

**PENGARUH PENGGUNAAN LAYANAN *TELEHEALTH NURSING*
BERUPA *VIDEO CALL* DALAM MENURUNKAN DISTRES PSIKOLOGI
PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER
PASKA PERAWATAN DI RUMAH SAKIT**

SKRIPSI



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020**

**PENGARUH PENGGUNAAN LAYANAN *TELEHEALTH NURSING*
BERUPA *VIDEO CALL* DALAM MENURUNKAN DISTRES PSIKOLOGI
PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER
PASKA PERAWATAN DI RUMAH SAKIT**

SKRIPSI

**Untuk memenuhi sebagai persyaratan untuk mencapai derajat Sarjana
Keperawatan (S. Kep) Pada Program Studi S1 Keperawatan**



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2020

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Eni Fitriani

NIM : B21825506401

Program Studi : S.1 Keperawatan

Judul Skripsi : Pengaruh Penggunaan Layanan *Telehealth Nursing* Berupa *Video Call* Dalam Menurunkan Distres Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Paska Perawatan Di Rumah Sakit

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



Balikpapan, Agustus 2020

Yang membuat pernyataan

Eni Fitriani
NIM: B21825506401

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Ynag Maha Esa, karena berkat Rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengaruh Penggunaan Layanan *Telehealth Nursing* Berupa *Video Call* Dalam Menurunkan Distress Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Paska Perawatan Di Rumah Sakit” Penulisan Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) dalam program studi Keperawatan ITKes Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Mujito Hadi,MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Dr. Eka Ananta Sidharta, S.E., M.M.C.A (L) selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak dr. Edy Iskandar, Sp.PD, FINASIM, MARS selaku direktur RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
4. Ns. Kiki Hardiansyah, M. Kep, Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi Keperawatan yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan semangat luar biasa untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
5. Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S, Kep. M. Kep selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Ns. Siti Kholifah, S.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
7. Ibu Ns. Siti Mukarommah, S.Kep. M.Kep. Sp.Kom selaku penguji I yang telah menyediakan waktu, memberikan saran dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.

8. Ibu Ns. Marina Kristi Layun Rining, S.Kep., M.Kep selaku penguji II yang telah menyediakan waktu, memberikan saran dan mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
9. Ibu Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing akademik. Terimakasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
10. Seluruh keluarga tercinta yang telah mendukung, memberi semangat, doa dan perhatian sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
11. Semua teman – teman seperjuangan di Reguler Transfer Program Studi Ilmu Keperawatan ITKes Wiyata Husada Samarinda, kalian adalah yang terbaik.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaannya. Akhir kata, Penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Eni Fitriani
NIM : B21825506401
Program Studi : S.1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas Skripsi saya yang berjudul:

Pengaruh Penggunaan Layanan *Telehealth Nursing* Berupa *Video Call* Dalam Menurunkan Distress Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Paska Perawatan Di Rumah Sakit

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalih mediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, September 2020

Yang menyatakan

(Eni Fitriani)

ABSTRAK

Pengaruh Penggunaan Layanan *Telehealth Nursing* Berupa *Video Call* Dalam Menurunkan Distres Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Paska Perawatan Di Rumah Sakit

Eni Fitriani¹, Chrisylen Damanik², Siti Kholifah³
enifitriani8506@gmail.com, chrisyendamanik@stikeswhs.ac.id,
sitikholidah@stikeswhs.ac.id

Latar Belakang: Distres psikologi merupakan salah satu faktor pemicu terjadinya serangan ulang PJK dan *rehospitalisasi*. Distres psikologi tidak hanya dialami oleh pasien PJK selama dirawat di rumah sakit tetapi dapat terjadi paska perawatan. Untuk menghindari serangan PJK berulang serta komplikasi dan prognosa yang lebih buruk, teknologi *telehealth nursing* berupa *video call* diharapkan mampu mengatasi distres psikologi pasien PJK paska perawatan dirumah sakit. **Tujuan:** Mengetahui pengaruh *telehealth nursing* dalam menurunkan distres psikologi pada pasien PJK paska rawat dirumah sakit. **Metode:** *Pra-eksperimental* dengan pendekatan *time series*, yang dilakukan pada bulan Juni-Juli 2020 dengan jumlah sampel 14 responden yang dipilih menggunakan *Consecutive sampling*. Kriteria inklusi adalah pasien PJK dengan distres psikologi. Pengukuran variabel dilakukan dengan menggunakan *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*. Pada penelitian ini menggunakan uji hipotesis *Friedman* dan kemudian dianalisis dengan *Post Hoc Wilcoxon*. **Hasil:** Terdapat selisih perbedaan skor rata-rata antara sebelum dilakukan *video call* (17,00), sesudah *video call* ke-1 (14,50), sesudah *video call* ke-2 (12,00) dan sesudah *video call* ke-3 (10,00). Uji pengaruh menggunakan *Friedman* menunjukkan hasil $p \text{ value } 0,000 < 0,05$. **Kesimpulan:** Distres psikologi pada pasien PJK paska perawatan dirumah sakit dapat diturunkan dengan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* yang dilakukan selama 3 kali dalam satu minggu. **Saran:** Bagi peneliti selanjutnya untuk meneliti pengaruh *telehealth nursing* terhadap masalah psikologi lainnya dengan menggunakan kelompok control atau pembanding.

Kata Kunci: *Telehealth Nursing*, Distres Psikologi

¹Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

³Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

	HAL
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR GRAFIK.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Penelitian Terkait.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Telaah Pustaka.....	12
1. Konsep Penyakit Jantung Koroner.....	12
a. Pengertian.....	12
b. Klasifikasi.....	12
c. Etiologi.....	14
d. Mekanisme.....	14
e. Tanda dan gejala.....	16
f. Pencegahan.....	17
g. Penatalaksanaan.....	18
2. Konsep Distres Psikologi.....	19
a. Pengertian.....	19
b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Distres Psikologi.....	20
c. Aspek-Aspek Distres Psikologi.....	22
d. Metode Untuk Mengukur Distres Psikologi.....	22
3. Aplikasi Teori Callista Roy Dalam Asuhan Keperawatan.....	23
a. Model Keperawatan.....	23
b. Paradigma Keperawatan.....	27
c. Proses Keperawatan.....	28
4. Konsep Layanan <i>Telehealth Nursing</i>	29
a. Teknologi Dalam <i>Telehealth Nursing</i>	30

