensi diyakini menyebabkan daerah vokal disfungsi endotel, misal ostia pembuluh darah, titik percabangan, dan dinding posterior aorta abdominalis dan aorta desenden telah diketahui sebagai tempat utama terbentuk plak aterosklerosa (Price, 2006).

Dinding arteri terdiri atas lapisan konsentrik tempat endotel, sel otot polos, dan matriks ekstrasel dengan serabut elastik dan kolagen yang dapat terlihat dengan jelas. Ketiga lapisan ini adalah intima, media, dan adventisia. Lapisan intima terdiri atas endotel membatasi arteri dan merupakan bagian dinding pembuluh darah yang berinteraksi dengan komponen darah. Lapisan media merupakan bagian otot dinding arteri terdiri atas sel otot polos, kolagen, dan elastik. Lapisan intima melindungi lapisan media dari komponen darah. Lapisan

media bertanggung jawab atas kontraktilitas dan kerja pembuluh darah. Lapisan adventisia merupakan lapisan terluar dinding pembuluh darah dan terdiri atas sebagian sel otot polos dan fibroblast, lapisan ini juga mengandung vasa vasorum, yaitu pembuluh darah kecil yang menghantarkan suplai darah ke dinding pembuluh darah. Pada aterosklerosis, terjadi gangguan integritas lapisan media dan intima, sehingga menyebabkan ateroma. Hipotesis respons terhadap cedera memperkirakan bahwa langkah awal dalam aterogenesis adalah cedera, kemudian menyebabkan disfungsi endotel arteri dengan peningkatan permeabilitas terhadap monosit dan lipid darah (Price, 2006).

Hiperkolesterolemia sendiri diyakini mengganggu fungsi endotel dengan meningkatkan produksi radikal bebas oksigen. Radikal ini menonaktifkan oksida nitrat, yaitu faktor *endothelial-relaxing* utama. Bila terjadi hiperlipidemia kronis, lipoprotein tertimbun dalam lapisan intima. Pemajanan terhadap radikal bebas dalam sel endotel dinding arteri menyebabkan oksidasi *LDL-C* yang berperan dan mempercepat plak ateromatosa. Oksidasi *LDL-C* diperkuat oleh kadar *HDL-C* rendah, *diabetes mellitus*, defisiensi estrogen, hipertensi, dan derivat merokok. Kadar *HDL-C* tinggi bersifat protektif terhadap timbul *CAD* bila 25% kolesterol total. Hiperkolesterolemia memicu adhesi monosit, migrasi sel otot polos subendotel, dan penimbunan lipid dalam makrofag dan sel otot polos. Bila terpajan dengan *LDL-C* teroksidasi, makrofag menjadi sel busa yang beragregasi dalam lapisan intima terlihat secara mikroskopis sebagai bercak lemak kemudian deposisi lipid dan jaringan ikat mengubah bercak lemak ini menjadi ateroma lemak fibrosa matur. Ruptur menyebabkan inti bagian dalam plak terpajan dengan *LDL-C* teroksidasi dan meningkat perlekatan elemen sel, termasuk trombosit

kemudian deposisi lemak dan jaringan ikat mengubah plak fibrosa menjadi ateroma, yang dapat mengalami perdarahan, ulserasi, kalsifikasi, atau thrombosis, dan menyebabkan infark miokardium (Price, 2006).

2.1.5 Manifestasi klinis

Aterosklerosis yang terbentuk dalam lumen arteri dapat bersifat sebagai plak yang *vulnerable* maupun plak yang stabil. Oleh karena itu, penyakit jantung koroner memberikan dua manifestasi klinis penting yaitu akut koroner sindrom dan angina pectoris stabil (Price, 2006).

1. Plak *Vulnerable* (plak yang memiliki dinding tipis dengan lemak yang besar, mudah ruptur jika ada faktor pencetus akibat aktivasi enzim protease yang dihasilkan makrofag) akut koroner sindrom.

1) ST elevasi miokard infark (STEACS), oklusi total oleh trombus

1. STEMI, infark dengan peningkatan enzim jantung

2. Angina variant (prinzmetal), jarang terjadi dan merupakan akibat spasme coroner.

2) Non-ST elevasi *acute coronary syndrome* (NSTEACS); oklusi parsial

1. NSTEMI, infark dengan peningkatan enzim jantung

2. *Unstable angina*, kresendo angina tanpa peningkatan enzim jantung.

2. Plak Stabil (plak yang memiliki dinding tebal dengan lemak yang sedikit) angina pectoris stabil; dekresendo angina, tanpa peningkatan enzim jantung.

Sedangkan menurut Joewono (2003) manifestasi PJK meliputi:

1. Asimptomatik (*Silent Myocardial Ischemia*)

2. Angina Pectoris

1. Angina Pektoris Stabil
2. Angina Pektoris tidak Stabil
3. *Variant Angina (Prinzmetal Angina)*
3. Infark Miokard Akut
4. Dekompensasi Kordis
5. Aritmia Jantung
6. Mati Mendadak (*Sudden death*)
7. *Syncope*

2.1.6 Diagnosis klinis

Langkah pertama dalam pengelolaan PJK ialah penetapan diagnosis pasti. Diagnosis yang tepat amat penting, karena bila diagnosis PJK telah dibuat, maka penderita mempunyai kemungkinan akan dapat mengalami infark atau kematian mendadak. Diagnosis yang salah selalu mempunyai konsekuensi buruk terhadap kualitas hidup penderita. Pada orang muda, pembatasan kegiatan jasmani yang tidak tepat mungkin akan dinasihatkan. Selain itu, kesempatan mereka untuk mendapat pekerjaan mungkin akan berkurang. Bila hal ini terjadi pada orang tua, maka mereka mungkin harus mengalami pensiun yang terlalu dini, harus berulang kali di rawat di rumah sakit atau harus makan obat yang potensial toksin untuk jangka waktu lama (Price, 2006).

a. Anamnesis (Gray, 2005).

Nyeri dada (*angina*) merupakan gejala kardinal pasien IMA. Sifat nyeri dada *angina* sebagai berikut:

1. Lokasi: *substernal, retrosternal*, dan prekordial

2. Sifat nyeri: rasa sakit, seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda berat seperti: ditusuk, diperas, atau dipelintir
3. Penjalaran: nyeri lengan kiri, dapat juga ke leher, rahang bawah, gigi, punggung/ interskapula, perut dan dapat juga ke lengan kanan.
4. Nyeri membaik atau hilang dengan istirahat atau obat nitrat.
5. Faktor pencetus: latihan fisik, stres emosi, udara dingin, sesudah makan.
6. Gejala yang menyertai: mual, muntah, sulit bernapas, keringat dingin, cemas, dan lemas.

b. Pemeriksaan fisik

Tujuan dari pemeriksaan fisik adalah untuk mengidentifikasi faktor pencetus dan kondisi lain sebagai konsekuensi dari PJK. Hipertensi tak terkontrol, takikardi, anemis, tirotoksikosis, stenosis aorta berat (bising sistolik), dan kondisi lain (seperti penyakit paru), serta retinopati hipertensi atau diabetik. Keadaan disfungsi ventrikel kiri atau tanda gagal jantung (hipotensi, murmur dan galop S3) menunjukkan prognosis yang buruk. Bruit di karotis atau penyakit vaskuler perifer menunjukkan bahwa pasien memiliki kemungkinan juga menderita PJK (Gray, 2005).

c. Laboratorium

Leukositosis/ normal, anemia, gula darah tinggi/ normal, dislipidemia, SGOT meningkat, jika cek enzim jantung maka meningkat enzim jantung penanda infark miokardium (Gray, 2005).

| Enzim | Meningkat | Puncak | Normal |
|------------|-----------|-----------|-----------|
| CK-MB | 6 jam | 24 jam | 36-48 jam |
| GOT | 6-8 jam | 36-48 jam | 48-96 jam |
| LDH | 24 jam | 48-72 jam | 7-10 hari |
| TROPONIN T | 3 jam | 12-24 jam | 7-10 hari |
| TROPONIN I | 3 jam | 12-24 jam | 7-14 hari |

d. Foto Dada

Kardiomegali, aortasklerosis, dan edema paru (Gray, 2005).

e. Pemeriksaan Jantung Non-invasif

1. EKG Akut Koroner Sindrom (Gray, 2005):

1. STEMI -> ST elevasi > 2mm minimal pada 2 sandapan precordial yang berdampingan atau > 1mm pada 2 sandapan ekstremitas, LBBB baru atau diduga baru; ada perubahan EKG
2. NSTEMI -> Normal, ST depresi > 0,05mV, T *inverted* simetris; ada evolusi EKG
3. UAP -> Normal atau *transient*
4. Angina Pektoris Stabil iskemia, dapat kembali normal waktu nyeri hilang.

2. Uji Latihan Jasmani (*Treadmill*)

3. Uji Latihan Jasmani Kombinasi Pencitraan:

1. Uji Latih Jasmani Ekokardiografi (Stres Eko)
2. Uji Latih Jasmani Scintigrafi Perfusi Miokard
3. Uji Latih Jasmani Farmakologik Kombinasi Teknik Imaging

4. Ekokardiografi Istirahat

5. Monitoring EKG Ambulator

6. Teknik Non-invasif

Penentuan Klasifikasi Koroner dan Anatomi Koroner:

1. Computed Tomografi

2. *Magnetic Resonance Arteriography*

Setiap pasien dengan nyeri dada perlu dilakukan anamnesis yang teliti, penentuan faktor risiko, pemeriksaan jasmani, dan EKG. Pada pasien dengan gejala angina pectoris ringan cukup dilakukan pemeriksaan non-invasif. Bila pasien dengan keluhan yang berat dan kemungkinan diperlukan tindakan revaskularisasi, maka tindakan angiografi sudah merupakan indikasi. Pada keadaan yang meragukan dapat dilakukan treadmill test. *Treadmill test* lebih sensitif dan spesifik dibandingkan dengan EKG, merupakan test pilihan untuk mendeteksi pasien dengan kemungkinan angina pectoris yang mudah dan biaya terjangkau. Pada pasien PJK, iskemia miokard direfleksikan dengan depresi segmen ST, yang sering terlihat pada lead dengan gelombang R tertinggi (V5). Pemeriksaan alternatif lain yang dapat dilakukan adalah ekokardiografi dan teknik non-invasif penentuan klasifikasi koroner dan anatomi koroner, *Computed Tomography*, *Magnetic Resonance Arteriography*, dengan sensitifitas dan spesifitas yang lebih tinggi. Di samping itu tes ini juga cocok untuk pasien yang tidak dapat melakukan *exercise*, dimana dapat dilakukan uji latih dengan menggunakan obat *dipyridamole* atau *dobutamine* (Gray, 2005).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada penyakit jantung koroner sangat tergantung pada ukuran dan lokasi ischemia serta infark miokard. Menurut Price & Wilson (2006) adalah:

a. Gagal jantung kongesti

Ini merupakan komplikasi yang sering terjadi setelah infark. Hal ini terjadi karena kongesti sirkulasi akibat disfungsi miokardium. Tempat kongesti tergantung pada ventrikel yang terlibat.

b. Aritmia

Aritmia terjadi pada saat fase akut miokard infark. Hal ini dapat menyebabkan gangguan hemodinamik, meningkatkan kebutuhan oksigen yang dapat memperluas infark bila tidak diatasi dengan tepat dapat mengakibatkan kematian.

c. Disfungsi ventrikel kiri

Sering pada miokard infark inferior, gangguan hemodinamik berat sering terjadi, fungsi ventrikel kiri ini dapat dinilai dengan akurat dan cepat dengan ekhokardiogram. Prognosis IMA sangat ditentukan oleh tingkat disfungsi ventrikel kiri.

d. Syok kardiogenik

Syok kardiogenik disebabkan oleh penurunan curah jantung menyebabkan gangguan dalam hemodinamik ditandai tekanan darah < 90 mmHg disertai tanda hipoperfusi jaringan seperti kulit dingin, berkeringat, produksi urin menurun dan penurunan kesadaran.

e. Infark ventrikel kanan

Manifestasi klinik infark ventrikel kanan bervariasi dari asimtomatik hingga syok kardiogenik. Infark ventrikel kanan dengan kelainan hemodinamik yang signifikan timbul pada 5-10% pasien IMA. Infark ventrikel kanan yang disertai infark inferior memiliki angka mortalitas yang meningkat secara signifikan.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penyakit jantung koroner dibagi menjadi dua yaitu secara farmakologis dan pembedahan (AHA, 2014).

a. Penatalaksanaan farmakologi

a) Aspirin

Dari berbagai studi telah jelas terbukti bahwa aspirin masih merupakan obat utama untuk pencegahan trombosis. Karena itu aspirin disarankan diberi pada semua pasien PJK kecuali bila ditemui kontraindikasi.

b) *Thienopyridine Clopidogrel dan Ticlopidine*

Ticlopidine merupakan antagonis ADP dan menghambat agregasi trombosit. *Clopidogrel* lebih diindikasikan pada penderita dengan resistensi atau intoleransi terhadap aspirin.

c) Obat penurun kolesterol

Pengobatan dengan statin digunakan untuk mengurangi risiko baik pada prevensi primer maupun prevensi sekunder.

d) *ACE-Inhibitor/ ARB*

e) Nitrat pada umumnya disarankan, karena nitrat memiliki efek venodilator sehingga *preload* miokard dan volume akhir bilik kiri dapat menurun sehingga dengan demikian konsumsi oksigen *miokard* juga akan menurun.

f) Antagonis kalsium mempunyai efek vasodilatasi.

b. Pembedahan

a) *Coronary artery bypass surgery (CABG)*

b) *Percutaneous coronary intervention (PCI)*

c) Pemasangan *Stent* Elektif

d) *Drug-Eluting Stent (DES)*

Penatalaksanaan penyakit jantung koroner tidak dapat menyembuhkan secara total. Dengan kata lain tetap diperlukan modifikasi gaya hidup dan mengatasi faktor penyebab agar progresi penyakit dapat dihambat (Harun, 2006).

2.2 Konsep Kepatuhan Berobat

2.2.1 Definisi

Kepatuhan adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain (Sarafino, 1990 dalam Smet, 1994).

Sackett (1976) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Niven, 2002).

Kepatuhan didefinisikan sebagai beberapa baik perilaku sasaran dalam menggunakan obat, mengikuti diet atau mengubah gaya hidup sesuai dengan tatalaksana terapi (WHO, 2003). Sehingga dapat disimpulkan bahwa kepatuhan berarti mengikuti spesifikasi, standar, atau aturan yang sudah disarankan oleh dokter atau tenaga kesehatan yang meliputi penggunaan obat, aturan kontrol ke dokter atau tenaga kesehatan, mengikuti diet, mengubah gaya hidup, melakukan latihan, dan mengontrol respon tubuh seperti berat badan, tekanan darah, gula darah, kolesterterol, dll terkait penyakit yang diderita.

2.2.2 Faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Patuh adalah sikap positif yang ditunjukkan dengan ada perubahan secara berarti sesuai tujuan pengobatan yang ditetapkan (Carpenito, 2000). Kepatuhan dalam pengobatan meliputi:

1. Kontrol teratur, bila penderita datang berobat sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan, tahu keadaan *emergency* yang memerlukan pengobatan diluar jadwal kontrol.
2. Berperilaku sesuai aturan, yaitu penderita mau melaksanakan segala sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan sesuai aturan yang telah ditetapkan, misalnya aturan minum obat, makan makanan yang boleh dimakan, mengurangi aktivitas, dan sebagainya.

Andersen (1968) mengembangkan sebuah teori yaitu *Andersen's Behavioral Model of Health Services Utilization* mengungkapkan bahwa keputusan seseorang untuk patuh dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tergantung pada beberapa hal antara lain:

1. Komponen predisposisi

Komponen ini merupakan kumpulan faktor yang menggambarkan karakteristik individu yang mempunyai kepatuhan menggunakan pelayanan kesehatan. Komponen ini terdiri dari tiga bagian yaitu:

1. Demografi yang terdiri dari usia, jenis kelamin, dan status perkawinan
2. Struktur sosial yang terdiri dari jenis pekerjaan, status sosial, pendidikan, ras, dan kesukuan.

- Makin rendah pengetahuan dan pendidikan pasien tentang bahaya penyakit, dan keutamaan berobat secara tuntas untuk diri pasien, makin besar bahaya penderita menjadi sumber penularan baik di rumah maupun di lingkungan sekitar (Entjang, 2000).
3. Kepercayaan kesehatan (*health belief*), merupakan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan, dokter dan penyakit.
 4. Pengetahuan mengenai penyakit yang diderita pasien, sikap dan tekad untuk sembuh dari penderita.
2. Komponen pendukung yaitu suatu kondisi atau keadaan yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Komponen ini dibagi menjadi dua yaitu:
1. Sumber daya keluarga, meliputi penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan dan keikutsertaan dalam asuransi kesehatan. Menurut Becker (2001) dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil yang besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan penderita. Program pengendalian penderita (*case holding*) berupa usaha pengobatan secara teratur sampai mencapai kesembuhan, salah satu upayanya adalah menentukan seorang pengawas bagi tiap penderita, dipilih dari anggota keluarganya yang berwibawa atau seseorang yang tinggal dekat rumah yang bertugas untuk memantau dan memotivasi penderita.
 2. Sumber daya masyarakat, meliputi jumlah sarana kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan.

Lingkungan atau jarak yang jauh dari tempat pelayanan kesehatan memberikan kontribusi rendah pada kepatuhan, sebagian responden memilih fasilitas kesehatan yang relatif dekat dengan rumah. Keadaan sosial ekonomi yang rendah dapat menghambat keteraturan berobat, hal ini dapat diperberat dengan jarak yang jauh dari pelayanan kesehatan sehingga memerlukan biaya transportasi.

3. Komponen kebutuhan (*need*), merupakan komponen yang paling langsung berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Sementara itu menurut Niven (2002), bahwa faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan digolongkan menjadi 4 bagian, yaitu:

1. Pemahaman klien terhadap instruksi

Jika klien paham terhadap intruksi yang diberikan maka klien dapat mematuhi intruksi tersebut dengan baik. Terkadang hal ini dapat di sebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, banyak menggunakan istilah medis dan banyak memberikan instruksi yang harus diingat oleh klien. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ley dan Spelman (1967) lebih dari 60% responden yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka.

2. Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan klien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan, dari hasil penelitian dikemukakan ada kaitan yang erat antara

kepuasan konsultasi dengan kepatuhan.

3. Keluarga

Keluarga dapat menjadikan faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota yang sakit, serta menentukan keputusan untuk mencari dan mematuhi anjuran pengobatan.

4. Keyakinan, Sikap dan Kepribadian

Klien yang tidak patuh adalah seseorang yang mengalami depresi, ansietas, memiliki kekuatan ego lebih lemah dan kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian kepada diri sendiri.

Menurut Blevin dan Lubkin (1999), seperti dikutip oleh Carpenito (1999), bahwa kepatuhan meliputi perubahan perilaku ke arah positif dipengaruhi oleh:

1. Inisial dan kepercayaan yang terus menerus pada pemberi kesehatan yang profesional
2. Pujian oleh orang terdekat yang lain (*reinforcement*)
3. Persepsi diri terhadap sakit
4. Persepsi tentang keseriusan sakit yang diderita
5. Fakta bahwa kepatuhan dapat mengontrol gejala atau sakit
6. Efek samping dan kemampuan toleransi
7. Gejala minimal pada aktifitas keseharian atau orang terdekat yang lain
8. Keuntungan yang lebih banyak didapatkan pada terapi dari pada kerugian

9. Perasaan diri yang positif.

Kepatuhan yang kurang atau negatif dipengaruhi oleh:

1. Penjelasan yang tidak adekuat
2. Tidak ada kesepakatan antara pemberi pelayanan dengan klien
3. Terapi yang memerlukan waktu yang lama
4. Kompleksitas dan biaya yang tinggi untuk pengobatan
5. Efek samping yang berat.

Ketidakpatuhan atau kepatuhan negatif merupakan suatu kondisi pada individu atau kelompok yang mau melakukan tetapi dicegah oleh faktor yang menghalangi ketaatan terhadap anjuran yang berhubungan dengan kesehatan yang diberikan oleh profesional kesehatan (Carpenito, 2000).

2.2.3 Metode Untuk Mengurangi Ketidakpatuhan

Menurut Dinicola dan DiMatello dikutip Niven (2002) mengemukakan 5 rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan:

1. Menumbuhkan kepatuhan dengan mengembangkan tujuan kepatuhan.

Klien akan dengan senang hati mengungkapkan tujuan kepatuhan, jika pasien memiliki keyakinan dan sikap positif terhadap tujuan tersebut serta ada dukungan dari keluarga dan teman terhadap keyakinan tersebut.

2. Mengembangkan strategi untuk perubahan perilaku dan mempertahankannya.

Sikap pengontrolan diri membutuhkan pemantauan terhadap diri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap perilaku yang baru tersebut.

3. Mengembangkan kognitif

Pengembangan kognitif tentang masalah kesehatan yang dialami, dapat membuat pasien menyadari masalah yang dimiliki terkait penyakit yang diderita dan dapat menolong mereka berperilaku positif terhadap kepatuhan.

4. Dukungan sosial

Dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga lain merupakan faktor yang penting dalam kepatuhan terhadap program medis. Keluarga dapat mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu dan dapat mengurangi godaan terhadap ketidaktaatan.

5. Dukungan dan profesional kesehatan

Dukungan profesi kesehatan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku kepatuhan penderita. Hal ini sangat berguna terutama pada saat penderita mengalami kenyataan bahwa perilaku sehat yang dianjurkan merupakan hal yang sangat penting dengan didukung antusiasme dan apresiasi positif dari tenaga kesehatan terhadap penderita yang mampu beradaptasi dengan program pengobatan yang diberikan.

2.3 Konsep *Self Management Program*

2.3.1 Definisi *Self Management Program*

Self management program adalah cara dimana seseorang yang menderita penyakit kronis mengelola kondisi mereka sendiri dengan belajar dan berlatih manajemen diri yang berkelanjutan secara terus menerus untuk meningkatkan

derajat kesehatan dan kualitas hidup (*New Zealand MoH, 2014*). *Self management program* adalah suatu serangkaian aktivitas yang melibatkan individu terutama dengan penyakit kronis untuk melakukan pola hidup dengan tujuan untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan, memantau dan mengelola tanda-gejala penyakit, mengelola dampak penyakit pada fungsi hidup, emosi, dan hubungan interpersonal serta mematuhi penatalaksanaan (*NSW Department of Health, 2014*). Barlow, dkk mendefinisikan *self management* sebagai kemampuan individu untuk mengelola gejala, pengobatan, konsekuensi fisik dan psikososial dan perubahan gaya hidup yang melekat dalam hidup individu dengan penyakit kronis (*Dale, 2014*).

2.3.2 Manfaat *Self Management Program*

Pasien penyakit kronis yang telah menggunakan metode ini secara proaktif dilaporkan telah menunjukkan peningkatan level energi, penurunan rasa marah, takut, dan frustrasi akibat penyakit yang diderita. Selain itu mereka juga dilaporkan merasa lebih bahagia dan merasa optimis dalam mengontrol kesehatan mereka (*NSW Department of Health, 2008*). Menurut (*Katch & Mead, 2010*) manfaat *self management* yaitu untuk meningkatkan *self efficacy* sehingga individu dapat mematuhi pola pengobatan yang sesuai, dengan demikian terjadi penurunan angka kekambuhan dan jumlah hari rawat inap.

Sebagai sebuah program pendidikan kesehatan yang berlanjut *self management* merupakan intervensi yang menunjukkan peningkatan positif terhadap kepatuhan individu dalam pengelolaan penyakit yang diderita, hasil positif dari *clinical outcome* yang meliputi berat badan terkontrol, tekanan darah, kadar kolesterol darah, serta perubahan pola hidup (diet, olah raga, kebiasaan

merokok dan alkohol) sesuai anjuran tenaga kesehatan (Fernandes, *et al*, 2008).

Fungsi *self management* menurut NHS Scotland tahun 2007:

1. Identifikasi *problem solving*
2. Pengajaran atau informasi
3. Peningkatan kewaspadaan
4. Meningkatkan kepatuhan
5. Mengurangi biaya untuk perawatan atau hospitalisasi
6. Menurunkan angka kematian yang disebabkan oleh PJK.

2.3.3 Komponen *Self Management Program*

Pemberian edukasi efektif merupakan hal yang sangat penting dalam pengelolaan penyakit jantung koroner secara mandiri. Pasien harus paham tingkat risiko penyakit yang mereka derita, kondisi kesehatan terkait penyakit tersebut, tindakan yang harus dilakukan untuk mencegah dan atau mengelola penyakit, dan berbagai konsekuensi yang dihadapi bila mereka tidak mematuhi program pengobatan. Komponen *self management program* yang diberikan sebagai berikut (NHS, 2007):

1. Mengkaji keyakinan pasien tentang perjalanan penyakit, tanda, gejala, faktor risiko, komplikasi, pengobatan penyakit, tindakan saat serangan
2. Mengkaitkan perjalanan penyakit dengan berbagai gejala yang dirasakan.
3. Menjelaskan pengelolaan penyakit
4. Menjelaskan konsekuensi dari ketidakpatuhan terhadap program pengobatan
5. Menjelaskan pengelolaan stres dalam menghadapi penyakit dan pengobatan yang terus menerus

6. Menjelaskan efek samping obat, dan menjelaskan bahwa pasien dapat berkoordinasi dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan obat yang cocok, serta anjuran rutin kontrol ke dokter spesialis atau pelayanan kesehatan lain
7. Menjelaskan pola hidup sehat yang harus dijalani yang meliputi gaya hidup tidak merokok dan menghindari lingkungan dengan polusi rokok, tidak konsumsi alkohol, diet sesuai anjuran, olah raga/ kegiatan yang dianjurkan diperbolehkan oleh tenaga kesehatan
8. Menjelaskan kontrol diri secara teratur dan menjaga dalam batas normal yang meliputi berat badan, tekanan darah, serta kadar koleserol darah
9. Penjelasan diberikan dalam bahasa sederhana, sehingga dapat dipastikan pasien paham tentang edukasi yang diberikan.

2.3.4 Pelaksanaan *Self Management Program*

Berdasarkan hasil *literatur review*, *self management program* dibagi menjadi lima sesi. Pada tiap sesi dilaksanakan selama 30 menit. Langkah *self management program* yaitu:

a. Tahap 1: Pendidikan kesehatan tentang konsep dasar PJK, meliputi:

1. Pengertian
2. Penyebab
3. Tanda dan gejala
4. Faktor risiko
5. Komplikasi
6. Penatalaksanaan

b. Tahap 2: Managemen stressor, meliputi: Cara mengontrol stres

c. Tahap 3: *Medication adherence*, meliputi:

1. Kepatuhan Obat
2. Kontrol kontrol ke dokter/ pelayanan kesehatan

d. Tahap 4: *Life style*, meliputi:

1. Diet sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan
2. Tidak merokok dan menjauhi polusi asap rokok
3. Tidak mengkonsumsi alkohol
4. Olahraga sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan
5. Beraktivitas sehari-hari sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan

e. Tahap 5: monitoring respon fisik secara mandiri, meliputi:

1. Pengelolaan berat badan dan cek secara rutin
2. Cek tekanan darah secara rutin
3. Cek kolesterol darah rutin

2.4 Konsep Perilaku Kesehatan

2.4.1 Batasan Perilaku

Hakekat Perilaku manusia adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2010).

Perilaku dipandang dari segi biologis adalah suatu kegiatan atau aktivitas individu yang bersangkutan. Menurut Skinner (1938) seorang ahli psikologi, seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2010) bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar. Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui proses ada stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon.

Menurut Notoatmodjo (2010) dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka (*overt*). Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Hersey & Blanchard mengemukakan semua perilaku merupakan suatu rangkaian aktivitas. Dalam banyak hal kita melakukan lebih dari satu aktivitas pada saat yang sama. Pada saat tertentu kita mungkin memutuskan untuk beralih dari suatu aktivitas atau kombinasi aktivitas dan mulai melakukan sesuatu yang lain. Untuk memperkirakan perilaku, kita harus mengetahui motif atau kebutuhan

seseorang yang menimbulkan sesuatu aktivitas pada saat tertentu (Dharma, A. 1995).

Menurut Purwanto (1999) karakteristik perilaku ada yang terbuka dan ada yang tertutup. Perilaku terbuka adalah perilaku yang dapat diketahui oleh orang lain tanpa menggunakan alat bantu. Perilaku tertutup adalah perilaku yang hanya dapat dimengerti dengan menggunakan alat atau metode tertentu misal berfikir, sedih, berkhayal, bermimpi dan takut.

2.4.2 Domain Perilaku

Terbentuk pola perilaku dan berkembangn kemampuan seseorang terjadi melalui tahapan tertentu. Menurut Bloom, yang dikutip oleh Notoatmodjo (2010) mengemukakan aspek perilaku meliputi 3 domain/ ranah yaitu ranah kognitif, ranah afektif dan ranah psikomotor. Komponen kognitif (pengetahuan) mengandung pemikiran atau kepercayaan tentang seseorang atau suatu obyek. Komponen afektif berhubungan dengan sikap terhadap materi yang diberikan. Komponen psikomotor berhubungan dengan praktek atau tindakan yang dilakukan oleh seseorang sehubungan dengan materi yang diberikan.

Menurut Notoatmodjo (2010) dalam perkembangan lanjutan oleh para ahli pendidikan dan untuk kepentingan pengukuran hasil, ketiga donain/ ranah itu diukur dari:

a. Pengetahuan (*Knowlegde*)

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Tanpa

pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

Faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah :

- 1 Faktor internal: faktor dari dalam diri sendiri, misal intelegensia, mental, dan kondisi fisik.
- 2 Faktor eksternal: faktor dari luar diri, misal keluarga, masyarakat dan sarana serta faktor pendekatan belajar seperti upaya belajar, misal strategi dan metode dalam pembelajaran.

Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yakni:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dsb.

