

PERAN PSIKOLOGI DALAM PENANGANAN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI INDONESIA

Henndy Ginting

Fakultas Psikologi
Universitas Kristen Maranatha, Bandung
Jl. Suria Sumantri 65, Bandung, Indonesia 40164

henndyg@yahoo.com

Abstrak. Perilaku hidup tidak sehat sering kali dikaitkan dengan tingginya prevalensi dan mortalitas penyakit jantung koroner (PJK), dan faktor emosi serta kognisi cukup berperan di dalam hal tersebut. Masih sangat sedikit penelitian tentang faktor psikososial pada pasien PJK di Indonesia, sedangkan para dokter sering kali kurang memperhatikan faktor-faktor psikososial dalam interaksinya dengan pasien. Tulisan ini merangkum hasil dari tiga penelitian (terdiri dari satu penelitian korelasional dan dua eksperimental) mengenai faktor psikososial pada pasien PJK di Indonesia. Total partisipan di dalam penelitian ini terdiri dari 571 pasien PJK dan 35 individu sehat. Berbagai alat ukur menyangkut faktor psikososial (seperti: BDI-II, STAI, BAI, YCBQ, DS-14, MSPSS, HBI, dan Stroop Tasks) digunakan di dalam penelitian ini. Ditemukan bahwa pasien PJK di Indonesia yang memiliki kepribadian Tipe D (*distressed*) cenderung lebih sulit mengembangkan perilaku hidup sehat dan lebih negatif dalam mempersepsi dukungan sosial baik dari anggota keluarga, teman, maupun orang-orang signifikan lainnya. Studi eksperimen kami juga menunjukkan bahwa pasien PJK memberikan atensi yang lebih besar terhadap kata-kata yang menyangkut penyakitnya, dan bias atensi ini berhubungan dengan kecemasan. Studi eksperimen lainnya menunjukkan bahwa koreksi terhadap miskonsepsi tentang PJK dapat meningkatkan keyakinan positif pasien terhadap penyakitnya dan pada gilirannya dapat meredakan kecemasan dan depresi. Sebagai implikasi klinis, temuan-temuan ini dapat membantu penanganan faktor psikososial, baik dalam diagnostik maupun intervensi, dan juga menggugah kesadaran pihak-pihak terkait tentang pentingnya memberi perhatian terhadap faktor-faktor psikososial pada pasien PJK di Indonesia.

Kata kunci: PJK, tipe D, kecemasan, depresi, miskonsepsi

PENDAHULUAN

Latar belakang

Pada akhir suratnya untuk menanggapi permohonan maaf dari pemerintah Indonesia atas perlakuan tidak adil oleh pemerintahan sebelumnya, Pramodya Ananta Toer, seorang penulis terkenal Indonesia, menegaskan:

“Saya sudah memberikan semuanya kepada Indonesia, umur, kesehatan, masa muda sampai setua ini. Sekarang saya tidak bisa menulis-baca lagi. Dalam hitungan hari, minggu, atau bulan mungkin saya akan mati, karena penyempitan pembuluh darah jantung. Basa-basi tak lagi bisa menghibur saya.” (Toer, 2000).

Pramoedya mungkin saja benar tentang kematian yang mengancamnya mengingat penyempitan pembuluh darah jantung, yang merupakan indikasi dari penyakit jantung koroner (PJK), adalah penyakit yang berbahaya apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat. PJK sudah menjadi epidemi global (World Health Organization [WHO], 2011), dan merupakan penyebab kematian terbesar dan berkurangnya produktifitas di seluruh dunia (WHO, 2013). Berbeda dengan penyakit infeksi yang sebagian besar dapat disembuhkan, sekali seseorang didiagnosis mengidap PJK maka orang tersebut akan dihantui oleh penyakit ini seumur hidupnya. PJK adalah penyakit degeneratif (Yusuf dkk., 2004) dimana fungsi dan struktur jantung akan semakin lemah dengan berjalannya waktu. Ciri utama PJK adalah terbentuknya jaringan lemak (misalnya kolesterol) di dalam permukaan dinding arteri koroner (pembuluh darah yang mengalirkan darah ke otot jantung). Jaringan tersebut secara progresif menghambat aliran darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otot jantung. Karena kekurangan nutrisi dan terutama oksigen, kerja otot jantung menjadi terganggu dan dapat mengakibatkan komplikasi yang berbahaya, seperti nyeri dada, serangan jantung, atau bahkan kematian (Suchday, Tucker, & Krantz, 2002; Marks, Murray, Evans, & Estacio, 2011).

Akan tetapi, Pramoedya (Toer, 2000) tidak sepenuhnya benar karena improvisasi dalam manajemen faktor resiko dari PJK dan inovasi dalam pengobatan penyakit jantung memainkan peran yang sangat penting untuk memperlambat penyempitan atau bahkan membuka kembali pembuluh darah koroner yang tersumbat. Hasilnya, mortalitas PJK sudah semakin menurun sejak tahun 60an (Ford & Capewell, 2011). Meskipun inovasi dalam pengobatan PJK dapat menekan mortalitas (Ford & Capewell, 2011; Zaman, Brunner, & Hemingway, 2008), banyak pasien PJK, seperti Pramoedya, masih memiliki pemahaman yang keliru tentang PJK (Furze, 2007; Furze, Lewin, Bull, & Thompson, 2003; Furze, Lewin, Murberg, Bull, & Thompson, 2005), mengalami masalah-masalah psikososial seperti emosi-emosi negatif (depresi, kecemasan, dan kemarahan) dan memiliki gaya hidup tidak sehat (Bishop, 2001; Maes, Leventhal, & de Ridder, 1996; Rothenbacher, Hahmann, Wüsten, Koenig, & Brenner, 2007) serta persepsi negatif terhadap dukungan sosial (ENRICHED, 2001; Lett, Blumenthal, Babyak, Strauman, Robins & Sherwood, 2005). Masalah psikososial ini sangat mempengaruhi perkembangan PJK dan bahkan dapat menjadi faktor resiko yang sebanding dengan resiko lain dari PJK seperti hipertensi dan diabetes (Yusuf, dkk, 2004; Zaman, dkk., 2008). Oleh karena itu, penelitian tentang faktor-faktor psikososial pada pasien PJK sangat dibutuhkan untuk dapat memberikan gambaran penanganan masalah-masalah psikososial, seperti gaya hidup tidak sehat, yang terintegrasi dengan pengobatan medis.

Sebagai negara berkembang dengan jumlah penduduk yang sangat banyak, Indonesia sedang mengalami perubahan gaya hidup, seperti pola makan yang tidak sehat, jumlah perokok yang meningkat, dan kurangnya aktivitas fisik. Gaya hidup atau perilaku yang tidak sehat ini erat kaitannya dengan meningkatnya prevalensi dan mortalitas PJK di Indonesia (Beaglehole, 1999; Okrainec, Banerjee, & Eisenberg, 2004). Lebih dari sepuluh juta masyarakat Indonesia mengidap PJK dengan tingkat mortalitas lebih dari 26% (Departemen Kesehatan Republik Indonesia [Depkes RI], 2008; Depkes RI, 2006; WHO, 2011). Tingginya prevalensi dan mortalitas tersebut tidak sebanding dengan jumlah dokter ahli jantung (kardiolog) yang hanya berkisar 700 orang dan sebagian besar dari mereka tinggal di pulau Jawa (Indonesian Heart Association, 2014). Oleh karenanya dapat dipahami apabila waktu konsultasi dengan kardiolog sangat terbatas, dan juga hirarki yang terbentuk di dalam interaksi antara dokter dan pasien membuat pasien sering kali segan untuk bertanya lebih jauh tentang penyakitnya (Kim, Kols, Bonnin, Richardson, & Roter, 2001). Terbatasnya informasi yang diperoleh pasien PJK tentang penyakitnya dapat menciptakan interpretasi atau keyakinan yang keliru dan selanjutnya mengakibatkan masalah-masalah psikososial seperti strategi *coping* yang kurang efektif, kecemasan, depresi, dan perilaku laku tidak sehat.

Faktor-faktor psikososial dapat dipandang sebagai konsekuensi dan juga faktor resiko PJK. Sebagai faktor resiko, emosi-emosi negatif dan persepsi negatif terhadap dukungan sosial berkaitan dengan mortalitas, serangan jantung, nyeri dada yang tidak stabil, dan resiko lain dari PJK (Chida & Steptoe, 2009; Lett, dkk., 2009). Selanjutnya, kecemasan dan depresi secara independen berkaitan dengan perilaku tidak sehat (Goodwin, 2003; Strine, Chapman, Kobau, & Balluz, 2005; Taylor, 2006), yang berpengaruh pada resiko utama dari PJK (Duis dkk., 2011; Whooley dkk., 2008). Faktor psikososial lainnya, yang pada awalnya ditemukan spesifik berkaitan dengan PJK, adalah kepribadian tipe *distressed* (tipe D). Sejumlah penelitian mengkonfirmasi bahwa tipe D berhubungan dengan prognosis kurang baik dari PJK (Denollet & Pedersen, 2011), tetapi penelitian lanjutan sangatlah dibutuhkan untuk memahami bagaimana tipe D dan prognosis tersebut berkaitan (Coyne & de Voogd, 2012). Kemungkinan penjelasan untuk kaitan tersebut adalah individu-individu tipe D cenderung memiliki perilaku yang kurang sehat dan kurang memanfaatkan dukungan dari lingkungan sosial. Mereka memiliki pandangan yang pesimis untuk dapat melakukan gaya hidup sehat yang direkomendasikan oleh dokter, merasakan emosi-emosi negatif di dalam interaksi sosial, dan menganggap berolah raga atau menjalin relasi dengan orang banyak sebagai beban (Denollet, 2005). Tipe D tampaknya merupakan hambatan bagi pasien PJK untuk mengubah perilaku tidak sehat dan untuk mengambil manfaat dari dukungan sosial dalam mengendalikan penyakitnya.