b. Contoh <i>Telehealth Nursing</i>	30
c. Issue <i>Telehealth Nursing</i>	31
5. Konsep Layanan <i>Video Call</i>	32
a. Perkembangan <i>Video Call</i>	33
b. Prinsip Kerja <i>Video Call</i>	34
c. Jenis-Jenis Aplikasi video call	34
d. Pemanfaatan <i>Video Call</i>	35
B. Kerangka Teori Penelitian	36
C. Hipotesis.....	37
BAB III METODE PENELITIAN.....	39
A. Rancangan Penelitian	39
B. Kerangka Konsep Penelitian	40
C. Populasi dan Sample	41
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	43
E. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	44
F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	45
G. Uji Instrumen.....	46
H. Prosedur Pengumpulan Data	46
I. Pengolahan Data.....	48
J. Analisa Data	49
K. Etika Penelitian	51
L. Alur Penelitian.....	53
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	54
A. Hasil Penelitian	
1. Hasil analisa Univariat.....	54
2. Hasil analisa Bivariat.....	56
B. Pembahasan	58
C. Keterbatasan penelitian	64
BAB V PENUTUP.....	66
A. Kesimpulan.....	66
B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	67

DAFTAR TABEL

	HAL
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian	44
Tabel 3.2 Blueprint kuesioner HADS	45
Tabel 3.3 Uji Normalitas	49
Tabel 3.4 Analisa Univariat	50
Tabel 3.5 Analisa Bivariat	51
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Status Pernikahan dan Pekerjaan Responden di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada Juni-Juli 2020 (n=14)	54
Tabel 4.2 Skor rata-rata distress psikologi pada pasien PJK antara sebelum, sesudah <i>video call</i> ke-1, <i>video call</i> ke-2, dan <i>video call</i> ke-3 pada Juni – Juli 2020 di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=14)	55
Tabel 4.3 Perbedaan skor rata-rata distres psikologi sebelum, sesudah <i>video call</i> ke-1, <i>video call</i> ke-2, <i>video call</i> ke-3 pada Juni – Juli 2020 di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=14)	57
Tabel 4.4 Selisih perbedaan skor rata-rata distres psikologi sesudah <i>video call</i> ke-1 dengan <i>video call</i> ke-2 dan sesudah <i>video call</i> ke-1 dengan <i>video call</i> ke-3 pada Juni – Juli 2020 di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=14)	57
Tabel 4.5 Selisih perbedaan skor distres psikologi sesudah <i>video call</i> ke-2 dengan <i>video call</i> ke-3 pada Juni – Juli 2020 di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (N=14)	58

DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Manusia Sebagai Sistem Adaptif	24
Skema 2.2 Kerangka Teori Berdasarkan Teori Keperawatan Sister Callista Roy	37
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	53



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Rencana Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Instrumen Penelitian *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*
- Lampiran 3 : Lembar Standar Operasional Prosedur *Video Call*
- Lampiran 4 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 6 : Surat Permohonan Izin Pengambilan data
- Lampiran 7 : Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 8 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 9 : Hasil Uji Statistik
- Lampiran 8 : Dokumentasi penjelasan dan pengisian lembar persetujuan bersedia menjadi responden, pengisian kuesioner dan pada saat intervensi *video call*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan penyakit jantung yang disebabkan penyempitan arteri koroner, mulai dari terjadinya *arterosklerosis* (kekakuan arteri) maupun yang sudah terjadi penimbunan lemak atau plak (*plaque*) pada dinding arteri koroner, baik disertai gejala klinis atau tanpa gejala sekalipun (Kabo, P dan Karim, 2008). *Arterosklerosis* disebabkan zat lemak kolesterol dan trigliserida yang semakin lama semakin banyak dan menumpuk di bawah lapisan terdalam *endothelium* dari dinding pembuluh arteri. Hal ini dapat menyebabkan aliran darah ke otot jantung menjadi berkurang ataupun berhenti, sehingga mengganggu kerja jantung sebagai pemompa darah (Hermawati, Risa, 2014).

Penyakit Jantung merupakan salah satu masalah kesehatan utama dan penyebab nomor satu kematian di dunia. Menurut data *World Health Organization (WHO, 2015)* lebih dari 17 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah dan sekitar 31% dari seluruh kematian di dunia, sebagian besar atau sekitar 8,7 juta kematian disebabkan oleh karena PJK. Di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5% atau diperkirakan sekitar 883.447 orang, sedangkan berdasarkan diagnosis dokter/gejala sebesar 1,5% atau diperkirakan sekitar 2.650.340 orang. Penderita PJK pada tahun 2013 di daerah kalimantan timur berdasarkan diagnosis/ gejala 1.0 % atau diperkirakan 27.535 orang (Kemenkes RI, 2014).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya PJK antara lain: umur, kelamin, ras, geografis, keadaan sosial, perubahan masa, kolesterol, hipertensi, merokok, diabetes, *obesitas*, *exercise*, diet, perilaku dan kebiasaan lainnya, stres serta keturunan (Anwar, 2004). Hasil penelitian yang dilakukan (Marleni & Alhabib, 2017) ada pengaruh antara umur, jenis kelamin, hipertensi, dan diabetes melitus dengan terjadinya PJK. Penelitian (Wirtz & von Känel, 2017) faktor stress juga dapat memicu terjadinya PJK, Stres kronis

meningkatkan risiko PJK dan prognosis kardiovaskular yang buruk, stres emosional akut dapat memicu kejadian PJK akut pada pasien yang rentan. Serangan PJK ditandai dengan nyeri dada yang terus menerus walaupun pasien sudah istirahat, sesak nafas, keringat dingin, pusing, mual dan muntah dan kelelahan yang sangat ekstrim.