2. Memahami (*comprehension*)

Diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar

3. Aplikasi (*aplication*)

Diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti menggambarkan (membuat bagan), memisahkan, mengelompokkan, dsb.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Misal dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan, dsb terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi terhadap suatu materi atau obyek (Notoatmodjo, 2010).

b. Sikap (*Attitude*)

Merupakan relasi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku tertutup. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi

terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek. Allport menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok:

1. Kepercayaan (*keyakinan*), ide, konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

1. Menerima (*receiving*)

Diartikan bahwa orang (*subyek*) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (*obyek*)

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala risiko.

Secara umum orang tidak akan memperlihatkan sikap asli mereka dihadapan orang lain untuk beberapa hal . Satu cara untuk mengukur atau menilai sikap seseorang dapat menggunakan skala atau kuesioner. Skala penilaian sikap mengandung serangkaian pernyataan tentang permasalahan tertentu. Responden yang akan mengisi diharapkan

menentukan sikap setuju atau tidak setuju terhadap pernyataan tertentu (Niven, 2002).

c. **Praktek atau tindakan (*Practice*)**

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam tindakan (*overt behavior*). Untuk perwujudan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas seperti pengetahuan dan sikap, praktek atau tindakan terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

1. **Persepsi (*perception*)**

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

2. **Respon terpimpin (*guide response*)**

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh.

3. **Mekanisme (*mecanisme*)**

Bila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

4. **Adaptasi (*adaption*)**

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik yang berarti tindakan itu sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Dari uraian di atas, disimpulkan bahwa perilaku manusia secara operasional dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu perilaku dalam bentuk pengetahuan, bentuk sikap, dan bentuk tindakan nyata

atau perbuatan. Ketiga bentuk perilaku itu dikembangkan berdasarkan tahapan tertentu yang dimulai dari pembentukan pengetahuan (ranah kognitif), sikap (ranah afektif), dan keterampilan (ranah psikomotorik) sehingga menjadi pola perilaku baru (Notoatmodjo, 2010).

2.4.3 Proses adopsi perilaku

Menurut penelitian Rogers (1974) seperti dikutip Notoatmodjo (2010) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yakni :

1. Kesadaran (*awareness*), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
2. Tertarik (*interest*), dimana orang mulai tertarik pada stimulus
3. Evaluasi (*evaluation*), mempertimbangkan baik tidak stimulus tersebut bagi diri pasien. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. Mencoba (*trial*), dimana orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. Menerima (*adoption*), dimana subjek telah berperilaku sesuai dengan kesadaran dan sikap terhadap stimulus.

2.4.4 Bentuk perubahan perilaku

Menurut WHO, seperti yang dikutip Notoatmodjo (2010) perubahan perilaku itu dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

1. Perubahan alamiah (*natural change*), bahwa perilaku manusia selalu berubah dimana sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah.
2. Perubahan terencana (*planned change*), bahwa perubahan ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek.

3. Kesiapan untuk berubah (*readiness to change*) yang berbeda, meskipun kondisi sama.

Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

2.4.5 Strategi perubahan perilaku

Menurut Notoatmodjo (2010) strategi yang digunakan untuk mengubah perilaku tersebut juga dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

1. Menggunakan kekuatan/ kekuasaan atau dorongan. Pada penelitian ini, perubahan dipaksakan kepada seseorang/ masyarakat sehingga mau melakukan/ berperilaku seperti yang diharapkan. Cara ini ditempuh misal dengan ada peraturan yang harus dipatuhi oleh seseorang atau masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.
2. Memberikan informasi sehingga akan meningkatkan pengetahuan seseorang/ masyarakat kemudian dengan pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran, dan akan merubah orang/ masyarakat untuk berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki pasien. Hasil dari perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu yang cukup lama tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari pada kesadaran mereka sendiri (bukan karena paksaan).
3. Diskusi dan partisipasi. Cara ini sebagai peningkatan cara kedua diatas dimana didalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak

bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti seseorang/masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi yang diterima pasien.

2.5 Konsep Koping

2.5.1 Definisi

Koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1998).

2.5.2 Pembentukan koping

Perilaku koping terbentuk melalui perubahan cara berpikir (kognitif), perubahan perilaku atau lingkungan yang bertujuan untuk menyelesaikan stress yang dihadapi (Keliat, 1998). Perilaku koping juga terbentuk melalui proses belajar, mengingat dan relaksasi. Belajar yang dimaksud adalah kemampuan menyesuaikan diri (adaptasi) pada pengaruh faktor internal dan eksternal (Nursalam, 2003). Tahap pembentukan koping yaitu:

1. Input

Input berasal dari internal individu dan diidentifikasi sebagai suatu stimulus yang merupakan unit informasi, kejadian atau energi dari lingkungan. Sejalan dengan ada stimulus, tingkat adaptasi individu direspon sebagai suatu input dalam system adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut tergantung dari stimulus yang didapat berdasar kemampuan individu. Tingkat respon antara individu sangat unik dan bervariasi

tergantung pengalaman yang didapat sebelum menerima informasi, status kesehatan dan stresor yang diberikan (Nursalam, 2003).

2. Proses

Mekanisme koping digunakan untuk menjelaskan proses kontrol dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Beberapa mekanisme koping adalah genetik, misal sel darah putih dalam melawan bakteri yang masuk dalam tubuh. Mekanisme lain adalah penggunaan antiseptik mengobati luka. Mekanisme tersebut terdiri dari sistem regulator dan kognator (Nursalam, 2003).

Sistem regulator mempunyai komponen input, proses internal dan output. Stimulus input berasal dari dalam atau luar individu. Perantara sistem regulator dinamakan kimiawi, saraf atau endokrin. Reflek otonomik, sebagai respon neural berasal dari batang otak dan *spinal cord*, diartikan sebagai perilaku output dari sistem regulasi. Organ target (endokrin) dan jaringan di bawah kontrol endokrin juga memproduksi perilaku output regulator, yaitu terjadi juga peningkatan ACTH kemudian diikuti peningkatan kadar kortisol darah. Banyak proses fisiologis dapat diartikan sebagai perilaku subsistem regulator. Contoh proses regulator terjadi ketika stimulus eksternal divisualisasikan dan ditransfer melalui saraf mata menuju pusat saraf otak dan pada bagian bawah pusat saraf otonomik. Saraf simpatetik dari bagian ini mempunyai dampak yang bervariasi pada visseral, termasuk peningkatan tekanan darah dan heart rate. Proses ingatan jangka panjang yang terjadi pada keadaan stres yang kronis menimbulkan

perubahan adaptasi dari jaringan atau sel. Adaptasi jaringan atau sel imun memiliki hormon kortisol terbentuk bila dalam waktu lain menderita stress (Nursalam, 2003).

xStimulus terhadap subsistem kognator juga berasal dari faktor internal dan eksternal. Perilaku output subsistem regulator dapat menjadi umpan balik terhadap stimulus subsistem kognator. Proses kontrol kognator mempunyai kontrol berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan dan emosi. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan. Belajar berhubungan dengan proses imitasi atau meniru dan *reinforcement*. Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan merupakan proses internal yang berhubungan dengan keputusan dan terutama emosi untuk mencari kesembuhan, dukungan yang efektif dan kebersamaan. Dalam mempertahankan integritas seseorang, regulator dan kognator bekerja secara bersamaan. Tingkat adaptasi seseorang sebagai suatu sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkat rangsangan di mana individu dapat merespon secara positif. Mekanisme belajar merupakan proses di dalam sistem adaptasi yang meliputi mempersepsikan suatu informasi dalam bentuk implisit atau eksplisit. Belajar implisit bersifat reflektif dan tidak memerlukan kesadaran. Ini

ditemukan pada perilaku kebiasaan, sensitisasi dan keadaan (Nursalam, 2003).

3. Efektor

Proses internal yang terjadi pada individu sebagai sistem adaptasi disebut sistem efektor. Empat efektor atau gaya adaptasi tersebut meliputi: fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Mekanisme regulator dan kognator bekerja pada mode tersebut. Perilaku yang berhubungan dengan mode tersebut merupakan manifestasi dari tingkat adaptasi individu dan mengakibatkan penggunaan mekanisme koping. Dengan mengobservasi perilaku seseorang berhubungan dengan model adaptasi, dapat mengidentifikasi adaptif atau ketidakefektifan respon sehat dan sakit (Nursalam, 2003).

4. Output

Perilaku seseorang berhubungan dengan metode adaptasi. Koping yang tidak konstruktif berdampak pada respon sakit (maladaptif). Jika seseorang masuk pada zona maladaptif maka ia mempunyai masalah adaptasi (Nursalam, 2003).

2.5.3 Faktor yang mempengaruhi koping

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan koping yaitu koping yang sesuai dengan jenis stres dan situasi (Ruther, 1983). Bahwa keberhasilan koping lebih tergantung pada penggabungan strategi koping yang sesuai dengan ciri masing – masing kejadian yang penuh stres, dari pada mencoba menemukan satu strategi koping yang paling berhasil. Faktor lain yaitu strategi koping misal: konfrontasi, mencari dukungan sosial, merencanakan pemecahan masalah. Strategi koping lain

memfokuskan pada pengaturan emosi misal: kontrol diri, membuat jarak, penilaian kembali secara positif, menerima tanggung jawab dan menghindar (Taylor, 1991). Strategi koping yang lain yaitu: problem solving, mencari dukungan sosial, pandai mengambil hikmah.

2.5.4 Meningkatkan koping

Dengan cara meningkatkan dukungan sosial, meningkatkan kontrol pribadi atau kontrol yang dirasakan, mengatur kehidupan yang lebih baik (misal pengaturan waktu), mempersiapkan diri terhadap kejadian yang penuh stress, fitness, modifikasi perilaku (Leventhal, 1983; Safarino, 1990; Taylor, 1991).

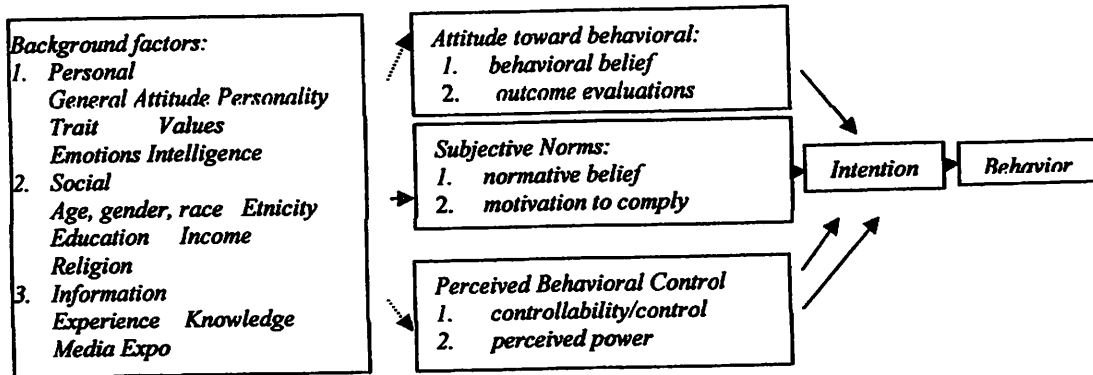
2.6 Teori *Planned Behaviour*

Fishbein dan Ajzen (1980) dalam Glanz, *et al* (1997) menegaskan bahwa niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Teori ini menunjukkan bahwa niat untuk melakukan suatu perilaku ditentukan oleh: 1) sikap terhadap perilaku, 2) norma subjektif. Dimana sikap terhadap perilaku ditentukan oleh keyakinan seseorang bahwa setiap perilaku menimbulkan hasil tertentu dan penilaian akan hasil tersebut. Sedangkan norma subjektif ditentukan oleh keyakinan seseorang bahwa individu atau kelompok tertentu berfikir apakah ia melakukan suatu perilaku tertentu atau tidak, dan motivasi untuk bertindak.

Ajzen (1991) menyempurnakan konstruk dengan menambahkan persepsi terhadap pengendalian yang dapat dilakukan (*perceived behavioral control*). Konstruk ini ditambahkan dalam upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka melakukan perilaku tertentu. Dengan kata lain, dilakukan atau tidak dilakukan suatu perilaku tidak hanya ditentukan oleh sikap dan norma



subjektif semata, tetapi juga persepsi individu terhadap kontrol yang dapat dilakukannya yang bersumber pada keyakinan terhadap kontrol tersebut (*control beliefs*).



Gambar 2.1 *The Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 2005)

Dalam Poliakoff and Webb (2007), terdapat tiga faktor yang dapat memprediksi timbul suatu niat (*behavioral intention*); yaitu sikap (*attitude*), norma subjektif (*subjective norm*) dan persepsi terhadap pengendalian (*perceived behavioral control*).

Hubungan antar variabel tersebut dalam teori ini, yaitu (Ajzen, 1991):

1. Latar belakang (*background factors*), seperti usia, jenis kelamin, suku, status sosial ekonomi, suasana hati, sifat kepribadian, dan pengetahuan) mempengaruhi sikap dan perilaku individu terhadap sesuatu hal. Faktor latar belakang adalah sifat yang hadir di dalam diri seseorang, yang dalam model Kurt Lewin dikategorikan ke dalam aspek O (*organism*). Di dalam kategori ini Ajzen memasukkan tiga faktor latar belakang, yakni personal, sosial, dan informasi. Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (*personality traits*), nilai hidup (*values*), emosi, dan kecerdasan yang dimiliki. Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis

- kelamin (*gender*), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama. Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspose pada media;
2. Keyakinan perilaku atau *behavioral belief* yaitu suatu hal yang diyakini oleh individu mengenai sebuah perilaku dari segi positif dan negatif, sikap terhadap perilaku atau kecenderungan untuk bereaksi secara afektif terhadap suatu perilaku, dalam bentuk suka atau tidak suka pada perilaku tersebut. Semakin positif keyakinan individu akan akibat suatu obyek sikap, maka akan semakin positif pula sikap individu terhadap obyek tersebut, demikian pula semakin negatif keyakinan individu akan akibat suatu obyek sikap, maka akan semakin negatif pula sikap individu terhadap obyek tersebut (Ajzen, 2006);
 3. Keyakinan normatif (*normative beliefs*), yang berkaitan langsung dengan pengaruh lingkungan yang secara tegas dikemukakan oleh Lewin dalam *Field Theory*. Pendapat Lewin ini digaris bawahi juga oleh Ajzen melalui PBT. Menurut Ajzen, faktor lingkungan sosial terutama orang yang berpengaruh bagi kehidupan individu (*significant others*) dapat mempengaruhi keputusan individu;
 4. Keyakinan kontrol (*control beliefs*) yaitu keyakinan tentang keberadaan berbagai hal yang mendukung atau menghambat niat atau perilaku yang akan ditampilkan. Keyakinan bahwa suatu perilaku dapat dilaksanakan didapat dari berbagai hal, antara lain pengalaman melakukan perilaku yang sama sebelumnya atau pengalaman yang diperoleh karena melihat orang lain melakukan perilaku itu sehingga seseorang memiliki keyakinan untuk dapat melaksanakan. Selain

pengetahuan, keterampilan dan pengalaman keyakinan individu mengenai suatu perilaku akan dapat dilaksanakan ditentukan juga oleh ketersediaan waktu, fasilitas dan memiliki kemampuan untuk mengatasi setiap kesulitan yang menghambat pelaksanaan perilaku;

5. Sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*). Di antara berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kemudahan sikap diakses (*accessibility*) adalah tingkat kepentingan, jumlah frekuensi pengaktifan yang telah dilakukan sebelumnya, dan kekuatan asosiasi suatu konsep dengan sikap. Konsumen yang memiliki sikap yang secara umum baik atau buruk terhadap suatu produk tidak berarti bahwa konsumen tersebut akan selalu merealisasikan setiap kemungkinan sikap baik atau buruk sehubungan dengan produk bersangkutan (Simamora, 2007). Menurut Mustikasari (2007) sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut. Sikap mempunyai peran penting dalam menjelaskan perilaku seseorang dalam lingkungan, walaupun masih banyak faktor lain yang mempengaruhi perilaku, seperti stimulus, latar belakang individu, motivasi dan status kepribadian. Sikap terhadap perilaku (*attitude toward the behavior*) merupakan fungsi dari dua komponen yakni keyakinan berperilaku (*behavioral beliefs*) dan evaluasi terhadap hasil yang diperoleh (*evaluations of behavioral outcomes*). Sebagaimana rumus di bawah ini:

6. Norma subjektif (*subjective norm*) adalah kualitas motivasi seseorang memiliki untuk mengikuti pandangan orang terhadap perilaku yang akan dilakukan (*normative belief*). Kalau individu merasa itu adalah hak pribadi untuk menentukan yang akan dia lakukan, bukan ditentukan oleh orang lain disekitara, maka dia akan mengabaikan pandangan orang tentang perilaku yang akan dilakukan. Fishbein & Ajzen (1975) menggunakan istilah motivasi individu (*motivation to comply*) untuk menggambarkan fenomena ini, yaitu apakah individu mematuhi pandangan orang lain yang berpengaruh dalam hidup atau tidak.
7. Persepsi terhadap pengendalian (*Perceived Behavioral Control*), yaitu keyakinan (*beliefs*) bahwa individu pernah melaksanakan atau tidak perilaku tertentu, individu memiliki fasilitas dan waktu untuk melakukan perilaku itu, kemudian individu melakukan estimasi atas kemampuan diri (*control belief*) apakah dia punya kemampuan atau tidak memiliki kemampuan untuk melaksanakan perilaku itu. Selain itu, persepsi individu terhadap kekuatan atau kemampuan faktor kendali (*perceived power*) juga mempengaruhi individu dalam menentukan niat untuk melakukan atau tidak akan melakukan perilaku tersebut. Ajzen menamakan kondisi ini dengan “persepsi terhadap pengendalian” (*perceived behavioral control*).
8. Niat untuk melakukan perilaku (*intention*) adalah kecenderungan seseorang untuk memilih melakukan atau tidak melakukan sesuatu pekerjaan. Niat ini ditentukan oleh sejauh mana individu memiliki

sikap positif pada perilaku tertentu, dan sejauh mana memilih untuk melakukan perilaku dengan mendapat dukungan dari orang lain yang berpengaruh dalam kehidupan.

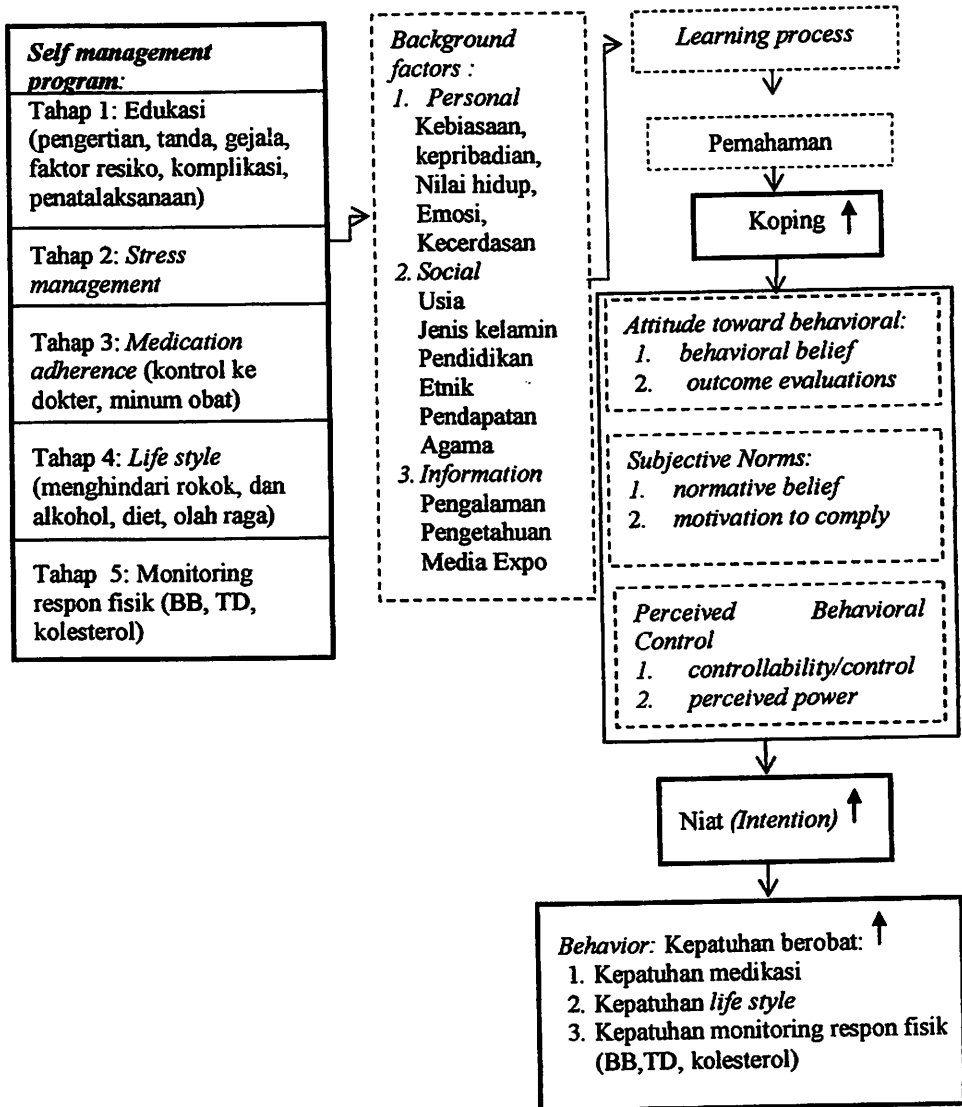
9. Perilaku (*behavior*) adalah suatu tindakan. Sikap terhadap tindakan berkaitan dengan dampak, nilai yang terkait dengan tindakan, etika dan tradisi (Simamora, 2008). Niat berperilaku (*behavioral intention*) dan perilaku (*behavior*) adalah dua hal yang berbeda. Perilaku (*behavior*) adalah tindakan atau kegiatan nyata yang dilakukan. Perilaku (*behavior*) dilakukan karena individu mempunyai minat atau keinginan untuk melakukan (Jogiyanto, 2007).

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL &
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan: -----: tidak diteliti
 ———: diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual perubahan koping, niat dan kepatuhan berobat pada pasien PJK setelah pemberian self management program di RSUD Jombang

Keterangan kerangka konseptual:

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan salah satu kelompok penyakit kronis yang membutuhkan perawatan medis, pendidikan pengelolaan mandiri, dan dukungan sosial. Keberhasilan pengelolaan tergantung pada perilaku pasien sendiri diawali dengan niat (*intention*). Menurut *Theory of Planned Behavior* (TPB), muncul niat berperilaku ditentukan oleh *behavioral belief*, *normative belief* dan *control belief*. Secara berurutan *behavioral belief* menghasilkan sikap terhadap perilaku positif atau negatif, *normative beliefs* menghasilkan norma subyektif (*subyektif norm*) dan *control beliefs* menimbulkan *perceived behavioral control* atau control perilaku yang dipersepsikan (Ajzen, 2006). Variabel lain mempengaruhi atau berhubungan dengan *belief* dikelompokkan menjadi tiga kelompok, yaitu kategori personal (kebiasaan, kepribadian, nilai hidup, emosi dan kecerdasan), sosial (usia, jenis kelamin, pendidikan, etnik, pendapatan, dan agama) dan informasi (pengalaman, pengetahuan, dan *media expo*).

Beberapa faktor mempengaruhi kondisi kesehatan pasien PJK antara lain edukasi, manajemen stres, terapi farmakologi, gaya hidup, dan pemantauan respon fisik terkait PJK. Dengan demikian diperlukan intervensi keperawatan *self management program*. Pada tahap pertama pasien PJK diberi edukasi berupa pengertian, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi dari penyakit jantung koroner dan tindakan saat terjadi serangan berulang. Tahap kedua yaitu tentang *stress management*, tahap 3: *medication adherence* tentang pengelolaan kontrol dan minum obat rutin, tahap 4: *life style* yaitu pemberian informasi gaya hidup yang harus dijalani oleh pasien PJK meliputi gaya hidup tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, diet, dan olahraga yang dianjurkan, serta tahap 5:

monitoring respon fisik berupa mengontrol berat badan, pengukuran tekanan darah, dan pengukuran kolesterol secara teratur. Dari serangkaian tahapan *self management program* diharapkan dapat mengubah kategori personal dan informasi yang melatar belakangi perilaku pasien PJK sehingga diharapkan terbentuk *learning process* menghasilkan pemahaman untuk mengubah koping yang dapat mempengaruhi *behavioral belief*, *normative belief* dan *control belief* sehingga terbentuk niat (*intention*). Dengan ada niat untuk berperilaku sehat maka terbentuk perilaku berupa kepatuhan berobat pasien PJK. Kepatuhan berobat dimiliki pasien PJK berupa kepatuhan medikasi, *lifestyle* dan monitoring respon fisik.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang diterapkan dalam penelitian ini adalah:

1. *Self management program* meningkatkan koping pasien PJK
2. *Self management program* meningkatkan niat pasien PJK
3. *Self management program* meningkatkan kepatuhan berobat pasien PJK.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah penelitian tipe *Quasy Experimental* atau eksperimen semu, dengan pendekatan *control group pre test-post test design*. Dalam rancangan ini terdiri dari 2 kelompok yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Kelompok eksperimen diberi intervensi berupa *self management program* sedangkan kelompok kontrol tidak mendapat intervensi. Dalam pelaksanaan penelitian bagi kelompok kontrol akan mendapat intervensi *self management program* setelah mendapat hasil bahwa intervensi yang diberikan terbukti efektif. Pada kedua kelompok diawali dengan mengukur koping, niat, dan kepatuhan berobat kedua kelompok (*pre test*), kemudian setelah pemberian intervensi diadakan pengukuran ulang (*post test*).

Table 4.1 Rancangan penelitian *quasy experiment* (Nursalam, 2013)

| Subjek | Pra | Perlakuan | Pasca-tes |
|--------|--------|-----------|-----------|
| K-A | O | I | O1-A |
| K-B | O | - | O1-B |
| | Time 1 | Time 2 | Time 3 |

Keterangan:

- K-A : Subjek (pasien Penyakit Jantung Koroner) perlakuan
- K-B : Subjek (pasien Penyakit Jantung Koroner) kontrol
- : Aktivitas lain (tidak diberi intervensi *self management program*)
- O : Observasi koping, niat, dan kepatuhan berobat sebelum intervensi *self management program*
- I : Intervensi (*self management program*)
- O1(A-B) : Observasi koping, niat, dan kepatuhan berobat sesudah *self management program* (kelompok perlakuan dan kontrol)

4.2 Populasi, Sampel, dan *Sampling*

4.2.1 Populasi

Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah semua pasien PJK di RSUD Jombang. Jumlah populasi pasien PJK di Kabupaten Jombang pada tahun 2014 tercatat kasus PJK sebanyak 511 kasus dari 1.217.997 penduduk atau *prevalence rate* (PR) adalah 0,05%.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien PJK di wilayah Kabupaten Jombang yang memenuhi kriteria inklusi.

a. Kriteria inklusi

1. Pasien baru didiagnosa oleh poli RSUD Jombang pada bulan November-Mei 2015 (6 bulan) yang tidak kontrol rutin
2. Umur 36-55 tahun
3. Pendidikan minimal lulusan SD

b. Kriteria eksklusi

Terdapat keterbatasan baik fisik, mental atau kognitif yang dapat mengganggu penelitian (gangguan penglihatan/ buta, gangguan pendengaran/ tuli, dan dimensia)

c. Kriteria *drop out*

1. Klien tidak mengikuti 5 tahap *self management program* hingga selesai
2. Terdapat komplikasi serius yang dapat mengganggu penelitian, seperti terjadi serangan infark, nyeri dada, sesak, stroke, sakit ginjal berat, dan lainnya sehingga responden rawat inap di

rumah sakit.

4.2.3 Teknik sampling

Teknik pengambilan sampel menggunakan *nonprobability sampling* dengan metode *consucutive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel sesuai kriteria inklusi di antara populasi sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi.

Penghitungan besar sampel untuk penelitian ini didasarkan pada rumus sebagai berikut (Dharma, 2011):

$$n = \left\{ \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}) \times \sigma}{\mu_1 - \mu_2} \right\}^2$$

$$= \left(\frac{(1,96 + 0,842) \times 15}{10} \right)^2$$

$$= 17,66$$

$$\approx 18$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$ = standar normal deviasi untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)

$Z_{1-\beta}$ = standar normal deviasi untuk $\beta = 0,2$ (0,842)

$\mu_1 - \mu_2$ = beda mean yang dianggap bermakna secara klinik antara kelompok kontrol dan perlakuan (Siu, A., *et al.*, 2007)

σ = estimasi standar deviasi dari beda mean data kelompok kontrol dan perlakuan (Siu, A., *et al.*, 2007)

Penghitungan koreksi atau penambahan jumlah sampel berdasarkan prediksi sampel *drop out* dari penelitian (Dharma, 2011):

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

$$n' = \frac{18}{1-0,10}$$

Keterangan:

n' = besar sampel setelah dikoreksi

n = jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelum (18)

f = prediksi persentase sampel *drop out* (10%)

4.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.4.1 Variabel penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel *independent* (bebas) dan variabel *dependent* (tergantung).