Selain sebagai faktor resiko, emosi-emosi negatif dan persepsi terhadap dukungan sosial juga merupakan konsekuensi dari PJK. Upaya mengidentifikasi mekanisme bagaimana faktor-faktor psikososial tersebut terjadi pada pasien PJK menjadi penting agar dapat memberikan rekomendasi untuk mengembangkan intervensi yang dapat memberikan pengaruh positif terhadap penyesuaian diri pasien. Model transaksi stress dan *coping* (Lazarus & Folkman, 1984) merupakan teori yang paling umum digunakan untuk menjelaskan bagaimana individu menyesuaikan diri dengan situasi yang menekan di dalam kehidupan, seperti menjadi pasien PJK. Apakah individu akan mengembangkan emosi-emosi negatif dan mempersepsi dukungan sosial dengan negatif sangat tergantung pada penghayatan terhadap PJK, sebagai sesuatu yang mengancam atau menantang yang mengarahkan upaya-upaya *coping* (Lazarus & Folkman, 1984).

Upaya *coping* pada pasien PJK dipengaruhi oleh bagaimana pasien mengevaluasi ancaman dengan membangun representasi dan persepsi tentang penyakitnya, yang disebut sebagai model representasi penyakit (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001; Leventhal, Leventhal, & Contrada, 1998; Leventhal, Nerenz, & Steele, 1984). Model ini digunakan cukup luas pada berbagai penelitian tentang penyesuaian psikososial terhadap penyakit-penyakit kronis. Menurut Leventhal dkk. (2001), reaksi emosi dan respon sosial terhadap penyakit dapat saja dipengaruhi oleh (1) gejala-gejala yang dihayati pasien tentang penyakitnya (identitas), (2) keyakinan individu mengenai penyebab dari penyakitnya, (3) keyakinan individu apakah penyakit dapat disembuhkan dan dikendalikan, (4) persepsi individu tentang konsekuensi dari penyakit dalam kehidupan sehari-hari, (5) harapan individu tentang lamanya penyakit, dan (6) persepsi individu apakah penyakitnya masuk akal atau tidak. Dari konsep di atas dapat dijelaskan bagaimana persepsi dan keyakinan yang buruk terhadap penyakit dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, kemarahan, perilaku tidak sehat, dan persepsi yang negatif terhadap dukungan sosial. Masalah-masalah psikososial ini dapat terjadi ketika pasien PJK memiliki identifikasi yang keliru terhadap penyakitnya, pemahaman yang salah tentang penyebab penyakitnya, keyakinan yang keliru tentang bisa tidaknya penyakitnya disembuhkan atau dikendalikan, persepsi yang negatif tentang konsekuensi dari penyakitnya, persepsi yang kurang tepat tentang lamanya penyakit, and pemahaman yang buruk tentang penyakit (Greco dkk., 2013).

Furze (2007) dan Furze dkk. (2003) menemukan bahwa pemahaman dan keyakinan keliru tentang PJK berpengaruh pada menurunnya status psikologis dan juga fisiologis. Keyakinan-keyakinan keliru tersebut juga dapat meningkatkan tingkat kecemasan dan depresi pada pasien PJK (Furze dkk., 2005). Menurut Leventhal dkk. (1997), keyakinan keliru dipengaruhi oleh pengetahuan dan informasi yang dimiliki pasien tentang penyakitnya. Pengetahuan dan informasi tentang PJK dapat menolong pasien untuk memahami penyakitnya dengan lebih baik dan menemukan sumber daya di dalam dirinya serta strategi *coping* untuk menghadapi penyakitnya (Taylor, 2006). Dengan dibekali pengetahuan dan informasi, pasien PJK dapat lebih realistis dalam menentukan seberapa mengancam penyakitnya dan bagaimana cara menanganinya. Ludwick-Rosenthal dan Neufeld (1988) mengkaji sejumlah penelitian tentang manajemen stres selama proses tindakan medis dan menyimpulkan bahwa informasi yang dimiliki pasien dapat meredakan kecemasan, menyelaraskan *coping*, dan membuat pasien lebih cepat dalam mengambil keputusan dalam menangani penyakitnya.

Selain melalui mekanisme *coping*, faktor psikososial, khususnya kecemasan, sebagai konsekuensi dari PJK juga dapat dijelaskan melalui bias atensi. Kecemasan merupakan emosi yang umum pada pasien PJK (Frasure-Smith & Lespérance, 2008; Player & Peterson, 2011; White, 2008). Mengingat kecemasan dapat juga menjadi faktor resiko PJK, adalah sangat penting untuk memahami lebih jauh mengenai mekanisme (baik yang mempertahankan maupun menyebabkan) kecemasan pada pasien PJK. Bias atensi yang mungkin saja dimiliki oleh pasien PJK terhadap informasi yang berkaitan dengan penyakitnya dapat berkaitan dengan kecemasan yang pasien alami. Dugaan ini didukung oleh fakta bahwa orang yang pencemas menampilkan bias atensi yang berlebihan terhadap informasi yang berkaitan dengan sumber kecamasannya (Buckley, Blanchard, & Neill, 2000; Williams, Mathews, & MacLeod, 1996), misalnya informasi yang berkaitan dengan ancaman kesehatan (MacLeod, 1991). Menurut Williams dkk. (1996), bias atensi dan kecemasan saling berhubungan dan terjadi dalam sebuah lingkaran yang tak berujung-pangkal (*vicious circle*). Pada saat stimulus memberi tanda-tanda ancaman yang semakin jelas, estimasi individu terhadap potensi bahaya menjadi bias yang dapat meningkatkan kecemasan di dalam dirinya. Bahkan kata-kata spesifik yang berkaitan dengan PJK, seperti serangan jantung, kateterisasi, operasi, mungkin dapat menarik perhatian pasien. Mengingat bias atensi ini juga akan menjadi faktor resiko karena meningkatkan kecemasan dan reaksi terhadap stress, maka penelitian tentang bias atensi dan kecemasan pada pasien PJK sangatlah diperlukan.

Penelitian tentang masalah psikososial di Indonesia masih sangat terbatas (Radi, Joesoef, & Kusmana, 2009). Para dokter di Indonesia masih cenderung berfokus pada pengobatan dan prosedur medis (Depkes RI, 2006), dan sering kali kurang memperhatikan pengalaman psikososial dari pasien. Selanjutnya, penelitian di Indonesia tentang intervensi psikososial pada pasien PJK masih sangat sedikit. Intervensi psikososial pada pasien PJK juga sangat penting disesuaikan dengan sistem kesehatan dan latar belakang budaya di Indonesia. Peran informasi yang seperti apa dan bagaimana informasi tersebut disajikan kepada pasien menjadi penting dalam hal ini.

Identifikasi Masalah

Sehubungan dengan latar belakang di atas, dapat diidentifikasi masalah-masalah psikososial pada pasien PJK, seperti keyakinan yang keliru tentang PJK, emosi-emosi negatif (kecemasan, depresi, dan kemarahan), kepribadian tipe D, persepsi tentang dukungan sosial, dan perilaku hidup sehat. Kepribadian tipe D, misalnya kecenderungan untuk selalu menginterpretasi lingkungan dengan negatif, sering kali dikaitkan dengan prognosis yang kurang baik dari PJK (Denollet & Pedersen, 2011). Penelitian tentang tipe D belum pernah ada di Indonesia, dan kaitan tipe D baik dengan perilaku hidup sehat dan persepsi terhadap

dukungan sosial belum pernah dilakukan secara komprehensif (Svansdottir, van den Broek, Karlsson, Gudnason, Denollet, 2012; Sararoudi, Sanei, & Baghbanian, 2011). Selanjutnya, perbedaan individu tidak hanya terdapat pada tipe kepribadian tetapi juga pada level kognitif, misalnya bias atensi. Beberapa penelitian pada pasien kronis menemukan adanya bias atensi (Erblich, Montgomery, Cloitre, Valdimarsdottir, & Bovbjerg, 2003; Jessop, Rutter, Sharma, & Albery, 2004). Sedangkan satu penelitian tentang bias atensi pada pasien PJK (Constans, Mathews, Brantley, & James, 1999) tidak menemukan adanya bias atensi dan hal tersebut mungkin sehubungan dengan alat ukur (*Word Search Task*) yang digunakan kurang valid dan reliabel untuk mengukur bias atensi dibandingkan alat ukur yang lain, seperti *Emotional Stroop Task* (Holle, Heimberg, & Neely, 1997; McNally, 1999). Ketiga penelitian tentang bias atensi tersebut kurang memberikan perhatian khusus terhadap kecemasan. Informasi yang dimiliki pasien tentang penyakitnya juga menentukan keyakinan pasien tentang penyakitnya, dan tingkat kecemasan serta depresi yang pasien rasakan. Menyajikan informasi tentang penyakitnya dengan menggunakan video merupakan metode yang efektif untuk menyelaraskan pengetahuan pasien tentang penyakitnya (Steinke & Swan, 2004) dan juga meredakan kecemasan (Mahler & Kulik, 1998). Hanya saja, penelitian dengan menggunakan video untuk menyajikan informasi tentang pemahaman yang keliru tentang PJK pada pasien yang stabil masih sangat terbatas (Goulding, Furze, & Birks, 2010) dan penelitian seperti ini belum pernah dilakukan di Indonesia.

Tujuan

Penelitian yang dilaporkan di dalam makalah ini bertujuan untuk memberi kontribusi kepada ilmu pengetahuan melalui berbagai cara dengan mengkombinasikan pendekatan penelitian fundamental dan aplikatif untuk meneliti faktor-faktor psikososial dan faktor-faktor yang mempengaruhinya pada pasien PJK. Sebagai kerangka global, digunakan teori Leventhal tentang *illness representation* bersama-sama dengan teori-teori lainnya ketika menyangkut fenomena yang lebih spesifik.

Adapun tujuan penelitian secara rinci adalah sebagai berikut:

- (1) Mengetahui peran tipe D pada perilaku hidup sehat dan persepsi terhadap dukungan sosial pada pasien PJK.
- (2) Menguji apakah pasien PJK memiliki bias atensi terhadap stimulus sehubungan dengan penyakitnya, dan apakah bias atensi tersebut berkorelasi dengan kecemasan.
- (3) Menguji apakah keyakinan pasien tentang PJK serta tingkat kecemasan dan depresi dapat diubah dengan mengkomunikasikan informasi berkaitan dengan PJK.