Depresi dan kecemasan adalah dua bentuk utama dari distress psikologi. Distres psikologis merupakan penderitaan emosional berupa tekanan psikologis yang dialami oleh individu yang bersifat menghambat dan dapat mengganggu kesehatan, yang pada umumnya ditandai dengan gejala kecemasan dan depresi (Mirowsky & Ross, 2017). Ada beberapa faktor yang terkait dengan depresi pada pasien dengan PJK, yaitu mekanisme coping, dukungan sosial, persepsi penyakit, dan efikasi diri pasien (Heo, S., *et al.*, 2014). Ruz, M.E.A., Lennie, T.A., & Moser, (2011) menyimpulkan bahwa pasien jantung yang mengalami kecemasan memiliki risiko komplikasi lebih besar. Komplikasi lanjut yang mungkin terjadi dapat berupa infark berulang, iskemia berkepanjangan, *fibrilasi ventrikel*, dan *takikardi ventrikel*. stres dapat mengakibatkan terjadinya reaksi fisiologis dalam tubuh klien antara lain yaitu dapat mengaktifasi sistem saraf simpatis dalam tubuh klien yang dapat meningkatkan denyut jantung pasien, tekanan darah pasien, dan frekuensi pernafasan pasien. Perubahan fisiologis ini dapat menyebabkan terjadinya peningkatan kebutuhan oksigen pada jantung klien yang sedang mengalami gangguan (Salposky dan Mott, 2006). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa pasien PJK dengan depresi di Indonesia adalah 62,1% dari 90 pasien. Penelitian ini dilakukan pada pasien dengan PJK. Dalam penelitian ini, jumlah pasien PJK yang mengalami depresi ringan adalah 31 orang (34,4%), depresi sedang 21 orang (23,3%) dan depresi berat 4 orang (4,4%) (Lismawaty, 2015).

Pencegahan PJK dapat dilakukan dengan cara, gaya hidup sehat, dengan berhenti merokok, olahraga, menghindari stress, kontrol kesehatan, serta deteksi dini masalah kesehatan seperti hipertensi, peningkatan lemak dan kolesterol darah serta gula darah (Niven, 2007). Penanganan PJK yang dilakukan selama ini dengan cara pengobatan farmakologis dan non farmakologi, revaskularisasi miokard dan tindakan pembedahan *Coronary Artery Bypass*

Graft (CABG), Percutaneous Coronary Intervention (PCI), primary PCI, dan pemasangan *Stent Elektive dan Drug-Eluting Stent (DES)* (Majid, 2007).

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 15 desember 2019 dari data rekam medik RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan diperoleh informasi jumlah pasien yang dirawat dengan penyakit jantung di tahun 2017 sebanyak 671 kasus sedangkan di 2018 sebanyak 814 kasus. Penyakit jantung terbanyak baik di tahun 2017 dan 2018 adalah PJK. Di tahun 2017 berjumlah 452 (67,36%) kemudian di tahun 2018 berjumlah 554 (68,00%) (RSKD, 2018).

Dari hasil wawancara yang dilakukan pada penderita PJK, 4 orang dari 6 orang pasien yang dirawat di *Intensive Coronary Care Unit (ICCU)* sering mengalami cemas dan depresi terhadap kondisi sakit yang di alami, di dalam pandangan masyarakat awam dapat menyebabkan kematian mendadak, sehingga penderita merasa sedih, kehilangan semangat, dan mengalami sulit tidur. Selain itu juga dapat disebabkan oleh prosedur dan resiko dari tindakan/intervensi yang akan dilakukan seperti trombolitik, *angiografi/ PCI* yang menyebabkan pasien merasa takut dan tegang serta khawatir akan dampak yang ditimbulkan setelah dilakukan tindakan tersebut seperti perubahan dan kemampuan diri dalam melakukan aktivitas sehari hari.

Beberapa pasien yang dirawat inap di ruang *ICCU* ada sebagian yang kembali dirawat setelah pulang dari rawat inap dirumah sakit, untuk jarak waktunya berbeda-beda, ada yang satu bulan, dua minggu, bahkan satu minggu setelah paska rawat dirumah sakit. Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya serangan ulang PJK dan *re-hospitalisasi*, hal ini dapat terjadi karena pasien tidak menjalankan terapi yang dianjurkan, kurangnya pemahaman pasien dalam upaya pengontrolan faktor resiko, serta kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar ataupun keluarganya (Smeltzer, 2008).

Distress psikologi bukan hanya dialami pasien PJK yang sedang dirawat tetapi juga dapat dialami oleh pasien dirumah setelah paska rawat. Perawatan pasien PJK dengan distress psikologi paska perawatan di rumah sakit juga perlu diperhatikan guna menghindari serangan PJK berulang dan menghindari komplikasi dan prognosis yang lebih buruk. Pada RSUD. Kanujoso djatiwibowo untuk persiapan pasien pulang/ discharge planing hanya

berfokus untuk kontrol tepat waktu ke poli jantung saja setelah paska perawatan, tidak ada program untuk memonitoring kondisi pasien saat berada dirumah. Pasien pada saat dirumah kembali adaptif kepada kondisi pada saat sebelum dirawat di rumah sakit, sehingga pasien tidak mampu secara mandiri merawat diri dan meminimalkan ketergantungan pada orang lain, sehingga hal ini akan sangat memungkinkan terjadinya distress psikologi yang memicu kekambuhan dan rehospitalisasi. Perawat memiliki peran sebagai *educator* untuk meningkatkan pemahaman klien tentang PJK dan bagaimana melakukan modifikasi faktor resiko agar tercipta pola hidup dan kualitas hidup yang sehat. Oleh karena itu sangat penting bagi pasien untuk memiliki pengetahuan, sikap yang positif mengenai penyakit jantung koroner dan bagaimana upaya pencegahannya (Dalusung, 2010). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Khairul Darussalam (2018) ada hubungan yang sangat signifikan antara penerimaan diri dengan depresi, hal ini menunjukkan bahwa semakin tinggi penerimaan diri pasien, semakin rendah tingkat depresi yang dialami.

Masalah yang harus ditangani pada pasien PJK dengan distress psikologi paska perawatan adalah ansietas dan tidak keefektifan koping. Salah satu teori keperawatan yang sesuai untuk masalah ini yaitu teori keperawatan Sister Callista Roy dengan model adaptasi, salah satu objek utamanya yaitu manusia. Model keperawatan adaptasi Roy adalah model keperawatan yang bertujuan membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat sakit. Peran perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengkajian fokus meliputi pengumpulan data seperti fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Diagnosa keperawatan prioritas yang akan diangkat dari distress psikologi yaitu ansietas Domain 9 koping/toleransi stres, Kelas ansietas, faktor yang berhubungan dengan ancaman pada ancaman kematian dan diagnosa kedua yaitu ketidakefektifan koping Domain 9 koping/ toleransi stres, Kelas 2 koping, Faktor yang Berhubungan dengan sumber yang tersedia tidak adekuat.