Tabel 4.2 Variabel penelitian perubahan koping, niat dan kepatuhan berobat pasien penyakit jantung koroner setelah pemberian *Self-Management Program* di RSUD Jombang

| Variabel Independent | Variabel dependent |
|--|----------------------|
| 1. Jenis kelamin | 1. Koping |
| 2. Status perkawinan | 2. Niat |
| 3. Pendidikan | 3. Kepatuhan berobat |
| 4. Pekerjaan | |
| 5. Status bermukim | |
| 6. Umur | |
| 7. Intervensi <i>Self-Management Program</i> | |

4.4.2 Definisi Operasional

Tabel 4.3 Definisi operasional perubahan koping, niat dan kepatuhan berobat pasien penyakit jantung koroner setelah pemberian *Self-Management Program* di RSUD Jombang

| Variabel | Definisi | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|-------------------|---|--|-----------|---------|---|
| Jenis kelamin | Jenis kelamin responden penelitian | Lelaki: berjenis kelamin lelaki Perempuan: berjenis kelamin perempuan | Kuesioner | Nominal | 1 = lelaki 2 = perempuan |
| Status perkawinan | Status perkawinan dari responden sekarang | Kawin: status perkawinan yang mengikat antara laki-laki dan perempuan. Belum Kawin: status perkawinan seseorang yang belum pernah menikah. Janda: status perkawinan perempuan yang dicerai/ditinggal mati suami. Duda: status perkawinan laki-laki yang dicerai/ditinggal mati istri. | Kuesioner | Nominal | 1 = kawin 2 = belum kawin 3 = janda 4 = duda |
| Pendidikan | Pendidikan formal terakhir yang | SD: pendidikan terakhir lulus SD SLTP: pendidikan terakhir lulus SLTP | Kuesioner | Nominal | 1 = SD 2 = SLTP 3 = SLTA |

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|-----------|---------|---|
| | ditamatkan oleh responden | SLTA: pendidikan terakhir lulus SLTA Perguruan Tinggi: pendidikan terakhir lulus Diploma/Sarjana | | | 4=Perguruan Tinggi |
| Pekerjaan | Kegiatan bekerja yang dilakukan responden sekarang | Tidak bekerja: tidak memiliki pekerjaan yang mendatangkan pemasukan keuangan Wiraswasta: bekerja dengan melakukan usaha sendiri untuk mendapatkan pemasukan Pegawai swasta: bekerja di perusahaan swasta PNS: pegawai negeri sipil Petani: bekerja dengan mengelola pertanian Lain-lain (Pensiunan PNS): pensiun menjadi pegawai negeri sipil | Kuesioner | Nominal | 1= tidak bekerja 2= wiraswasta 3= pegawai swasta 4= PNS 5= petani 6= lain-lain |
| Status hidup bermukim | Keadaan responden menjalani kehidupan sehari-hari di tempat tinggal antara sendiri atau ada orang lain yang menemani | Hidup sendiri: bermukim di sebuah rumah sendiri/ tanpa ditemani anggota keluarga lain Hidup dengan keluarga: bermukim di sebuah rumah dengan ditemani anggota keluarga lain | Kuesioner | Nominal | 1= hidup sendiri 2= hidup dengan keluarga |
| Umur | Jumlah tahun yang dihitung sejak kelahiran sampai ulang tahun terakhir responden | Angka dalam umur menunjukkan jumlah tahun sejak responden lahir sampai ulang tahun terakhir. | Kuesioner | Ordinal | 1= umur 36-45 tahun 2= umur 46-55 tahun |

| Variabel | Definisi | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--------------------------------|--|--|-----------|---------|--|
| <i>Self management program</i> | Program pendidikan dan konseling yang diberikan kepada pasien PJK berupa serangkaian tindakan yang terdiri dari lima tahap yaitu <i>education, manajemen stres, medication adherence, life style, dan monitoring respon fisik.</i> | <p>Tahap 1 Pendidikan kesehatan tentang konsep dasar PJK, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian 2. Penyebab 3. Tanda dan gejala 4. Faktor resiko 5. Komplikasi 6. Penatalaksanaan <p>Tahap 2 Managemen stres, meliputi: Cara mengontrol stres</p> <p>Tahap 3 <i>Medication adherence:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan minum obat 2. Kepatuhan kontrol ke dokter/ pelayanan kesehatan <p>Tahap 4 <i>Life style :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diet sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan 2. Tidak merokok dan menjauhi polusi asap rokok 3. Tidak mengkonsumsi alkohol 4. Olahraga sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan 5. Beraktivitas sehari-hari sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan <p>Tahap 5 Monitoring respon fisik secara mandiri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengelolaan berat badan dan cek secara rutin 2. Cek tekanan darah secara rutin 3. Cek kolesterol darah rutin <p>Metode : Ceramah, diskusi (tanya jawab), dan konseling</p> <p>Durasi: 30 menit tiap sesi</p> | SAK | Nominal | 0= tidak dilaksanakan 1= dilaksanakan |
| Koping | Usaha untuk mengatasi masalah dan emosi negatif yang disebabkan stres | Fokus pada pemecahan masalah, kemampuan kognitif, emosi, dukungan sosial, masalah dan penyelesaian masalah, harapan, kritisi diri, dan penarikan diri dengan menggunakan <i>Coping Strategies Inventory (CSI)</i> (Tobin, 2001). | Kuesioner | Ordinal | Skor untuk jawaban menggunakan skala likert 1-5. Tingkat koping 1. Baik > 75% 2. Cukup: 60 – 75% |

| | | | | | |
|-------------------|---|--|-----------|---------|---|
| | | | | | 3. Kurang: < 60% |
| Niat | Keinginan dalam hati seseorang untuk melakukan dan tidak melakukan suatu perilaku | Terdiri dari tiga faktor yang dapat memprediksi timbul suatu niat (<i>behavioral intention</i>); yaitu sikap (<i>attitude</i>), norma subjektif (<i>subjective norm</i>) dan persepsi terhadap pengendalian (<i>perceived behavioral control</i>) (Ajzen, 2013). | Kuesioner | Ordinal | Skor untuk jawaban menggunakan skala likert 1-5. Tingkat koping 1. Baik > 75% 2. Cukup: 60 – 75% 3. Kurang: < 60% |
| Kepatuhan berobat | Perilaku pasien PJK untuk mengikuti penatalaksanaan PJK secara mandiri di rumah | Pasien PJK melakukan serangkaian tindakan terkait perawatan mandiri di rumah yang terdiri dari pola pengobatan (minum obat dan kontrol), perubahan gaya hidup (diit, tidak merokok, tidak minum alkohol, dan olahraga), serta kontrol respon fisik tubuh (BB, TD, kolesterol). Ada 28 pertanyaan tentang pola pengobatan, <i>life style</i> , dan monitoring respon fisik. | Kuesioner | Ordinal | Skor untuk jawaban menggunakan skala likert 1-5. Tingkat kepatuhan 1. Baik > 75% 2. Cukup: 60 – 75% 3. Kurang: < 60% |

4.5 Instrumen Penelitian dan Uji Instrumen

4.5.1 Instrumen penelitian

Pada penelitian ini menggunakan 3 kuesioner, yaitu:

1. Kuesioner koping

Kuesioner kemampuan koping individu berfokus pada pemecahan masalah, kemampuan kognitif, emosi, dukungan sosial, masalah dan penyelesaian masalah, harapan, kritisi diri, dan penarikan diri disusun berdasarkan *Coping Strategies Inventory (CSI)* Tobin, 2001.

2. Kuesioner niat (*intention*)

Kuesioner niat (*intention*) disusun berdasarkan *Theory of Planned Behaviour Questionnaire* yang terdiri dari tiga faktor yang dapat memprediksi kemunculan niat (*behavioral intention*); yaitu sikap (*attitude*), norma subjektif (*subjective norm*) dan persepsi terhadap pengendalian (*perceived behavioral control*) (Ajzen, 2013).

3. Kuesioner kepatuhan berobat

Kuesioner kepatuhan berobat menggunakan memodifikasi instrument yang dikembangkan oleh Dr. Barbbara Riegel (2007) dengan merujuk Pada *National Center Chronic Disease Prevention And Health Promotion Division For Health Disease And Stroke Prevention USA Government* dan *Morisky Scale*.

4.5.2 Uji instrumen

Semua instrumen dalam penelitian ini telah dilakukan uji coba dengan menyebarkan kuesioner kepada 12 responden yang bukan termasuk sampel penelitian di Poli RSUD Jombang.

1. Uji validitas

Validitas menunjuk kepada sejauh mana alat pengukur itu mengukur apa yang dimaksudkan untuk diukur. Menurut Kuntoro (2008) uji validitas dapat menggunakan uji korelasi dengan cara membandingkan antara skor setiap pernyataan dengan skor total. Uji korelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment* dengan membandingkan nilai r tabel dan r hitung. Jika r hitung $>$ r tabel maka pernyataan dikatakan valid. Nilai korelasi antara skor item dan skor total yang

dinyatakan valid adalah lebih dari atau sama dengan 0,632 dengan jumlah responden adalah 12 sehingga $DF = (12) - 2 = 10$ dan $\alpha = 0,05$. Hasil uji validitas menunjukkan r hitung $\geq r$ tabel, maka 10 item pertanyaan pada kuesioner koping, 8 pertanyaan kuesioner niat dan 16 pertanyaan pada kuesioner kepatuhan berobat dinyatakan valid.

2. Uji reliabilitas

Reliabilitas menunjukkan keajegan jika alat pengukur yang sama itu digunakan oleh orang yang sama dalam waktu yang berlainan atau digunakan oleh orang yang berlainan dalam waktu yang bersamaan ataupun berlainan, yang secara implisit juga mengandung objektivitas. Tingkat reliabilitas umumnya dinyatakan dalam bentuk koefisien korelasi. Nilai koefisien korelasi 1 (satu) menunjukkan reliabilitas sempurna, dan nilai 0 (nol) menunjukkan tidak reliabel. Untuk instrumen yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien korelasi yang bisa diterima adalah 0,80. Untuk instrumen yang baru dikembangkan, nilai reliabilitas 0,70 masih dianggap reliabel (Kuntoro, 2008). Dengan demikian alat ukur yang dianggap reliabel dan memiliki konsistensi internal yang tinggi jika nilai *koefisien Cronbach alpha* $\geq 0,7$. Hasil uji reabilitas nilai *alpha cronbach* 0,793 untuk kuesioner koping, 0,803 untuk kuesioner niat dan 0,775 untuk kuesioner kepatuhan berobat, maka 10 item pertanyaan pada kuesioner koping, 8 pertanyaan kuesioner niat dan 16 pertanyaan pada kuesioner kepatuhan berobat dinyatakan reliabel.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 9 bulan (2,5 bulan pemberian intervensi dan 1 minggu *post* intervensi terakhir dilakukan *post test*). Lokasi pengambilan data dan responden di Poli RSUD Jombang dan pemberin intervensi di rumah pasien PJK wilayah kabupaten Jombang yang menjadi responden.

4.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Tahap persiapan:

1. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan ijin kepada Direktur RSUD Jombang melalui surat pengantar dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Setelah mendapatkan ijin dan mendapatkan surat pengantar, peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Ruangan Poli Jantung RSUD Jombang dan petugas penanggung jawab Poli Jantung kemudian mulai melakukan pengumpulan data pasien PJK sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.
3. Peneliti memberikan *informed consent* dan lembar persetujuan menjadi responden. *Informed consent* dan lembar persetujuan menjadi responden untuk keluarga pasien PJK diberikan dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien.
4. Peneliti melakukan pembagian responden ke dalam kelompok perlakuan dan kontrol melalui mekanisme *matching* berdasarkan data umum pasien PJK (usia dan jenis kelamin).

Tahap pelaksanaan:

1. Penelitian dilakukan selama 3,5 minggu. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Siu (2006) perubahan perilaku dapat dilihat setelah 1-2 minggu setelah pelaksanaan intervensi.
2. Penelitian diawali dengan pengisian kuesioner tentang data demografi atau data umum responden pada kedua kelompok serta *pre-test* untuk koping, niat dan kepatuhan berobat.
3. Peneliti melaksanakan *self management program* pada kelompok perlakuan sebanyak 5 kali dengan 2x/ minggu sehingga pelaksanaan intervensi selama 2,5 minggu. Tiap sesi dilakukan selama 30 menit. Intervensi dilakukan oleh peneliti sendiri sesuai dengan jadwal yang telah disepakati bersama responden. Metode yang digunakan adalah ceramah, diskusi (tanya jawab) dan konseling.
 - 1) Pertemuan pertama, peneliti memberikan pendidikan kesehatan tentang konsep dasar PJK, meliputi: pengertian, penyebab, tanda dan gejala, faktor resiko, komplikasi dan penatalaksanaan PJK.
 - 2) Pertemuan kedua, peneliti memberikan pendidikan *stress management* PJK meliputi cara mengontrol stres.
 - 3) Pertemuan ketiga peneliti memberikan pendidikan *medication adherence* pasien PJK meliputi cara minum obat teratur dan kontrol rutin ke pelayanan kesehatan.
 - 4) Pertemuan keempat, peneliti memberikan pendidikan *life style* pasien PJK meliputi: pengaturan diet, olahraga atau aktifitas fisik, serta pembatasan konsumsi alkohol dan rokok.

- 5) Pertemuan kelima, peneliti memberikan pendidikan monitoring respon fisik pasien PJK, meliputi: pengelolaan berat badan, tekanan darah dan kolesterol darah.
4. Kelompok kontrol mendapatkan perlakuan seperti yang biasa dilakukan di Poli RSUD Jombang.
5. *Post test* dilakukan selama 1 minggu setelah pendidikan perawatan mandiri PJK terakhir dilakukan. *Post test* menggunakan kuesioner yang sama pada pre test yaitu kuesioner niat, koping dan kepatuhan berobat. Data yang terkumpul kemudian dilakukan analisis dan diolah. Kelompok kontrol akan diberikan intervensi *self management program* apabila hasil dari intervensi terbukti efektif.

4.8 Pengelolaan dan Analisis Data

Analisis data yang akan dilakukan meliputi analisis univariat dan bivariat dengan menggunakan bantuan program perangkat lunak komputer.

4.8.1 Pengolahan data

Kegiatan pengolahan data meliputi: memeriksa data (*editing*), memberi kode (*coding*), dan menyusun data (*tabulating*). Kegiatan *editing* adalah memeriksa data yang telah terkumpul dari kuesioner, yang dilakukan dengan memeriksa data yang telah terkumpul dari kuesioner, serta melakukan koreksi terhadap kelengkapan pengisian kuesioner. Jika terdapat jawaban yang tidak jelas atau butir pertanyaan tidak terisi, responden diminta untuk meminta melengkapi.

Coding merupakan pemberian kode dilakukan untuk mempermudah pengolahan data. Contoh pemberian kode pada penelitian ini adalah R untuk

responden, serta untuk karakteristik responden menggunakan kode angka untuk memudahkan tabulasi data.

Langkah terakhir pengolahan data adalah *tabulating*, yaitu penyusunan data yang merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun, dan ditata untuk dianalisis dan disajikan.

4.8.2 Analisis deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk melihat hasil dari masing-masing variabel. Data yang berjenis kategori disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Data berjenis kategorik antara lain pada variabel karakteristik responden adalah jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan status hidup bermukim, ditambah dengan variabel koping individu, niat dan kepatuhan berobat. Sedangkan data berjenis numerik yaitu umur disajikan nilai rerata mean, median, SD, nilai minimal dan nilai maksimal serta *Confidential Interval* (CI 95%).

4.8.3 Analisis inferensial

Analisis inferensial dilakukan untuk melihat ada tidak hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisis inferensial yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Mann Whitney* untuk jenis data yang berdistribusi tidak normal dan uji *Independent t Test* untuk data yang berdistribusi normal, dengan menggunakan bantuan *software SPSS*, dilakukan untuk mengetahui beda variabel koping, niat dan kepatuhan berobat sebelum dan sesudah perlakuan antara kelompok kontrol dengan kelompok perlakuan. *Wilcoxon Signed Rank Test* untuk jenis data yang berdistribusi tidak normal dan uji *Paired t Test* untuk data yang berdistribusi normal, digunakan untuk menguji

adanya perubahan variabel koping, niat dan kepatuhan berobat sebelum dan sesudah perlakuan pada tiap kelompok. Hipotesis alternatif diterima jika $p < 0,05$.

4.9 Etik Penelitian

4.9.1 Lembar persetujuan penelitian (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti untuk bersedia menjadi responden. Namun sebelum responden menandatangani *informed consent*, peneliti perlu menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan, serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika responden bersedia untuk diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan, namun jika tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak klien.

4.9.2 Nama tidak ditulis (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, nama subyek (responden) tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data. Untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup memberikan nomer kode pada masing-masing lembar pengumpulan data tersebut.

4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari responden dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu (yang dibutuhkan) saja yang akan disajikan sebagai hasil penelitian.

BAB 5
ANALISIS HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian yang meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden (jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, status hidup bermukim, dan umur), serta data khusus mengenai perubahan koping, niat berobat, dan kepatuhan berobat sebelum dan sesudah diberikan intervensi *Self Management Program* penderita Penyakit Jantung Koroner (PJK) di RSUD Jombang. Data tentang perubahan koping, niat berobat, dan kepatuhan berobat yang terkumpul diuji statistik dengan *Wolcoxon Signed Rank Test*, *Mann Whitney Test*, dan *t Test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Dari hasil uji statistik tersebut dapat diketahui ada tidaknya signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan intervensi.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di rumah para responden wilayah Kabupaten Jombang. Waktu pelaksanaan penelitian ini dimulai pada bulan Juni-Juli 2015. Mayoritas tempat tinggal responden tidak berada dalam satu wilayah desa/kelurahan dengan responden lain tetapi tersebar disemua bagian Kabupaten Jombang yaitu 12 kecamatan dari 21 kecamatan Kabupaten Jombang diantaranya Kecamatan Plandaan, Bawangan, Tembelang, Megaluh, Jombang, Diwek, Bandar Kedungmulyo, Gudo, Jogoroto, Perak, Ngoro, Peterongan.

Kondisi topografi Kabupaten Jombang sebagian besar merupakan wilayah yang dataran rendah yaitu terdapat di jalur lintas regional yang mudah diakses kendaraan umum. Wilayah yang bergelombang terdapat di sebagian kecil wilayah bagian arah barat laut yaitu Kecamatan Plandaan.

Luas wilayah Kabupaten Jombang 115.950 Ha/ 1.159,50 km² dengan jumlah penduduk 1.217.997 atau sekitar 2,4% dari luas Propinsi Jawa Timur, dengan batas-batas administratif wilayah sebagai berikut:

Sebelah Utara : Kabupaten Lamongan
Sebelah Timur : Kabupaten Mojokerto
Sebelah Selatan : Kabupaten Kediri
Sebelah Barat : Kabupaten Nganjuk

Jumlah populasi penderita PJK di Poli RSUD Jombang pada tahun 2014 tercatat kasus PJK 511 dari 1.217.997 penduduk atau prevalence rate (PR) adalah 0,05%. Data bulan November 2014 terdapat 47 kasus baru, Desember 2014 terdapat 45 kasus baru, Januari 2015 terdapat 35 kasus baru dan Februari 2015 terdapat 40 kasus baru. Rata-rata sebanyak 47 kasus baru tiap bulan dalam kurung waktu Maret 2014 - Februari 2015. Selama penelitian yang dilakukan pada bulan Juni-Juli 2015 diperoleh jumlah responden yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 28 responden sehingga hasil tidak bisa digeneralisasikan, hanya berpengaruh terhadap kelompok responden penelitian ini karena tidak memenuhi jumlah minimum sampel yaitu 40 responden.

5.1.2 Data Umum

Data karakteristik demografi responden ini menguraikan tentang karakteristik responden yang meliputi: 1) jenis kelamin, 2) status perkawinan, 3) pendidikan, 4) pekerjaan, 5) status hidup bermukim, dan 6) umur.

Distribusi frekuensi karakteristik responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden penderita PJK di RSUD Jombang, Juli 2015

| Karakteristik | Perlakuan | | Kontrol | |
|------------------------------|------------------|------|---------|------|
| | n | % | n | % |
| Jenis Kelamin | | | | |
| Lelaki | 7 | 50 | 7 | 50 |
| Perempuan | 7 | 50 | 7 | 50 |
| <i>Chi Square Test</i> | <i>p = 1,000</i> | | | |
| Status Perkawinan | | | | |
| kawin | 11 | 78,6 | 11 | 78,6 |
| Janda | 3 | 21,4 | 3 | 21,4 |
| <i>Chi square test</i> | <i>p = 1,000</i> | | | |
| Pendidikan | | | | |
| SD | 2 | 14,3 | 1 | 7,1 |
| SLTP | 4 | 28,6 | 5 | 35,7 |
| SLTA | 3 | 21,4 | 2 | 14,3 |
| Perguruan Tinggi | 5 | 35,7 | 6 | 42,9 |
| <i>Mann Whitney Test</i> | <i>p = 0,735</i> | | | |
| Pekerjaan | | | | |
| Tidak bekerja | 7 | 50 | 5 | 35,7 |
| Bekerja | 7 | 50 | 9 | 64,3 |
| <i>Chi Square Test</i> | <i>p = 0,445</i> | | | |
| Status Hidup Bermukim | | | | |
| Hidup dengan keluarga | 14 | 100 | 14 | 100 |
| Umur (tahun) | | | | |
| 35-45 | 5 | 35,7 | 5 | 35,7 |
| 46-55 | 9 | 64,3 | 9 | 64,3 |
| <i>Mann Whitney Test</i> | <i>p = 0,617</i> | | | |

Data umum responden pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa jumlah responden antara lelaki dan perempuan pada tiap kelompok seimbang yaitu sebanyak 7 (50%) responden dengan hasil uji *Chi-Square Tests* pada data jenis

kelamin menunjukkan tidak ada perbedaan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 1,000$. Status perkawinan responden mayoritas adalah kawin dan terdapat kesamaan jumlah antara kedua kelompok yaitu 11 (78,6%) responden dengan hasil uji *Chi-Square Test* pada data status perkawinan menunjukkan tidak ada perbedaan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 1,000$. Pendidikan penderita PJK di RSUD Jombang mayoritas adalah perguruan tinggi pada kelompok kontrol dengan jumlah 6 (42,9%) dengan hasil uji *Mann Whitney Test* pada data pendidikan menunjukkan tidak ada perbedaan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,735$. Status pekerjaan penderita PJK di RSUD Jombang mayoritas adalah bekerja yang terdapat pada kelompok perlakuan sebanyak 7 (50%) responden dengan hasil uji *Mann Whitney Test* pada data pekerjaan menunjukkan tidak ada perbedaan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,445$.

Seluruh responden bermukim dengan keluarga sehingga dinyatakan homogen dan tidak mempengaruhi hasil penelitian ini. Umur penderita PJK di RSUD Jombang mayoritas diantara rentang 46-55 tahun pada tiap kelompok yaitu sebanyak 9 (64,3%) dengan hasil uji *Mann Whitney Tests* pada data asli umur menunjukkan tidak ada perbedaan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,617$. Hasil uji statistik semua variabel data demografi menunjukkan hasil $p > 0,05$ artinya kelompok perlakuan dan kontrol tidak ada perbedaan atau homogen secara statistik. Dengan demikian, data demografi tidak mempengaruhi hasil penelitian antara kelompok perlakuan dan kontrol dalam penelitian ini.

5.1.3 Data Khusus

1. Frekuensi Kategori Koping, Niat Dan Kepatuhan Berobat Penderita PJK di RSUD Jombang

Tabel 5.2 Tabulasi rekapitulasi frekuensi kategori koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang, Juli 2015

| Kategori | Perlakuan | | | | Kontrol | | | |
|--------------------------|-----------|------|------|------|---------|------|------|------|
| | Pre | | Post | | Pre | | Post | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Koping | | | | | | | | |
| Baik | 0 | 0 | 13 | 92,9 | 0 | 0 | 1 | 7,1 |
| Cukup | 2 | 14,3 | 1 | 7,1 | 3 | 21,4 | 4 | 28,6 |
| Kurang | 12 | 85,7 | 0 | 0 | 11 | 78,6 | 9 | 64,3 |
| Niat | | | | | | | | |
| Baik | 0 | 0 | 12 | 85,7 | 0 | 0 | 1 | 7,1 |
| Cukup | 1 | 7,1 | 0 | 0 | 3 | 21,4 | 4 | 28,6 |
| Kurang | 13 | 92,9 | 2 | 14,3 | 11 | 78,6 | 9 | 64,3 |
| Kepatuhan Berobat | | | | | | | | |
| Baik | 1 | 7,1 | 12 | 85,7 | 0 | 0 | 1 | 7,1 |
| Cukup | 0 | 0 | 1 | 7,1 | 4 | 28,6 | 3 | 21,4 |
| Kurang | 13 | 92,9 | 1 | 7,1 | 10 | 71,4 | 10 | 71,4 |

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa sebagian besar responden baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol memiliki koping, niat dan kepatuhan berobat kurang pada saat sebelum diberi *intervensi self management program*. Sebanyak 12 (85,7%) responden kelompok perlakuan memiliki tingkat koping kurang dan sisanya sebanyak 2 responden mempunyai koping cukup, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 11 (76,8%) responden memiliki koping kurang dan 3 responden memiliki koping cukup. Niat kurang dimiliki 13 (92,9%) responden dari kelompok perlakuan dan hanya seorang yang memiliki niat cukup, sedangkan 11 (76,8%) responden memiliki niat kurang dan 3 memiliki niat cukup pada kelompok kontrol. Terdapat 13 (92,9%) responden dari kelompok perlakuan yang memiliki kepatuhan berobat kurang dan hanya seorang yang

memiliki kepatuhan berobat baik, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 10 (71,4%) responden yang memiliki kepatuhan berobat kurang dan 4 responden memiliki kepatuhan berobat cukup.

Setelah dilakukan intervensi *self management program* terjadi perbaikan tingkat koping, niat, dan kepatuhan berobat yang signifikan pada kelompok perlakuan. Perubahan tingkat koping dan niat juga terjadi pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi *self management program*, meskipun hanya 2 responden yang mengalami perbaikan koping dari kurang menjadi cukup dan cukup menjadi baik, serta hanya 1 responden yang mengalami perbaikan kepatuhan berobat dari cukup menjadi baik. Sebanyak 13 (92,9%) responden kelompok perlakuan memiliki tingkat koping baik dan sisanya hanya seorang responden mempunyai koping cukup, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 9 (64,3%) responden memiliki koping kurang, 4 responden memiliki koping cukup, dan seorang yang mengalami perbaikan koping menjadi baik. Tingkat niat baik dimiliki 12 (85,7%) responden dari kelompok perlakuan dan 2 responden tetap memiliki niat kurang, sedangkan 9 (64,3%) responden memiliki niat kurang, 4 memiliki niat cukup, dan seorang responden memiliki niat baik pada kelompok kontrol. Terdapat 12 (85,7%) responden dari kelompok perlakuan yang memiliki kepatuhan berobat baik dan masing-masing hanya seorang responden yang memiliki kepatuhan berobat baik dan cukup, sedangkan pada kelompok kontrol terdapat 10 (71,4%) responden yang memiliki kepatuhan berobat kurang, 3 responden memiliki kepatuhan berobat cukup, dan hanya seorang responden yang memiliki kepatuhan berobat baik.

2. Hasil uji beda dari koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang

Tabel 5.3 Tabulasi rekapitulasi hasil uji beda dari koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang, Juli 2015

| Kategori | Perlakuan | | Kontrol | |
|-----------------------------------|--|-------|--------------------------|------------------|
| | Pre | Post | Pre | Post |
| Koping | | | | |
| Mean | 25,5 | 83,29 | 25,93 | 27,36 |
| SD | 3,72 | 9,37 | 4,028 | 4,378 |
| Paired t Test | p < 0,001 | | p = 0,075 | |
| Mean | 25,50 | | 25,93 | |
| SD | 3,72 | | 4,023 | |
| Independen t Test | Koping (Pre) Perlakuan dan kontrol p = 0,772 | | | |
| Niat | | | | |
| Mean | | | 21,36 | 22,21 |
| SD | | | 4,181 | 4,475 |
| Median | 21,50 | 39,00 | | |
| Minimum | 13 | 17 | | |
| Maximum | 24 | 40 | | |
| Wilcoxon Signed Ranks Test | p = 0,001 | | Uji Paired t Test | p = 0,165 |
| Mean | 20,14 | | 21,356 | |
| SD | 3,61 | | 4,18 | |
| Independen t Test | Niat (Pre) Perlakuan dan kontrol p = 0,418 | | | |
| Kepatuhan Berobat | | | | |
| Mean | | | 42,07 | 43,57 |
| SD | | | 8,775 | 9,163 |
| Median | 46,00 | 72,00 | | |
| Minimum | 24 | 47 | | |
| Maximum | 58 | 78 | | |
| Wilcoxon Signed Ranks Test | p = 0,001 | | Uji Paired t Test | p = 0,260 |
| Median | 46 | | 45 | |
| Minimum | 24 | | 24 | |
| Maximum | 58 | | 58 | |
| Mann Whitney | Kepatuhan Berobat (Pre) Perlakuan dan kontrol p = 0,946 | | | |

Berdasarkan Tabel 5.3 diketahui bahwa uji statistik *Paired t Test* yang digunakan untuk melihat perbedaan nilai koping sebelum dan sesudah pemberian intervensi *self management program* pada kelompok perlakuan menunjukkan nilai $p < 0,001$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan nilai koping yang signifikan pada responden sebelum dan sesudah intervensi *self management program*. Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi *self management program* menggunakan *Paired t Test* didapatkan hasil bahwa $p = 0,075$ ($p > 0,05$) yang berarti tidak terdapat perbedaan nilai koping yang signifikan. Hasil uji *Independent t Test* sebelum intervensi *self management program* menunjukkan tidak ada perbedaan antara tingkat koping penderita PJK di RSUD Jombang pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,772$.

Uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* yang digunakan untuk melihat perbedaan nilai niat sebelum dan sesudah pemberian intervensi *self management program* pada kelompok perlakuan menunjukkan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan nilai niat yang signifikan pada responden sebelum dan sesudah intervensi *self management program*. Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi *self management program* menggunakan *Paired t Test* didapatkan hasil bahwa $p = 0,165$ ($p > 0,05$) yang berarti tidak terdapat perbedaan nilai niat yang signifikan. Hasil uji *Independent t Test* sebelum intervensi *self management program* menunjukkan tidak ada perbedaan antara tingkat niat penderita PJK di RSUD Jombang pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,418$.

Uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* yang digunakan untuk melihat perbedaan nilai kepatuhan berobat sebelum dan sesudah pemberian intervensi *self*

management program pada kelompok perlakuan menunjukkan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan nilai kepatuhan berobat yang signifikan pada responden sebelum dan sesudah intervensi *self management program*. Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi *self management program* menggunakan *Paired t Test* didapatkan hasil bahwa $p = 0,260$ ($p > 0,05$) yang berarti tidak terdapat perbedaan nilai kepatuhan berobat yang signifikan. Hasil uji *Mann Whitney U Test* sebelum intervensi *self management program* menunjukkan tidak ada perbedaan antara tingkat kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,926$. Secara keseluruhan dinyatakan bahwa setelah pemberian *self management program* terjadi perbaikan tingkat koping, niat, dan kepatuhan berobat yang signifikan pada kelompok perlakuan dan tidak signifikan pada kelompok kontrol.