Masing-masing tujuan penelitian di atas diuji secara berturut-turut dalam studi 1, studi 2, dan studi 3.

Hipotesis

Berdasarkan deskripsi tentang masalah serta pendekatan teoritis dan tujuan penelitian di atas, hipotesis di dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

1. Kepribadian tipe D memiliki asosiasi yang negatif dengan perilaku hidup sehat pada pasien PJK.
2. Kepribadian tipe D memiliki asosiasi yang positif dengan persepsi pasien PJK terhadap dukungan sosial.
3. Pasien PJK menunjukkan bias atensi yang lebih tinggi terhadap stimulus sehubungan dengan penyakitnya dibanding stimulus emosional yang umum.
4. Bias atensi pada pasien PJK berkorelasi dengan kecemasan.
5. Terdapat pengaruh informasi yang diberikan tentang PJK terhadap keyakinan pasien PJK tentang penyakitnya.

6. Terdapat pengaruh informasi yang diberikan tentang PJK terhadap penurunan tingkat kecemasan pada pasien PJK.
7. Terdapat pengaruh informasi yang diberikan tentang PJK terhadap penurunan tingkat depresi pada pasien PJK.

METODE

Partisipan

Penelitian ini dilakukan di 3 rumah sakit besar di Bandung, dengan jumlah total partisipan 606 orang, yang terdiri dari 386 pasien PJK (271 laki-laki dan 115 perempuan), usia antara 36 dan 75 tahun ($M = 58.35$, $SD = 8.94$) untuk studi 1; 35 pasien PJK (21 laki-laki dan 14 perempuan), rata-rata usia 51.49 ($SD = 7.83$) dan 35 individu sehat (21 laki-laki dan 14 perempuan), rata-rata usia 53.97 ($SD = 9.12$) untuk studi 2; dan 150 pasien PJK (50 pasien untuk 2 kelompok eksperimen dan 1 kelompok kontrol), masing-masing kelompok terdiri dari 33 laki-laki dan 17 perempuan, rata-rata usia 57.02 ($SD = 6.88$) untuk studi 3. Pasien PJK yang berpartisipasi di dalam penelitian ini sudah mendapatkan diagnosis dari kardiolog dengan menggunakan setidaknya salah satu alat diagnosis standar. Pasien PJK dengan masalah psikiatrik, sedang dalam kondisi tidak stabil (misalnya sedang mengalami nyeri dada), atau dengan penyakit kronis lain (misalnya kanker) tidak termasuk ke dalam kelompok partisipan. Semua partisipan mampu membaca dan menulis dalam bahasa Indonesia, dan memberikan *informed consent*. Penelitian ini sudah mendapatkan persetujuan etis dari komite etis di Rumah Sakit Hasan Sakidin, Bandung.

Desain Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan pada studi 1 dan 2 adalah rancangan penelitian *cross-sectional* sedangkan studi 3 menggunakan rancangan penelitian eksperimental semu dengan kelompok control dan pengukuran sebelum dan sesudah intervensi melalui video.

Prosedur

Alat Ukur dan Material: *Questionnaires*

Semua kuesioner yang aslinya berbahasa Inggris diterjemahkan ke Bahasa Indonesia dengan menggunakan metode *forward-backward translation* (Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; International Test Commission, 2010). Kuesioner pertama, 14 item DS14 (Denollet, 2005; Ginting, Näring, Van der Veld, Denollet, & Becker, 2011) dengan skala 0 - 4, dimana 7 item mengukur Afek Negatif (NA) dan 7 item mengukur Inhibisi Sosial (SI). Kategori tipe D adalah skor sama atau lebih dari 10 untuk NA dan SI. Beck *Depression Inventory-II* (BDI-II), 21-item, skala 0 - 3, digunakan untuk mengukur tingkat depresi seseorang. BDI-II versi Indonesia telah diuji validitas dan reliabilitasnya (Ginting, Näring, Van der Veld, Srisayekti, & Becker, 2013).

Kecemasan diukur dengan menggunakan *Beck Anxiety Inventory* (BAI), 21 item, skala 0 - 3, dan *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), total 48 item, skala 0 - 4; masing-masing alat ukur ini menunjukkan reliabilitas yang memadai ($\alpha = .94$ untuk BAI; $.87$ untuk skala *state anxiety* dari STAI; dan $.81$ untuk skala *trait anxiety* dari STAI). *Multidimensional Anger Inventory* (MAI), 38 item, skala 1 - 5, digunakan untuk mengukur kemarahan yang mungkin relevan pada PJK (Siegel, 1985). MAI pada penelitian ini menunjukkan $\alpha = .88$. *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988), 12 item, skala 1 - 7, digunakan untuk mengukur persepsi pada dukungan sosial baik dari teman ($\alpha = .84$), keluarga ($\alpha = .87$), dan orang signifikan lainnya ($\alpha = .84$). *York Cardiac Beliefs Questionnaire* (YCBQ), 22 item, skala 0 - 4, digunakan untuk mengukur keyakinan yang keliru tentang PJK (Furze,dkk., 2005), $\alpha = .89$.

Identifikasi Perilaku Hidup Sehat (IPHS) merupakan kuesioner baru yang dikonstruksi dalam Bahasa Indonesia khusus untuk penelitian ini, mengukur perilaku hidup sehat yang direkomendasikan untuk pasien PJK (Chow, Jolly, Rao-Melacini, Fox, Anand, & Yusuf, 2010; Wood et al., 1998). IPHS terdiri dari 23 item (*cumulative variance explained* = 62.8%), skala 1 - 5, yang dibagi ke dalam 6 domain perilaku hidup sehat: (1) perilaku adiktif (merokok dan alkohol), (2) mengkonsumsi makanan sehat, (3) mengkonsumsi makanan tidak sehat, (4) olah raga dan aktivitas fisik, (5) upaya untuk mengendalikan berat badan, (6) kepatuhan terhadap pengobatan. Masing-masing domain diukur dengan menggunakan 2 sampai 6 item ($\alpha = .76 - .86$), dan korelasi antar domain adalah moderat ($r = .13 - .53$). Variabel demografis yang diukur adalah jenis kelamin, usia, status marital, pendidikan, dan pekerjaan. Selanjutnya pengalaman serangan jantung (MI), operasi bedah pintas koroner (CABG), kateterisasi, balonisasi, atau pemasangan *stent* (PCI), dan pengobatan lainnya juga dicatat.

Emotional dan Original Stroop Tasks

Bias atensi diukur dengan menggunakan *Emotional Stroop Task* (EST) yang terdiri dari 4 kartu *Stroop*, masing-masing berisikan 12 kata-kata yang berkaitan dengan PJK, 12 kata-kata netral, 12 kata-kata positif, dan 12 kata-kata negatif (Becker, Rinck, Margraf, & Roth, 2001). Setiap kata di dalam masing-masing kartu diulangi sebanyak enam kali dan dicetak dengan menggunakan tinta berwarna hitam, coklat, hijau, merah, biru, dan oranye, disusun ke dalam enam kolom, dan setiap kata hanya muncul satu kali di dalam deretan kata-kata pada setiap kolom. Demikian juga warna yang sama untuk satu kata hanya muncul satu kali di dalam setiap kartu. *Original Stroop Task* (OST) digunakan untuk mengukur fungsi kognisi dari partisipan (MacLeod, 1991). OST dicetak sama seperti kartu EST, hanya saja kata-kata yang digunakan terdiri dari kata-kata dari enam warna yang tersebut di atas. Tidak ada kata yang dicetak menggunakan warnanya sendiri.

Video

Sebuah video berdurasi 25 menit yang berisikan 22 item tentang mitos dan fakta tentang PJK (Furze, 2007) digunakan sebagai intervensi. Item-item tersebut ditampilkan melalui deskripsi dari narator, interviu dengan kardiolog, dan testimonial dari pasien PJK.

Teknik Analisis Data

Analisis Statistik

Berbagai analisis statistik dengan perangkat lunak SPSS 19 (IBM) dan Mplus versi 4.21 (Muthén & Muthén, 2007) digunakan untuk menguji hipotesis penelitian dan dinyatakan signifikan apabila $p < .05$. *Structural Equation Modelling* (SEM) digunakan untuk menguji secara simultan hubungan antara tipe D dengan keenam domain perilaku hidup sehat dan persepsi terhadap tiga sumber dukungan sosial, dengan kecemasan, depresi, dan karakteristik demografis sebagai variabel kontrol. Dalam analisis ini, persepsi terhadap dukungan sosial dan karakteristik demografik dan klinis dikelompokkan sebagai variabel kontrol. Analisis mediasi dengan menggunakan kriteria Baron dan Kenny (1986) melalui analisis regresi juga digunakan untuk menguji hubungan dalam lingkaran tak berujung pangkal antara kecemasan dan bias atensi pada pasien PJK.

Statistik deskriptif dilakukan untuk menghitung rata-rata dan standar deviasi untuk variabel-variabel kontinum dan menghitung prosentase untuk variabel-variabel kategorial. Korelasi Pearson juga digunakan untuk menguji hubungan antara variabel-variabel kontinum dan korelasi *point-biserial* untuk variabel-variabel kategorial. *Independent-samples t-tests* dan Chi Square (χ^2) tests digunakan untuk menguji perbedaan variabel-variabel kategorial pada variabel-variabel kontinum apabila diperlukan. Berbagai analisis varian (*mixed-factor ANOVA*) digunakan di dalam dua penelitian eksperimen pada penelitian ini, yang masing-

masing bertujuan menguji hubungan antara kecemasan dan bias atensi, serta menguji pengaruh menonton video informasi tentang PJK, baik terhadap keyakinan pasien terhadap penyakitnya, maupun terhadap kecemasan dan depresi.