Perkembangan teknologi saat ini mempengaruhi pelayanan kesehatan yang maksimal untuk menunjang efisiensi dan sumber daya dan sumber dana. Dunia keperawatan menjadi salah satu profesi yang memiliki peran penting dalam pelayanan kesehatan berbasis teknologi. Pemanfaatan teknologi tersebut diterapkan pada pelayanan *homecare* untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkelanjutan. Keperawatan *telehealth* membantu untuk perawatan diri dan manajemen perawatan diri, dengan demikian mempengaruhi kepatuhan pengobatan, aktivitas fisik, identifikasi dan menanggapi gejala, dan mencari perawatan yang tepat. Keperawatan *Telehealth* mengurangi kekambuhan gagal jantung dan lama tinggal di rumah sakit, yang sebagian besar disebabkan oleh tidak memadainya perawatan diri mengenai pengobatan dan atau manajemen diet (Toback, 2017). Para ahli teknologi memperkirakan 90% orang dewasa memiliki akses ke *smartphone* di tahun 2020 (Istifada, Sukihananto, & Laagu, 2017). Kondisi ini sangat memungkinkan penerapan teknologi *telehealth* untuk menunjang sistem komunikasi jarak jauh antar perawat dan pasien, sehingga perawat dapat memantau kondisi pasien saat di rumah. Hasil survei *home nursing agency* (2004) dalam (Hariyat & Sahar, 2012), menunjukkan bahwa pasien-pasien yang menggunakan layanan *telehealth* tidak mengalami re-hospitalisasi.

Penggunaan teknologi jaringan komunikasi nirkabel serta kemampuan masyarakat saat ini untuk memiliki perangkat pendukungnya, dalam hal ini hand set komunikasi yang sudah bisa diperoleh dengan harga yang sangat terjangkau, akan memudahkan dan mempercepat distribusi informasi kepada masyarakat. Seperti kita ketahui saat ini bahwasanya masyarakat kota hingga pelosok sudah tidak asing lagi dengan piranti *handphone* (HP) yang bisa melakukan komunikasi suara maupun data (GPRS, MMS dan SMS). Untuk itulah dalam penelitian ini fokus terhadap penyebaran informasi kesehatan melalui layanan *video call* dengan beberapa alasan, yaitu dengan adanya teknologi *video call* yang menyebabkan setiap orang dapat berkomunikasi dan seperti bertatap muka langsung sehingga perawat dapat melihat kondisi pasien secara langsung. Selain itu murah biaya penggunaan yang tidak membebani masyarakat secara berlebihan serta masih jarang sekali pola penyebaran

informasi kesehatan pada masyarakat menggunakan metode tersebut, dan semua itu sangat mungkin dilakukan yang pada akhirnya mampu menjawab persoalan yang ada dan benar-benar bisa dimanfaatkan oleh masyarakat luas terutama masyarakat yang jauh dari kemudahan akses informasi kesehatan layaknya di wilayah kota, sehingga kesadaran akan kesehatan muncul dari semua kalangan masyarakat di Indonesia, tua, muda, di kota maupun di desa. Salah satu aplikasi *video call* yang digunakan pada penelitian ini adalah WhatsApp. Keunggulan dari WhatsApp adalah dapat berkerja dengan baik pada *smartphone* termurah dan jaringan yang lambat serta tidak perlu memiliki akun email untuk mendaftar seperti aplikasi yang lainnya. Dari segi biaya WhatsApp merupakan salah satu aplikasi *video call* termurah, hanya bermodalkan jaringan internet atau kuota (TEMPO.CO, 2020).

Data tersebut menunjukkan bahwa pentingnya penerapan *telehealth* ini sebagai acuan dalam upaya pelayanan pada era perkembangan teknologi. *Telehealth* diharapkan mampu mendukung layanan *homecare* untuk mewujudkan konsep keperawatan berkelanjutan dan holistik. Berdasarkan fenomena diatas perlu dilakukan penelitian tentang "pengaruh penggunaan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* dalam menurunkan distress psikologi pada pasien PJK paska perawatan dirumah sakit".

B. Rumusan Masalah

Prevelensi penyakit PJK terus meningkat setiap tahunnya dan merupakan penyakit kardiovaskuler yang menyebabkan kematian tertinggi, pada umumnya pasien dengan PJK atau penyakit kardiovaskuler lainnya mengalami depresi dan kecemasan. Depresi dan kecemasan merupakan bentuk utama dari distress psikologi. Perawatan pasien PJK dengan distress psikologi paska perawatan di rumah sakit juga perlu diperhatikan guna menghindari serangan PJK berulang dan menghindari komplikasi dan prognosis yang lebih buruk. Kurangnya pemahaman pasien dalam upaya pengontrolan faktor resiko dan kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar ataupun keluarga dapat memicu distress psikologi. Pengkajian dan penanganan distress psikologi harus menjadi bagian dari perawatan pada pasien PJK baik pada saat rawat inap maupun paska

rawat inap. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan edukasi dan motivasi kepada pasien bukan hanya pada masa perawatan di rumah sakit tetapi juga setelah pulang kerumah. Penggunaan teknologi yang efektif dan efisien dirancang untuk membantu pasien yang mengalami masalah psikologi. Studi terkait penggunaan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* belum pernah dilakukan terhadap pasien PJK paska rawat inap, sehingga yang menjadi pertanyaan penelitian adalah adakah pengaruh penggunaan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* dalam menurunkan distress psikologi pada pasien PJK paska perawatan di rumah sakit?.

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Adapun tujuan penelitian ini teranalisis pengaruh penggunaan layanan *telehealth nursing* dalam menurunkan *distress psikologi* pasien PJK paska perawatan di rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini meliputi:

- a. Teridentifikasi skor rata-rata distress psikologi yang dialami pasien PJK sebelum dilakukan intervensi layanan *telehealth nursing* berupa *video call* pada *video call* ke-1, *video call* ke-2, *video call* ke-3.
- b. Teranalisis selisih perbedaan skor rata-rata distress psikologi yang dialami pasien PJK sesudah dilakukan intervensi layanan *telehealth nursing* berupa *video call* pada *video call* ke-1 dengan *video call* ke-2, dan intervensi *video call* ke-1 dengan *video call* ke 3.
- c. Teranalisis selisih perbedaan skor rata-rata distress psikologi setelah dilakukan intervensi dalam menggunakan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* pada *video call* ke-2 dengan *video call* ke-3.