3. Hasil uji delta dari koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang

Tabel 5.4 Tabulasi rekapitulasi hasil uji delta kategori koping, niat dan kepatuhan berobat penderita PJK di RSUD Jombang, Juli 2015

| Kategori | Perlakuan | Kontrol |
|---------------------------|----------------------------------|---------|
| Koping | | |
| Median | 56,50 | 1,43 |
| Minimum | 43 | -2 |
| Maximum | 69 | 8 |
| Mann Whitney | $p < 0,001$ | |
| Niat | | |
| Mean | 15,00 | 0,86 |
| SD | 5,68 | 2,18 |
| Independent t Test | $p < 0,001$ | |
| Kepatuhan Berobat | | |
| Mean | 25,57 | 1,50 |
| SD | 7,00 | 4,77 |
| Independent t Test | $p < 0,001$ | |

Analisis perbandingan efektifitas *self management program* terhadap perubahan nilai koping pada kedua kelompok dianalisis menggunakan *Mann Whitney Test* didapatkan hasil $p < 0,001$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan nilai koping antara kelompok perlakuan dan kontrol. Sedangkan analisis perbandingan efektifitas *self management program* terhadap perubahan nilai niat pada kedua kelompok dianalisis menggunakan *Independent t Test* didapatkan hasil $p < 0,001$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan nilai niat antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Analisis perbandingan efektifitas *self management program* terhadap perubahan nilai kepatuhan berobat pada kedua kelompok dianalisis menggunakan *Independent t Test* didapatkan hasil $p < 0,001$ ($p < 0,05$) yang berarti terdapat perbedaan nilai kepatuhan berobat antara kelompok perlakuan dan kontrol. Hasil uji statistik yang dilakukan dapat menjawab dan menerima hipotesis pada penelitian ini yaitu *self managemen program* meningkatkan koping, niat, dan kepatuhan berobat penderita penyakit jantung koroner.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 *Self Management Program* pada Perbaikan Koping Pasien Penyakit Jantung Koroner

Distribusi jumlah responden berdasarkan tingkat koping sebelum intervensi *self management program* di RSUD Jombang menunjukkan mayoritas mempunyai koping yang kurang, dan tidak ada responden yang memiliki tingkat koping baik. Pasien PJK yang menjadi responden dalam penelitian ini merupakan pasien baru didiagnosa PJK oleh RSUD Jombang antara 1-6 bulan. Semua responden mempunyai pengetahuan kurang tentang perawatan PJK. Fakta tersebut sesuai dengan teori bahwa koping tidak efektif dapat timbul dari pengalaman yang baru, belum pernah dicoba dan tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentangnya (Kaplan dan Sadock, 2007).

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan koping yaitu koping yang sesuai dengan jenis stres dan situasi (Ruther, 1983). Bahwa keberhasilan koping lebih tergantung pada penggabungan strategi koping yang sesuai dengan ciri masing-masing kejadian yang penuh stres, dari pada mencoba menemukan satu strategi koping yang paling berhasil. Faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan koping yaitu strategi koping misal konfrontasi, mencari dukungan sosial, dan merencanakan pemecahan masalah. Strategi koping lain memfokuskan pada pengaturan emosi misal kontrol diri, membuat jarak, penilaian kembali secara positif, menerima tanggung jawab dan menghindar (Taylor, 1991). Hal ini sejalan dengan penelitian ini, responden dalam penelitian ini merupakan pasien penyakit

jantung koroner yang baru beberapa bulan didiagnosa sehingga pengalaman, pengetahuan dan pemahaman tentang konsekuensi yang diakibatkan oleh penyakit jantung koroner masih sangat minim. Dengan demikian tingkat kepedulian terhadap kesehatan dalam menunjang pengobatan dan perawatan PJK kurang. Hal ini dikarenakan berdasarkan studi pendahuluan bahwa peran tenaga kesehatan dalam pemberian edukasi pada pasien di RSUD Jombang masih minim serta peran Dinkes terbatas dengan cara pemberian penyuluhan di puskesmas yang mana tidak dapat mencakup seluruh penderita PJK di Jombang.

Penilaian tingkat koping pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan yang signifikan dan peningkatan nilai koping dialami oleh semua responden setelah diberi intervensi *Self Management Program*. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Siu (2007) bahwa *self management program* memberikan dampak positif terhadap strategi koping yang dimiliki oleh seseorang dengan penyakit kronis. Pada responden yang mendapatkan intervensi *Self Management Program* terjadi penerimaan informasi berupa edukasi pengelolaan penyakit PJK yang berisi pengetahuan tentang penyakit PJK (pengertian, tanda dan gejala, faktor risiko, komplikasi, pengobatan), pengelolaan stresor, pengelolaan minum obat dan kontrol teratur, pengelolaan gaya hidup dan aktivitas, serta monitoring respon tubuh yang berhubungan dengan PJK (BB, TD, dan kolesterol). Pemberian edukasi pada responden mengakibatkan terjadi perbaikan persepsi responden tentang PJK melalui *learning process* sehingga menimbulkan pemahaman yang secara keseluruhan membentuk koping respondeng menjadi baik. Hal ini berdasarkan teori bahwa proses belajar akan menghasilkan pemahaman atau kognisi (Putra, 2005). Jika pemahaman

menghasilkan persepsi terbentuk positif maka mekanisme koping akan baik (Carlson,1994 dalam Nursalam,2013).

Berdasarkan teori Planned Behavior dapat dijelaskan proses yang terjadi bahwa setelah pemberian intervensi *Self Management Program* mengakibatkan responden kelompok perlakuan meyakini segi positif dan negatif dari perilaku sehat berdasarkan *Self Management Program* sehingga terbentuk sikap dan reaksi suka dengan metode *Self Management Program* untuk pengelolaan PJK di rumah (*behavioral belief*) karena mereka menilai bahwa metode ini sangat bermanfaat (*outcome evaluation*). Keluarga responden juga mendampingi dan mendukung metode pengelolaan penyakit PJK berdasarkan *Self Management Program* selama pemberian intervensi. Hal ini dapat mempengaruhi responden untuk menerima informasi yang diberikan oleh peneliti (*normative belief*) sehingga dimungkinkan meningkatkan motivasi responden untuk mematuhi cara pengelolaan PJK berdasarkan *Self Management Program* (*motivation to comply*). Responden yang mengalami perbaikan koping merupakan individu yang mempercayai pengobatan secara medis (*controllability*) mengakibatkan ada persepsi responden bahwa mereka mampu untuk melaksanakan pengelolaan PJK di rumah seumur hidup (*perceived belief*). Dengan demikian, hasil penelitian ini sesuai dengan teori TPB.

Bagi responden kelompok perlakuan yang tidak mempercayai pengobatan medis (responden 2) serta responden yang tidak memiliki kesadaran berperilaku sehat (responden 10). Responden 2 adalah lelaki pensiun PNS berpendidikan sarjana berumur 55 tahun (umur asli lebih muda dari umur berdasarkan KTP) memiliki karakter keras, tidak mau mendengar masukan baik dari keluarga terdekat (istri) maupun orang lain (peneliti) atau tenaga kesehatan, sedangkan

responden 10 adalah lelaki berprofesi sebagai supir berpendidikan SLTA berumur 40 tahun memiliki karakter keras, tidak mau mendengar masukan baik dari keluarga terdekat (ibu) maupun orang lain (peneliti) atau tenaga kesehatan. Responden 10 mengatakan bahwa kesulitan untuk melaksanakan metode *Self Management Program* karena profesi yang dimiliki sehingga tidak dapat mengontrol makan yang selalu beli di warung, tidak punya waktu dan biaya untuk rutin kontrol karena tuntutan kerja antar kota, minum obat jika ingat dan membawa obat selama menjalankan profesi namun sering diminum hanya pada saat nyeri dada, ingat minum obat, atau sadar untuk minum obat. Responden ini berpendapat bahwa kekambuhan yang dialami merupakan tanda untuk harus mengambil waktu istirahat dan kontrol ke petugas kesehatan, namun jika sudah merasa sehat kembali dengan kebiasaan semula. Pengetahuan, pikiran, keyakinan diri, pemahaman dan emosi memegang peranan penting dalam perubahan sikap seseorang (Notoatmodjo, 2010). Penjelasan tentang responden kelompok intervensi yang tidak menunjukkan koping baik dapat disimpulkan bahwa *Self Management Program* sulit mengubah kepribadian, emosi, dan nilai hidup responden.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan tingkat koping dan nilai secara signifikan, namun ada beberapa responden yang mengalami peningkatan nilai koping (responden 6, 13, dan 14) dan penurunan nilai koping. Perubahan nilai koping ke arah positif bagi responden kontrol kemungkinan terjadi disebabkan dari pemahaman yang diperoleh setelah dilakukan wawancara *pretest* sewaktu dilakukan pengisian kuisioner dalam penelitian. Pendidikan juga menentukan tingkat koping seseorang, pendidikan

responden kontrol yang mengalami peningkatan adalah sebagian besar sarjana dan merupakan pensiunan PNS. Pada pendidikan seseorang yang semakin tinggi, maka akan mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan (Nursalam, 2013). Tingkat pendidikan yang tinggi memungkinkan seseorang lebih mudah memahami informasi dan tingkat kewaspadaan diri lebih baik.

6.2 *Self Management Program* pada Perbaikan Niat Berobat Pasien Penyakit Jantung Koroner

Distribusi jumlah responden berdasarkan tingkat niat berobat sebelum intervensi *self management program* di RSUD Jombang menunjukkan mayoritas mempunyai niat berobat kurang, dan tidak ada responden yang memiliki tingkat niat berobat baik. Niat ini ditentukan oleh sejauh mana individu memiliki sikap positif pada perilaku tertentu, dan sejauh mana memilih untuk melakukan perilaku dengan mendapat dukungan dari orang lain yang berpengaruh dalam kehidupannya (Ajzen, 2006), dengan demikian penelitian ini sesuai bahwa dari sikap positif yang tidak dimiliki responden yang dibuktikan hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki koping kurang mengakibatkan niat berperilaku sehat responden kurang.

Penilaian tingkat niat berobat pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan yang signifikan dan peningkatan nilai niat berobat dialami oleh semua responden setelah diberi intervensi *Self Management Program*. Dengan

demikian pasien PJK yang telah mendapat intervensi *Self management program* lebih memiliki intensi atau niat berobat lebih tinggi.

Persepsi kontrol (*control perception*) mempengaruhi niat terhadap perilaku, sehingga persepsi kontrol mempunyai dua fungsi, yaitu 1) sebagai motivator yang secara tidak langsung mempengaruhi perilaku melalui niat, 2) merefleksikan kontrol perilaku nyata dan berhubungan dengan perilaku tanpa melalui niat. Norma subyektif diartikan sebagai faktor sosial yang menunjukkan tekanan sosial yang dirasakan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku berobat (Dharmmesta, 1998). Dalam penelitian ini, norma subyektif adalah kelompok referensi berupa keluarga, petugas kesehatan, teman, peneliti (pihak yang memberikan intervensi) yang mampu mendorong pasien PJK mempunyai niat untuk berobat dalam arti melakukan pola hidup bagi penyakit PJK. Sehingga responden yang mendapatkan intervensi *self management program* mengalami mayoritas mengalami peningkatan niat berobat yang signifikan.

Dalam penelitian ini terdapat 2 responden yang memiliki niat kurang meskipun sudah diberikan intervensi *Self management program* dikarenakan karakteristik individu yang terkesan kurang percaya dengan pengobatan kimiawi dari dokter sehingga responden ini selalu mengkonsumsi obat herbal dan itupun tidak teratur karena responden ini berpendapat bahwa sesuatu yang berlebihan akan membahayakan tubuhnya, meskipun sudah diberikan konseling dengan berdiskusi bersama namun tetap tidak membawa hasil positif untuk meningkatkan niat berobat. Responden 10 yang tetap memiliki niat kurang memiliki karakteristik individu yang terkesan tidak mau menerima pendapat/ informasi orang lain meskipun sudah dibuktikan secara ilmiah. Responden ini berpendapat

bahwa selama ini merasa baik dengan pola hidup yang dijalani. Hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian empiris yang menjelaskan bahwa norma subyektif berpengaruh terhadap niat (Dharmesta, 1998). Norma subyektif terbentuk dari keyakinan normatif dan kemauan untuk menuruti kemauan orang lain yang dianggap penting. Keyakinan normatif berkaitan dengan kondisi bahwa individu setuju atau tidak setuju dengan pelaksanaan perilaku (Dharmesta, 1998).

Pada kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan tingkat dan nilai niat berobat secara signifikan. Peningkatan tingkat niat berobat pada kelompok kontrol hanya dialami oleh 3 responden (responden 4, 13, dan 14). Responden 4, 13, dan 14 adalah responden yang mempunyai pendidikan di perguruan tinggi yang bekerja sebagai PNS dan pensiunan PNS. Pada pendidikan seseorang yang semakin tinggi, maka akan mudah menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki (Nursalam, 2013).

6.3 *Self Management Program* pada Perbaikan Kepatuhan Berobat Pasien Penyakit Jantung Koroner

Hasil pengukuran kelompok perlakuan sebelum dilakukan intervensi *self management program* diperoleh 13 responden memiliki kepatuhan berobat kurang dan 1 responden memiliki kepatuhan berobat baik. Pada kelompok kontrol didapatkan 10 responden memiliki tingkat kepatuhan berobat kurang dan 4 responden cukup. Responden dalam penelitian ini tergolong baru (1- 6 bulan) sehingga pengalaman, pengetahuan dan pemahaman tentang konsekuensi yang diakibatkan oleh penyakit jantung koroner masih sangat minim. Sumber daya keluarga para responden yang meliputi penghasilan dan keadaan ekonomi

mempengaruhi tingkat kepatuhan berobat karena responden merasa biaya yang dikeluarkan untuk kontrol rutin, kontrol tekanan darah dan kolesterol, harga obat yang tidak tersedia di apotek BPJS juga menjadi pertimbangan pasien PJK dimana sebagian besar responden mempunyai kondisi ekonomi sederhana. Sumber daya masyarakat meliputi jumlah tenaga kesehatan yang memberikan penyuluhan kesehatan di Poli RSUD RSUD Jombang masih minim, serta penyuluhan kesehatan juga belum aktif secara optimal. Dengan demikian tingkat kepedulian akan kesehatan dalam menunjang pengobatan dan perawatan PJK kurang. Hal ini sesuai dengan penelitian Purwanto (2003) yang menyatakan bahwa pengetahuan berhubungan dengan kepatuhan berobat.

Hasil pengukuran kelompok perlakuan sesudah dilakukan intervensi *self management program* didapatkan 12 responden memiliki tingkat kepatuhan berobat baik dan 2 responden memiliki kepatuhan berobat kurang. Penilaian tingkat kepatuhan berobat pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan yang signifikan dan peningkatan nilai kepatuhan berobat dialami oleh semua responden setelah diberi intervensi *Self Management Program*. Pada kelompok perlakuan terdapat 2 responden yang tidak mengalami perubahan tingkat kepatuhan berobat yaitu satu responden yang tetap memiliki kepatuhan berobat kurang (responden 10) dan responden 12 yang sejak awal sudah memiliki tingkat kepatuhan berobat baik, serta terdapat satu responden yang memiliki tingkat kepatuhan berobat cukup (responden 2), dan yang tersisa mengalami perubahan tingkat kepatuhan berobat kurang ke tingkat kepatuhan berobat baik. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Siu (2007) bahwa *self management program* meningkatkan kepatuhan berobat yang dimiliki oleh

seseorang dengan penyakit kronis. Pada responden yang mendapatkan intervensi *Self Management Program* terjadi penerimaan informasi berupa edukasi mengakibatkan terjadi perbaikan persepsi responden tentang PJK melalui *learning process* sehingga menimbulkan pemahaman. Pemahaman tentang informasi yang diberikan peneliti dapat diterima secara maksimal karena dilakukan di rumah dengan situasi kondisi yang nyaman, serta diperkuat dengan teknik konseling dan diskusi akan mempermudah memberikan *feedback* yang jelas. Andersen (1968) mengembangkan teori bahwa salah satu komponen predisposisi terbentuknya kepatuhan berobat pasien dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan tekad untuk sembuh dari penyakit yang diderita. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ley dan Spelman (1967) dikutip dalam Barlow (2002) bahwa kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan klien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan dan ada kaitan erat antara kepuasan konsultasi dengan kepatuhan.

Responden yang memiliki keluarga yang juga sangat peduli akan kesehatan memberikan kontribusi yang sangat positif dalam mendukung kepatuhan berobat pasien PJK. Kontribusi keluarga dalam biaya dibuktikan dengan beberapa keluarga responden yang membelikan alat pengukur TD, kolesterol, glukosa darah, dan asam urat, serta beberapa responden yang memberikan perhatian lebih dengan tidak mempermasalahkan keuangan meskipun kondisi keuangan tidak baik karena dari mereka mempunyai prinsip kesehatan adalah segalanya dan uang masih bisa dicari. Kemampuan mengelola diet terutama istri dari pasien PJK sangat berpengaruh dalam pengelolaan kepatuhan diet pasien PJK, yaitu memisahkan antara diet untuk pasien PJK

dengan anggota keluarga lainnya. Fakta yang ditemukan dalam penelitian sesuai dengan penelitian Becker (2001) bahwa dukungan keluarga dan masyarakat mempunyai andil yang besar dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan pasien. Ley dan Spelman (1967) dikutip dalam Barlow (2002) menyatakan bahwa keluarga juga memberikan dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota yang sakit, serta menentukan keputusan untuk mencari dan mematuhi anjuran pengobatan.

Keyakinan, sikap dan kepribadian juga menentukan kepatuan berobat dengan dibuktikan bahwa pasien PJK yang tidak mempunyai keyakinan dalam pengobatan secara medis maka berakibat pada katidakpatuhan berobat seperti responden 2 dan 10 meskipun sudah diberikan intervensi. Dua responden ini merupakan responden yang juga tidak mengalami peningkatan niat dan koping. Responden 2 berkarakter keras yang tidak mau menerima pendapat orang lain, memiliki karakteristik individu tidak percaya dengan pengobatan secara medis dan percaya terhadap pengobatan herbal meskipun sudah diberikan konseling dengan berdiskusi bersama namun tetap tidak membawa hasil positif untuk meningkatkan niat berobat. Responden 10 memiliki karakteristik individu yang terkesan tidak mau menerima pendapat/ informasi orang lain meskipun sudah dibuktikan secara ilmiah. Ketidakyakinan individu tentang informasi yang diberikan peneliti dalam bentuk *self management program* mengakibatkan sikap untuk tidak melakukan perilaku sehat yang diajarkan dalam pengelolaan PJK sehingga tidak mempunyai motivasi mengikuti pandangan peneliti sebagai pemberi informasi. Informasi yang diberikan peneliti dalam *self management program* tidak dapat mengubah persepsi responden 2 dan 10 sehingga niat untuk

patuh berobat tidak ada. Berdasarkan teori Planned Behavior bahwa perilaku yang dimiliki individu ditentukan oleh keyakinan, sikap, norma subyektif, persepsi dan niat (Ajzen, 2005).

Pada kelompok kontrol didapatkan hanya satu responden memiliki kepatuhan berobat baik, 4 responden memiliki tingkat kepatuhan berobat cukup dan 9 responden tetap memiliki kepatuhan berobat kurang. Pada kelompok kontrol terdapat 2 responden (responden 13 dan 14) mengalami peningkatan tingkat kepatuhan berobat dengan responden 14 berubah memiliki tingkat kepatuhan baik. Terdapat 11 responden (responden 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, dan 12) dengan dua diantaranya memiliki kepatuhan berobat cukup, serta satu responden yaitu responden 7 mengalami penurunan tingkat kepatuhan berobat dari cukup ke kurang. Responden kelompok kontrol yang mengalami perbaikan kepatuhan juga mengalami perbaikan koping dan niat. Responden ini memiliki pendidikan tinggi dengan perekonomian yang cukup karena berprofesi sebagai PNS dan pensiunan PNS. Kesadaran yang timbul dari diri responden tanpa mendapatkan informasi dari peneliti berupa *self management program* dipengaruhi oleh karakter individu yang mempunyai rasa ingin tahu tinggi setelah mengisi kuesioner pretest penelitian ini. Hasil wawancara saat post test bahwa responden tersebut mencari informasi sendiri melalui media elektronik karena penasaran tentang PJK terutama setelah membaca kuesioner kepatuhan berobat yang diberikan oleh peneliti. Berdasarkan teori Curiosity Berlyne (1960) dalam Jogianto (2007) menyatakan bahwa rasa ingin tahu mengarahkan manusia kepada perilaku yang berusaha mengurangi ketidakpastian (rasa penasaran).

6.4 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan yang dihadapi peneliti dalam melakukan penelitian yaitu responden yang memenuhi kriteria inklusi dalam penelitian ini tidak memenuhi jumlah minimum karena terdapat responden yang melakukan penolakan setelah dinyatakan oleh dokter sebagai pasien yang tidak patuh berobat dengan disisi lain dokter dan tenaga kesehatan selalu berusaha memberi pelayanan terbaik, sehingga sebagian besar responden tersebut merasa bersalah dan menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian meskipun sudah diberi penjelasan, namun ada sebagian yang langsung menolak tanpa menunggu penjelasan dari peneliti.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. *Self management program* meningkatkan tingkat coping pasien penyakit jantung koroner di RSUD Jombang menjadi tingkat baik.
2. *Self management program* meningkatkan niat pasien penyakit jantung koroner di RSUD Jombang menjadi tingkat baik
3. *Self management program* meningkatkan kepatuhan berobat penyakit jantung koroner di RSUD Jombang menjadi tingkat baik.

7.2 Saran

1. Memberi pelatihan pada perawat rumah sakit, Puskesmas, maupun kader kesehatan di desa tentang intervensi *self management program* pada pasien PJK dengan cara disiapkan modul pelatihan oleh tim manajemen rumah sakit.
2. *Self management program* digunakan sebagai intervensi keperawatan dalam bidang keperawatan medikal bedah dan keperawatan komunitas melalui penyuluhan kesehatan pada saat *discharge planning* pasien di rumah sakit, pada saat kontrol baik di poli maupun pada saat penyuluhan di desa/ kelurahan dalam lingkup komunitas yang dilakukan oleh perawat rumah sakit, Puskesmas, maupun kader kesehatan di desa yang telah terlatih.

3. *Self management program* digunakan sebagai salah satu cara mengelola penyakit kronis/ menahun selama perawatan di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. New York: Open University Press.
- Ajzen, I. (2006). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50 (2), 179–211.
- American Heart Association. (2014). Guidelines for the management of patients with unstable angina/non–st-elevation myocardial infarction-executive summary. *J Am Coll Cardio*, 63 (22), 57-185.
- Ajzen, I. (2013). Theory of planned behaviour questionnaire. *Measurement Instrument Database for the Social Science*, 1-7.
- Badan Litbang Kesehatan. (2013). *Laporan hasil riset kesehatan dasar (riskesdas) indonesia tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187
- Becker, B.E., Huselid, M. A., Ulrich, D. (2001). *The human resource scorecard: linking, people, strategy and performance*. Boston: Havard Business School Press.
- Blanchard, C. M., Courneya, K. S., Rodgers, W. M., Fraser, S. N., Murray, T. C., et al. (2003). Is the theory of planned behavior a useful framework for understanding exercise adherence during phase ii cardiac rehabilitation?. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23, 29-39.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., Grumbach, K. (2002). Patient self management of chronic disease in primary care. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 288, 2649-2475
- Carpenito, L. J. (2000). *Diagnosa keperawatan; Aplikasi pada praktik klinis, Edisi 6*. Jakarta: EGC.
- Chow, C. K., Jolly, S., Melasini, P. R., Fox, K. A. A., Anand, S., et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndrom. *Circulation*, 121, 750-758.
- Crowley, B. (2005). *Spanning the theory-practice divide in library & information science*. United States of America: Scarecrow Press.

- Dale, L. P., Whittaker, R., Jiang, Y., Stewart, R., Rolleston, A., *et al.* (2014). Improving coronary heart disease self management using mobile technologies (Text4 Heart): a randomized controlled trials protocol. *Trials*, 15(71), 1-9.
- Davidson, C. (2003). *Seri kesehatan. bimbingan dokter pada penyakit jantung koroner*. Jakarta: Penerbit Dian Rakyat.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan: panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Dharmmesta, B. S. (1998). Theoy of planned behaviour dalam penelitian sikap, niat dan perilaku konsumen. *Kelola*, 18 (vii): 85-103.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang. (2013). *Profil kesehatan tahun 2013*. Jombang: Dinkes Jombang.
- Entjang, I. (2000). *Ilmu kesehatan masyarakat*. Bandung: PT Citra Aditya Bakti.
- Fernandes, R. S., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C., Salamonsen, Y. (2009). Development of health-related lifestyle self-management intervention for patient with coronary heart disease. *Heart & Lung*, 38 (6), 491-498.
- Fernandes, R. S., Davidson, P., Griffiths, R., Juergens, C., Stafforda, B., *et al.* (2009). A pilot randomised controlled trial comparing a health-related life style self management intervention with standard caediac rehabilitation following an acute cardiac. *Australian Critical Care*, 22, 17-27.
- Gehi, A. K., Ali, S., Whooley, M. A. (2007). Value of self-reported medication adherence in patients with coronary heart disease. *Nature Reviews Cardiology*, 5, 4-5.
- Ghisi, G. L. M., Britto, R., Motamedi, N., Grace, S. L., (2015). Disease-related knowledge in cardiac rehabilitation enrollees: correlates and changes. *Patient Education and Counseling*, 1-7.
- Glanz, K., Marcus Lewis, F. & Rimer, B. K. (1997). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice*. National Institute of Health.
- Gray, Huon., Dawkins., Morgan, John dan Simpson. (2005). *Penyakit jantung koroner. lecture notes kardiologi (4th ed.)*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Haas, L., Maryniuk, M., Beck, J., Cox, C. E., Duker, P., *et al.* (2014). National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Care*, 37, 144-153.
- Harma, A. (1995). *Manajemen prestasi kerja*. Jakarta: Erlangga.

- Harun, S. (2006). Infark miokard akut. Dalam: Marcellus Simadibrata, Siti Setiadi, Idrus Alwi, Maryantoro, Rino A. Gani, Arif Mansjoer. eds. *Pedoman Diagnosis dan Terapi di Bidang Ilmu Penyakit Dalam* (hal. 165-172). Jakarta: Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Ho, P. M., Magid, D. J., Masoudi, F., A., Clure Mc, D. L., Rumsfeld, J. (2006). Adherence to cardioprotective medications and mortality patients with diabetic and ischemic heart disease. *BMC Cardiovascular Disorder*, 6 (48), 1-9
- Jackevicius, C. L., & Tu, J. (2008). Prevalence, predictor, and outcomes primary non-adherence after acute myocardial infarction. *Circulation*, 117, 1028-1036.
- Joewono. (2003). *Ilmu penyakit jantung*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Jogiyanto. (2007). *Sistem informasi keperlakuan, edisi i*. Andi. Yogyakarta
- Katch, H. & Mead, H. (2010). The role of self efficacy on cardiovascular disease self management: a review of effective programs. *Patient Intelligence*, 2, 33-44.
- Keliat, B. (1998). *Penatalaksanaan stress*. Jakarta. EGC.
- Klein, H. A., Jackson, S. M., Street, K., Whitacre, J. C., Klein, G. (2013). Diabetes self-management education: miles to go. *Nursing Research and Practice*, 1-15.
- Kuntoro, H. (2008). *Metode Statistik*. Surabaya: Pustaka Melati.
- Leventhal, H. (1983). *Behavioral medicine: psychology in health care, in: mechanic, handbook of health, health care and the health professions*. London: The Free Press.
- Loriga, K. R., Hurwiczb, M. L., Sobelc, D., Hobbsc, M., Rittera, P. L. (2005). A national dissemination of an evidence based self management program: a process evaluating study. *Patient Education and Counseling*, 59, 69-79.
- Mustikasari, E. (2007). *Kajian empiris tentang kepatuhan wajib badan di perusahaan industri pengolahan di surabaya*. Makasar: Simposium Nasional Akuntansi X.
- National Health Services Scotland. (2007). *Long term conditions collaborative improving self management support*. Scotland: the Scottish Government.

- National Heart Foundation of Australia. (2011). *Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia*. Australia: The National Heart Foundation of Australia.
- New South Wales Department of Health. (2008). *NSW health clinical services redesign program: chronic disease self-management support*. New South Wales: The Australian Resource Centre for Healthcare Innovations (ARCHI).
- New Zealand Ministry of Health. (2014). *Effective health behaviour change in long-term conditions*. New Zealand: Ministry of Health.
- Niven. (2002). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi kesehatan teori & aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2013). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Peterson, J. C., Link, A. R., Jobe, J. B., Winston, G. J., Klimasiewski, M., *et al.* (2014). Developing self management education in coronary heart disease. *Heart & Lung*, 43, 133-139.
- Poliakoff & Webb. (2007). What Factors Predict Scientists' Intentions to Participate in Public Engagement of Science Activities?. *Science Communication*, 29 (2), 242-263.
- Price, S. A., & Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit Edisi 6*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Purwanto, H. (1999). *Pengantar perilaku manusia untuk keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Putra, S. T. (2005). *Psikoneuroimunologi kedokteran*. Surabaya: Graha Masyarakat Ilmiah Kedokteran Fakultas Kedokteran Unair.
- Riegel, B. (2007). *Self-care of heart failure index*. Philadelphia: School of Nursing Clair M Fagin.
- Rilantono, L. I. (2013). *Penyakit kardiovaskuler (PKV) 5 rahasia*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Rosenberg, D., Lin, E., Peterson, D., Ludman, E., Korff, M. V., *et al.* (2014). Integrated medical care management and behavioral risk factor reduction for multicondition patients: behavioral outcomes of the TEAM care trial. *General Hospital Psychiatry*, 36, 129–134.

- Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang. (2014). *Laporan kunjungan poli jantung rsud kabupaten jombang 2013-2014*. Tidak dipublikasikan.
- Ruther, M. (1983). *Stress, coping and development: some lessons and some questions*, in: Garnezy, N & Ruther, M, (ed), 1983, *stress, coping and development in children*. New York: Mc Grawhill Book Company.
- Sadock, B. J, Sadock, V. A. (2007). *Behavior sciences/clinical psichiatri 10th ed*. Philadelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarafino, E. P. (1990). *Heath psichologi: biopsichosocial interactions*. New York: John & Sons.
- Sarwono. S.W. (2011). *Psikologi remaja*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Schroder & Schwaezer. (2005). Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Social Science & Medicine*, 60, 859-875.
- Simamora. (2008). *Manajemen sumber daya manusia*. Yogyakarta: Adi Citra Karya Nusa.
- Siu, A. H. M., Chan, C. C. H., Poon, P. K. K., Chui, D. Y. Y., Chan, S. C. C. (2007). Evaluation of the chronic disease self management program in a Chinese population. *Patient Education and Counseling*, 65, 42-50.
- Smet, B. (1994). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Soeharto, R. (2002). *Penyakit jantung koroner dan serangan jantung*. Edisi Kedua. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Steigelman, K. L., Kimble, L. P., Dunbar, S., Sowell, R. L., Bairan, A. (2006). The meaning of close relationships and sexuality: women's well-being following a myocardial infarction. *Quality Health Research*, 19 (3), 375-387.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta: EGC
- Tanuwidjojo S, Rifqi S. (2013). *Atherosklerosis from theory to clinical practice, Naskah lengkap cardiology – update*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Dipenogoro.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psichology*. New York: Mc Graw Hill, Inc.
- Tobin, D. L. (2001). *Coping strategies inventory*. New Orleans: Southeastern Psychological Association.

- Vorbergen, S., Janzena, J., Stappersb, P. J., Zwienc van, M. C. B., Lacroixd, J., *et al.* (2013). A qualitative participatory study to identify experiences of coronary heart disease patients to support the development of online self management services. *International Journal of Medical Informatics*, 82, 1183-1194.
- Wicaksana, A. L. (2010). *Pengaruh diabetes self management education (dsme) terhadap pengelolaan diabetes mandiri pada penderita dm tipe 2 di wilayah kerja puskesmas pacar keling surabaya*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- World Health Organization. (2014). *Deaths from coronary heart disease*. Diakses pada tanggal 24 September 2014.

Lampiran 1

PENJELASAN *INFORMED CONSENT* UNTUK RESPONDEN

a. Keterangan ringkas penelitian:

Penelitian ini berjudul: Pengaruh *Self Management Program* terhadap Koping Niat dan Kepatuhan Berobat pada Penderita Penyakit Jantung Koroner di Jombang

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *Self Management Program* terhadap koping, niat dan kepatuhan berobat pada penderita Penyakit Jantung Koroner (PJK).

Manfaat penelitian ini yaitu dapat digunakan sebagai pedoman untuk pembinaan penderita penyakit jantung koroner dalam merawat diri secara mandiri di rumah untuk mencegah kekambuhan atau serangan berulang, meningkatkan derajat kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup penderita.

Penelitian ini direncanakan berlangsung pada waktu yang telah disepakati dengan bapak/ ibu sebagai responden.

b. Perlakuan yang diterapkan pada responden:

- 1) Bapak/ ibu diminta untuk menjawab pertanyaan kuesioner tes awal yaitu pengukuran koping, niat dan kepatuhan berobat terkait penyakit jantung koroner yang diderita.
- 2) Bapak/ibu akan dikumpulkan di rumah salah satu responden dengan wilayah terdekat dari rumah bapak/ibu
- 3) Bapak/ibu akan diberikan *booklet self management program* meliputi informasi konsep penyakit jantung koroner, manajemen stres, pengelolaan pengobatan, gaya hidup, dan cara monitoring respon fisik secara mandiri.
- 4) Garis besar materi *self management program* antara lain:
 1. Pertemuan pertama: Pemberian informasi tentang konsep penyakit jantung koroner.
 2. Pertemuan kedua: Pemberian informasi tentang manajemen stress dalam menghadapi penyakit.
 3. Pertemuan ketiga: Pemberian informasi tentang pengelolaan pengobatan.
 4. Pertemuan keempat: Pemberian informasi tentang gaya hidup yang harus diterapkan.
 5. Pertemuan kelima: Pemberian informasi tentang cara monitoring respon fisik secara mandiri.

Metode: Ceramah, diskusi (tanya jawab), konseling.

c. Bahaya potensial:

Penelitian ini tidak berbahaya bagi kesehatan bapak/ibu.

d. Hak untuk undur diri:

Bapak/ibu mempunyai hak undur diri pada penelitian ini.

e. Kerahasiaan identitas bapak/ibu :

Identitas bapak/ibu dan data yang berhubungan dengan penelitian ini, akan dirahasiakan serta digunakan sebaik-baiknya untuk keperluan penelitian.

f. Kontak person (No. HP) bagi bapak/ibu :

Nama : Hanim Mufarokhah

Alamat : Jln.Brantas Dsn. Kleco, Ds. Tanggungkramat RT/RW 01/05,

Kec. Ploso, Kab. Jombang (Telp. 081233335809)

Demikian penjelasan ini saya sampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terimakasih.

Jombang, April 2015
Hormat Saya,

Hanim Mufarokhah

Lampiran 2

| |
|-----------------|
| Kode Responden: |
|-----------------|

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :(Inisial)

Umur :

Telah mendapat penjelasan penelitian antara lain:

1. Judul Penelitian
 2. Keterangan ringkas penelitian
 3. Perlakuan yang diterapkan pada kami
 4. Manfaat penelitian untuk kami
 5. Bahaya potensial
 6. Hak untuk mengundurkan diri
 7. Kerahasiaan identitas kami dan kerahasiaan data
 8. Kontak person lokal (HP) bagi kami.
- Dan setelah mendapat waktu yang cukup untuk berpikir dan bertanya, maka saya menyetujui untuk menjadi responden.

Jombang, Juni 2015

Saksi,

Responden,

(Tanda Tangan)

(Tanda Tangan)

Peneliti,

Tanda Tangan

Lampiran 3

| |
|-----------------|
| Kode Responden: |
|-----------------|

KUESIONER DATA DEMOGRAFI PENELITIAN**A. DATA DEMOGRAFI**

Nama responden : (Boleh inisial)

Usia : Tahun

Jenis kelamin : laki-laki/perempuan *)

Alamat :

Riwayat Penyakit*) : Penyakit Ginjal / Diabetes Mellitus /Lainnya

Pendidikan : a.SD c. SLTA
b.SLTP d. Perguruan Tinggi

Status perkawinan : a. Kawin c. Janda
b. Belum kawin d. Duda

Pekerjaan : a. Tidak bekerja d. Pegawai Negeri
b. Wiraswasta e. Petani
c. Pegawai Swasta f. Lain-lain :

Status hidup bermukim : a. Hidup sendiri c. Lain-lain:
b. Hidup dengan keluarga

*) Coret yang tidak perlu

B. PETUNJUK PENGISIAN

1. Sebelum menjawab pertanyaan, dimohon membaca dengan teliti setiap pertanyaan
2. Berilah tanda silang (X) atau check (√) pada jawaban yang sesuai dengan keadaan saudara/bapak/ibu yang sebenar-benarnya.
3. Semua jawaban adalah benar dan tidak ada jawaban yang salah.
4. Semua jawaban akan dirahasiakan dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian ini.
5. Cara menjawab sesuai petunjuk pada masing-masing kuesioner

Lampiran 4

Kode Responden:

KUISIONER KEMAMPUAN KOPING INDIVIDU

Petunjuk: dibawah ini ada beberapa pilihan dengan pilihan 5 jawaban. Berikan tanda (√) pada salah satu nomor jawaban yang paling sesuai menurut saudara, pilihan jawaban adalah tidak pernah (TP), jarang (JR), kadang-kadang (KD), sering (SR), dan selalu (SL).

| NO | PERNYATAAN | TP | JR | KD | SR | SL |
|-----|---|----|----|----|----|----|
| 1. | Pada saat stres memikirkan penyakit jantung yang saya derita , maka saya berusaha untuk mengalihkan dengan menonton TV, kerja, olahraga dan kegiatan lain yang tidak membahayakan kesehatan | | | | | |
| 2. | Segala permasalahan tentang penyakit jantung yang saya alami, saya pendam sendiri | | | | | |
| 3. | Saya berusaha untuk tenang dan rileks dalam menghadapi permasalahan penyakit jantung saya dan berusaha menyelesaikannya | | | | | |
| 4. | Saya cepat marah dan tidak sabar dengan diri saya saat memikirkan penyakit jantung yang memerlukan pengobatan seumur hidup | | | | | |
| 5. | Segala permasalahan tentang penyakit jantung yang saya alami saya bicarakan dengan keluarga atau orang terdekat | | | | | |
| 6. | Untuk menyelesaikan segala permasalahan tentang penyakit jantung yang saya hadapi, saya berusaha mencari informasi pada orang terdekat atau petugas kesehatan | | | | | |
| 7. | Saya berusaha untuk berfikir secara positif dan menjadikan penyakit jantung yang saya alami sebagai semangat (motivasi) hidup saya | | | | | |
| 8. | Dari setiap permasalahan penyakit jantung yang saya alami, justru saya dapat membuat rencana baru untuk hidup saya yang lebih baik | | | | | |
| 9. | Dengan lebih mendekatkan diri pada Tuhan, hati saya lebih tenang sehingga segala permasalahan penyakit jantung yang saya alami akan saya hadapi dan dapat terselesaikan | | | | | |
| 10. | Saya meyakinkan diri sendiri bahwa permasalahan penyakit jantung yang saya alami mampu saya hadapi dan tidak separah yang orang lain kira | | | | | |

Sumber: hasil modifikasi dari *Coping Strategies Inventory (CSI)* Tobin, 2001.

Lampiran 5

Kode Responden:

KUISIONER NIAT (*INTENTION*) BERPERILAKU INDIVIDU

Petunjuk: dibawah ini ada beberapa pilihan dengan pilihan 5 jawaban. Berikan tanda (X) pada salah satu nomor jawaban yang paling sesuai menurut saudara.

1. Saya rutin minum obat, kontrol ke dokter, dan menjalani gaya hidup sehat akan bakal terwujud.

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Tidak setuju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sangat setuju |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|

2. Keluarga dan orang terdekat setuju saya rutin minum obat, kontrol ke dokter, dan menjalani gaya hidup sehat.

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Tidak setuju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sangat setuju |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|

3. Kebanyakan orang seperti saya rutin minum obat, kontrol ke dokter, dan menjalani gaya hidup sehat setelah didiagnosa menderita penyakit jantung koroner.

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Tidak setuju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sangat setuju |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|

4. Saya yakin bahwa saya akan rutin minum obat, kontrol ke dokter, dan menjalani gaya hidup sehat untuk 3 bulan ke depan.

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Tidak setuju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sangat setuju |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|

5. Saya yakin bahwa saya akan rutin minum obat, kontrol ke dokter, dan menjalani gaya hidup sehat selamanya.

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Tidak setuju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sangat setuju |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|

6. Rutin minum obat, kontrol ke dokter, dan menjalani gaya hidup sehat dari waktu terdiagnosa PJK sampai saat ini sudah saya lalui

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Tidak setuju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sangat setuju |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|

7. Saya berniat rutin minum obat, kontrol ke dokter, dan menjalani gaya hidup sehat selama 3 bulan ke depan.

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Tidak setuju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sangat setuju |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|

8. Saya berniat rutin minum obat, kontrol ke dokter, dan menjalani gaya hidup sehat selamanya.

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|
| Tidak setuju | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sangat setuju |
|--------------|---|---|---|---|---|---------------|

Sumber: berdasarkan *Theory of Planned Behaviour Questionnaire*

Lampiran 6

Kode Responden:

KUISIONER KEPATUHAN BEROBAT

Petunjuk: dibawah ini ada beberapa pilihan dengan pilihan 5 jawaban. Berikan tanda (√) pada salah satu nomor jawaban yang paling sesuai menurut saudara, pilihan jawaban adalah tidak pernah (TP), jarang (JR), kadang-kadang (KD), sering (SR), dan selalu (SL).

| NO. | PERNYATAAN | TP | JR | KD | SR | SL |
|-----|--|----|----|----|----|----|
| 1. | Saya minum obat sesuai dengan waktu yang ditentukan | | | | | |
| 2. | Saya rutin mengontrol tekanan darah sebulan sekali | | | | | |
| 3. | Saya rutin mengontrol kolesterol darah sebulan sekali | | | | | |
| 4. | Saya makan makanan sesuai anjuran petugas kesehatan | | | | | |
| 5. | Saya mengukur berat badan secara rutin | | | | | |
| 6. | Saya minum obat sesuai dengan jumlah yang ditentukan | | | | | |
| 7. | Saya tidak mau mentaati aturan makan penderita penyakit jantung koroner karena menyusahkan | | | | | |
| 8. | Saya setiap hari mengkonsumsi makanan yang tinggi garam dan tinggi lemak | | | | | |
| 9. | Saya berhenti minum obat ketika tidak ada gejala dan tanda-tanda nyeri dada | | | | | |
| 10. | Saya mengikuti saran petugas kesehatan untuk mengurangi aktivitas yang berlebih ketika mulai merasakan nyeri dada dan susah bernafas | | | | | |
| 11. | Saya olahraga seperti yang disarankan petugas kesehatan setiap hari | | | | | |
| 12. | Saya datang ke petugas kesehatan apabila merasakan nyeri dada dan atau susah bernafas | | | | | |
| 13. | Untuk menjaga kesehatan, saya rutin memeriksakan diri ke petugas kesehatan atau rumah sakit meskipun tidak ada keluhan | | | | | |
| 14. | Saya tidak bisa menghindari keinginan untuk merokok | | | | | |
| 15. | Saya tidak bisa menghindari keinginan untuk minum alkohol | | | | | |
| 16. | Saya sulit menghindari dari polusi asap rokok karena lingkungan saya perokok | | | | | |

Sumber: Memodifikasi instrument yang dikembangkan oleh Dr. Barbbara Riegel dengan merujuk Pada *National Center Chronic Disease Prevention And Health Promotion Division For Health Disease And Stroke Prevention USA Government* dan *Morisky Scale*.

Lampiran 7

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan : Pendidikan kesehatan *Self Management Program*
 Sasaran : Penderita Penyakit Jantung Koroner (PJK)
 Tempat : Rumah Penderita PJK
 Waktu : 30 menit
 Sesi : Pertemuan 1

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program*, penderita PJK mampu memahami konsep dasar penyakit PJK dan penatalaksanaannya.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* penderita PJK mampu memahami konsep dasar penyakit PJK dan penatalaksanaannya meliputi :

- 1) Definisi
- 2) Penyebab
- 3) Tanda dan gejala
- 4) Faktor resiko
- 5) Komplikasi
- 6) Penatalaksanaan

3. Materi : Konsep dasar penyakit PJK**4. Metode :**

- 1) Ceramah
- 2) Diskusi (tanya jawab)
- 3) Konseling

5. Media

- 1) Booklet "Panduan Perawatan Penyakit Jantung Koroner (PJK)"

6. Kegiatan

| Tahap | Kegiatan | Waktu | Tempat | Pelaksana |
|-------------|--|----------|--|-----------|
| Persiapan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkoordinasikan jadwal pelaksanaan pendidikan kesehatan 2. Mengidentifikasi kehadiran responden penelitian 3. Menentukan kontrak waktu dengan responden | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |
| Pelaksanaan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan kegiatan kepada peserta 2. Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan 3. Peneliti memberikan informasi kepada klien tentang penyakit PJK meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Definisi 2) Penyebab | 20 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |

| | | | | |
|---------|---|---------|--|----------|
| | 3) Tanda dan gejala 4) Faktor resiko 5) Komplikasi 6) Penatalaksanaan | | | |
| Penutup | 1. Mengevaluasi pengetahuan peserta terkait materi yang telah disampaikan 2. Peneliti mengakhiri pertemuan 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Peneliti memberikan salam | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Peserta pendidikan kesehatan *Self Management Program* berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan pendidikan kesehatan *Self Management Program* dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan Puskesmas dan penderita pemilik rumah sebagai lokasi kegiatan atau pihak yang terkait.

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- (2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang konsep dasar PJK
- (2) Kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan : Pendidikan kesehatan *Self Management Program*
 Sasaran : Penderita PJK
 Tempat : Rumah Penderita PJK
 Waktu : 30 menit
 Session : Pertemuan 2

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program*, penderita PJK mampu memahami dan melakukan *stress management* PJK.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* pasien mampu memahami *stress management* PJK meliputi : Cara mengontrol stres

3. Materi : *stress management* penderita PJK

4. Metode :

- 1) Ceramah
- 2) Diskusi (tanya jawab)
- 3) Konseling

5. Media

- 1) Booklet "Panduan Perawatan PJK"

6. Kegiatan

| Tahap | Kegiatan | Waktu | Tempat | Pelaksana |
|-------------|--|----------|--|-----------|
| Persiapan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kehadiran responden penelitian 2. Menentukan kontrak waktu dengan responden | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |
| Pelaksanaan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan kegiatan kepada peserta 2. Peneliti mengevaluasi kegiatan sesuai materi pertemuan sebelumnya 3. Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan 4. Peneliti memberikan informasi kepada klien <i>stress management</i> tentang PJK meliputi : Cara mengontrol stres | 20 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |
| Penutup | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi pengetahuan peserta terkait materi yang telah disampaikan 2. Peneliti mengakhiri pertemuan 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Peneliti memberikan salam | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Peserta pendidikan kesehatan *Self Management Program* berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan pendidikan kesehatan *Self Management Program* dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan Puskesmas dan penderita pemilik rumah sebagai lokasi kegiatan atau pihak yang terkait.

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- (2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang *stress management* PJK, khususnya cara mengontrol stres
- (2) Kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan : Pendidikan kesehatan *Self Management Program*
 Sasaran : Penderita PJK
 Tempat : Rumah penderita PJK
 Waktu : 30 menit
 Session : Pertemuan 3

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program*, penderita PJK mampu memahami dan melakukan *Medication adherence* PJK.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* pasien mampu memahami *medication adherence* PJK meliputi :

- 1) Kepatuhan obat
- 2) Kepatuhan kontrol ke pelayanan kesehatan

3. Materi : *medication adherence* penderita PJK

4. Metode :

- 1) Ceramah
- 2) Diskusi (tanya jawab)
- 3) Konseling

5. Media

- 1) Booklet "Panduan Perawatan PJK"

6. Kegiatan

| Tahap | Kegiatan | Waktu | Tempat | Pelaksana |
|-------------|---|----------|--|-----------|
| Persiapan | 1. Mengidentifikasi kehadiran responden penelitian 2. Menentukan kontrak waktu dengan responden | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |
| Pelaksanaan | 1. Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan kegiatan kepada peserta 2. Peneliti mengevaluasi kegiatan sesuai materi pertemuan sebelumnya 3. Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan 4. Peneliti memberikan informasi kepada klien tentang <i>medication adherence</i> PJK meliputi : 1) Kepatuhan obat 2) Kepatuhan kontrol ke dokter/ pelayanan kesehatan | 20 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |
| Penutup | 1. Mengevaluasi pengetahuan peserta terkait materi yang telah disampaikan 2. Peneliti mengakhiri pertemuan 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Peneliti memberikan salam | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Peserta pendidikan kesehatan *Self Management Program* berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan pendidikan kesehatan *Self Management Program* dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan Puskesmas dan penderita pemilik rumah sebagai lokasi kegiatan atau pihak terkait.

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- (2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang *Medication adherence* PJK, khususnya tentang kepatuhan berobat dan kontrol ke pelayanan kesehatan
- (2) Kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan : Pendidikan kesehatan *Self Management Program*
 Sasaran : Penderita PJK
 Tempat : Rumah penderita PJK
 Waktu : 30-60 menit
 Session : Pertemuan 4

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program*, penderita PJK mampu memahami dan melakukan *life style* PJK.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* pasien mampu memahami *life style* PJK meliputi :

- 1) Diet sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan
- 2) Tidak merokok dan menjauhi polusi asap rokok
- 3) Tidak mengkonsumsi alkohol
- 4) Olahraga sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan
- 5) Beraktivitas sehari-hari sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan

3. Materi : *life style* penderita PJK

4. Metode :

- 1) Ceramah
- 2) Diskusi (tanya jawab)
- 3) Konseling

5. Media

- 1) Booklet "Panduan Perawatan PJK"

6. Kegiatan

| Tahap | Kegiatan | Waktu | Tempat | Pelaksana |
|-------------|---|----------|--|-----------|
| Persiapan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kehadiran responden penelitian 2. Menentukan kontrak waktu dengan responden | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |
| Pelaksanaan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti membuka kegiatan dengan <i>memberikan salam dan menyampaikan tujuan kegiatan</i> kepada peserta 2. Peneliti mengevaluasi kegiatan sesuai materi pertemuan sebelumnya 3. Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan 4. Peneliti memberikan informasi kepada klien tentang <i>life style</i> PJK meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Diet sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan 2) Tidak merokok dan menjauhi polusi asap rokok 3) Tidak mengkonsumsi alkohol | 20 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |

| | | | | |
|---------|--|---------|---|----------|
| | 4) Olahraga sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan 5) Beraktivitas sehari-hari sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan | | | |
| Penutup | 1. Mengevaluasi pengetahuan peserta terkait materi yang telah disampaikan 2. Peneliti mengakhiri pertemuan 3. Kontrak pertemuan selanjutnya 4. Peneliti memberikan salam | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai keepakatan | Peneliti |

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Peserta pendidikan kesehatan *Self Management Program* berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan pendidikan kesehatan *Self Management Program* dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan Puskesmas dan penderita pemilik rumah sebagai lokasi kegiatan atau pihak yang terkait.

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- (2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang perawatan mandiri PJK, khususnya tentang diet, tidak merokok dan menjauhi polusi asap rokok, tidak mengkonsumsi alkohol, olahraga sesuai anjuran, dan beraktivitas sehari-hari sesuai anjuran dokter/ tenaga kesehatan
- (2) Kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

SATUAN ACARA KEGIATAN

Kegiatan : Pendidikan kesehatan *Self Management Program*
Sasaran : Penderita PJK
Tempat : Rumah penderita PJK
Waktu : - 30-60 menit
Session : Pertemuan 5

1. Tujuan instruksional umum

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program*, penderita PJK mampu memahami dan melakukan monitoring respon fisik PJK.

2. Tujuan instruksional khusus

Setelah dilakukan kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* pasien mampu monitoring respon fisik PJK meliputi :

- 1) Pengelolaan berat badan dan cek secara rutin
- 2) Cek tekanan darah secara rutin
- 3) Cek kolesterol darah rutin

3. Materi : monitoring respon fisik penderita PJK

4. Metode :

- 1) Ceramah
- 2) Diskusi (tanya jawab)
- 3) Konseling

5. Media

- 1) Booklet "Panduan Perawatan PJK"

6. Kegiatan

| Tabap | Kegiatan | Waktu | Tempat | Pelaksana |
|-------------|--|----------|--|-----------|
| Persiapan | 3. Mengidentifikasi kehadiran responden penelitian 4. Menentukan kontrak waktu dengan kader posyandu lansia dan responden | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |
| Pelaksanaan | 5. Peneliti membuka kegiatan dengan memberikan salam dan menyampaikan tujuan kegiatan kepada peserta 6. Peneliti mengevaluasi kegiatan sesuai materi pertemuan sebelumnya 7. Peneliti menggali pengetahuan peserta terkait materi yang akan disampaikan 8. Peneliti memberikan informasi kepada klien tentang monitoring respon fisik PJK meliputi : 1) Pengelolaan berat badan dan cek secara rutin 2) Cek tekanan darah secara rutin 3) Cek kolesterol darah rutin | 20 menit | Rumah penderita secara berkelompok dan/atau sesuai kesepakatan | Peneliti |
| Penutup | 5. Mengevaluasi pengetahuan peserta terkait materi yang telah disampaikan 6. Peneliti mengakhiri pertemuan 7. Kontrak pertemuan selanjutnya untuk | 5 menit | Rumah penderita secara berkelompok | Peneliti |

| | | | | |
|--|--|--|-------------------------------|--|
| | <i>post-test</i> 8. Peneliti memberikan salam | | dan/atau sesuai keepakatan | |
|--|--|--|-------------------------------|--|

7. Evaluasi

1) Evaluasi Struktur

- (1) Peserta pendidikan kesehatan *Self Management Program* berada di tempat sesuai dengan kontrak
- (2) Penyelenggaraan pendidikan kesehatan *Self Management Program* dilakukan di tempat sesuai dengan kontrak
- (3) Sebelum penyelenggaraan dilakukan pengorganisasian penyelenggaraan kegiatan dengan berkoordinasi dengan Puskesmas dan penderita PJK pemilik rumah sebagai lokasi kegiatan atau pihak yang terkait.

2) Evaluasi Proses

- (1) Peserta antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- (2) Peserta ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar
- (3) Seluruh peserta mengikuti kegiatan sampai selesai.

3) Evaluasi Hasil

- (1) Peserta memahami tentang perawatan mandiri PJK, khususnya tentang pengelolaan pengelolaan berat badan dan cek secara rutin, cek tekanan darah secara rutin, dan cek kolesterol darah rutin
- (2) Kegiatan pendidikan kesehatan *Self Management Program* sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

Lampiran 8

HASIL UJI VALIDITAS KUESIONER KOPING

| | | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | TOTAL |
|----|---------------------|--------|---------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|
| P1 | Pearson Correlation | 1 | .844** | .865** | .844** | .866** | .914** | .942** | .909** | .865** | .909** | .949** |
| | Sig. (2-tailed) | | .001 | .000 | .001 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P2 | Pearson Correlation | .844** | 1 | .682* | 1.000** | .887** | .886** | .854** | .861** | .682* | .861** | .927** |
| | Sig. (2-tailed) | .001 | | .015 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .015 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P3 | Pearson Correlation | .865** | .682* | 1 | .682* | .829** | .874** | .818** | .846** | 1.000** | .846** | .873** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .015 | | .015 | .001 | .000 | .001 | .001 | .000 | .001 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P4 | Pearson Correlation | .844** | 1.000** | .682* | 1 | .887** | .886** | .854** | .861** | .682* | .861** | .927** |
| | Sig. (2-tailed) | .001 | .000 | .015 | | .000 | .000 | .000 | .000 | .015 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P5 | Pearson Correlation | .866** | .887** | .829** | .887** | 1 | .948** | .941** | .924** | .829** | .924** | .965** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .001 | .000 | | .000 | .000 | .000 | .001 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|--------|
| P6 | Pearson Correlation | .914** | .886** | .874** | .886** | .948** | 1 | .898** | .975** | .874** | .975** | .980** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P7 | Pearson Correlation | .942** | .854** | .818** | .854** | .941** | .898** | 1 | .903** | .818** | .903** | .954** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .001 | .000 | .000 | .000 | | .000 | .001 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P8 | Pearson Correlation | .909** | .861** | .846** | .861** | .924** | .975** | .903** | 1 | .846** | 1.000** | .989** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .001 | .000 | .000 | .000 | .000 | | .001 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P9 | Pearson Correlation | .865** | .682* | 1.000** | .682* | .829** | .874** | .818** | .846** | 1 | .846** | .873** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .015 | .000 | .015 | .001 | .000 | .001 | .001 | | .001 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P10 | Pearson Correlation | .909** | .861** | .846** | .861** | .924** | .975** | .903** | 1.000** | .846** | 1 | .989** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .001 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .001 | | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| TOTAL | Pearson Correlation | .949** | .927** | .873** | .927** | .985** | .980** | .954** | .989** | .873** | .989** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

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

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

Lampiran 9

HASIL UJI REABILITAS KUESIONER KOPING**Case Processing Summary**

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 12 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 12 | 100.0 |

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

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .793 | 11 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| P1 | 50.75 | 460.932 | .944 | .772 |
| P2 | 51.08 | 450.083 | .918 | .766 |
| P3 | 51.00 | 479.818 | .865 | .784 |
| P4 | 51.08 | 450.083 | .918 | .766 |
| P5 | 51.17 | 451.970 | .960 | .766 |
| P6 | 51.17 | 453.970 | .977 | .767 |
| P7 | 51.58 | 445.902 | .947 | .763 |
| P8 | 52.08 | 458.811 | .966 | .770 |
| P9 | 51.00 | 479.818 | .865 | .784 |
| P10 | 52.08 | 458.811 | .966 | .770 |
| TOTAL | 27.00 | 127.091 | 1.000 | .981 |

Lampiran 10

HASIL UJI VALIDITAS KUESIONER NIAT

| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | TOTAL |
|---------------------|---------|--------|---------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|
| P1 | | | | | | | | | |
| Pearson Correlation | 1 | .895** | 1.000** | .942** | .844** | .914** | .942** | .865** | .981** |
| Sig. (2-tailed) | | .000 | .000 | .000 | .001 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P2 | | | | | | | | | |
| Pearson Correlation | .895** | 1 | .895** | .848** | .683** | .714** | .848** | .788** | .876** |
| Sig. (2-tailed) | .000 | | .000 | .000 | .014 | .009 | .000 | .002 | .000 |
| N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P3 | | | | | | | | | |
| Pearson Correlation | 1.000** | .895** | 1 | .942** | .844** | .914** | .942** | .865** | .981** |
| Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | | .000 | .001 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P4 | | | | | | | | | |
| Pearson Correlation | .942** | .848** | .942** | 1 | .854** | .898** | 1.000** | .816** | .977** |
| Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | | .000 | .000 | .000 | .001 | .000 |
| N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

| | | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| P5 | Pearson Correlation | .844** | .683* | .844** | .854** | 1 | .886** | .854** | .682* | .898** |
| | Sig. (2-tailed) | .001 | .014 | .001 | .000 | | .000 | .000 | .015 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P6 | Pearson Correlation | .914** | .714** | .914** | .898** | .886** | 1 | .898** | .874** | .946** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .009 | .000 | .000 | .000 | | .000 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P7 | Pearson Correlation | .942** | .848** | .942** | 1.000** | .854** | .898** | 1 | .818** | .977** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | | .001 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P8 | Pearson Correlation | .865** | .788** | .865** | .818** | .682* | .874** | .818** | 1 | .876** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .002 | .000 | .001 | .015 | .000 | .001 | | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| TOTAL | Pearson Correlation | .981** | .876** | .981** | .977** | .898** | .946** | .977** | .876** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