ANALISIS & HASIL

Hubungan antara Tipe D dengan Perilaku Hidup Sehat dan Persepsi terhadap Dukungan Sosial

Dibanding dengan yang tidak masuk ke dalam kategori tipe D, Pasien PJK dengan tipe D memiliki skor yang secara signifikan lebih tinggi pada domain perilaku adiktif, $t(384) = 4.79, p < .001$, dan mengkonsumsi makanan tidak sehat, $t(384) = 5.17, p < .001$, dan secara signifikan memiliki skor lebih rendah pada domain mengkonsumsi makanan sehat, $t(384) = -5.70, p < .001$, olah raga dan aktifitas fisik, $t(384) = -4.28, p < .001$, dan upaya untuk mengendalikan berat badan, $t(384) = -5.28, p < .001$. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara pasien dengan tipe D dan non-tipe D untuk skor kepatuhan terhadap pengobatan $t(384) = -1.10, p = .27$. Analisis SEM (lihat Figur 1) menunjukkan, dibanding dengan non-tipe D, pasien PJK dengan tipe D secara independen (setelah dilakukan control terhadap kecemasan, depresi, dan karakteristik demografik) memiliki perilaku adiktif yang lebih tinggi ($\beta = .17, p = .005$), lebih sedikit mengkonsumsi makanan sehat ($\beta = -.19, p = .001$), dan lebih banyak mengkonsumsi makanan tidak sehat ($\beta = .18, p = .001$). Pasien PJK dengan tipe D juga kurang banyak melakukan aktivitas fisik ($\beta = -.16, p = .007$) dan kurang berupaya mengendalikan berat badan ($\beta = -.19, p = .001$).

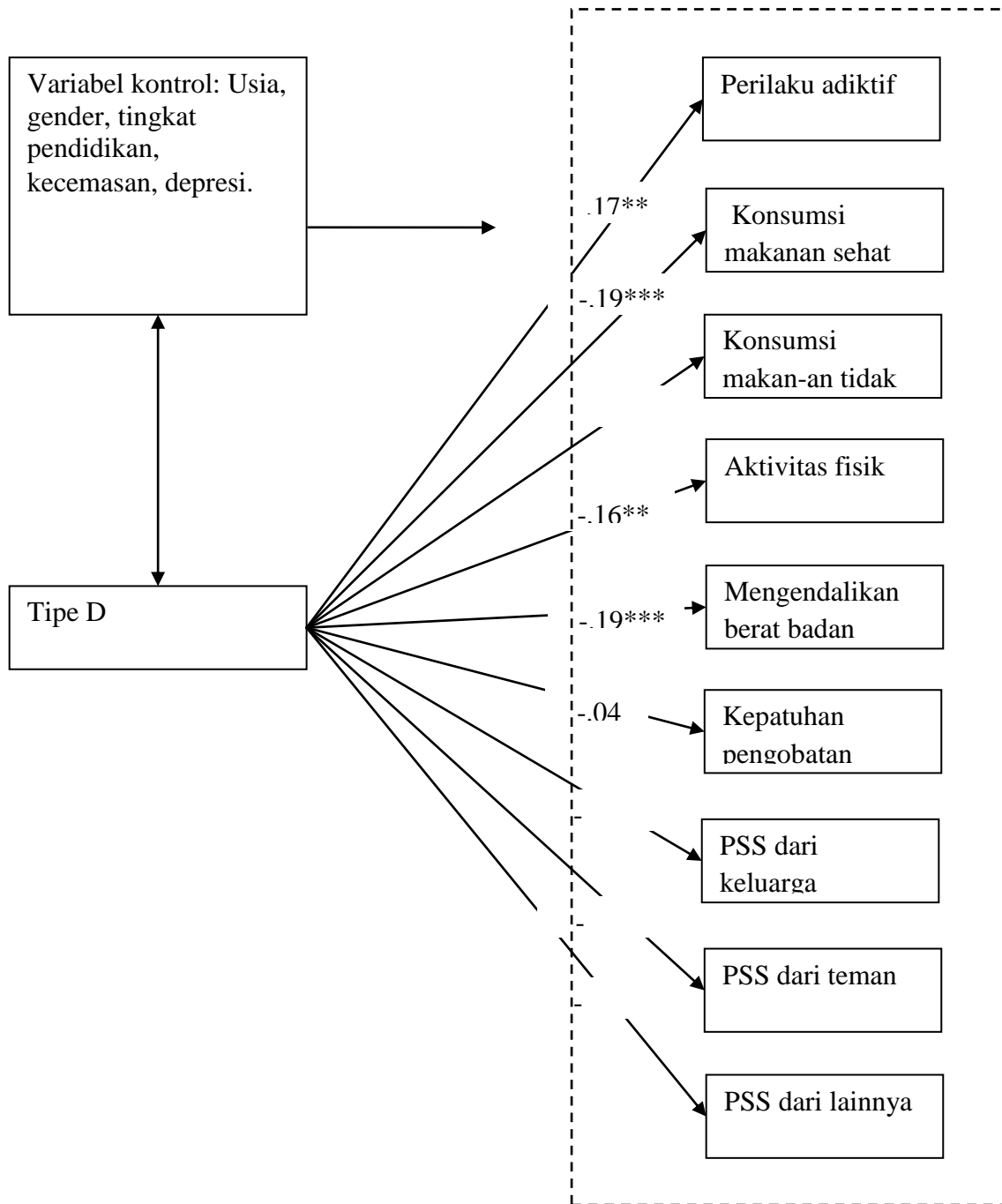
Menyangkut persepsi terhadap dukungan sosial, pasien PJK dengan tipe D memiliki skor persepsi terhadap dukungan sosial, baik dari keluarga, $t(384) = -7.40, p < .001$, teman, $t(384) = -5.70, p < .001$, dan orang-orang signifikan lainnya, $t(384) = -6.05, p < .001$, dibanding dengan pasien PJK yang non-tipe D. Setelah dilakukan kontrol terhadap kecemasan, depresi, dan karakteristik demografik (lihat Figur 1), pasien PJK dengan tipe D memiliki persepsi yang lebih rendah, baik terhadap dukungan keluarga ($\beta = -.28, p < .001$), teman ($\beta = -.21, p < .001$), maupun orang signifikan lainnya ($\beta = -.24, p < .001$).

Bias Atensi dan Kecemasan

Menyangkut *Original Stroop Task* (OST), kelompok pasien PJK memiliki waktu reaksi (RT), $M = 141.71, SD = 39.15$, lebih lama dibanding kelompok sehat, $M = 109.71, SD = 25.34, t(68) = 4.08, p < .001$. Kesalahan menyebutkan warna (*errors*) pada pasien, $M = 5.43, SD = 2.78$, juga lebih banyak dibanding partisipan sehat, $M = 4.00, SD = 3.01, t(67.57) = 2.06, p = .043$.

Bias atensi dihitung dengan mengurangi RT kartu yang berisikan kata-kata netral terhadap kartu yang berisikan kata-kata yang berkaitan dengan PJK, kartu kata-kata positif, dan kartu kata-kata negatif pada *Emotional Stroop Task* (EST) sehingga menghasilkan tiga tipe skor gangguan (*interference*): positif, negatif, dan PJK (Jessop et al., 2004; MacLeod & Hagan, 1992; MacLeod & Rutherford, 1992). Ketiga skor gangguan pada kelompok PJK dan kelompok sehat dianalisis dengan ANOVA yang menghasilkan tidak ada efek signifikan baik dalam tipe gangguan, $F(2, 136) = 1.25, p > .05, \eta^2 = .02$, maupun kelompok, $F(1, 68) = 5.90, p > 0.05, \eta^2 = .02$. Tetapi interaksi antara kelompok dan tipe gangguan ditemukan signifikan, $F(2, 136) = 6.84, p = 0.001, \eta^2 = .09$. Interaksi ini tetap signifikan meskipun ditambahkan skor OST sebagai kovarians ke dalam analisis, $F(2,134) = 3.31, p = .04, \eta^2 = .05$. Hasil analisis ini ditindaklanjuti dengan *t*-test yang menunjukkan tipe gangguan PJK pada kelompok pasien PJK secara signifikan lebih tinggi dibanding tipe gangguan PJK pada kelompok sehat, $t(68) = 2.88, p = .005$. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada tipe gangguan kata positif maupun negatif diantara dua kelompok tersebut. Analisis di atas

mengindikasikan dibanding dengan partisipan sehat, pasien PJK menunjukkan gangguan lebih tinggi pada kata-kata yang berkaitan dengan PJK, tetapi tidak berbeda pada kata-kata positif maupun negatif, meskipun fungsi kognitif dikendalikan di dalam analisis.



Figur 1. Estimasi standar (β) hubungan antar variable di dalam model. Hanya nilai β untuk jalur dari tipe D ke variable dependen yang ditampilkan. PSS = *Perceived Social Support* (persepsi terhadap dukungan sosial)

Hasil di atas didukung oleh analisis kesalahan penyebutan warna (*errors*) dimana tidak terdapat perbedaan efek tipe kata, $F(3, 204) = 2.28, p > .05, \eta^2 = .03$. Hanya saja terdapat perbedaan antar kelompok, $F(1, 68) = 17.85, p < 0.001, \eta^2 = .21$. Hasil ini mengindikasikan adanya perbedaan semua tipe kata antara pasien PJK dan partisipan sehat. Interaksi kelompok dan jenis kata juga signifikan, $F(3, 204) = 2.85, p = .039, \eta^2 = .04$, meskipun *errors* pada OST dimasukkan sebagai kovarians, $F(3, 201) = 3.39, p = .019, \eta^2 = .05$. Sebuah ANOVA lainnya dilakukan untuk setiap kelompok dan terdapat perbedaan *errors* secara signifikan pada kelompok pasien PJK, $F(3, 102) = 3.08, p = .031, \eta^2 = .08$, tetapi tidak signifikan pada partisipan sehat, $F(3, 102) = 2.28, p > .05, \eta^2 = .02$. Sebuah uji *within-subjects contrast* dilakukan dan menunjukkan perbedaan *errors* secara signifikan jenis kata PJK dibanding kata positif, $F(1, 34) = 4.81, p = .035, \eta^2 = .12$, netral, $F(1, 34) = 7.52, p = .010, \eta^2 = .18$, dan negatif, $F(1, 34) = 3.11, p = .086, \eta^2 = .08$, pada pasien PJK. Hasil di atas menunjukkan bahwa pasien PJK (dibandingkan dengan partisipan sehat) melakukan lebih banyak *errors* pada jenis kata PJK dibanding 3 jenis kata lainnya.