D. Manfaat penelitian.

1. Manfaat Praktis

- a. Pusat Pelayanan Kesehatan.

Penelitian ini di harapkan penggunaan *telehealth nursing* berupa *video call* dapat digunakan sebagai acuan dalam pengembangan intervensi asuhan keperawatan standar, sehingga diharapkan menghasilkan *outcome* yang memadai.

- b. Bagi Pasien

Penelitian ini diharapkan menjadikan pasien mampu melakukan pengontrolan distress psikologi dan mencegah kekambuhan dan komplikasi PJK.

2. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan menjadi salah satu acuan ilmiah yang dapat digunakan sebagai referensi dalam memahami bahwa upaya menurunkan distress psikologi pada pasien PJK dapat dilakukan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dalam upaya *feedback* positif menggunakan teknologi komunikasi melalui *video call*.

E. Penelitian Terkait

1. Wirtz & Von Känel, (2017). Judul penelitian: "*Psychological Stress, Inflammation, and Coronary Heart Disease*". Tujuan penelitian: mencari bukti tentang faktor risiko distress psikologis pada penderita Penyakit Jantung koroner dan mengeksplorasi peran inflamasi sebagai mekanisme potensial yang mendasarinya. Metode penelitian: pra-eksperimental dengan rancangan cross sectional. Hasil penelitian: Stress kronis meningkatkan risiko insiden Penyakit Jantung Koroner dan prognosis kardiovaskular yang buruk, stress emosional akut dapat memicu kejadian Penyakit Jantung Koroner akut pada pasien yang rentan. Bukti yang mendukung peran potensial peradangan sebagai mekanisme biologis yang menjanjikan berasal dari studi berbasis populasi yang menunjukkan hubungan antara stres kronis dan peningkatan peradangan. Terdapat persamaan dengan penelitian ini

yaitu merupakan penelitian pra- eksperimental dan perbedaannya adalah pada pendekatannya, pada penelitian ini menggunakan *time series*.

2. Lismawaty, (2015). Judul penelitian: “Tingkat depresi dan frekuensi angina pada pasien sindrom koroner akut di poliklinik jantung RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung “. Tujuan penelitian: untuk mengetahui tingkat depresi dan frekuensi angina pada pasien sindrom koroner akut di poliklinik jantung RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung. Metode penelitian ini menggunakan deskriptif kuantitatif dengan menggunakan teknik purposive sampling dalam waktu satu bulan. Jumlah populasi sebesar 116 orang dengan subjek penelitian sebesar 90 orang. Penelitian ini menggunakan kuesioner BDI-II yang terdiri dari 21 item pertanyaan dengan nilai validitas $r=0,39-0,52$, $p<0,01$ dan reliabilitas 0,90, serta menggunakan kuesioner Angina Frequency yang diadaptasi dari SAQ yang terdiri dari 2 item pertanyaan dengan nilai validitas $r=0,83-0,93$, $p<0,01$ dan reliabilitas 0,699. Data yang terkumpul dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif. Hasil dari penelitian ini menunjukkan 62,1% pasien SKA mengalami depresi. Berdasarkan tingkatannya didapatkan depresi ringan 34,4%, sedang 23,3%, dan berat 4,4%, serta 34,5% pasien SKA mengalami angina berulang. Berdasarkan frekuensi didapatkan frekuensi angina ringan 18,9%, sedang 7,8%, dan berat 7,8%. Terdapat persamaan di penelitian ini menggunakan metode sampling yang sama yaitu purposive sampling, dan perbedaan pada penelitian ini adalah dari jenis penelitiannya.
3. Khairul Darussalam, (2018). Judul penelitian: “Hubungan antara penerimaan diri dengan tingkat depresi pada pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Poliklinik jantung RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan penerimaan diri, tingkat depresi, dan hubungan keduanya pada pasien PJK di Klinik Jantung Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Penelitian ini menggunakan pendekatan korelasional terhadap hubungan penerimaan diri dan depresi pada pasien dengan PJK. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien PJK yang pernah mengalami serangan jantung di rumah sakit, berjumlah +345 orang. Penelitian ini menggunakan convenience sampling

teknik atau pengambilan sampel tidak disengaja. Jumlah subjek penelitian ini berjumlah 40 orang. Metode pengumpulan data menggunakan skala penerimaan diri yang didasarkan pada teori Sheerer dan skala tingkat depresi telah disiapkan berdasarkan teori Beck. Analisis menggunakan korelasi momen produk Pearson. Hasil analisis data menemukan bahwa CHD keseluruhan pasien di Klinik Jantung Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi memiliki tingkat depresi yang rendah dan skor penerimaan diri adalah. Berdasarkan hasil uji korelasi diperoleh nilai korelasi (r) -0.839 , $p = .000$ ($p < .01$) berarti ada hubungan negatif yang sangat signifikan antara penerimaan diri dengan depresi. Ini berarti bahwa semakin tinggi penerimaan diri pasien, semakin rendah tingkat depresi. Terdapat persamaan dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui tingkat depresi pada pasien PJK, perbedaannya adalah pada kuesioner yang digunakan. Pada penelitian ini menggunakan kuesioner HADS.