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

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

Lampiran 11

HASIL UJI REABILITAS KUESIONER NIAT**Case Processing Summary**

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 12 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 12 | 100.0 |

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

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .803 | 9 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| P1 | 45.2500 | 294.386 | .979 | .776 |
| P2 | 44.3333 | 304.788 | .863 | .787 |
| P3 | 45.2500 | 294.386 | .979 | .776 |
| P4 | 46.0833 | 282.447 | .973 | .765 |
| P5 | 45.5833 | 288.629 | .881 | .772 |
| P6 | 45.6667 | 291.697 | .938 | .774 |
| P7 | 46.0833 | 282.447 | .973 | .765 |
| P8 | 45.5000 | 310.818 | .886 | .793 |
| TOTAL | 24.2500 | 83.477 | 1.000 | .975 |

Lampiran 12

HASIL UJI VALIDITAS KUESIONER KEPATUHAN BEROBAT

| | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | P10 | P11 | P12 | P13 | P14 | P15 | P16 | TOTAL |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| P1 Pearson Correlation | 1 | .565 | .601* | .723** | .320 | .942** | .792** | .513 | .792** | .025 | .723** | .835** | .730** | .650* | .312 | .650* | .703** |
| Sig. (2-tailed) | | .056 | .039 | .008 | .311 | .000 | .002 | .088 | .002 | .938 | .008 | .001 | .007 | .022 | .323 | .022 | .011 |
| N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P2 Pearson Correlation | .565 | 1 | .957** | .934** | .909** | .767** | .847** | .875** | .847** | .755** | .934** | .720** | .960** | .932** | .876** | .932** | .972** |
| Sig. (2-tailed) | .056 | | .000 | .000 | .000 | .004 | .001 | .000 | .001 | .005 | .000 | .008 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P3 Pearson Correlation | .601* | .957** | 1 | .967** | .855** | .767** | .888** | .866** | .888** | .738** | .967** | .691* | .927** | .968** | .837** | .968** | .977** |
| Sig. (2-tailed) | .039 | .000 | | .000 | .000 | .004 | .000 | .000 | .000 | .006 | .000 | .013 | .000 | .000 | .001 | .000 | .000 |
| N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P4 Pearson Correlation | .723** | .934** | .967** | 1 | .757** | .869** | .955** | .868** | .955** | .612* | 1.000** | .765** | .943** | .976** | .792** | .976** | .987** |
| Sig. (2-tailed) | .008 | .000 | .000 | | .004 | .000 | .000 | .000 | .000 | .034 | .000 | .004 | .000 | .000 | .002 | .000 | .000 |
| N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| P5 | Pearson Correlation | .320 | .909** | .855** | .757** | 1 | .516 | .645* | .772** | .645* | .867** | .757** | .499 | .821** | .801** | .813** | .801** | .836** |
| | Sig. (2-tailed) | .311 | .000 | .000 | .004 | | .086 | .024 | .003 | .024 | .000 | .004 | .099 | .001 | .002 | .001 | .002 | .001 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P6 | Pearson Correlation | .942** | .767** | .767** | .869** | .516 | 1 | .891** | .664* | .891** | .278 | .869** | .911** | .896** | .821** | .499 | .821** | .861** |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .004 | .004 | .000 | .086 | | .000 | .018 | .000 | .381 | .000 | .000 | .000 | .001 | .098 | .001 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P7 | Pearson Correlation | .792** | .847** | .888** | .955** | .645* | .891** | 1 | .898** | 1.000** | .432 | .955** | .682* | .880** | .898** | .721** | .898** | .936** |
| | Sig. (2-tailed) | .002 | .001 | .000 | .000 | .024 | .000 | | .000 | .000 | .161 | .000 | .015 | .000 | .000 | .008 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P8 | Pearson Correlation | .513 | .875** | .866** | .868** | .772** | .664* | .898** | 1 | .898** | .540 | .868** | .434 | .791** | .800** | .913** | .800** | .883** |
| | Sig. (2-tailed) | .088 | .000 | .000 | .000 | .003 | .018 | .000 | | .000 | .070 | .000 | .159 | .002 | .002 | .000 | .002 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P9 | Pearson Correlation | .792** | .847** | .888** | .955** | .645* | .891** | 1.000** | .898** | 1 | .432 | .955** | .682* | .880** | .898** | .721** | .898** | .936** |
| | Sig. (2-tailed) | .002 | .001 | .000 | .000 | .024 | .000 | .000 | .000 | | .161 | .000 | .015 | .000 | .000 | .008 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----------------------------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|
| P10 | Pearson Correlat ion | .025 | .755** | .738** | .612* | .867** | .278 | .432 | .540 | .432 | 1 | .612* | .346 | .660* | .736** | .627* | .736** | .667** |
| | Sig. (2- tailed) | .938 | .005 | .006 | .034 | .000 | .381 | .161 | .070 | .161 | | .034 | .270 | .020 | .006 | .029 | .006 | .018 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P11 | Pearson Correlat ion | .723** | .934** | .967** | 1.000** | .757** | .869** | .955** | .868** | .955** | .612* | 1 | .765** | .943** | .976** | .792** | .976** | .987** |
| | Sig. (2- tailed) | .008 | .000 | .000 | .000 | .004 | .000 | .000 | .000 | .000 | .034 | | .004 | .000 | .000 | .002 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P12 | Pearson Correlat ion | .835** | .720** | .691* | .765** | .499 | .911** | .682* | .434 | .682* | .346 | .765** | 1 | .857** | .759** | .396 | .759** | .769** |
| | Sig. (2- tailed) | .001 | .008 | .013 | .004 | .099 | .000 | .015 | .159 | .015 | .270 | .004 | | .000 | .004 | .202 | .004 | .003 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P13 | Pearson Correlat ion | .730** | .960** | .927** | .943** | .821** | .896** | .880** | .791** | .880** | .660* | .943** | .857** | 1 | .949** | .722** | .949** | .974** |
| | Sig. (2- tailed) | .007 | .000 | .000 | .000 | .001 | .000 | .000 | .002 | .000 | .020 | .000 | .000 | | .000 | .008 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P14 | Pearson Correlat ion | .650* | .932** | .968** | .976** | .801** | .821** | .898** | .800** | .898** | .736** | .976** | .759** | .949** | 1 | .730** | 1.000** | .973** |
| | Sig. (2- tailed) | .022 | .000 | .000 | .000 | .002 | .001 | .000 | .002 | .000 | .006 | .000 | .004 | .000 | | .007 | .000 | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| P15 | Pearson Correlation | .312 | .876** | .837** | .792** | .813** | .499 | .721** | .913** | .721** | .627* | .792** | .398 | .722** | .730** | 1 | .730** | .815** |
| | Sig. (2-tailed) | .323 | .000 | .001 | .002 | .001 | .098 | .008 | .000 | .008 | .029 | .002 | .202 | .008 | .007 | | .007 | .001 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| P16 | Pearson Correlation | .650* | .932** | .968** | .976** | .801** | .821** | .898** | .800** | .898** | .736** | .976** | .759** | .949** | 1.000** | .730** | 1 | .973** |
| | Sig. (2-tailed) | .022 | .000 | .000 | .000 | .002 | .001 | .000 | .002 | .000 | .008 | .000 | .004 | .000 | .000 | .007 | | .000 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| TOTAL | Pearson Correlation | .703* | .972** | .977** | .987** | .836** | .861** | .936** | .883** | .936** | .667* | .987** | .769** | .974** | .973** | .815** | .973** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .011 | .000 | .000 | .000 | .001 | .000 | .000 | .000 | .000 | .018 | .000 | .003 | .000 | .000 | .001 | .000 | |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |

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

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

Lampiran 13

HASI UJI REABILITAS KUESIONER KEPATUHAN BEROBAT**Case Processing Summary**

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 12 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 12 | 100.0 |

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

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .775 | 17 |

Item-Total Statistics

| | Scale Mean if Item Deleted | Scale Variance if Item Deleted | Corrected Item-Total Correlation | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|-------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| P1 | 108.75 | 862.205 | .683 | .764 |
| P2 | 109.58 | 830.265 | .969 | .753 |
| P3 | 109.33 | 821.515 | .975 | .750 |
| P4 | 109.33 | 866.970 | .987 | .765 |
| P5 | 109.42 | 844.811 | .822 | .758 |
| P6 | 108.92 | 858.447 | .852 | .762 |
| P7 | 108.58 | 849.174 | .932 | .759 |
| P8 | 109.17 | 868.333 | .877 | .765 |
| P9 | 108.58 | 849.174 | .932 | .759 |
| P10 | 108.42 | 877.902 | .652 | .769 |
| P11 | 109.33 | 866.970 | .987 | .765 |
| P12 | 108.67 | 876.424 | .759 | .768 |
| P13 | 109.17 | 852.333 | .972 | .760 |
| P14 | 109.00 | 842.000 | .971 | .757 |
| P15 | 108.50 | 847.909 | .801 | .759 |
| P16 | 109.00 | 842.000 | .971 | .757 |
| TOTAL | 56.25 | 227.295 | 1.000 | .979 |

Lampiran 14

TABULASI DATA
KOPING INDIVIDU PENDERITA PJK SEBELUM SELF MANAGEMENT PROGRAM KELOMPOK PERLAKUAN

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|----|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 1 | 3 | 4 | 2 | 27 | 54 | KURANG | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 17 | 34 | KURANG | 1 |
| 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 20 | 40 | KURANG | 1 |
| 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 27 | 54 | KURANG | 1 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 5 | 1 | 3 | 4 | 2 | 24 | 48 | KURANG | 1 |
| 6 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 | 24 | 48 | KURANG | 1 |
| 7 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 24 | 48 | KURANG | 1 |
| 8 | 4 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 31 | 62 | CUKUP | 2 |
| 9 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 5 | 1 | 3 | 4 | 2 | 28 | 56 | KURANG | 1 |
| 10 | 5 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 25 | 50 | KURANG | 1 |
| 11 | 4 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 | 30 | 60 | CUKUP | 2 |
| 12 | 1 | 5 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 28 | 56 | KURANG | 1 |
| 13 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 27 | 54 | KURANG | 1 |
| 14 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 25 | 50 | KURANG | 1 |

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:
1 = TIDAK PERNAH 4 = SERING
2 = JARANG 5 = SELALU
3 = KADANG-KADANG

KETERANGAN KODE:
1 = KURANG
2 = CUKUP
3 = BAIK

TABULASI DATA
NIAT BEROBAT PENDERITA PJK SEBELUM SELF MANAGEMENT PROGRAM KELOMPOK PERLAKUAN

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|------|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | |
| 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 5 | 19 | 47,5 | KURANG | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 16 | 40 | KURANG | 1 |
| 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 5 | 2 | 2 | 21 | 52,5 | KURANG | 1 |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 5 | 19 | 47,5 | KURANG | 1 |
| 5 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 5 | 19 | 47,5 | KURANG | 1 |
| 6 | 5 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 5 | 24 | 60 | CUKUP | 2 |
| 7 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 14 | 35 | KURANG | 1 |
| 8 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 9 | 3 | 3 | 1 | 4 | 1 | 3 | 2 | 5 | 22 | 55 | KURANG | 1 |
| 10 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 13 | 32,5 | KURANG | 1 |
| 11 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 12 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 13 | 3 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 14 | 3 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |

KETERANGAN KODE:

1 = KURANG
 2 = CUKUP
 3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:

1 = TIDAK PERNAH
 2 = JARANG
 3 = KADANG-KADANG
 4 = SERING
 5 = SELALU

TABULASI DATA KELOMPOK PERLAKUAN KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PJK SEBELUM SELF MANAGEMENT PROGRAM

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|-------|-------|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | |
| 1 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 47 | 58,75 | KURANG | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 5 | 5 | 1 | 35 | 43,75 | KURANG | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 5 | 1 | 35 | 43,75 | KURANG | 1 |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 46 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 5 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 46 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 6 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 1 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 44 | 55 | KURANG | 1 |
| 7 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 5 | 1 | 35 | 43,75 | KURANG | 1 |
| 8 | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 47 | 58,75 | KURANG | 1 |
| 9 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 5 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 42 | 52,5 | KURANG | 1 |
| 10 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 24 | 30 | KURANG | 1 |
| 11 | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 47 | 58,75 | KURANG | 1 |
| 12 | 4 | 2 | 2 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 58 | 72,5 | BAIK | 3 |
| 13 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 46 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 14 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 46 | 57,5 | KURANG | 1 |

KETERANGAN KODE: 1 = KURANG
 2 = CUKUP
 3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN: 1 = TIDAK PERNAH
 2 = JARANG
 3 = KADANG-KADANG
 4 = SERING
 5 = SELALU

TABULASI DATA KELOMPOK PERLAKUAN
KEMAMPUAN KOPING INDIVIDU PENDERITA PJK SESUDAH SELF MANAGEMENT PROGRAM

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|----|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| 1 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 40 | 80 | BAIK | 3 |
| 2 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 2 | 33 | 66 | CUKUP | 2 |
| 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 38 | 76 | BAIK | 3 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 48 | 96 | BAIK | 3 |
| 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 40 | 80 | BAIK | 3 |
| 6 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 41 | 82 | BAIK | 3 |
| 7 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 46 | 92 | BAIK | 3 |
| 8 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 44 | 88 | BAIK | 3 |
| 9 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 40 | 80 | BAIK | 3 |
| 10 | 5 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 | 5 | 2 | 3 | 5 | 34 | 68 | BAIK | 3 |
| 11 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 44 | 88 | BAIK | 3 |
| 12 | 3 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | 41 | 82 | BAIK | 3 |
| 13 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 48 | 96 | BAIK | 3 |
| 14 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 46 | 92 | BAIK | 3 |

KETERANGAN KODE:
 1 = KURANG
 2 = CUKUP
 3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:
 1 = TIDAK PERNAH
 2 = JARANG
 3 = KADANG-KADANG
 4 = SERING
 5 = SELALU

TABULASI DATA KELOMPOK PERLAKUAN
 NIAT BERPERILAKU PATUH PENDERITA PJK SESUDAH SELF MANAGEMENT PROGRAMASI

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|------|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | |
| 1 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 39 | 97,5 | BAIK | 3 |
| 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 5 | 22 | 55 | KURANG | 1 |
| 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 32 | 80 | BAIK | 3 |
| 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 39 | 97,5 | BAIK | 3 |
| 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 39 | 97,5 | BAIK | 3 |
| 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 36 | 90 | BAIK | 3 |
| 7 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 39 | 97,5 | BAIK | 3 |
| 8 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 36 | 90 | BAIK | 3 |
| 9 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 39 | 97,5 | BAIK | 3 |
| 10 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 17 | 42,5 | KURANG | 1 |
| 11 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 36 | 90 | BAIK | 3 |
| 12 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 40 | 100 | BAIK | 3 |
| 13 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 39 | 97,5 | BAIK | 3 |
| 14 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 39 | 97,5 | BAIK | 3 |

KETERANGAN KODE:

- 1 = KURANG
- 2 = CUKUP
- 3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:

- 1 = TIDAK PERNAH
- 2 = JARANG
- 3 = KADANG-KADANG
- 4 = SERING
- 5 = SELALU

TABULASI DATA KELOMPOK PERLAKUAN
KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PJK SESUDAH SELF MANAGEMENT PROGRAM

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE | | |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|-------|---|----------|------|--------|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | | | | | 15 | 16 |
| 1 | 5 | 5 | 2 | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 4 | 66 | 82,5 | BAIK | 3 |
| 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 51 | 63,8 | CUKUP | 2 |
| 3 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 61 | 76,3 | BAIK | 3 |
| 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 74 | 92,5 | BAIK | 3 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 72 | 90 | BAIK | 3 |
| 6 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 69 | 86,3 | BAIK | 3 |
| 7 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 78 | 97,5 | BAIK | 3 |
| 8 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 72 | 90 | BAIK | 3 |
| 9 | 5 | 4 | 2 | 5 | 4 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 66 | 82,5 | BAIK | 3 |
| 10 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 5 | 5 | 2 | 3 | 1 | 47 | 58,8 | KURANG | 1 |
| 11 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 72 | 90 | BAIK | 3 |
| 12 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 73 | 91,3 | BAIK | 3 |
| 13 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 77 | 96,3 | BAIK | 3 |
| 14 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 78 | 97,5 | BAIK | 3 |

KETERANGAN KODE:
1 = KURANG
2 = CUKUP
3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:
1 = TIDAK PERNAH
2 = JARANG
3 = KADANG-KADANG
4 = SERING
5 = SELALU

**TABULASI KARAKTERISTIK
DATA DEMOGRAFI DAN DATA VARIABEL YANG DITELITI PADA KELOMPOK PERLAKUAN**

| NO | USIA | JENIS | PENDIDIKAN | STATUS PERKAWINAN | PEKERJAAN | STATUS HIDUP BERMUKIM | KOPING | | BEDA | NIAT | | BEDA | KEPATUHAN | | BEDA |
|----|------|-------|------------|-------------------|-----------|-----------------------|--------|------|-------|------|------|-------|-----------|------|-------|
| | | | | | | | PRE | POST | | PRE | POST | | PRE | POST | |
| 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 27 | 80 | -53.0 | 19 | 39 | -20.0 | 47 | 66 | -19.0 |
| 2 | 2 | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 | 17 | 66 | -49.0 | 16 | 22 | -6.0 | 35 | 51 | -16.0 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 20 | 76 | -56.0 | 21 | 32 | -11.0 | 35 | 61 | -26.0 |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 27 | 96 | -69.0 | 19 | 39 | -20.0 | 46 | 74 | -28.0 |
| 5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 24 | 80 | -56.0 | 19 | 39 | -20.0 | 46 | 72 | -26.0 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 24 | 82 | -58.0 | 24 | 36 | -12.0 | 44 | 69 | -25.0 |
| 7 | 1 | 1 | 4 | 1 | 4 | 2 | 24 | 92 | -68.0 | 14 | 39 | -25.0 | 35 | 78 | -43.0 |
| 8 | 2 | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 | 31 | 88 | -57.0 | 23 | 36 | -13.0 | 47 | 72 | -25.0 |
| 9 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 28 | 80 | -52.0 | 22 | 39 | -17.0 | 42 | 66 | -24.0 |
| 10 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 25 | 68 | -43.0 | 13 | 17 | -4.0 | 24 | 47 | -23.0 |
| 11 | 2 | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 | 30 | 88 | -58.0 | 23 | 36 | -13.0 | 47 | 72 | -25.0 |
| 12 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 28 | 82 | -54.0 | 23 | 40 | -17.0 | 58 | 73 | -15.0 |
| 13 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 27 | 96 | -69.0 | 23 | 39 | -16.0 | 46 | 77 | -31.0 |
| 14 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 27 | 96 | -69.0 | 23 | 39 | -16.0 | 46 | 77 | -31.0 |
| 14 | 2 | 1 | 4 | 1 | 4 | 2 | 25 | 92 | -67.0 | 23 | 39 | -16.0 | 46 | 78 | -32.0 |

**TABULASI DATA KELOMPOK KONTROL
KEMAMPUAN KOPING INDIVIDU PENDERITA PJK SEBELUM SELF MANAGEMENT PROGRAM**

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|----|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 3 | 1 | 17 | 34 | KURANG | 1 |
| 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 24 | 48 | KURANG | 1 |
| 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 27 | 54 | KURANG | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 24 | 48 | KURANG | 1 |
| 5 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 | 24 | 48 | KURANG | 1 |
| 6 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 26 | 52 | KURANG | 1 |
| 7 | 4 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 31 | 62 | CUKUP | 2 |
| 8 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 1 | 5 | 3 | 32 | 64 | CUKUP | 2 |
| 9 | 5 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 25 | 50 | KURANG | 1 |
| 10 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 21 | 42 | KURANG | 1 |
| 11 | 1 | 5 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 28 | 56 | KURANG | 1 |
| 12 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 29 | 58 | KURANG | 1 |
| 13 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 25 | 50 | KURANG | 1 |
| 14 | 4 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 30 | 60 | CUKUP | 2 |

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:

- 1 = TIDAK PERNAH
- 2 = JARANG
- 3 = KADANG-KADANG
- 4 = SERING
- 5 = SELALU

KETERANGAN KODE:

- 1 = KURANG
- 2 = CUKUP
- 3 = BAIK

TABULASI DATA KELOMPOK KONTROL
 NIAT BERPERILAKU PATUH PENDERITA PJK SEBELUM SELF MANAGEMENT PROGRAM

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|------|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | |
| 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 16 | 40 | KURANG | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 14 | 35 | KURANG | 1 |
| 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 5 | 19 | 47,5 | KURANG | 1 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | 30 | 75 | CUKUP | 2 |
| 5 | 5 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 5 | 24 | 60 | CUKUP | 2 |
| 6 | 2 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 5 | 19 | 47,5 | KURANG | 1 |
| 7 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 8 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 5 | 26 | 65 | CUKUP | 2 |
| 9 | 2 | 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 17 | 42,5 | KURANG | 1 |
| 10 | 4 | 4 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 5 | 21 | 52,5 | KURANG | 1 |
| 11 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 12 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 21 | 52,5 | KURANG | 1 |
| 13 | 3 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 14 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |

KETERANGAN KODE:
 1 = KURANG
 2 = CUKUP
 3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:
 1 = TIDAK PERNAH
 2 = JARANG
 3 = KADANG-KADANG
 4 = SERING
 5 = SELALU

TABULASI DATA
KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PJK SEBELUM SELF MANAGEMENT PROGRAM KELOMPOK KONTROL

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|-------|-------|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 5 | 5 | 1 | 35 | 43,75 | KURANG | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | 5 | 5 | 31 | 38,75 | KURANG | 1 |
| 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 46 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 4 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 40 | 50 | KURANG | 1 |
| 5 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 1 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 44 | 55 | KURANG | 1 |
| 6 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 4 | 5 | 5 | 1 | 35 | 43,75 | KURANG | 1 |
| 7 | 4 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 48 | 60 | CUKUP | 2 |
| 8 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 48 | 60 | CUKUP | 2 |
| 9 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 24 | 30 | KURANG | 1 |
| 10 | 3 | 2 | 1 | 2 | | 3 | 1 | 2 | 2 | 5 | 1 | 3 | 2 | 5 | 5 | 1 | 38 | 47,5 | KURANG | 1 |
| 11 | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 47 | 58,75 | KURANG | 1 |
| 12 | 4 | 2 | 2 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 58 | 72,5 | CUKUP | 2 |
| 13 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 46 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 14 | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 49 | 61,25 | CUKUP | 2 |

KETERANGAN KODE:
 1 = KURANG
 2 = CUKUP
 3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:
 1 = TIDAK PERNAH
 2 = JARANG
 3 = KADANG-KADANG
 4 = SERING
 5 = SELALU

**TABULASI DATA KELOMPOK KONTROL
KEMAMPUAN KOPING INDIVIDU PENDERITA PJK SESUDAH SELF MANAGEMENT PROGRAM**

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|----|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 23 | 46 | KURANG | 1 |
| 2 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 24 | 48 | KURANG | 1 |
| 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 27 | 54 | KURANG | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 24 | 48 | KURANG | 1 |
| 5 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 | 24 | 48 | KURANG | 1 |
| 6 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 30 | 60 | CUKUP | 2 |
| 7 | 4 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 4 | 31 | 62 | CUKUP | 2 |
| 8 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 5 | 3 | 30 | 60 | CUKUP | 2 |
| 9 | 5 | 2 | 5 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 25 | 50 | KURANG | 1 |
| 10 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 4 | 3 | 21 | 42 | KURANG | 1 |
| 11 | 3 | 5 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 | 30 | 60 | CUKUP | 2 |
| 12 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 29 | 58 | KURANG | 1 |
| 13 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 27 | 54 | KURANG | 1 |
| 14 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 38 | 76 | BAIK | 3 |

KETERANGAN KODE:

1 = KURANG
2 = CUKUP
3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:

1 = TIDAK PERNAH 4 = SERING
2 = JARANG 5 = SELALU
3 = KADANG-KADANG

TABULASI DATA
 NIAT BERPERILAKU PATUH PENDERITA PJK SESUDAH SELF MANAGEMENT PROGRAMASI KELOMPOK KONTROL

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|------|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 5 | 20 | 50 | KURANG | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 | 27,5 | KURANG | 1 |
| 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 5 | 19 | 47,5 | KURANG | 1 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 31 | 77,5 | BAIK | 3 |
| 5 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 | 5 | 24 | 60 | CUKUP | 2 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 5 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 7 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 8 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 5 | 24 | 60 | CUKUP | 2 |
| 9 | 4 | 4 | 1 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 20 | 50 | KURANG | 1 |
| 10 | 4 | 4 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 5 | 21 | 52,5 | KURANG | 1 |
| 11 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 23 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 12 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | 21 | 52,5 | KURANG | 1 |
| 13 | 3 | 3 | 1 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 | 24 | 60 | CUKUP | 2 |
| 14 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 27 | 67,5 | CUKUP | 2 |

KETERANGAN KODE:

- 1 = KURANG
- 2 = CUKUP
- 3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:

- 1 = TIDAK PERNAH
- 2 = JARANG
- 3 = KADANG-KADANG

- 4 = SERING
- 5 = SELALU

TABULASI DATA
KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PJK SESUDAH SELF MANAGEMENT PROGRAM KELOMPOK KONTROL

| RESPONDEN | PERTANYAAN NOMOR | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL | % | KRITERIA | KODE |
|-----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|-------|-------|----------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | |
| 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 39 | 48,75 | KURANG | 1 |
| 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 5 | 3 | 3 | 36 | 45 | KURANG | 1 |
| 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 5 | 5 | 5 | 41 | 51,25 | KURANG | 1 |
| 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 2 | 46 | 57,5 | KURANG | 1 |
| 5 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 5 | 5 | 4 | 42 | 52,5 | KURANG | 1 |
| 6 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 4 | 5 | 5 | 1 | 41 | 51,25 | KURANG | 1 |
| 7 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 42 | 52,5 | KURANG | 1 |
| 8 | 4 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 48 | 60 | CUKUP | 2 |
| 9 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 24 | 30 | KURANG | 1 |
| 10 | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 5 | 5 | 1 | 37 | 46,25 | KURANG | 1 |
| 11 | 4 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 47 | 58,75 | KURANG | 1 |
| 12 | 4 | 2 | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 58 | 72,5 | CUKUP | 2 |
| 13 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 5 | 5 | 3 | 48 | 60 | CUKUP | 2 |
| 14 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 61 | 76,25 | BAIK | 3 |

KETERANGAN KODE:
 1 = KURANG
 2 = CUKUP
 3 = BAIK

KETERANGAN NILAI PERTANYAAN:
 1 = TIDAK PERNAH
 2 = JARANG
 3 = KADANG-KADANG
 4 = SERING
 5 = SELALU

**TABULASI KARAKTERISTIK
DATA DEMOGRAFI DAN DATA VARIABEL YANG DITELITI PADA KELOMPOK KONTROL**

| NO | USIA | JENIS | PENDIDIKAN | STATUS PERKAWINAN | PEKERJAAN | STATUS HIDUP BERMUKIM | KOPING | | BEDA | NIAT | | BEDA | KEPATUHAN | | BEDA |
|----|------|-------|------------|-------------------|-----------|-----------------------|--------|------|------|------|------|------|-----------|------|-------|
| | | | | | | | PRE | POST | | PRE | POST | | PRE | POST | |
| 1 | 2 | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 | 17 | 23 | -6.0 | 16 | 20 | -4.0 | 35 | 39 | -4.0 |
| 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 2 | 24 | 24 | 0.0 | 14 | 11 | 3.0 | 31 | 36 | -5.0 |
| 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 27 | 27 | 0.0 | 19 | 19 | 0.0 | 46 | 41 | 5.0 |
| 4 | 1 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 24 | 24 | 0.0 | 30 | 31 | -1.0 | 40 | 46 | -6.0 |
| 5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 24 | 24 | 0.0 | 24 | 24 | 0.0 | 44 | 42 | 2.0 |
| 6 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 26 | 30 | -4.0 | 19 | 23 | -4.0 | 35 | 41 | -6.0 |
| 7 | 2 | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 | 31 | 31 | 0.0 | 23 | 23 | 0.0 | 48 | 42 | 6.0 |
| 8 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 32 | 30 | 2.0 | 26 | 24 | 2.0 | 48 | 48 | 0.0 |
| 9 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 25 | 25 | 0.0 | 17 | 20 | -3.0 | 24 | 24 | 0.0 |
| 10 | 2 | 2 | 1 | 3 | 5 | 2 | 21 | 21 | 0.0 | 21 | 21 | 0.0 | 38 | 37 | 1.0 |
| 11 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 28 | 30 | -2.0 | 23 | 23 | 0.0 | 47 | 47 | 0.0 |
| 12 | 2 | 1 | 2 | 1 | 5 | 2 | 29 | 29 | 0.0 | 21 | 21 | 0.0 | 58 | 58 | 0.0 |
| 13 | 2 | 1 | 4 | 1 | 4 | 2 | 25 | 27 | -2.0 | 23 | 24 | -1.0 | 46 | 48 | -2.0 |
| 14 | 2 | 1 | 4 | 1 | 6 | 2 | 30 | 38 | -8.0 | 23 | 27 | -4.0 | 49 | 61 | -12.0 |