Analisis regresi menunjukkan bahwa PJK secara signifikan sebagai prediktor kecemasan (BAI), $\beta = .39, t(69) = 3.44, p = .001$. Kemudian PJK dimasukkan sebagai variabel independen dan bias atensi sebagai dependen variable di dalam sebuah model regresi, ditemukan bahwa PJK juga merupakan prediktor terhadap bias atensi, $\beta = .33, t(69) = 2.88, p = .005$. Ketika kecemasan (BAI) dimasukkan sebagai mediator ke dalam model regresi ini, kecemasan (BAI) menjadi signifikan prediktor bagi bias atensi, $\beta = .60, t(69) = 5.95, p < .001$, dan nilai β pada jalur PJK ke bias atensi menjadi tidak signifikan lagi, $\beta = .10, t(69) = .98, p = .332$. Hasil di atas mengindikasikan bahwa hubungan antara PJK dan bias atensi dimediasi penuh oleh kecemasan yang diukur melalui alat ukur BAI (Baron dan Kenny, 1986). Tidak hanya itu, hubungan mediasi ini juga terjadi ketika kecemasan yang diukur dengan skala *state anxiety* dari STAI dimasukkan sebagai variabel dependen, dimana PJK merupakan prediktor yang signifikan bagi kecemasan (*state*), $\beta = .32, t(69) = 2.77, p = .007$. Ketika bias atensi dimasukkan sebagai mediator di dalam model ini maka dihasilkan bahwa bias atensi merupakan prediktor dari kecemasan (*state*), $\beta = .54, t(69) = 5.25, p < .001$, dan nilai β pada jalur PJK ke kecemasan (*state*) berkurang menjadi tidak signifikan, $\beta = .14, t(69) = 1.35, p = .181$. Mengingat analisis regresi sebelumnya menunjukkan bahwa PJK juga merupakan prediktor yang signifikan bagi bias atensi, maka dapat disimpulkan bahwa hubungan antara PJK dan kecemasan (*state*) dimediasi secara penuh oleh bias atensi (Baron dan Kenny, 1986).

Pengaruh Video Informasi terhadap Keyakinan tentang PJK, Kecemasan, dan Depresi

Terdapat tiga kelompok di dalam eksperimen ini, yaitu kelompok eksperimen yang menonton video informasi (EG1), kelompok eksperimen yang menonton video informasi dan berkesempatan untuk bertanya (EG2), dan kelompok control (CG). Uji ANOVA satu arah menunjukkan perbedaan yang signifikan pada tingkat pendidikan, $F(2, 147) = 1.32, p = .001$, tetapi tidak ada perbedaan pada karakteristik demografi lainnya. Pengukuran terhadap keyakinan terhadap PJK (YCBQ) dilakukan pada saat sebelum menonton video (*baseline*), sesaat sesudah menonton video (*time 1*), dan setelah 6 kali menonton video selama 2 minggu (*time 2*). Uji ANCOVA menunjukkan perbedaan skor YCBQ sejalan dengan waktu pengukuran (antara *baseline*, *time 1*, dan *time 2*), $F(2, 292) = 5.31, p = .005, \eta^2 = .014$, dan perbedaan kelompok, $F(2, 146) = 19.44, p < .001, \eta^2 = .10$. Pada uji ANCOVA ini, interaksi kelompok dan waktu juga signifikan, $F(4, 292) = 57.38, p < .001, \eta^2 = .58$.

Hasil ini menunjukkan bahwa perbedaan keyakinan terhadap PJK antar kelompok adalah signifikan dalam waktu yang berbeda. Sebuah MANCOVA menunjukkan perbedaan signifikan keyakinan terhadap PJK antar kelompok pada *time 1*, $F(2, 146) = 30.99, p < .001, \eta^2 = .30$, dan *time 2*, $F(2, 146) = 60.46, p < .001, \eta^2 = .45$, tetapi tidak pada *baseline*, $F(2, 146) = 1.08, p = .341, \eta^2 = .007$. Uji kontras sederhana pada MANCOVA ini menunjukkan perbedaan signifikan keyakinan terhadap PJK di *time 1* antara CG ($M = 53.76; SD = 5.85$) dengan EG1 ($M = 48.36; SD = 7.75$), $p = .001$, dan EG2 ($M = 41.76; SD = 8.60$), $p < .001$. Kontras tersebut juga menunjukkan perbedaan signifikan keyakinan terhadap PJK di *time 2* antara CG ($M = 53.70; SD = 6.03$) dengan EG1 ($M = 44.40; SD = 7.43$), $p < .001$, dan EG2 ($M = 37.96; SD = 7.56$), $p < .001$. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan keyakinan terhadap PJK di *baseline* antara CG ($M = 53.48; SD = 7.58$), EG1 ($M = 54.74; SD = 6.13$), and EG2 ($M = 54.72; SD = 7.37$), $p > .05$.

Hasil ini menunjukkan bahwa setelah menonton video, partisipan di EG1 and EG2 memiliki keyakinan terhadap PJK yang lebih adaptif dibanding CG. Kontras pada MANCOVA juga menunjukkan perbedaan signifikan keyakinan terhadap PJK antara EG1 dan EG2, pada *time 1* ($p < .001$) dan *time 2* ($p < .001$). Hasil ini menunjukkan bahwa partisipan yang menonton video dan berkesempatan untuk bertanya memiliki keyakinan terhadap PJK yang lebih adaptif dibanding partisipan yang menonton video tetapi tidak berkesempatan bertanya. *Paired samples t-test* yang membandingkan keyakinan terhadap PJK antara *time 1* dan *time 2* menunjukkan perbedaan yang signifikan pada EG1, $t(49) = 8.68, p < .001$, dan EG2, $t(49) = 8.69, p < .001$, tetapi tidak pada CG, $t(49) = .31, p = .757$. Analisis ini mengindikasikan bahwa keyakinan terhadap PJK menjadi lebih adaptif setelah 2 minggu menonton video baik pada partisipan yang berkesempatan bertanya maupun tidak berkesempatan bertanya.

Uji ANCOVA lainnya menunjukkan pengaruh waktu pengukuran pada kecemasan, $F(1, 146) = 6.54, p = .012, \eta^2 = .035$, tetapi tidak pada depresi, $F(1, 146) = .14, p = .707, \eta^2 = .0007$. Uji ini juga menunjukkan perbedaan yang signifikan antar kelompok dalam hal kecemasan, $F(2, 146) = 13.37, p < .001, \eta^2 = .14$, dan depresi, $F(2, 146) = 10.54, p < 0.001, \eta^2 = .12$. Yang lebih penting, interaksi antara kelompok dan waktu adalah signifikan baik pada kecemasan, $F(2, 146) = 16.65, p < 0.001, \eta^2 = .18$, maupun pada depresi, $F(2, 146) = 15.49, p < 0.001, \eta^2 = .10$. Analisis ini menunjukkan bahwa tingkat kecemasan dan depresi berbeda antar kelompok seiring dengan perubahan waktu.

Uji MANCOVA menunjukkan perbedaan signifikan dalam hal kecemasan antara kelompok di *time 2*, $F(2, 146) = 31.45, p < .001, \eta^2 = .13$, tetapi tidak pada *baseline*, $F(2, 146) = 1.86, p = .160, \eta^2 = .025$. Kontras sederhana pada uji MANCOVA ini menunjukkan perbedaan signifikan dalam hal kecemasan pada *time 2* antara CG ($M = 13.04; SD = 7.28$) dengan EG1 ($M = 5.08; SD = 5.27$), $p = .001$, dan EG2 ($M = 4.78; SD = 3.91$), $p < .001$. Tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam hal kecemasan pada *baseline* antara CG ($M = 15.26; SD = 6.52$), EG1 ($M = 12.30; SD = 6.93$), $p = .06$, dan EG2 ($M = 13.69; SD = 6.81$), $p = .25$. Hasil-hasil di atas menunjukkan bahwa setelah 2 minggu menonton video, partisipan di EG1 dan EG2 memiliki kecemasan yang lebih rendah dibanding partisipan di CG. Tidak terdapat perbedaan kecemasan secara signifikan antara EG1 dan EG2, baik pada *baseline* ($p = .414$) maupun *time 2* ($p = .784$). Hasil ini menunjukkan tidak adanya perbedaan kecemasan secara signifikan antara partisipan yang menonton video baik yang berkesempatan bertanya maupun tidak berkesempatan bertanya.

Uji MANCOVA lainnya menunjukkan perbedaan depresi secara signifikan antara ketiga kelompok pada *baseline*, $F(2, 146) = 3.22, p = .043, \eta^2 = .012$, dan pada *time 2*, $F(2, 146) = 17.40, p < .001, \eta^2 = .092$. Kontras sederhana pada uji MANCOVA ini menunjukkan perbedaan depresi secara signifikan pada *baseline* antara CG ($M = 12.06; SD$

= 6.44) dengan EG1 ($M = 9.06$; $SD = 6.43$), $p = .020$, dan EG2 ($M = 9.50$; $SD = 5.72$), $p = .042$. Uji kontras tersebut juga menunjukkan perbedaan depresi secara signifikan pada *time 2* antara CG ($M = 13.04$; $SD = 7.28$) dengan EG1 ($M = 5.36$; $SD = 7.17$), $p < .001$, dan EG2 ($M = 5.36$; $SD = 6.50$), $p < .001$. Tidak terdapat perbedaan signifikan dalam hal depresi antara EG1 dan EG2 baik pada *baseline* ($p = .713$) maupun pada *time 2* ($p = .924$). Hasil-hasil ini menunjukkan tidak adanya perbedaan tingkat depresi partisipan yang menonton video baik yang berkesempatan bertanya maupun tidak berkesempatan bertanya. *Paired samples t-test* membandingkan tingkat depresi antara *baseline* dan *time 2* di setiap kelompok. Analisis ini menunjukkan perbedaan tingkat depresi secara signifikan pada EG1, $t(49) = 8.17$, $p < .001$, dan EG2, $t(49) = 7.76$, $p < .001$, tetapi tidak pada CG, $t(49) = -1.08$, $p = .282$. Analisis ini mengindikasikan bahwa tingkat depresi partisipan pada kedua kelompok eksperimen menurun setelah menonton video tetapi tidak menurun pada partisipan yang tidak menonton video.