4. Toback, (2017). Judul penelitian: “*The Effectiveness Of Telehealth Nursing In Heart Failure Self-Management*”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi keefektifan telehealth keperawatan dalam meningkatkan manajemen diri. Metode penelitian ini dengan mengumpulkan data berdasarkan pada Preferred Item Pelaporan untuk Tinjauan Sistematis dan Meta analisis standar. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keperawatan Telehealth membantu untuk perawatan diri dan manajemen perawatan diri, dengan demikian mempengaruhi kepatuhan pengobatan, aktivitas fisik, identifikasi dan menanggapi gejala, dan mencari perawatan yang tepat. Keperawatan Telehealth mengurangi kekambuhan gagal jantung dan lama tinggal di rumah sakit, yang sebagian besar disebabkan oleh tidak memadainya perawatan diri mengenai pengobatan dan manajemen diet. Terdapat persamaan dalam penelitian ini yaitu menilai efektivitas telehealth nursing, perbedaannya pada subjeknya, dalam penelitian ini berfokus pada pasien PJK dengan distress psikologi.
5. Farrar, (2015). Judul penelitian: “*Transforming Home Health Nursing with Telehealth Technology*”. Tujuan penelitian : Manfaat penggunaan telehealth pada perawatan kesehatan mental dilayanan *Homecare*. Metode penelitian:

evidence-base research. Hasil penelitian: Teknologi *telehealth* dapat diintegrasikan menjadi perencanaan dalam pelayanan kesehatan mental pada pasien, serta meningkatkan kualitas kehidupan pasien. *Telehealth* dibagi dua metode: secara langsung (*real time*) dan secara tidak langsung (*store & forward*). Konsep layanan *telehealth* secara langsung menggunakan *videoconferencing* yang disampaikan pasien pada perawat dalam menyampaikan masalahnya. Penerapan *telehealth* pada layanan *homecare* adalah salah satu bentuk aplikasi metode *telehealth* secara langsung. Pasien secara langsung berinteraksi pada perawat mengenai masalahnya, kemudian mendapatkan umpan balik secara langsung dari perawat. metode aplikasi *telehealth* secara tidak langsung. Pasien dan perawat berinteraksi dengan menggunakan *e-mail* sebagai penghubung interaksi antara keduanya, kelemahan metode ini adalah lambatnya respon yang diberikan perawat. *Telehealth* pada layanan *homecare* merupakan bagian dari konsep keperawatan berkelanjutan (*continuum of care*). Pelayanan dapat berfokus pada upaya rehabilitasi dan pemulihan/*recovery*. Terdapat persamaan pada penelitian ini yaitu memberikan layanan *telehealth* nursing pada perawatan kesehatan mental yang menggunakan video conferance/ video call di rumah. Perbedaannya dalam pada metode penelitiannya

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Penyakit Jantung Koroner

a. Pengertian

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan penyakit yang disebabkan oleh adanya penyempitan atau sumbatan pada pembuluh koroner di jantung. Penyempitan pembuluh darah terjadi karena proses *aterosklerosis* atau *spasme* atau kombinasi keduanya. Secara perlahan lahan *aterosklerosis* terjadi karena timbunan kolesterol dan jaringan ikat pada dinding pembuluh darah. Kadar kolesterol yang tinggi di dalam darah merupakan faktor yang berkontribusi besar dalam penyebab terjadinya penyakit jantung koroner sebesar 56%, kolesterol dalam darah didarkan oleh *lipoprotein*, diantaranya ada dua jenis lipoprotein utama, yaitu *low density lipoprotein (LDL)* dan *high density lipoprotein (HDL)*. Akibat *hiperlipidemia* yang paling beresiko adalah peningkatan *kolesterol serum*, terutama peningkatan *low density lipoprotein* yang merupakan predisposisi terjadinya *aterosklerosis* serta meningkatnya risiko terjadinya penyakit jantung koroner. Selain kolesterol terdapat beberapa faktor memicu penyakit ini, yaitu gaya hidup, faktor genetik, usia dan penyakit penyerta yang lain. (AHA, 2012 ; Hayes, 1999 ; Bull, E dan Morrell, 2007)

b. Klasifikasi

Klasifikasi penyakit jantung koroner menurut (Syukri, 2013)

1) *Angina Pectoris Stabil/Stable Angina Pectoris*

Penyakit Iskemik disebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan suplai oksigen miokard. Di tandai oleh rasa nyeri yang terjadi jika kebutuhan oksigen *miokardium* melebihi supplainya. Iskemia Miokard dapat bersifat asimtomatis (Iskemia Sunyi/*Silent Ischemia*), terutama pada pasien diabetes.

2) Angina Pektoris Tidak Stabil/*Unstable Angina Pectoris*

Sindroma klinis nyeri dada yang sebagian besar disebabkan oleh disrupsi plak *ateroskelrotik* dan diikuti kaskade proses patologis yang menurunkan aliran darah koroner, ditandai dengan peningkatan frekuensi, intensitas atau lama nyeri, Angina timbul pada saat melakukan aktivitas ringan atau istirahat, tanpa terbukti adanya *nekrosis miokard*.

- a) Terjadi saat istirahat (dengan tenaga minimal) biasanya berlangsung > 10 menit.
- b) Sudah parah dan onset baru (dalam 4-6 minggu sebelumnya), dan
- c) Terjadi dengan pola *crescendo* (jelas lebih berat, berkepanjangan, atau sering dari sebelumnya).

3) *Angina Varian Prinzmetal*

Arteri koroner bisa menjadi kejang, yang mengganggu aliran darah ke otot jantung (*Iskemia*). Ini terjadi pada orang tanpa penyakit arteri koroner yang signifikan. Namun dua pertiga dari orang dengan Angina Varian mempunyai penyakit parah dalam paling sedikit satu pembuluh, dan kekejangan terjadi pada tempat penyumbatan. Tipe Angina ini tidak umum dan hampir selalu terjadi bila seorang beristirahat - sewaktu tidur. Anda mempunyai risiko meningkat untuk kejang koroner jika anda mempunyai : penyakit arteri koroner yang mendasari, merokok, atau menggunakan obat perangsang atau obat terlarang (seperti kokain). Jika kejang arteri menjadi parah dan terjadi untuk jangka waktu panjang, serangan jantung bisa terjadi.