KETERANGAN KODE DATA DEMOGRAFI

- USIA:**
- 1 = 36-45
 - 2 = 46-55
- PEKERJAAN:**
- 1 = TIDAK BEKERJA
 - 2 = WIRASWASTA
 - 3 = PEGAWAI SWASTA
 - 4 = PNS
 - 5 = PETANI
 - 6 = LAIN-LAIN (PENSIUNAN PNS)
- JENIS KELAMIN**
- 1 = LAKI-LAKI
 - 2 = PEREMPUAN/PENDIDIKAN:
 - 1 = SD
 - 2 = SLTP
 - 3 = SLTA
 - 4 = PERGURUAN TINGGI
- STATUS PERKAHWINAN:**
- 1 = KAWIN
 - 2 = BELUM KAWIN
 - 3 = JANDA
- STATUS HIDUP BERMUKIM:**
- 1 = HIDUP SENDIRI
 - 2 = HIDUP DENGAN KELUARGA

Lampiran 15

UJI STATISTIK DATA UMUM

1. JENIS KELAMIN

Crosstabs

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|--------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| JENIS_KELAMIN * KELOMPOK | 28 | 100.0% | 0 | .0% | 28 | 100.0% |

JENIS_KELAMIN * KELOMPOK Crosstabulation

| Count | | KELOMPOK | | |
|---------------|-----------|-----------|---------|-------|
| | | PERLAKUAN | KONTROL | Total |
| JENIS_KELAMIN | LAKI-LAKI | 7 | 7 | 14 |
| | PEREMPUAN | 7 | 7 | 14 |
| Total | | 14 | 14 | 28 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .000 ^a | 1 | 1.000 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .647 |
| Linear-by-Linear Association | .000 | 1 | 1.000 | | |
| N of Valid Cases ^b | 28 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,00.

b. Computed only for a 2x2 table

2. STATUS PERKAWINAN

Crosstabs

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|------------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| STATUS_PERKAWINAN * KELOMPOK | 28 | 100.0% | 0 | .0% | 28 | 100.0% |

STATUS_PERKAWINAN * KELOMPOK Crosstabulation

| | | | KELOMPOK | | Total |
|-------------------|-------|-------------------|-----------|---------|--------|
| | | | PERLAKUAN | KONTROL | |
| STATUS_PERKAWINAN | KAWIN | Count | 11 | 11 | 22 |
| | | % within KELOMPOK | 78.6% | 78.6% | 78.6% |
| | JANDA | Count | 3 | 3 | 6 |
| | | % within KELOMPOK | 21.4% | 21.4% | 21.4% |
| Total | | Count | 14 | 14 | 28 |
| | | % within KELOMPOK | 100.0% | 100.0% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .000 ^a | 1 | 1.000 | | |
| Continuity Correction ^b | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Likelihood Ratio | .000 | 1 | 1.000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | 1.000 | .676 |
| Linear-by-Linear Association | .000 | 1 | 1.000 | | |
| N of Valid Cases ^b | 28 | | | | |

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,00.

b. Computed only for a 2x2 table

3. PENDIDIKAN

Case Processing Summary

| KELOMPOK | | Cases | | | | | |
|------------|-----------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| PENDIDIKAN | PERLAKUAN | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| | KONTROL | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Tests of Normality

| KELOMPOK | | Kolmogorov-Smimov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|------------|-----------|--------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| PENDIDIKAN | PERLAKUAN | .218 | 14 | .071 | .857 | 14 | .028 |
| | KONTROL | .270 | 14 | .007 | .814 | 14 | .007 |

Case Processing Summary

| KELOMPOK | Cases | | | | | |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| PENDIDIKAN PERLAKUAN | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------------|------------------|-----|--------|-------|
| PENDIDIKAN Based on Mean | .012 | 1 | 26 | .912 |
| Based on Median | .000 | 1 | 26 | 1.000 |
| Based on Median and with adjusted df | .000 | 1 | 24.418 | 1.000 |
| Based on trimmed mean | .015 | 1 | 26 | .905 |

Ranks

| KELOMPOK | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|----------------------|----|-----------|--------------|
| PENDIDIKAN PERLAKUAN | 14 | 14.00 | 196.00 |
| KONTROL | 14 | 15.00 | 210.00 |
| Total | 28 | | |

Test Statistics^b

| | PENDIDIKAN |
|--------------------------------|-------------------|
| Mann-Whitney U | 91.000 |
| Wilcoxon W | 196.000 |
| Z | -.339 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .735 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .769 ^a |

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK

4. PEKERJAAN

Crosstabs

Case Processing Summary

| PEKERJAAN * KELOMPOK | Cases | | | | | |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| PEKERJAAN * KELOMPOK | 28 | 100.0% | 0 | .0% | 28 | 100.0% |

PEKERJAAN * KELOMPOK Crosstabulation

| Count | | | |
|-------------------------|-----------|---------|-------|
| | KELOMPOK | | |
| | PERLAKUAN | KONTROL | Total |
| PEKERJAAN TIDAK BEKERJA | 7 | 5 | 12 |
| BEKERJA | 7 | 9 | 16 |
| Total | 14 | 14 | 28 |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|-------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | .583 ^a | 1 | .445 | | |
| Continuity Correction ^b | .146 | 1 | .703 | | |
| Likelihood Ratio | .586 | 1 | .444 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .704 | .352 |
| Linear-by-Linear Association | .563 | 1 | .453 | | |
| N of Valid Cases ^b | 28 | | | | |

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

b. Computed only for a 2x2 table

5. UMUR

Descriptive Statistics

| | N | Mean | Std. Deviation | Minimum | Maximum |
|----------|----|-------|----------------|---------|---------|
| UMUR | 28 | 49.43 | 7.084 | 37 | 55 |
| KELOMPOK | 28 | 1.50 | .509 | 1 | 2 |

Tests of Normality

| KELOMPOK | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|----------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| UMUR PERLAKUAN | .346 | 14 | .000 | .743 | 14 | .001 |
| KONTROL | .316 | 14 | .000 | .722 | 14 | .001 |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------|------------------|-----|-----|------|
| UMUR Based on Mean | .396 | 1 | 26 | .535 |
| Based on Median | .073 | 1 | 26 | .789 |

| | | | | |
|--------------------------------------|------|---|--------|------|
| Based on Median and with adjusted df | .073 | 1 | 25.988 | .789 |
| Based on trimmed mean | .345 | 1 | 26 | .562 |

Mann-Whitney Test

| | | Ranks | | |
|----------|-----------|-------|-----------|--------------|
| KELOMPOK | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| UMUR | PERLAKUAN | 14 | 15.21 | 213.00 |
| | KONTROL | 14 | 13.79 | 193.00 |
| | Total | 28 | | |

Test Statistics^a

| | UMUR |
|--------------------------------|-------------------|
| Mann-Whitney U | 88.000 |
| Wilcoxon W | 193.000 |
| Z | -.500 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .617 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .667 ^b |

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK

Lampiran 16

UJI STATISTIK-DATA-KHUSUS

Uji Paired T Test Pre-Post Koping Kelompok Perlakuan

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| perlakuan_koping_pre | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| perlakuan_koping_post | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| Diff | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| | | | Statistic | Std. Error |
|-----------------------|----------------------------------|-------------|-----------|------------|
| perlakuan_koping_pre | Mean | | 25.50 | .993 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 23.35 | |
| | | Upper Bound | 27.65 | |
| | 5% Trimmed Mean | | 25.67 | |
| | Median | | 26.00 | |
| | Variance | | 13.808 | |
| | Std. Deviation | | 3.716 | |
| | Minimum | | 17 | |
| | Maximum | | 31 | |
| | Range | | 14 | |
| | Interquartile Range | | 4 | |
| | Skewness | | -.861 | .597 |
| | Kurtosis | | 1.017 | 1.154 |
| perlakuan_koping_post | Mean | | 83.29 | 2.504 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 77.88 | |
| | | Upper Bound | 88.69 | |
| | 5% Trimmed Mean | | 83.54 | |
| | Median | | 82.00 | |
| | Variance | | 87.758 | |
| | Std. Deviation | | 9.368 | |

| | | | | |
|------|----------------------------------|-------------|--------|-------|
| | Minimum | | 66 | |
| | Maximum | | 96 | |
| | Range | | 30 | |
| | Interquartile Range | | 13 | |
| | Skewness | | -.392 | .597 |
| | Kurtosis | | -.475 | 1.154 |
| Diff | Mean | | -57.79 | 2.115 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | -62.36 | |
| | | Upper Bound | -53.22 | |
| | 5% Trimmed Mean | | -57.98 | |
| | Median | | -56.50 | |
| | Variance | | 62.643 | |
| | Std. Deviation | | 7.915 | |
| | Minimum | | -69 | |
| | Maximum | | -43 | |
| | Range | | 26 | |
| | Interquartile Range | | 14 | |
| | Skewness | | -.070 | .597 |
| | Kurtosis | | -.556 | 1.154 |

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smimov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------------|--------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| perlakuan_koping_pre | .200 | 14 | .133 | .933 | 14 | .335 |
| perlakuan_koping_post | .149 | 14 | .200* | .938 | 14 | .396 |
| Diff | .203 | 14 | .120 | .923 | 14 | .240 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Paired Samples Statistics

| | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------------------|-------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 perlakuan_koping_pre | 25.50 | 14 | 3.716 | .993 |
| perlakuan_koping_post | 83.29 | 14 | 9.368 | 2.504 |

Paired Samples Correlations

| | N | Correlation | Sig. |
|---|----|-------------|------|
| Pair 1 perlakuan_koping_pre & perlakuan_koping_post | 14 | .559 | .038 |

Paired Samples Test

| | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|---|--------------------|----------------|-----------------|---|---------|---------|----|-----------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 perlakuan_koping_pre - perlakuan_koping_post | -57.786 | 7.915 | 2.115 | -62.356 | -53.216 | -27.318 | 13 | .000 |

Uji Wilcoxon Signed Ranks Test Pre-Post Niat Kelompok Perlakuan

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|---------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| perlakuan_niat_pre | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| perlakuan_niat_post | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| Diff | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error | |
|---------------------|----------------------------------|-------------|------------|--|
| perlakuan_niat_pre | Mean | 20.14 | .966 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 18.06 | |
| | | Upper Bound | 22.23 | |
| | 5% Trimmed Mean | 20.33 | | |
| | Median | 21.50 | | |
| | Variance | 13.055 | | |
| | Std. Deviation | 3.613 | | |
| | Minimum | 13 | | |
| | Maximum | 24 | | |
| | Range | 11 | | |
| | Interquartile Range | 5 | | |
| | Skewness | -.934 | .597 | |
| | Kurtosis | -.327 | 1.154 | |
| perlakuan_niat_post | Mean | 35.14 | 1.878 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 31.09 | |
| | | Upper Bound | 39.20 | |
| | 5% Trimmed Mean | 35.88 | | |
| | Median | 39.00 | | |
| | Variance | 49.363 | | |
| | Std. Deviation | 7.026 | | |
| | Minimum | 17 | | |
| | Maximum | 40 | | |
| | Range | 23 | | |

| | | | | |
|------|----------------------------------|-------------|----------|---------|
| | Interquartile Range | | 4 | |
| | Skewness | | -2.007 | .597 |
| | Kurtosis | | 3.210 | 1.154 |
| Diff | Mean | | -15.0000 | 1.51911 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | -18.2818 | |
| | | Upper Bound | -11.7182 | |
| | 5% Trimmed Mean | | -15.0556 | |
| | Median | | -16.0000 | |
| | Variance | | 32.308 | |
| | Std. Deviation | | 5.68399 | |
| | Minimum | | -25.00 | |
| | Maximum | | -4.00 | |
| | Range | | 21.00 | |
| | Interquartile Range | | 8.25 | |
| | Skewness | | .378 | .597 |
| | Kurtosis | | .084 | 1.154 |

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|---------------------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| perlakuan_niat_pre | .214 | 14 | .082 | .851 | 14 | .023 |
| perlakuan_niat_post | .334 | 14 | .000 | .659 | 14 | .000 |
| Diff | .141 | 14 | .200* | .963 | 14 | .777 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Transformasi menormalkan data perlakuan_niat_post
Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|----------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| tran_age | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| | | | | Statistic | Std. Error |
|----------|----------------------------------|-------------|--|-----------|------------|
| tran_age | Mean | | | 1.5347 | .02952 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | | 1.4710 | |
| | | Upper Bound | | 1.5985 | |

| | | |
|---------------------|--------|-------|
| 5% Trimmed Mean | 1.5479 | |
| Median | 1.5911 | |
| Variance | .012 | |
| Std. Deviation | .11045 | |
| Minimum | 1.23 | |
| Maximum | 1.60 | |
| Range | .37 | |
| Interquartile Range | .05 | |
| Skewness | -2.247 | .597 |
| Kurtosis | 4.411 | 1.154 |

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|----------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| tran_age | .363 | 14 | .000 | .613 | 14 | .000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptive Statistics

| | N | Mean | Std. Deviation | Minimum | Maximum |
|---------------------|----|-------|----------------|---------|---------|
| perlakuan_niat_pre | 14 | 20.14 | 3.613 | 13 | 24 |
| perlakuan_niat_post | 14 | 35.14 | 7.026 | 17 | 40 |

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| perlakuan_niat_post - perlakuan_niat_pre | Negative Ranks | 0 ^a | .00 | .00 |
| | Positive Ranks | 14 ^b | 7.50 | 105.00 |
| | Ties | 0 ^c | | |
| | Total | 14 | | |

a. perlakuan_niat_post < perlakuan_niat_pre

b. perlakuan_niat_post > perlakuan_niat_pre

c. perlakuan_niat_post = perlakuan_niat_pre

Test Statistics^a

| | |
|------------------------|---|
| | perlakuan_niat_po st - perlakuan_niat_pr e |
| Z | -3.301 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .001 |

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji Wilcoxon Signed Ranks Test Pre-Post Kepatuhan Berobat Kelompok Perlakuan

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|--------------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| perlakuan_kepatuhan_pre | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| perlakuan_kepatuhan_post | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| Diff | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error | |
|--------------------------|----------------------------------|-------------|------------|--|
| perlakuan_kepatuhan_pre | Mean | 42.71 | 2.177 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 38.01 | |
| | | Upper Bound | 47.42 | |
| | 5% Trimmed Mean | 42.90 | | |
| | Median | 46.00 | | |
| | Variance | 66.374 | | |
| | Std. Deviation | 8.147 | | |
| | Minimum | 24 | | |
| | Maximum | 58 | | |
| | Range | 34 | | |
| | Interquartile Range | 12 | | |
| | Skewness | -.661 | .597 | |
| | Kurtosis | 1.419 | 1.154 | |
| perlakuan_kepatuhan_post | Mean | 68.29 | 2.543 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 62.79 | |
| | | Upper Bound | 73.78 | |
| | 5% Trimmed Mean | 68.93 | | |
| | Median | 72.00 | | |
| | Variance | 90.527 | | |
| | Std. Deviation | 9.515 | | |
| | Minimum | 47 | | |
| | Maximum | 78 | | |
| | Range | 31 | | |
| | Interquartile Range | 10 | | |
| | Skewness | -1.279 | .597 | |
| | Kurtosis | .985 | 1.154 | |
| Diff | Mean | -25.5714 | 1.87146 | |

| | | | |
|---------------------|-------------|----------|-------|
| Mean | Upper Bound | -21.5284 | |
| 5% Trimmed Mean | | -25.1905 | |
| Median | | -25.0000 | |
| Variance | | 49.033 | |
| Std. Deviation | | 7.00235 | |
| Minimum | | -43.00 | |
| Maximum | | -15.00 | |
| Range | | 28.00 | |
| Interquartile Range | | 6.75 | |
| Skewness | | -.881 | .597 |
| Kurtosis | | 2.149 | 1.154 |

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| perlakuan_kepatuhan_pre | .228 | 14 | .047 | .882 | 14 | .062 |
| perlakuan_kepatuhan_post | .223 | 14 | .057 | .854 | 14 | .025 |
| Diff | .190 | 14 | .184 | .917 | 14 | .202 |

a. Lilliefors Significance Correction

Transformasi menormalkan data kepatuhan perlakuan_kepatuhan_pre

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|----------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| tran_age | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error |
|----------|----------------------------------|-------------|------------|
| tran_age | Mean | 1.6221 | .02473 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 1.5687 |
| | | Upper Bound | 1.6756 |
| | 5% Trimmed Mean | 1.6277 | |
| | Median | 1.6628 | |
| | Variance | .009 | |
| | Std. Deviation | .09254 | |
| | Minimum | 1.38 | |
| | Maximum | 1.76 | |
| | Range | .38 | |

| | | |
|---------------------|--------|-------|
| Interquartile Range | .13 | |
| Skewness | -1.372 | .597 |
| Kurtosis | 2.777 | 1.154 |

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smimov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|----------|--------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| tran_age | .241 | 14 | .027 | .833 | 14 | .013 |

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptive Statistics

| | N | Mean | Std. Deviation | Minimum | Maximum |
|--------------------------|----|-------|----------------|---------|---------|
| perlakuan_kepatuhan_pre | 14 | 42.71 | 8.147 | 24 | 58 |
| perlakuan_kepatuhan_post | 14 | 68.29 | 9.515 | 47 | 78 |

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

| | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--|-----------------|-----------|--------------|
| perlakuan_kepatuhan_post - perlakuan_kepatuhan_pre Negative Ranks | 0 ^a | .00 | .00 |
| Positive Ranks | 14 ^b | 7.50 | 105.00 |
| Ties | 0 ^c | | |
| Total | 14 | | |

- a. perlakuan_kepatuhan_post < perlakuan_kepatuhan_pre
- b. perlakuan_kepatuhan_post > perlakuan_kepatuhan_pre
- c. perlakuan_kepatuhan_post = perlakuan_kepatuhan_pre

Test Statistics^b

| | perlakuan_kepatuhan_post - perlakuan_kepatuhan_pre |
|------------------------|--|
| Z | -3.300 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .001 |

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Uji Paired T Test Pre-Post Koping Kelompok Kontrol

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-----------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| PRETEST_KOPING | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| POSTTEST_KOPING | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| Diff | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error |
|-----------------|----------------------------------|-------------|------------|
| PRETEST_KOPING | Mean | 25.93 | 1.077 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 23.60 |
| | | Upper Bound | 28.25 |
| | 5% Trimmed Mean | 26.09 | |
| | Median | 25.50 | |
| | Variance | 16.225 | |
| | Std. Deviation | 4.028 | |
| | Minimum | 17 | |
| | Maximum | 32 | |
| | Range | 15 | |
| | Interquartile Range | 5 | |
| | Skewness | -.541 | .597 |
| | Kurtosis | .525 | 1.154 |
| POSTTEST_KOPING | Mean | 27.36 | 1.170 |

| | | | | |
|------|----------------------------------|-------------|--------|-------|
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 24.83 | |
| | | Upper Bound | 29.89 | |
| | 5% Trimmed Mean | | 27.12 | |
| | Median | | 27.00 | |
| | Variance | | 19.170 | |
| | Std. Deviation | | 4.378 | |
| | Minimum | | 21 | |
| | Maximum | | 38 | |
| | Range | | 17 | |
| | Interquartile Range | | 6 | |
| | Skewness | | .906 | .597 |
| | Kurtosis | | 1.342 | 1.154 |
| Diff | Mean | | -1.43 | .739 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | -3.03 | |
| | | Upper Bound | .17 | |
| | 5% Trimmed Mean | | -1.25 | |
| | Median | | .00 | |
| | Variance | | 7.648 | |
| | Std. Deviation | | 2.766 | |
| | Minimum | | -8 | |
| | Maximum | | 2 | |
| | Range | | 10 | |
| | Interquartile Range | | 2 | |
| | Skewness | | -1.413 | .597 |

| | | |
|----------|-------|-------|
| Kurtosis | 1.425 | 1.154 |
|----------|-------|-------|

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-----------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| PRETEST_KOPING | .173 | 14 | .200 | .961 | 14 | .739 |
| POSTTEST_KOPING | .136 | 14 | .200 | .924 | 14 | .249 |
| Diff | .340 | 14 | .000 | .785 | 14 | .003 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Paired Samples Statistics

| | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------------|-------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 PRETEST_KOPING | 25.93 | 14 | 4.028 | 1.077 |
| POSTTEST_KOPING | 27.36 | 14 | 4.378 | 1.170 |

Paired Samples Correlations

| | N | Correlation | Sig. |
|---|----|-------------|------|
| Pair 1 PRETEST_KOPING & POSTTEST_KOPING | 14 | .787 | .001 |

Paired Samples Test

| | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|---|--------------------|----------------|-----------------|---|-------|--------|----|-----------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 PRETEST_KOPING - POSTTEST_KOPING | -1.429 | 2.766 | .739 | -3.025 | .168 | -1.933 | 13 | .075 |

Uji Paired T Test Pre-Post Niat Kelompok Kontrol

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|---------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| PRETEST_NIAT | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| POSTTEST_NIAT | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| Diff | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| | | Statistic | Std. Error | |
|---------------|----------------------------------|-------------|------------|--|
| PRETEST_NIAT | Mean | 21.36 | 1.117 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 18.94 | |
| | | Upper Bound | 23.77 | |
| | 5% Trimmed Mean | 21.29 | | |
| | Median | 22.00 | | |
| | Variance | 17.478 | | |
| | Std. Deviation | 4.181 | | |
| | Minimum | 14 | | |
| | Maximum | 30 | | |
| | Range | 16 | | |
| | Interquartile Range | 5 | | |
| | Skewness | .149 | .597 | |
| Kurtosis | .285 | 1.154 | | |
| POSTTEST_NIAT | Mean | 22.21 | 1.196 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 19.63 | |
| | | Upper Bound | 24.80 | |
| | 5% Trimmed Mean | 22.35 | | |
| | Median | 23.00 | | |
| | Variance | 20.027 | | |
| | Std. Deviation | 4.475 | | |
| | Minimum | 11 | | |
| | Maximum | 31 | | |
| | Range | 20 | | |
| | Interquartile Range | 4 | | |
| | Skewness | -.663 | .597 | |
| Kurtosis | 3.021 | 1.154 | | |
| Diff | Mean | -.86 | .582 | |

| | | | | |
|--|----------------------------------|-------------|-------|-------|
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | -2.12 | |
| | | Upper Bound | .40 | |
| | 5% Trimmed Mean | | -.90 | |
| | Median | | .00 | |
| | Variance | | 4.747 | |
| | Std. Deviation | | 2.179 | |
| | Minimum | | -4 | |
| | Maximum | | 3 | |
| | Range | | 7 | |
| | Interquartile Range | | 3 | |
| | Skewness | | -.160 | .597 |
| | Kurtosis | | -.556 | 1.154 |

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|---------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| PRETEST_NIAT | .153 | 14 | .200 | .971 | 14 | .886 |
| POSTTEST_NIAT | .202 | 14 | .126 | .908 | 14 | .149 |
| Diff | .224 | 14 | .054 | .884 | 14 | .067 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Paired Samples Statistics

| | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---------------------|-------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 PRETEST_NIAT | 21.36 | 14 | 4.181 | 1.117 |
| POSTTEST_NIAT | 22.21 | 14 | 4.475 | 1.196 |

Paired Samples Correlations

| | N | Correlation | Sig. |
|-------------------------------------|----|-------------|------|
| Pair 1 PRETEST_NIAT & POSTTEST_NIAT | 14 | .875 | .000 |

Paired Samples Test

| | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|-------------------------------------|--------------------|----------------|-----------------|---|-------|--------|----|-----------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 PRETEST_NIAT - POSTTEST_NIAT | -.857 | 2.179 | .582 | -2.115 | .401 | -1.472 | 13 | .165 |

Uji Paired T Test Pre-Post Kepatuhan Berobat Kelompok Kontrol
Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|-------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| PRETEST_KEPATUHAN | 14 | 100.0% | 0 | 0.0% | 14 | 100.0% |
| POSTTEST_KEPATUHN | 14 | 100.0% | 0 | 0.0% | 14 | 100.0% |
| Diff | 14 | 100.0% | 0 | 0.0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| | Statistic | Std. Error |
|--|-----------|------------|
| PRETEST_KEPATUHAN Mean | 42.07 | 2.345 |
| 95% Lower Bound | 37.01 | |
| Confidence Upper Bound | | |
| Interval for Mean | 47.14 | |
| 5% Trimmed Mean | 42.19 | |
| Median | 45.00 | |
| Variance | 76.995 | |
| Std. Deviation | 8.775 | |
| Minimum | 24 | |
| Maximum | 58 | |
| Range | 34 | |
| Interquartile Range | 13 | |
| Skewness | -.399 | .597 |
| Kurtosis | .230 | 1.154 |
| POSTTEST_KEPATUHN Mean | 43.57 | 2.449 |
| 95% Confidence Interval for Mean Lower Bound | 38.28 | |
| Upper Bound | 48.86 | |
| 5% Trimmed Mean | 43.69 | |
| Median | 42.00 | |
| Variance | 83.956 | |
| Std. Deviation | 9.163 | |
| Minimum | 24 | |
| Maximum | 61 | |
| Range | 37 | |
| Interquartile Range | 10 | |
| Skewness | .020 | .597 |
| Kurtosis | 1.176 | 1.154 |
| Diff Mean | -1.50 | 1.274 |

| | | | |
|----------------------------------|-------------|--------|-------|
| 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | -4.25 | |
| | Upper Bound | 1.25 | |
| 5% Trimmed Mean | | -1.33 | |
| Median | | .00 | |
| Variance | | 22.731 | |
| Std. Deviation | | 4.768 | |
| Minimum | | -12 | |
| Maximum | | 6 | |
| Range | | 18 | |
| Interquartile Range | | 6 | |
| Skewness | | -.522 | .597 |
| Kurtosis | | .499 | 1.154 |

Tests of Normality

| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|-------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| PRETEST_KEPATUHAN | .173 | 14 | .200 | .958 | 14 | .690 |
| POSTTEST_KEPATUHN | .172 | 14 | .200 | .948 | 14 | .528 |
| Diff | .195 | 14 | .156 | .954 | 14 | .627 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Paired Samples Statistics

| | Mean | N | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------------------------|-------|----|----------------|-----------------|
| Pair 1 PRETEST_KEPATUHAN | 42.07 | 14 | 8.775 | 2.345 |
| POSTTEST_KEPATUHN | 43.57 | 14 | 9.163 | 2.449 |

Paired Samples Correlations

| | N | Correlation | Sig. |
|--|----|-------------|------|
| Pair 1 PRETEST_KEPATUHAN & POSTTEST_KEPATUHN | 14 | .860 | .000 |

Paired Samples Test

| | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|--|--------------------|----------------|-----------------|---|-------|--------|----|-----------------|
| | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | Lower | Upper | | | |
| Pair 1 PRETEST_KEPATUHAN - POSTTEST_KEPATUHN | -1.500 | 4.768 | 1.274 | -4.253 | 1.253 | -1.177 | 13 | .260 |

UJI PRE TEST ANTARA KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

1. KOPING

Case Processing Summary

| KELOMPOK | Cases | | | | | |
|----------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| KOPING_PRE PERLAKUAN | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| KONTROL | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| KELOMPOK | Statistic | Std. Error | |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------|---------|
| KOPING_PRE PERLAKUAN | Mean | 25.5000 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 23.3545 |
| | | Upper Bound | 27.6455 |
| | 5% Trimmed Mean | 25.6667 | |
| | Median | 26.0000 | |
| | Variance | 13.808 | |
| | Std. Deviation | 3.71587 | |
| | Minimum | 17.00 | |
| | Maximum | 31.00 | |
| | Range | 14.00 | |
| | Interquartile Range | 4.00 | |
| | Skewness | -.861 | .597 |
| | Kurtosis | 1.017 | 1.154 |
| | KONTROL | Mean | 25.9286 |
| 95% Confidence Interval for Mean | | Lower Bound | 23.6028 |
| | | Upper Bound | 28.2543 |
| 5% Trimmed Mean | | 26.0873 | |
| Median | | 25.5000 | |
| Variance | | 16.225 | |
| Std. Deviation | | 4.02806 | |
| Minimum | | 17.00 | |
| Maximum | | 32.00 | |
| Range | | 15.00 | |
| Interquartile Range | | 5.25 | |

| | | |
|----------|------|-------|
| Skewness | -541 | .597 |
| Kurtosis | .525 | 1.154 |

Tests of Normality

| KELOMPOK | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|----------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| KOPING_PRE PERLAKUAN | .200 | 14 | .133 | .933 | 14 | .335 |
| KONTROL | .173 | 14 | .200 | .961 | 14 | .739 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Group Statistics

| KELOMPOK | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|----------------------|----|---------|----------------|-----------------|
| KOPING_PRE PERLAKUAN | 14 | 25.5000 | 3.71587 | .99311 |
| KONTROL | 14 | 25.9286 | 4.02806 | 1.07654 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|------|-------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|---------|--|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | | |
| | | | | | | | | Lower | Upper | |
| KOPIN G_PRE Equal variances assumed | .099 | .755 | -.293 | 26 | .772 | -.42857 | 1.46465 | -3.43921 | 2.58207 | |
| Equal variances not assumed | | | -.293 | 25.833 | .772 | -.42857 | 1.46465 | -3.44016 | 2.58302 | |

2. NIAT

Case Processing Summary

| KELOMPOK | Cases | | | | | |
|--------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| NIAT_PRE PERLAKUAN | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| KONTROL | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| KELOMPOK | Statistic | Std. Error | |
|--------------------|----------------------------------|-------------|---------|
| NIAT_PRE PERLAKUAN | Mean | 20.1429 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 18.0567 |
| | | Upper Bound | 22.2290 |
| | 5% Trimmed Mean | 20.3254 | |
| | Median | 21.5000 | |
| | Variance | 13.055 | |
| | Std. Deviation | 3.61316 | |
| | Minimum | 13.00 | |
| | Maximum | 24.00 | |
| | Range | 11.00 | |
| | Interquartile Range | 4.75 | |
| | Skewness | -.934 | .597 |
| | Kurtosis | -.327 | 1.154 |
| KONTROL | Mean | 21.3571 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 18.9433 |
| | | Upper Bound | 23.7710 |
| | 5% Trimmed Mean | 21.2857 | |
| | Median | 22.0000 | |
| | Variance | 17.478 | |
| | Std. Deviation | 4.18067 | |
| | Minimum | 14.00 | |
| | Maximum | 30.00 | |
| | Range | 16.00 | |
| | Interquartile Range | 4.75 | |
| | Skewness | .149 | .597 |
| | Kurtosis | .285 | 1.154 |