DISKUSI

Hubungan antara Tipe D dengan Perilaku Hidup Sehat dan Persepsi terhadap Dukungan Sosial

Hasil analisis di atas mengkonfirmasi hasil penelitian sebelumnya di negara-negara barat yang menunjukkan tipe D berhubungan dengan perilaku tidak sehat dan persepsi terhadap dukungan sosial yang negatif pada pasien PJK (Denollet & Pedersen, 2011; Williams, O'Connor, Howard, Hughes, Johnston, Hay & O'Carroll, 2008; Svansdottir, dkk, 2012). Pasien PJK dengan tipe D di dalam penelitian ini memiliki perilaku sehat yang rendah dan persepsi terhadap dukungan sosial kurang baik dibanding dengan pasien PJK yang non-tipe D. Sehubungan dengan domain perilaku hidup sehat, pasien PJK dengan tipe D menunjukkan perilaku adiktif yang lebih tinggi, mereka cenderung lebih banyak merokok dan meminum minuman yang beralkohol, dibanding pasien PJK yang non-tipe D. Pasien PJK dengan tipe D juga lebih sedikit mengkonsumsi makanan sehat dan lebih banyak mengkonsumsi makanan tidak sehat. Mereka juga kurang melakukan aktifitas fisik dan kurang berupaya mengendalikan berat badan dibanding pasien PJK yang non-tipe D. Temuan di atas tetap signifikan meskipun dilakukan kontrol terhadap kecemasan, depresi, dan karakteristik demografik.

Berbeda dengan hasil dari penelitian lainnya pada pasien PJK, penelitian ini mengukur perilaku hidup sehat yang lebih luas dan relevan dengan PJK. Mengkonsumsi makanan sehat misalnya, lebih jarang diteliti dibanding perilaku merokok dan aktivitas fisik; walaupun ada hasilnya kurang konsisten (Laaksonen, Talala, Martelin, Rahkonen, Roos, Helakorpi, & Prättälä, 2008). Svansdottir, dkk (2012) tidak menemukan hubungan antara tipe D dan rendahnya konsumsi makanan sehat, seperti buah-buahan dan sayur-sayuran. Padahal karakteristik kepribadian tertentu tampaknya berhubungan dengan pilihan makanan; misalnya orang yang terbuka lebih mudah menyesuaikan kebiasaan diet-nya (Goldberg & Strycker, 2002). Individu dengan tipe D bukanlah orang yang terbuka dan cenderung enggan mengkonsultasikan pola makan yang tepat kepada profesional medis. Penelitian ini menunjukkan peran tipe D pada rendahnya konsumsi makanan sehat. Temuan ini tentunya sangat penting untuk konteks Indonesia mengingat kelompok dewasa tua di negara ini memiliki prevalensi PJK yang tinggi dan mereka cenderung kurang mengkonsumsi makanan sehat yang direkomendasikan (Boedhi-Darmojo, 2002).

Disamping kaitannya dengan perilaku hidup tidak sehat, tipe D, independen dari kecemasan, depresi, dan faktor demografik, berhubungan dengan bagaimana pasien PJK mempersepsikan dukungan sosial yang mereka peroleh dari keluarga, teman, maupun

orang-orang yang signifikan. Orang dengan tipe D cenderung merasa kurang aman di dalam interaksi sosial dan menginterpretasikan dukungan sosial secara negatif sehingga cenderung sulit diyakinkan oleh orang lain (Sararoudi, dkk,2011). Kecenderungan ini menjelaskan rendahnya skor persepsi terhadap dukungan sosial pada pasien PJK di dalam penelitian ini. Temuan tentang peran tipe D ini penting karena dapat memberikan gambaran kemungkinan upaya intervensi dimana pasien PJK dengan tipe D dapat ditolong untuk mengubah perilaku tidak sehat dan dapat lebih mengambil keuntungan dari dukungan sosial sehingga prognosinya dapat dikoreksi.

Bias Atensi dan Kecemasan

Hasil di atas mengkonfirmasi hipotesis penelitian dimana dibanding dengan orang sehat, pasien PJK menunjukkan skor interferensi (bias atensi) yang lebih tinggi dan *errors* yang lebih banyak pada jenis kata yang berkaitan dengan PJK dibanding jenis kata lainnya. Tingginya bias atensi pada pasien PJK spesifik terlihat pada stimulus yang berkaitan dengan penyakitnya. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian pada wanita yang mempunyai keluarga dengan kanker payudara (Elblich dkk., 2003) dan pada pasien asma (Jessop dkk., 2004). Yang berbeda di dalam penelitian ini adalah bahwa kami menemukan secara spesifik hubungan antara bias atensi dan kecemasan, dan lebih lanjut lagi analisis mediasi menunjukkan hubungan antara bias atensi dan kecemasan tersebut mungkin terjadi dalam siklus/lingkaran tak berujung pangkal.

Tingginya tingkat kecemasan pada pasien PJK mungkin berkaitan dengan pengalamannya dengan penyakit yang cukup mengancam jiwa (Aikens et al., 1999; Byrne & Rosenman, 1990; McNally, 1996) dan kecemasan itu menjadi meningkat dengan adanya informasi-informasi yang bersifat mengancam sehubungan dengan PJK (Beck & Clark, 1997; Williams dkk., 1996). Oleh karenanya kecemasan ini akhirnya berkaitan dengan bias atensi terhadap informasi-informasi tersebut. Berdasarkan model kecemasan yang kami gunakan (Clark, 1986; Margraf, Ehlers, & Roth, 1986; Matthew & MacLeod, 1996), proses atensi memiliki peran yang penting dalam lingkaran tak berujung pangkal, dimana dengan adanya stimulus yang berhubungan dengan jantung, pasien memberikan perhatian khusus dan kemudian diinterpretasikan secara berlebihan sebagai ancaman sehingga memperberat kecemasan pada pasien PJK (Beck & Clark, 1997; Rachman, 2004; Williams dkk., 1996).

Di dalam penelitian ini juga ditemukan rendahnya fungsi kognitif pada pasien PJK. Mereka membutuhkan waktu lebih lama dan melakukan *errors* lebih banyak pada OST dibanding individu sehat. Performansi dalam OST dapat mengindikasikan adanya masalah dalam fungsi kognitif karena langsung berkaitan dengan struktur frontal dari otak (Vendrell dkk., 1995). Disamping itu, faktor resiko PJK seperti hipertensi, kolesterol tinggi, diabetes, dapat mengganggu aliran darah di dalam otak dan hal ini sering kali dikaitkan dengan menurunnya fungsi kognitif (Kramer, Kemenoff, & Chui, 2001).

Pengaruh Video Informasi terhadap Keyakinan tentang PJK, Kecemasan, dan Depresi

Video informasi yang digunakan di dalam penelitian ini merupakan metode yang efektif untuk menyelaraskan keyakinan pasien PJK tentang penyakitnya. Temuan ini menambahkan informasi terhadap teori yang berhubungan dengan manfaat memberikan informasi yang tepat kepada pasien (Morrison & Bennett, 2006) sehingga menjadi kunci utama untuk mengkoreksi konsepsi pasien yang keliru tentang penyakit (Blickem et al., 2011). Selain itu, cara penyampaian informasi (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb & Fernandés, 2011) dan informasi yang diberikan (Furze, 2005; 2007) juga merupakan penentu efektifitas video dalam mengubah keyakinan yang keliru terhadap PJK. Frekuensi

menonton video dan kesempatan untuk bertanya juga menentukan untuk membuat keyakinan tentang PJK menjadi lebih adaptif.

Dua minggu menonton video juga efektif dalam menurunkan tingkat kecemasan dan depresi pada pasien PJK. Perubahan ini tampaknya seiring dengan perubahan keyakinan yang menjadi lebih adaptif pada pasien PJK tentang penyakitnya (Leventhal, dkk, 1997). Sebelum menonton video pasien PJK mungkin saja memiliki konsepsi yang keliru tentang penyakitnya, misalnya “Jantung itu seperti baterai, semakin banyak digunakan semakin cepat tidak berfungsi”. Keyakinan yang keliru ini dapat mengembangkan perasaan-perasaan negatif, seperti kekhawatiran dan kehilangan harapan. Setelah mendapat informasi optimis dari video bahwa “Jantung anda tidak lah seperti baterai, dan anda sebaiknya tetap aktif untuk menjaga keprimaan jantung anda”, besar kemungkinan pasien mulai menyadari apakah kekhawatiran dan perasaan-perasaan negatif mereka masih relevan dengan membedakan antara kenyataan dan pandangan subjektif mereka (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001). Proses evaluasi tersebut dapat meningkatkan kepercayaan diri (*personal efficacy*) pasien untuk mengatasi ancaman-ancaman yang berhubungan dengan penyakitnya, dan pada gilirannya dapat meredakan kecemasan dan depresi (Bandura, 1993; O’Neil, Berk, Davis, & Stafford, 2013).

SIMPULAN & SARAN

Simpulan

Penelitian ini memberikan kontribusi penting dalam penanganan aspek-aspek psikososial pada pasien, misalnya untuk mengatasi emosi-emosi negatif, mengubah keyakinan yang keliru terhadap PJK, dan mengadopsi perilaku hidup sehat. Secara lebih spesifik ditemukan inter relasi antara faktor-faktor psikososial, dan juga diuji efektifitas intervensi melalui video. Temuan-temuan di atas secara umum mengkonfirmasi teori-teori di dalam literatur dan berkontribusi terhadap ilmu pengetahuan khususnya yang berkaitan dengan faktor-faktor psikososial pada pasien PJK. Selain itu, temuan-temuan tersebut dapat menolong profesional medis dan pihak keluarga untuk memahami bagaimana emosi, keyakinan terhadap PJK, dan perilaku hidup sehat saling berkaitan satu sama lain.

Pemahaman yang diberikan oleh hasil penelitian ini dapat membantu dalam merancang program intervensi untuk mengubah perilaku hidup tidak sehat, persepsi yang keliru tentang dukungan sosial, dan emosi-emosi negatif. Sebagai contoh, informasi bahwa pasien memiliki kepribadian tipe D, dapat menolong dokter atau perawat dalam memberikan saran dan memperlakukan pasien secara khusus untuk mengurangi stress dan menyesuaikan ekspresi emosi pasien PJK (Denollet & Pedersen, 2011).