4) Infark Miokard Akut/*Acute Myocardial Infarction*

Nekrosis Miokard Akut akibat gangguan aliran darah arteri koronaria yang bermakna, sebagai akibat oklusi arteri koronaria karena trombus atau spasme hebat yang berlangsung lama. Infark Miokard terbagi 2:

- a) *Non ST Elevasi Myocardial Infarction* (NSTEMI)

b) *ST Elevasi Myocardial Infarction* (STEMI)

c. Etiologi

Jantung adalah pompa yang bertanggung jawab untuk sirkulasi darah keseluruh tubuh. Miokardium adalah otot yang bertanggung jawab memompa darah, adan otot lain yang memerlukan darah yang kaya energi. PJK disebabkan oleh penyempitan dan penyumbatan arteri koroner disebabkan zat lemak kolesterol dan trigliserida yang semakin lama semakin banyak dan menumpuk di bawah lapisan terdalam endothelium dari dinding pembuluh arteri. Hal ini dapat menyebabkan aliran darah ke otot jantung menjadi berkurang ataupun berhenti, sehingga mengganggu kerja jantung sebagai pemompa darah. Efek dominan dari jantung koroner adalah kehilangan oksigen dan nutrient ke jantung karena aliran darah ke jantung berkurang dan akan mendorong terjadinya serangan jantung (Hermawati, Risa, 2014). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya PJK selain peningkatan kadar kolesterol diantaranya umur, kelamin, ras, geografis, keadaan sosial, hipertensi, merokok, diabetes, obesitas, exercise, diet, perilaku dan kebiasaan lainnya, stres serta keturunan (Anwar, 2004).

d. Mekanisme

PJK merupakan manifestasi dari penyempitan arteri koroner, mulai dari terjadinya arterosklerosis maupun yang sudah terjadi penimbunan lemak atau plak (*plaque*) pada dinding arteri koroner. Berdasarkan proses patofisiologis dan derajat keparahan miokard iskemik dapat digambarkan sebagai berikut:

1) *Stabel Angina*

Stabel angina kronik adalah manifestasi yang dapat diramalkan, nyeri dada sementara yang terjadi selama kerja berat atau stres emosi. Umumnya disebabkan oleh plak *atheromatosa* yang terfiksir dan obstruktif pada satu atau lebih arteri koroner. Pola nyerinya berhubungan dengan derajat stenosis. Seperti yang digambarkan saat *arterosklerosis* menyempitkan lumen arteri

koroner lebih dari 70% menurunkan kapasitas aliran untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Saat aktivitas fisik berat, aktivitas sistem saraf meningkatkan denyut jantung, tekanan darah dan kontraktilitas yang meningkatkan kebutuhan konsumsi oksigen. Selama kebutuhan oksigen tak terpenuhi, terjadi iskemik miokard diikuti *angina pectoris* yang mereda bila keseimbangan oksigen terpenuhi. Sebenarnya oksigen yang inadkuat selain disebabkan oleh *aterosklerosis* juga disebabkan oleh kerusakan endotel namun pada kasus ini vasodilatasi distal dan aliran kolateral masih berlangsung baik sehingga kebutuhan oksigen masih bisa diseimbangkan dengan cara beristirahat. (Leonard, 2011 ; Fraker TD Jr, Fihn SD, 2007)

2) *Unstable Angina*

Pasien dengan *unstable angina* akan mengalami nyeri dada saat aktivitas berat namun kemudian masih tetap berlangsung saat istirahat. Ini adalah tanda akan terjadi infark miokard akut. *Unstable angina* dan miokard infark akut merupakan sindrom koroner akut karena *ruptur* dari plak *arterosklerosis* pada pembuluh darah koroner (Leonard, 2011).

3) *Infark Miokard Akut*

Infark miokard akut dengan elevasi segmen ST (*STEMI*) umumnya terjadi jika aliran darah koroner menurun secara mendadak setelah oklusi trombus pada plak *aterosklerotik* yang sudah ada sebelumnya. Stenosis arteri koroner berat yang berkembang secara lambat biasanya tidak memacu *STEMI* karena berkembangnya banyak aliran kolateral sepanjang waktu. *STEMI* terjadi jika trombus arteri koroner terjadi secara cepat pada lokasi injuri vaskular, di mana injuri ini dicetuskan oleh faktor-faktor seperti merokok, hipertensi dan akumulasi lipid. Pada sebagian besar kasus, infark terjadi jika plak *aterosklerosis* mengalami

fisur, ruptur atau *ulserasi* dan jika kondisi lokal atau sistemik memicu *trombogenesis*, sehingga terjadi trombus pada lokasi ruptur yang mengakibatkan oklusi arteri koroner. Pada kondisi yang jarang, *STEMI* dapat juga disebabkan oleh oklusi arteri koroner yang disebabkan oleh emboli arteri koroner, *abnormalitas kongenital*, spasme koroner dan berbagai penyakit inflamasi sistemik. *NSTEMI* dapat disebabkan oleh penurunan suplai oksigen atau peningkatan oksigen demand miokard yang diperberat oleh obstruksi koroner. *NSTEMI* terjadi karena thrombosis akut dan proses vasokonstriksi koroner. Trombosis akut diawali dengan ruptur plak aterosklerotik yang tidak stabil dengan inti lipid besar dan fibrous cap tipis dan konsentrasi tissue faktor tinggi. Inti lemak yang cenderung *rupture* mempunyai konsentrasi ester kolesterol dengan proporsi asam lemak tak jenuh yang tinggi. Pada lokasi ruptur plak terdapat proses inflamasi dilihat dari jumlah makrofag dan limfosit T (Sudoyo Aru W *et al.*, 2006 ; Antman E, 2005).

e. Tanda Dan Gejala

Pada umumnya pasien PJK mengeluhkan nyeri dada, perlu dilakukan anamnesis secara cermat apakah nyeri dada berasal dari jantung atau luar jantung. Sifat nyeri dada angina dapat dilihat dari lokasi pada area *substernal, retrosternal, dan prekordial*. Nyeri bersifat rasa sakit seperti ditekan, rasa terbakar, ditindih benda berat seperti ditusuk, rasa diperas, dipelintir. Biasanya nyeri menjalar ke lengan kiri, leher, rahang bawah, punggung, perut dan dapat pula ke lengan kanan. Nyeri dapat membaik atau hilang dengan istirahat atau obat nitrat. Selain nyeri dada dapat juga disertai mual, muntah, rasa cemas, sesak nafas dan keringat dingin. (Leonard, 2011 ; Fraker TD Jr, Fihn SD, 2007 ; Antman E, 2005)

f. Pencegahan

Niven, (2007) menyebutkan tindakan yang dapat dilakukan dalam upaya mencegah terjadinya PJK adalah dengan gaya hidup yang sehat, yang bisa membantu menjaga kesehatan dan elastisitas pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi lancar, antara lain:

1) Gaya hidup yang sehat:

- a) Jangan merokok/berhenti merokok sekarang juga;
- b) Lakukan olahraga sedang dalam tempo 30 menit setiap hari;
- c) Tetap tenang dan hindari stres. Libatkan diri dalam kegiatan yang sehat untuk mengurangi stres.