Tests of Normality

| KELOMPOK | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|--------------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| NIAT_PRE PERLAKUAN | .214 | 14 | .082 | .851 | 14 | .023 |
| KONTROL | .153 | 14 | .200 | .971 | 14 | .886 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Group Statistics

| KELOMPOK | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------------------|----|---------|----------------|-----------------|
| NIAT_PRE PERLAKUAN | 14 | 20.1429 | 3.61316 | .96566 |
| KONTROL | 14 | 21.3571 | 4.18067 | 1.11733 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|----------------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|---------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| NIAT_PRE Equal variances assumed | .078 | .782 | -.822 | 26 | .418 | -1.21429 | 1.47680 | -4.24988 | 1.82131 |
| Equal variances not assumed | | | -.822 | 25.466 | .419 | -1.21429 | 1.47680 | -4.25299 | 1.82442 |

3. KEPATUHAN

Case Processing Summary

| KELOMPOK | Cases | | | | | |
|---------------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| KEPATUHAN_PERLAKUAN | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| AN_PRE_KONTROL | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| KELOMPOK | Statistic | Std. Error | | |
|--|--|------------|---------|---------|
| KEPATUHAN_PERLAKUAN AN_PRE | Mean | 42.7143 | 2.17738 | |
| | 95% Confidence Interval for Mean Lower Bound | 38.0103 | | |
| | Upper Bound | 47.4182 | | |
| | 5% Trimmed Mean | 42.9048 | | |
| | Median | 46.0000 | | |
| | Variance | 66.374 | | |
| | Std. Deviation | 8.14700 | | |
| | Minimum | 24.00 | | |
| | Maximum | 58.00 | | |
| | Range | 34.00 | | |
| | Interquartile Range | 12.00 | | |
| | Skewness | -.661 | | .597 |
| | Kurtosis | 1.419 | | 1.154 |
| | KONTROL | Mean | | 42.0714 |
| 95% Confidence Interval for Mean Lower Bound | | 37.0051 | | |
| Upper Bound | | 47.1378 | | |
| 5% Trimmed Mean | | 42.1905 | | |
| Median | | 45.0000 | | |
| Variance | | 76.995 | | |
| Std. Deviation | | 8.77465 | | |
| Minimum | | 24.00 | | |
| Maximum | | 58.00 | | |
| Range | | 34.00 | | |
| Interquartile Range | | 13.00 | | |
| Skewness | | -.399 | .597 | |
| Kurtosis | | .230 | 1.154 | |

Tests of Normality

| KELOMPOK | | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|---------------|-----------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| KEPATUHAN_PRE | PERLAKUAN | .228 | 14 | .047 | .882 | 14 | .062 |
| | KONTROL | .173 | 14 | .200 | .958 | 14 | .690 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|---------------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| KEPATUHAN_PRE | Based on Mean | .270 | 1 | 26 | .608 |
| | Based on Median | .311 | 1 | 26 | .582 |
| | Based on Median and with adjusted df | .311 | 1 | 25.655 | .582 |
| | Based on trimmed mean | .285 | 1 | 26 | .598 |

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

| KELOMPOK | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|---------------|-----------|----|-----------|--------------|
| KEPATUHAN_PRE | PERLAKUAN | 14 | 14.36 | 201.00 |
| | KONTROL | 14 | 14.64 | 205.00 |
| | Total | 28 | | |

Test Statistics^b

| | KEPATUHAN_P R E |
|--------------------------------|-----------------------|
| Mann-Whitney U | 96.000 |
| Wilcoxon W | 201.000 |
| Z | -.093 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .926 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .946 ^a |

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK

UJI STATISTIK DARI DELTA KOPING KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Case Processing Summary

| KELOMPOK | | Cases | | | | | |
|----------|-----------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Diff | PERLAKUAN | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| | KONTROL | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| KELOMPOK | | Statistic | Std. Error | | | |
|----------------------------------|-------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|--------|
| Diff | PERLAKUAN | Mean | 57.7857 | 2.11530 | | |
| | | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | | 53.2159 | |
| | | | Upper Bound | | 62.3555 | |
| | | 5% Trimmed Mean | | | 57.9841 | |
| | | Median | | | 56.5000 | |
| | | Variance | | | 62.643 | |
| | | Std. Deviation | | | 7.91472 | |
| | | Minimum | | | 43.00 | |
| | | Maximum | | | 69.00 | |
| | | Range | | | 26.00 | |
| | | Interquartile Range | | | 14.50 | |
| | | Skewness | | | .070 | .597 |
| | | Kurtosis | | | -.556 | 1.154 |
| | | KONTROL | | | Mean | 1.4286 |
| 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | | | -.1682 | | |
| | Upper Bound | | | 3.0254 | | |
| 5% Trimmed Mean | | | | 1.2540 | | |
| Median | | | | .0000 | | |
| Variance | | | | 7.648 | | |
| Std. Deviation | | | | 2.76557 | | |
| Minimum | | | | -2.00 | | |
| Maximum | | | | 8.00 | | |
| Range | | | | 10.00 | | |
| Interquartile Range | | 2.50 | | | | |

| | | |
|----------|-------|-------|
| Skewness | 1.413 | .597 |
| Kurtosis | 1.425 | 1.154 |

Tests of Normality

| KELOMPOK | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|----------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Diff PERLAKUAN | .203 | 14 | .120 | .923 | 14 | .240 |
| KONTROL | .340 | 14 | .000 | .785 | 14 | .003 |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Diff Based on Mean | 8.223 | 1 | 26 | .008 |
| Based on Median | 7.477 | 1 | 26 | .011 |
| Based on Median and with adjusted df | 7.477 | 1 | 19.149 | .013 |
| Based on trimmed mean | 8.577 | 1 | 26 | .007 |

Mann-Whitney Test

Ranks

| KELOMPOK | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|----------------|----|-----------|--------------|
| Diff PERLAKUAN | 14 | 21.50 | 301.00 |
| KONTROL | 14 | 7.50 | 105.00 |
| Total | 28 | | |

Test Statistics^b

| | Diff |
|--------------------------------|-------------------|
| Mann-Whitney U | .000 |
| Wilcoxon W | 105.000 |
| Z | -4.558 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000 |
| Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)] | .000 ^a |

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK

UJI STATISTIK DARI DELTA NIAT KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Case Processing Summary

| KELOMPOK | | Cases | | | | | |
|----------|-----------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Diff | PERLAKUAN | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| | KONTROL | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| KELOMPOK | | Statistic | Std. Error | |
|----------|-----------|----------------------------------|------------|---------|
| Diff | PERLAKUAN | Mean | 15.0000 | 1.51911 |
| | | 95% Confidence Interval for Mean | | |
| | | Lower Bound | 11.7182 | |
| | | Upper Bound | 18.2818 | |
| | | 5% Trimmed Mean | 15.0556 | |
| | | Median | 16.0000 | |
| | | Variance | 32.308 | |
| | | Std. Deviation | 5.68399 | |
| | | Minimum | 4.00 | |
| | | Maximum | 25.00 | |
| | | Range | 21.00 | |
| | | Interquartile Range | 8.25 | |
| | | Skewness | -.378 | |
| | Kurtosis | .084 | 1.154 | |
| KONTROL | | Mean | .8571 | .58231 |
| | | 95% Confidence Interval for Mean | | |
| | | Lower Bound | -.4009 | |
| | | Upper Bound | 2.1152 | |
| | | 5% Trimmed Mean | .8968 | |
| | | Median | .0000 | |
| | | Variance | 4.747 | |
| | | Std. Deviation | 2.17882 | |
| | | Minimum | -3.00 | |
| | | Maximum | 4.00 | |
| | | Range | 7.00 | |
| | | Interquartile Range | 3.25 | |
| | | Skewness | .160 | |
| | Kurtosis | -.556 | 1.154 | |

Tests of Normality

| KELOMPOK | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|----------------|---------------------------------|----|-------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Diff PERLAKUAN | .141 | 14 | .200* | .963 | 14 | .777 |
| KONTROL | .224 | 14 | .054 | .884 | 14 | .067 |

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Test of Homogeneity of Variance

| | | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|------|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Diff | Based on Mean | 8.152 | 1 | 26 | .008 |
| | Based on Median | 6.257 | 1 | 26 | .019 |
| | Based on Median and with adjusted df | 6.257 | 1 | 18.267 | .022 |
| | Based on trimmed mean | 8.033 | 1 | 26 | .009 |

Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|------|-----------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|----------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | | Lower | Upper |
| Diff | Equal variances assumed | 8.152 | .008 | 8.693 | 26 | .000 | 14.14286 | 1.62689 | 10.79873 | 17.48698 |
| | Equal variances not assumed | | | 8.693 | 16.740 | .000 | 14.14286 | 1.62689 | 10.70634 | 17.57937 |

UJI STATISTIK DARI DELTA KEPATUHAN KELOMPOK PERLAKUAN DAN KONTROL

Case Processing Summary

| KELOMPOK | Cases | | | | | |
|----------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| Diff PERLAKUAN | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |
| KONTROL | 14 | 100.0% | 0 | .0% | 14 | 100.0% |

Descriptives

| KELOMPOK | Statistic | Std. Error | |
|----------------|--|------------|---------|
| Diff PERLAKUAN | Mean | 25.5714 | 1.87146 |
| | 95% Confidence Interval for Mean Lower Bound | 21.5284 | |
| | Upper Bound | 29.6145 | |
| | 5% Trimmed Mean | 25.1905 | |
| | Median | 25.0000 | |
| | Variance | 49.033 | |
| | Std. Deviation | 7.00235 | |
| | Minimum | 15.00 | |
| | Maximum | 43.00 | |
| | Range | 28.00 | |
| | Interquartile Range | 6.75 | |
| | Skewness | .881 | .597 |
| | Kurtosis | 2.149 | 1.154 |
| KONTROL | Mean | 1.5000 | 1.27422 |
| | 95% Confidence Interval for Mean Lower Bound | -1.2528 | |
| | Upper Bound | 4.2528 | |
| | 5% Trimmed Mean | 1.3333 | |
| | Median | .0000 | |
| | Variance | 22.731 | |
| | Std. Deviation | 4.76768 | |
| | Minimum | -6.00 | |
| | Maximum | 12.00 | |
| | Range | 18.00 | |
| | Interquartile Range | 6.50 | |
| | Skewness | .522 | .597 |
| | Kurtosis | .499 | 1.154 |

Tests of Normality

| KELOMPOK | Kolmogorov-Smimov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
|----------------|--------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| Diff PERLAKUAN | .190 | 14 | .184 | .917 | 14 | .202 |
| KONTROL | .195 | 14 | .156 | .954 | 14 | .627 |

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
|--------------------------------------|------------------|-----|--------|------|
| Diff Based on Mean | .367 | 1 | 26 | .550 |
| Based on Median | .414 | 1 | 26 | .526 |
| Based on Median and with adjusted df | .414 | 1 | 22.658 | .527 |
| Based on trimmed mean | .335 | 1 | 26 | .568 |

Group Statistics

| KELOMPOK | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|----------------|----|---------|----------------|-----------------|
| Diff PERLAKUAN | 14 | 25.5714 | 7.00235 | 1.87146 |
| KONTROL | 14 | 1.5000 | 4.76768 | 1.27422 |

Independent Samples Test

| | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|------------------------------|---|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|----------|
| | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| | | | | | | | | Lower | Upper |
| Diff Equal variances assumed | .367 | .550 | 10.632 | 26 | .000 | 24.07143 | 2.26406 | 19.41758 | 28.72528 |
| Equal variances not assumed | | | 10.632 | 22.921 | .000 | 24.07143 | 2.26406 | 19.38696 | 28.75589 |



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH AIRLANGGA UNIVERSITY**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"**

No : 228-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Public Health Airlangga University, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"PENGARUH *SELF MANAGEMENT PROGRAM* TERHADAP KOPING, NIAT DAN KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PENYAKIT JANTUNG KORONER DI JOMBANG"

Peneliti utama : Hanim Mufarokhah, S.Kep.,Ns.
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol



Prof. Bambang W., dr., M.S., M.CN., Ph.D., Sp.GK.
NIP. 19490320 197703 1 002



IR. PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752- Fax. (031) 5913257, 5913752
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkip.unair.ac.id

Surabaya, 13 Pebruari 2015

Nomor : 58 /UN3.1.12/PPd/S2/2015
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.
Kepala Bakesbangpol Linmas
di –

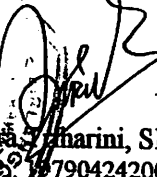
Tempat

Dengan hormat,
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Hanim Mufarokhah, S.Kep.Ns
NIM : 131314153012
Judul Penelitian : Efek self management program terhadap kepatuhan berobat pada penderita penyakit Jantung koroner.

Tempat : Wilayah Kerja Puskesmas Ploso Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n. Dekan
Wakil Dekan

Mira Sinarini, SKp.M.Kep
NIP. 197904242006042002

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jombang
2. Kepala Puskesmas Ploso Kab. Jombang



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkip.unair.ac.id

Surabaya, 13 Pebruari 2015

Nomor : 57 /UN3.1.12/PPd/S2/2015
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.
Direktur RSUD Jombang
di –

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Hanim Mufarokhah, S.Kep.Ns
NIM : 131314153012
Judul Penelitian : Efek self management program terhadap kepatuhan berobat pada penderita penyakit Jantung koroner.

Tempat : RSUD Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Tembusan :

1. Kepala Bidang Diklat RSUD Jombang
2. Kepala Keperawatan RSUD Jombang
3. Kepala Ruang Poliklinik Jantung RSUD Jombang



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website <http://ners.unair.ac.id> | email: dekan@fkp.unair.ac.id

No : 171/UN3.1.12/PPd/S2/2015 Surabaya, 7 Mei 2015
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair


Kepada Yth.
Kepala Bappeda Kabupaten Jombang
di -
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Hanim Mufarokhah, S.Kep.Ns
NIM : 131314153012
Judul : Pengaruh *self management program* terhadap koping, niat dan kepatuhan berobat penderita penyakit jantung koroner di Jombang
Tempat : 1. RSUD Kab. Jombang
2. Puskesmas Wilayah Kab. Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n Dekan
Wakil Dekan I
Wakil Dekan III

Yulis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., M.Ng
NIP. 197507092005012001

Tembusan :

1. Direktur RSUD Kab. Jombang
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jombang
3. Kepala Puskesmas Wilayah Kab. Jombang



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website <http://ners.unair.ac.id> | email: dekan@fkp.unair.ac.id

No : 171/UN3.1.12/PPd/S2/2015
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Surabaya, 7 Mei 2015

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jombang
di -
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Hanim Mufarokhah, S.Kep.Ns
NIM : 131314153012
Judul : Pengaruh *self management program* terhadap koping, niat dan kepatuhan berobat penderita penyakit jantung koroner di Jombang
Tempat : 1. RSUD Kab. Jombang
2. Puskesmas Wilayah Kab. Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n Dekan
plh. Wakil Dekan I
Wakil Dekan III



Yulis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., M.Ng
NIP. 197507092005012001



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website <http://nors.unair.ac.id> | email: dekan@fkip.unair.ac.id

No : 171/UN3.1.12/PPd/S2/2015 Surabaya, 7 Mei 2015
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

Kepada Yth.
Direktur RSUD Kab. Jombang
di -
Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Hanim Mufarokhah, S.Kep.Ns
NIM : 131314153012
Judul : Pengaruh *self management program* terhadap coping, niat dan kepatuhan berobat penderita penyakit jantung koroner di Jombang
Tempat : 1. RSUD Kab. Jombang
2. Puskesmas Wilayah Kab. Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a/n Dekan
plh. Wakil Dekan I
Wakil Dekan III



Julis Setiya Dewi, S.Kep., Ns., M.Ng
NIP. 197507092005012001

Tembusan:

1. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan RSUD Kab. Jombang
2. Kepala Poli Jantung RSUD Kab. Jombang



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
DINAS KESEHATAN

JL. KH. Wahid Hasyim No. 131 Jombang. Kode Pos : 61411
Telp/Fax. (0321) 866197 Email : dinkesjombang@yahoo.com
Website : www.jombangkab.go.id

Jombang, 8 Juni 2015

Nomor : 070/3332/415.25/2015
Sifat : Biasa
Aspek : -
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
Yth. 1. Kepala Puskesmas Bawangan
② Kepala Puskesmas Plandaan
3. Kepala Puskesmas Perak
4. Kepala Puskesmas Megaluh
di
J o m b a n g

Menindaklanjuti surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya nomor : 171/UN3.1.12/PPd/S2/2015 tanggal 14 April 2015 perihal izin penelitian. Maka mohon berkenan Puskesmas Saudara sebagai tempat penelitian mahasiswa Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Adapun nama mahasiswanya adalah :

Nama : **Hanim Mufarokhah**
NIM : 131314153012
Judul : Pengaruh self management program terhadap koping, niat dan kepatuhan berobat penderita penyakit jantung koroner di Jombang.

Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan
- Segala sesuatu yang terkait dengan kegiatan / pembimbingan di lapangan agar dimusyawarahkan bersama mahasiswa yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

A.n. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JOMBANG
Sekretaris
Dra. TRI PRIHATIN S. Apt
NIM. B196104221989122001

PENYAKIT JANTUNG KORONER

Penyakit jantung koroner (PJK) adalah penyakit jantung yang disebabkan oleh sumbatan pada pembuluh darah jantung akibatnya aliran darah ke jantung tidak lancar sehingga jantung tidak mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi yang dibawa dalam darah dengan cukup.

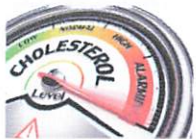
CATATAN:

Cek Tekanan Darah



| Usia | Tekanan darah sistolik | Tekanan darah diastolik |
|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| >18-60 tahun | | |
| Normal | < 120 mmHg | <80 mmHg |
| Prehypertensi | 120-139 mmHg | 80-89 mmHg |
| Hypertensi tingkat I | 140-159 mmHg | 90-99 mmHg |
| Hypertensi tingkat II | ≥160 mmHg | ≥100 mmHg |
| Krisis hipertensi | >180 mmHg | >110 mmHg |

Cek kolesterol darah



Klasifikasi Kolesterol LDL, Total, dan HDL

| | |
|-------------------------|---------------------------|
| Kolesterol LDL | |
| <100 | Optimal |
| 100 – 129 | Di atas normal |
| 130 – 159 | Batas tinggi (borderline) |
| 160 – 189 | Tinggi |
| ≥ 190 | Sangat tinggi |
| Kolesterol Total | |
| < 200 | Yang diharapkan |
| 200 – 239 | Batas tinggi (borderline) |
| ≥ 240 | Tinggi |
| Kolesterol HDL | |
| < 40 | Rendah |
| ≥ 60 | Tinggi |

Sumber: American Heart Association (AHA)

TANDA & GEJALANYA!!

- Nyeri dada sebelah kiri • Mencengkram dan diremas-remas
 - Rasa terbakar
 - Rasa penuh (Merasa tertindih benda berat)
 - Rasa cekot-cekot seperti tertusuk pisau
 - Lama nyeri 5 menit- 10 menit bila > 30 menit kondisi berat
- Lemah dan pusing
- Banyak keringat
- Gemetar dan perasaan mau mati



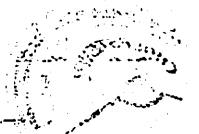
AWAL MULANYA..

- Suhu dingin
- Makan berlebihan
- Tekanan jiwa (stress mental)
- Tekanan darah tinggi s : >140mmHg
- Bangun terlalu pagi

Perpustakaan
Universitas Airlangga

| Daftar Isi | Daftar Isi | Daftar Isi |
|------------|------------|------------|
| Daftar Isi | Daftar Isi | Daftar Isi |
| Daftar Isi | Daftar Isi | Daftar Isi |
| Daftar Isi | Daftar Isi | Daftar Isi |
| Daftar Isi | Daftar Isi | Daftar Isi |
| Daftar Isi | Daftar Isi | Daftar Isi |

Perpustakaan
Universitas Airlangga



(A/N) ...

MONITORING RESPON TUBUH

Pengelolaan
berat badan



$$\text{BMI} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

Kategori BMI Laki-laki

| Nilai BMI | Kategori |
|-----------|-----------|
| < 17 | Kurus |
| 17– 23 | Normal |
| 23– 27 | Kegemukan |
| > 27 | Obesitas |

Kategori BMI Perempuan

| Nilai BMI | Kategori |
|-----------|-----------|
| < 18 | Kurus |
| 18– 25 | Normal |
| 25– 27 | Kegemukan |
| > 27 | Obesitas |

Sumber: Departemen Kesehatan RI

TEMPAT TEMPAT NYERI PADA GANGGUAN JANTUNG



Dibelakang
tulang Dada



Dibelakang tulang
Dadamenjalar ke leher



Dari Dada menjalar
ke Bahu dan Dada



Dari Dada menjalar
ke Rahang



Di Dada bawah
di Ulu hati
(terang di sebelah sisi Marga)



Di daerah Punggung
di antara kedua Bahu

Sumber: icpplus.com

TESIS

PERBAIKAN KOPING

HANIM MUFAROKHAH

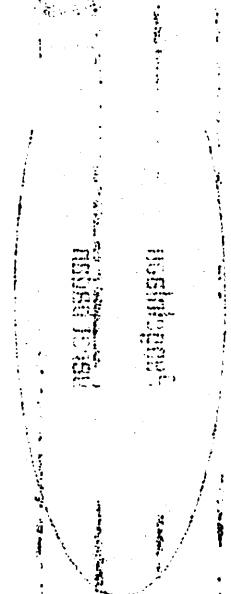
IR (Sistem Informasi)

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| IR-01 | IR-02 | IR-03 | IR-04 | IR-05 | IR-06 | IR-07 | IR-08 | IR-09 | IR-10 |
| IR-11 | IR-12 | IR-13 | IR-14 | IR-15 | IR-16 | IR-17 | IR-18 | IR-19 | IR-20 |

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| IR-21 | IR-22 | IR-23 | IR-24 | IR-25 | IR-26 | IR-27 | IR-28 | IR-29 | IR-30 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

(IR-01 sampai IR-30)

IR-01 sampai IR-30 = IR-01



Tidak merokok
dan menjauhi po-



Tidak konsumsi
alkohol

PENGELOLAAN GAYA HIDUP UNTUK KESEHATAN JANTUNG ANDA



Olahraga sesuai
anjuan dokter



Batasi kegiatan
sesuai anjuan



Hindari penye-
bab stres



FAKTOR RESIKO PJK

- ♦ Merokok
- ♦ Kolesterol tinggi
- ♦ Kencing manis
- ♦ Tekanan darah tinggi
- ♦ Keturunan/ riwayat keluarga
- ♦ Tidak suka berolah raga
- ♦ Asam urat tinggi
- ♦ Kegemukan/obesitas
- ♦ Stress
- ♦ Wanita yang menopause (sudah ber-
henti menstruasi)
- ♦ Laki-laki >30 tahun

1997-1998

1997-1998

1997-1998

1997-1998

1997-1998

1997-1998

1997-1998

1997-1998

1997-1998

1997-1998

1997-1998

1997-1998

MANAGEMENT STRESS

1. Menghindari mekanisme pertahanan diri yang kaku
2. Menghindari hal-hal pemicu stress
3. Melatih asertivitas/penerimaan diri
4. Mengalihkan pemicu stress menjadi hal positif
5. Berkompromi/ menyesuaikan diri dengan tuntutan tanpa mengubah lingkungan
6. Mitigasi/ pengelolaan stres dengan menjaga tubuh secara baik (rekreasi, olahraga, rileks, meditasi, yoga, latihan nafas, tai chi, pemijatan, berdzikir dan berdoa)
7. Menyelesaikan masalah penyebab stres (introspeksi, tetap beraktivitas, berfikir positif dan berjiwa besar, berjuang menghadapi masalah, pendekatan pada Tuhan, berbagi dengan orang lain atau keluarga)

Komplikasi Penyakit Jantung Koroner

1. **Gagal jantung**
2. **Aritmia/ detak jantung tidak teratur**
3. **Tidak berfungsinya bagian jantung lainnya**
4. **Bertambah jumlah sumbatan di bagian pembuluh darah jantung lain**
5. **Syok**
6. **Kematian**

MAKANAN DILARANG UNTUK PENYAKIT JANTUNG

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Lemak pada daging | Alkohol |
| Lemak pada ayam | Kopi |
| Bebek | Rokok |
| Belut | Tape |
| Cumi-cumi | Durian |
| Udang | Minyak goreng kelapa |
| Kepiting | Santan |
| Otak | Kelapa |
| Daging kambing | Margarin |
| Jeroan | Minyak sawit |
| Kuning telur | Keripik-keripik |
| Susu sapi | Makanan asin |
| Kulit ayam | Makanan cepat saji |
| Sosis | Keju |
| Iga | |
| Keju | |
| Makanan olahan dari daging | |

PENANGANAN PENYAKIT JANTUNG KORONER

1. Minum Obat-obatan untuk Penyakit Jantung:
 - a. Antinyeri (untuk mencegah nyeri dada akibat penyakit jantung)
 - b. Anti penyumbatan (obat mencegah penyumbatan pembuluh darah)
 - c. Anti pembekuan darah (obat menghambat pembekuan darah)
 - d. Antihipertensi (obat penurun tekanan darah)
 - e. Obat penurun kolesterol
2. Operasi:
 - a. *Operasi pintas koroner (CABG)*
 - b. *Angioplasty dengan balon dan stent (PTCA)*



MAKANAN BAIK UNTUK PENYAKIT

| Buah | Sayur | Lauk pauk | Makanan lain |
|------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Apel | Wortel | Putih telur | Oatmeal |
| Jeruk | Mentimun | Ikan | Yogurt |
| Strawberry | Bayam | Salmon | Kismis |
| Alpukat | Kacang-kacangan | Tuna | Gandum |
| Pir | Kangkung | Ayam tanpa | Minyak zaitun |
| Kiwi | Jagung | kulit dan lemak | Teh hijau |
| Pisang | | Daging tanpa | Beras merah |
| Nanas | | lemak | |
| Belimbing | | | |
| Anggur | | | |
| Manga | | | |
| Papaya | | | |
| Semangka | | | |
| Melon | | | |
| Tomat | | | |
| Naga | | | |
| Jambu biji | | | |
| Delima | | | |
| Nangka | | | |

Minum obat dengan 4 tepat:

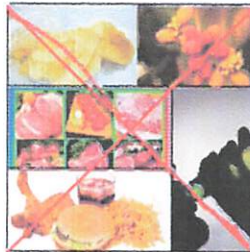
1. Tepat obat
2. Tepat jadwal
3. Tepat jumlah/ dosis
4. Tepat cara minum



PENGELOLAAN JADWAL MINUM OBAT

- ♦ *Buat catatan*
- ♦ *Set alarm di Handphone atau jam*
- ♦ *Letakkan obat di tempat yang sering terlihat*

7. Tambahkan kacang-kacangan (kacang kenari, kacang polong, kacang tanah, dll)
8. Kurangi lemak dan minyak (gunakan minyak zaitun sebagai pengganti mentega)
9. Kendalikan makanan dan minuman manis (1 sdm gula/hr, 1 cangkir limun)
10. Dapatkan cukup potasium (pisang, kentang, ubi, alpukat, bayam)



Kapan harus ke dokter

Periksa kesehatan ke dokter/ pelayanan kesehatan:

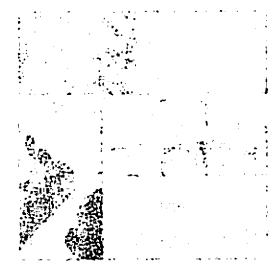
1. Rutin sesuai anjuran dokter
2. Segera saat terjadi serangan



Kepala keluarga

...
...
...

- 1. Landasan keang-keuargaan (keang-keuargaan)
- 2. Keang-keuargaan (keang-keuargaan)
- 3. Keang-keuargaan (keang-keuargaan)
- 4. Keang-keuargaan (keang-keuargaan)
- 5. Keang-keuargaan (keang-keuargaan)



Pola DIET:

1. **Kurangi Garam/natrium** (maksimal 1 sdt/hari): a.pilih bumbu dan makanan rendah garam, b. cermati makanan dengan bahan pengawet, diasapi, atau diacar, c. batasi makanan olahan karena tinggi natrium
2. Konsumsi biji-bijian (roti gandum, beras merah, sereal gandum, oatmeal, pasta gandum, popcorn)
3. Sayuran dalam menu makanan Anda(4-5 porsi sayuran dengan per porsi sebanyak 1/2 mangkuk)
4. Jangan lupa konsumsi buah-buahan(jeruk, apel, pisang, dll)
5. Konsumsi Yogurt/ susu tanpa lemak
6. Pilih daging tidak berlemak dan ikan (1 ons daging tanpa lemak, atau ikan, atau ayam tanpa kulit serta batasi konsumsi kuning telur maksimal 3 butir/mgg)



Individu yang mengalami gejala serangan jantung harus mengambil tindakan berikut :

- Untuk pasien angina, mengambil satu dosis nitrogiserin baik sebagai tablet di bawah lidah-atau dalam bentuk semprot pada awal gejala. Ambil dosis lain setiap 5 menit sampai tiga dosis atau ketika rasa sakit itu adalah lega, mana yang lebih dulu.
- Hubungi pihak medis atau merujuk ke rumah sakit. Hal ini harus menjadi tindakan pertama yang diambil jika pasien angina terus mengalami nyeri dada setelah mengambil penuh tiga dosis nitrogiserin. Namun, serangan jantung hanya 20% terjadi pada pasien yang sebelumnya didiagnosis angina. Oleh karena itu, siapa pun yang mengalami gejala serangan jantung harus segera menghubungi layanan darurat.
- Pasien harus mengunyah aspirin (250-500 mg) dan pastikan untuk memberitahu penyedia layanan kesehatan darurat sehingga dosis tambahan tidak diberikan.
- Pasien dengan nyeri dada harus segera pergi ke ruang gawat darurat terdekat, dengan menggunakan mobil ambulans.