Penelitian ini juga menemukan bias atensi sebagai faktor penting untuk menjelaskan terjadinya atau meningkatnya kecemasan di dalam diri pasien PJK. Hubungan yang seperti sebuah lingkaran tanpa ujung pangkal antara bias atensi dan kecemasan dapat mengakibatkan pengambilan keputusan yang buruk dan secara umum mengganggu pasien PJK. Dengan memodifikasi bias atensi, misalnya dengan *attentional bias modification treatment* (ABMT; Hakamata dkk., 2010), dan *cognitive-based therapy* (Dao dkk., 2011; Lie, Arnesen, Sandvik, Hamilton, & Bunch, 2007) mungkin dapat dipertimbangkan untuk mengurangi kecemasan pada pasien PJK. Sebuah intervensi yang berbasis kognisi, dengan menggunakan video informasi, juga diuji efektifitasnya di dalam penelitian ini.

Salah satu cara untuk meredakan emosi-emosi negatif, seperti kecemasan, pada pasien PJK adalah dengan mengubah keyakinan mereka yang keliru terhadap penyakitnya (Furze, dkk, 2005). Dalam penelitian ini dilakukan intervensi dengan menggunakan video

informasi tentang PJK, dan ditemukan bahwa video tersebut secara efektif mengubah keyakinan pasien yang keliru terhadap PJK. Dengan menonton video tersebut, kecemasan dan depresi di dalam diri pasien juga mereda. Video tersebut dapat digunakan di rumah maupun di rumah sakit. Mengingat latar belakang budaya di Indonesia, dimana pasien cenderung segan untuk bertanya lebih jauh tentang penyakitnya kepada dokter, dengan menonton video ini setidaknya pasien mendapatkan informasi-informasi penting tentang penyakitnya. Dengan adanya pengurangan fungsi kognitif yang juga ditemukan di dalam penelitian ini pada pasien PJK, pendampingan dari perawat dalam menonton video dan seringnya frekuensi menonton menjadi penting. Selain itu, profesional medis dan pihak keluarga hendaknya memperhatikan berkurangnya fungsi kognitif ini dalam hal manajemen pengobatan. Dengan adanya pengurangan daya ingat misalnya, mungkin dibutuhkan *reminders* dalam meminum obat dan melakukan aktivitas fisik yang disarankan oleh dokter.

Saran

Berdasarkan temuan-temuan di dalam penelitian ini, dapat dikemukakan berbagai saran dan rekomendasi. Penelitian *cross-cultural* baik yang berkaitan dengan tipe D maupun perilaku hidup sehat menjadi penting untuk dilakukan mengingat keanekaragaman budaya di Indonesia (Koentjaraningrat, 1986). Penelitian longitudinal juga disarankan untuk lebih menguji peran aspek-aspek psikososial dan perkembangan PJK (seperti mortalitas, serangan jantung, intervensi bedah dan non-bedah yang berulang). Hasil-hasil penelitian ini juga mungkin dapat ditindak-lanjuti dengan penelitian yang berkaitan dengan kualitas hidup pasien. Efektifitas intervensi video di dalam penelitian ini dapat membantu untuk membangun, memelihara, dan mengoptimalkan *self-efficacy*, yang merupakan faktor penting dalam pengembangan perilaku hidup sehat (Bandura, 1993). Dengan melakukan koreksi terhadap keyakinan yang keliru terhadap PJK dapat membuat individu lebih percaya diri dalam melakukan perilaku hidup sehat. Penelitian dengan menggunakan video untuk meningkatkan *self-efficacy* yang pada gilirannya dapat meningkatkan perilaku hidup sehat (Schwarzer, 2008; Aldcroft, Taylor, Blackstock, & O'Halloran, 2011).

Sebagai implikasi klinis, temuan-temuan di dalam penelitian ini dapat membantu dalam mengembangkan intervensi terhadap masalah-masalah psikososial pada pasien PJK, dan juga diharapkan dapat meningkatkan kesadaran profesional medis maupun pengambil kebijakan di dalam kesehatan untuk mempertimbangkan aspek-aspek psikososial dalam penanganan PJK. Terdapat berbagai hal yang masih perlu diperbaiki di dalam penelitian ini, misalnya alat ukur, jumlah dan variasi sampel, dan rancangan penelitian. Disarankan untuk penelitian selanjutnya untuk menggunakan alat ukur yang divalidasi dengan lebih akurat, mengadopsi *randomized controlled trial* dalam rancangan penelitian experimental, dan menginisiasi penelitian *cross-cultural* dan longitudinal. Terlepas dari hal-hal tersebut, penelitian ini diharapkan dapat memberi pemahaman yang lebih baik tentang faktor-faktor psikososial pada pasien PJK dan membantu dalam pengembangan program intervensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aikens, J. E., Michael, E., Levin, T., Myers, T. C., Lowry, E., & McCracken, L. M. (1999). Cardiac exposure history as a determinant of symptoms and emergency department utilization in noncardiac chest pain patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 605-617. doi:10.1023/A:1018745813664
- Aldcroft, S. A., Taylor, N. F., Blackstock, F. C., & O'Halloran, P. D. (2011). Psychoeducational rehabilitation for health behavior change in coronary artery disease: A systematic review of controlled trials. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31(5), 273-281. doi:10.1097/HCR.1090b1013e318220a318227c318229.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Baron, R. A. & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernandés, M. E. (2011). *Planning health promotion program: An intervention mapping approach* (3rd ed). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Beaglehole, R. (1999). International trends in coronary heart disease mortality and incidence rates. *Journal of Cardiovascular risk*, 6(2), 63-68.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58. doi:10.1016/s0005-7967(96)00069-1
- Becker, E.S., Rinck, M., Margraf, J., & Roth, W.T. (2001). The emotional Stroop effect in anxiety disorders: General emotionality or disorder specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 147-159. doi:10.1016/s0887-6185(01)00055-x
- Bishop, G. D. (2001). Emotions and Health. In J. S. Neil & B. B. Paul (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 4454-4459). Oxford: Pergamon.
- Blickem, C., Bower, P., Protheroe, J., Kennedy, A., Vassilev, I., Sanders, C., ... Rogers, A. (2010). The role of information in supporting self-care in vascular conditions: a conceptual and empirical review. *Health and Social Care in the Community*. 19(5), 449–459.
- Boedhi-Darmojo, R. (2002). Trends in dietary habits of the elderly: The Indonesian case. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11, S351-S354. doi: 10.1046/j.1440-6047.11.s1.3.x
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 1041-1065. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00030-6.
- Byrne, D. G., & Rosenman, R. H. (1990). *Anxiety and Heart*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: A meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53, 936-946. doi:10.1016/j.jacc.2008.11.044
- Chow, C. K., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, K. A. A., Anand, S. S., & Yusuf, S. (2010). Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification With Risk of Early

- Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes. *Circulation*, 121(6), 750-758. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.891523
- Clark, D. M. (1986). Cognitive therapy for anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 14(04), 283-294. doi:10.1017/S0141347300014907
- Constans, J. I., Mathews, A., Brantley, P. J., & James, T. (1999). Attentional reactions to an MI: The impact of mood state, worry, and coping style. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(5), 415-423. doi:10.1016/s0022-3999(99)00016-1
- Coyne, J. C. & de Voogd, J. N. (2012). Are we witnessing the decline effect in the Type D personality literature? What can be learned? *Journal of Psychosomatic Research*, 73: 401-407.
- Dao, T. K., Youssef, N. A., Armsworth, M., Wear, E., Papatopoulos, K. N., & Gopaldas, R. (2011). Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral intervention for depression and anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 142(3), 109-115. doi:10.1016/j.jtcvs.2011.02.046
- Denollet, J (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67: 89-97.
- Denollet, J., & Pedersen, S., S. (2011). Type D personality in patients with cardiovascular disorder. In R. Allan & J. Fisher (Eds.), *Heart and mind: The practice of cardiac psychology* (pp. 216-247). Washington: American Psychological Association.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pharmaceutical care untuk pasien penyakit jantung koroner: Fokus sindrom koroner akut*. [Pharmaceutical care for coronary heart disease patients: Focus on the coronary acute syndrome]. Jakarta: Author.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Laporan nasional riset kesehatan dasar 2007* [National report on basic health research]. Retrieved from: http://www.litbang.depkes.go.id/bl_riskesda2007
- Duivis, H.E., Jonge, P. de, Penninx, B.W., Na, B., Cohen, B.E., & Whooley, M.A. (2011). Depressive symptoms, health behaviors, and subsequent inflammation in patients with coronary heart diseases: Prospective findings from the heart and soul study. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 876-878.
- ENRICHED, Enhancing recovery in coronary heart disease. (2001). Baseline characteristics. *American Journal of Cardiology*, 88(3):316-22.
- Erblich, J., Montgomery, G. H., Valdimarsdottir, H. B., Cloitre, M., & Bovbjerg, D. H. (2003). Biased cognitive processing of cancer-related information among women with family histories of breast cancer: Evidence from a cancer stroop task. *Health Psychology*, 22(3), 235-244. doi:10.1037/0278-6133.22.3.235
- Ford, E. S., & Capewell, S. (2011). Proportion of the decline in cardiovascular mortality disease due to prevention Versus treatment: Public health versus clinical care. *Annual Review of Public Health*, 32(1), 5-22. doi: doi:10.1146/annurev-publhealth-031210-101211.
- Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2008). Depression and anxiety as predictors of 2-years cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 62-71. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.4.
- Furze, G. (2007). Cardiac misconceptions - a problem in need of treatment? *Practical Cardiovascular Risk Management*, 5(1), 13-15.
- Furze, G., Lewin, R. J. P., Bull, P., & Thompson, D. R. (2003). Development of the York angina beliefs questionnaire. *Journal of Health Psychology*, 8(3), 307-315.

- Furze, G., Lewin, R. J. P., Murberg, T., Bull, P., & Thompson, D. R. (2005). Does it matter what patients think? The relationship between changes in patients' beliefs about angina and their psychological and functional status. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(5), 323-329.
- Ginting, H., Näring, G., Becker, E. S., van der Veld, & Denollet, J. (2011). *Validity and reliability of the type D personality scale (DS14) in Indonesia*. Poster presented at 5th International Conference on The (Non) Expression of Emotions in Health and Disease, Tilburg-The Netherlands.
- Ginting, H., Näring, G., van der Veld, W. M., Srisayekti, W., & Becker, E. S. (2013). Validating the Beck Depression Inventory-II in Indonesia's general population and coronary heart disease patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. In press, Uncorrected proof.
- Goldberg, L. R., & Strycker, L. A. (2002). Personality traits and eating habits: the assessment of food preferences in a large community sample. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 49-65. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00005-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00005-8)
- Goodwin, R. D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), 698-703. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00042-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00042-2)
- Goulding, L., Furze, G., & Birks, Y. (2010). Randomized controlled trials of interventions to change maladaptive illness beliefs in people with coronary heart disease: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (5), 946-961.
- Greco, A., Steca, P., Pozzi, R., Monzani, D., D'Addario, M., Villani, A., . . . Parati, G. (2013). Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: Self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators. *International journal of behavioral medicine*, 21(2), 221-229. doi: 10.1007/s12529-013-9290-5
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432
- Hakamata, Y., Lissek, S., Bar-Haim, Y., Britton, J. C., Fox, N. A., Leibenluft, E., . . . Pine, D. S. (2010). Attention bias modification treatment: A meta-analysis toward the establishment of novel treatment for anxiety. *Biological Psychiatry*, 68(11), 982-990. doi:10.1016/j.biopsych.2010.07.021
- Holle, C., Neely, J. H., & Heimberg, R. G. (1997). The effects of blocked versus random presentation and semantic relatedness of stimulus words on response to a modified Stroop task among social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 681-697. doi:10.1023/a:1021860324879
- Indonesian Heart Association. (2014). Search our cardiologist in Indonesia. <http://www.inaheart.org/index.php/public/overview/statistik-anggota/>. Diunduh pada 15/03/2014
- International Test Commission (17 January 2010). *International test commission guidelines for translating and adapting tests*. Retrieved from <http://www.intestcom.org>.
- Jessop, D. C., Rutter, D. R., Sharma, D., & Albery, I. P. (2004). Emotional and adherence to treatment in people with asthma: An application of the emotional stroop paradigm. *British Journal of Psychology*, 95, 127-147. doi:10.1348/000712604773952386

- Kim, Y. M., Kols, A., Bonnin, C., Richardson, P., & Roter, D. (2001). Client communication behaviors with health care providers in Indonesia. *Patient Education and Counseling*, 45, 59-68.
- Kramer, J. H., Kemenoff, L. A., & Chui, H. C. (2001). The neuropsychology of subcortical ischemic vascular dementia. In S. R. Waldstein & M. F. Elias (Eds.), *Neuropsychology of cardiovascular disease* (279-300). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Laaksonen, M., Talala, K., Martelin, T., Rahkonen, O., Roos, E., Helakorpi, S., Prättälä, R. (2008). Health behaviours as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: a follow-up of 60 000 men and women over 23 years. *The European Journal of Public Health*, 18(1), 38-43. doi: 10.1093/eurpub/ckm051
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social Support and Coronary Heart Disease: Epidemiologic Evidence and Implications for Treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67:869–878. doi: 10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds.), *Perceptions of Health and Illness* (pp. 19-47). Amsterdam: Harwood Academic Publisher.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In: Baum, A., Revenson, T.A. and Singer, J.E. (Eds.), *Handbook of health psychology*, pp. 19–48. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology & Health*, 13(4), 717-733. doi: 10.1080/08870449808407425
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *A handbook of psychology and health* (Vol. 4, pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lie, I., Arnesen, H., Sandvik, L., Hamilton, G., & H. Bunch, E. (2007). Effects of a home-based intervention program on anxiety and depression 6 months after coronary artery bypass grafting: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(4), 411-418. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.11.010
- Ludwick-Rosenthal, R., & Neufeld, R. W. J. (1988). Stress management during noxious medical procedures: An evaluative review of outcome studies. *Psychological Bulletin*, 104(3), 326-342.
- MacLeod, C. M. (1991). Half a century of research on the stroop effect: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 109(2), 163-203.
- MacLeod, C., & Hagan, R. (1992). Individual differences in the selective processing of threatening information, and emotional responses to a stressful life event. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 151-161. doi:10.1016/0005-7967(92)90138-7
- MacLeod, C., & Rutherford, E. M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information: Mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 479-91. doi:10.1016/0005-7967(92)90032-C

- Maes, S., Leventhal, H., & de Ridder, D. T. D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping Theory, Research, Applications*. Oxford: John Wiley & Sons, Inc.
- Mahler, H. I. M. & Kulik, J. A. (1998). Effect of videotape preparations on self-efficacy beliefs and recovery of coronary bypass surgery patients. *Annals of Behavioral Medicine, 20*, 39-46.
- Margraf, J., Ehlers, A., & Roth, W. T. (1986). Theoretical models and empirical evidence. In: I. Hand & H. S. Wittchen (Eds.), *Panic and Phobias. Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments* (pp. 31-34). Berlin: Springer Verlag.
- Mathews, A., & MacLeod, C.M. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour Research and Therapy, 23*(5), 563-569. doi:10.1016/0005-7967(85)90104-4
- Mark, D. F., Murray, M., Evans, B., & Estacio, E. V. (2011). *Health psychology: Theory, research, and practice*, 3rd Ed. London: Sage Publication Ltd.
- McNally, R. J. (1999). Panic and phobias. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (479-496). Chichester: Wiley.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Essex: Pearson education limited.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2007). *Mplus Statistical Analysis with Latent Variables User's Guide*. (5th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- O'Neil, A., Berk, M., Davis, J., & Stafford, L. (2013). Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. *Health, 05*(07), 6-14. doi: 10.4236/health.2013.57A3002
- Okrainec, K., Banerjee, D.K., & Eisenberg, M.J. (2004). Coronary artery disease in the developing world. *American Heart Journal, 148*(1), 7-15.
- Player, M.S., & Peterson, L. E. (2011). Anxiety disorders, hypertension, and cardiovascular risk: A review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 41*(4), 365 – 377. doi: 10.2190/PM.41.4.f
- Radi, B., Joesoef, A. H., & Kusmana, D. (2009). Rehabilitasi kardiovaskular di Indonesia. *Jurnal Kardiologi Indonesia, 30*(2), 43-45. Retrieved from <http://indonesia.digitaljournals.org/index.php/karidn/article/download/311/>
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Rothenbacher, D., Hahmann, H., Wüsten, B., Koenig, W., & Brenner, H. (2007). Symptoms of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease: prognostic value and consideration of pathogenetic links. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, 14*(4), 547-554. doi: 10.1097/HJR.0b013e3280142a02
- Sararoudi, R. B., Sanei, H., & Baghbanian, A. (2011). The relationship between Type D personality and perceived social support in myocardial infarction patients. *Journal of Research in Medical Science, 15* (5): 627-33.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology, 57*(1), 1-29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
- Siegel, J. M. (1985). The measurement of anger as a multidimensional construct. In M. A. Chesney & R. A. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (pp. 59-100). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.

- Steinke, E. E., & Swan, J. H. (2004). Effectiveness of a videotape for sexual counselling after myocardial infarction. *Research in Nursing & Health*, 27, 269-280.
- Suchday, S., Tucker, D. L., & Krantz, D. S. (2002). Diseases of the circulatory system. In S.B. Johnson, N. Perry, & R. Rozensky (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology: Volume 1. Medical Disorders and Behavioral Applications*, pp. 203-238. Washington DC: APA Press.
- Svansdottir, E., van den Broek, K., Karlsson, H., Gudnason, T., & Denollet, J. (2012). Type D personality is associated with impaired psychological status and unhealthy lifestyle in Icelandic cardiac patients: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12(1), 42.
- Taylor, E. S. (2006). *Health Psychology* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Toer, P. A. (9 April 2000). Saya bukan Nelson Mandela (Tanggapan buat Goenawan Mohamad). Ditulis kembali berdasarkan wawancara wawancara dengan Hadriani Pudjiarti. *Tempo*, 05(29), 3.
- Vendrell, P., Junqué, C., Pujol, J., Jurado, M. A., Molet, J., & Grafman, J. (1995). The role of prefrontal regions in the Stroop task. *Neuropsychologia*, 33(3), 341-352. doi:10.1016/0028-3932(94)00116-7
- Whooley, M.A., de Jonge, P., Vittinghoff, E., Otte, C., Moos, R., Carney, R.M., ... Browner, W.S. (2008). Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA*, 300, 2379-2388.
- Williams, J. M. G., Mathews, A., & MacLeod, C. M. (1996). The emotional stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120(1), 3-24.
- Williams, L., O'Connor, R.C., Howard, S., Hughes, B. M., Johnston, D. W., Hay, J. L., O'Carroll, R. E. (2008). Type D personality mechanisms of effect: The role of health-related behavior and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 63-69.
- White, K.S. (2008). Cardiovascular disease and anxiety. In M. J. Zvolensky & J. A. Smits (Eds.), *Anxiety in health behaviors and physical illness* (part II, 279-315) . New York, NY: Springer.
- Wood, D., DeBacker, G., Faergeman, O., Graham, I., Mancia, G., & Pyorala, K. (1998). Prevention of coronary heart disease in clinical practice: Recommendations of the second joint task force of European and other societies on coronary prevention. *European Heart Journal*, 19(10):1434 –503.
- World Health Organization. (2011). *World Health Statistics 2010*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2013). The top 10 cause of death [Fact sheet]. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- World Health Organization (WHO). (2009). *World Health Statistics 2009*. Retrieved from http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS09_Full.pdf
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanans, F., Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 937-952. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)
- Zaman, M. J. S., Brunner, E. J., & Hemingway, H. (2008). Cardiovascular disease: Overview and trends. In H. Kris (Ed.), *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 511-538). Oxford: Academic Press.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.