2) Kontrol kesehatan:

- a) Berat badan: obesitas meningkatkan resiko PJK, indeks masa tubuh (IMT) merupakan standar yang objektif untuk mengukur obesitas. Kisaran normal IMT untuk orang asia dewasa adalah 18,5 – 22,9. Menjaga berat badan yang sehat dengan menjaga pola makan dan olahraga secara teratur.
- b) Mengendalikan kadar kolesterol darah melalui pola makan dan olahraga secara teratur, bila kadar kolesterol tinggi harus berkonsultasi dengan dokter dan mungkin mengkonsumsi obat-obatan.
- c) Tekanan darah dan kadar gula darah harus dipantau dan dijaga pada tingkatan yang wajar. Penderita hipertensi dan diabetes harus mengikuti saran pengobatan dari dokter secara ketat.

3) Pola makan yang seimbang

Disarankan untuk mengkonsumsi makanan dengan kadar rendah garam, rendah gula, rendah lemak dan mengkonsumsi lebih banyak sayuran dan makanan kaya serat untuk mencegah sembelit dan mengurangi penyerapan lemak. Sayuran dan makanan kaya serat juga membantu mengendalikan kolesterol dan kadar gula darah.

g. Penatalaksanaan

Majid, (2007), menyebutkan tujuan pengobatan pada pasien PJK adalah untuk memperbaiki prognosis dengan cara mencegah infark miokard dan kematian.

1) Penatalaksanaan secara farmakologi.

Rekomendasi pengobatan untuk memperbaiki prognosis pasien dengan angina stabil menurut *The European Society of Cardiology (ESC)* 2006 sebagai berikut:

- a) Pemberian aspirin 75 mg per hari pada semua pasien tanpa kontraindikasi yang spesifik (contoh: perdarahan lambung yang aktif, alergi aspirin, atau riwayat intoleransi aspirin).
- b) Pengobatan statin untuk semua pasien dengan PJK
- c) Pemberian ACE inhibitor pada pasien dengan indikasi pemberian ACE inhibitor, seperti hipertensi, disfungsi ventrikel kiri, riwayat miokard infark dengan disfungsi ventrikel kiri, atau diabetes.
- d) Pemberian Beta-blocker secara oral pada pasien gagal jantung atau yang pernah mendapat infark miokard.

2) Revaskularisasi miokard

Tujuan dari revaskularisasi adalah meningkatkan survival ataupun mencegah infark ataupun untuk menghilangkan gejala. Ada dua cara revaskularisasi yang telah terbukti baik pada PJK yaitu:

- a) Tindakan revaskularisasi pembedahan, coronary artery bypass surgery (CABG).
- b) Percutaneous coronary intervention (PCI).

Revaskularisasi dilakukan pada pasien jika:

- a) Pengobatan tidak berhasil mengontrol keluhan pasien.
- b) Hasil uji non-invasif menunjukkan adanya resiko miokard infark.
- c) Dijumpai resiko tinggi untuk kejadian dan kematian.

d) Pasien lebih memilih tindakan intervensi dibanding dengan pengobatan biasa dan sepenuhnya mengerti akan resiko dari pengobatan yang diberikan kepada mereka.

3) Penatalaksanaan secara non farmakologi

Pada pasien PJK penatalaksanaan secara farmakologi adalah dengan berhenti merokok, mengontrol berat badan dan tekanan darah, melakukan aktivitas fisik, pengelolaan diabetes, dan manajemen stress. Pasien PJK sering mengalami cemas dan stress. Ruz, M.E.A., Lennie, T.A., & Moser, (2011) menyimpulkan bahwa pasien jantung yang mengalami kecemasan memiliki risiko komplikasi lebih besar. Pengobatan non farmakologi merupakan tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi cemas dan stress pada pasien PJK baik pada masa perawatan di rumah sakit maupun paska perawatan di rumah sakit. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan dalam upaya untuk menurunkan cemas dan stress seperti terapi relaksasi nafas dalam, terapi musik, terapi murattal, terapi relaksasi benson, terapi perilaku kognitif (TPK), terapi warna, mindfulness dan yang lainnya.

3. Konsep Distres Psikologi

a. Pengertian

Seseorang yang terdiagnosa mengalami PJK perlu melakukan perubahan gaya hidup yang cukup masif. Kondisi ini dapat memicu timbulnya distress baru, ditambah lagi perubahan dalam kondisi fisik dan peran akibat sakit yang berkepanjangan. Distress psikologi adalah sebuah keadaan subjektif tak menyenangkan. Dibutuhkan dua bentuk utama yaitu depresi dan kecemasan. Depresi adalah perasaan sedih, kehilangan semangat, kesepian, putus asa, atau tidak berharga, merasakan ingin mati, mengalami kesulitan tidur, menangis, merasa segala sesuatu adalah sebuah usaha, dan tidak mampu untuk pergi. Kecemasan adalah kecenderungan perasaan sedang tegang, gelisah,

khawatir, marah, dan takut. Istilah distress juga terkadang digunakan untuk menggambarkan gejala dan gejala medis (*somatic distress*). Konsep distress pertama kali diambil dari teori Hans Selye *General Adaptation Syndrome* (GAS) yang menjelaskan mengenai respon fisiologis dan psikologis terhadap stres yang disebabkan oleh peristiwa hidup yang mengancam. Dalam teori ini, distress digambarkan sebagai kesulitan untuk beradaptasi terhadap stressor eksternal, meskipun sebenarnya stres bisa saja menyebabkan dampak yang membuat seseorang bisa bersemangat (*eustress*). Oleh sebab itu, Distres bisa dikonseptualisasikan sebagai bentuk ketegangan internal yang disebabkan oleh stressor dari lingkungan (Mirowsky & Ross, 2017)

Distress psikologis secara umum didefinisikan sebagai kondisi yang dialami akibat interaksi antara sumber daya yang ada dalam diri individu dengan lingkungan yang dipandang berpotensi mengancam atau membahayakan kesejahteraan (Folkman & Lazarus, 1985). Berdasarkan beberapa pendapat yang dikemukakan para ahli, dapat ditarik kesimpulan bahwa distress psikologi merupakan penderitaan emosional berupa tekanan psikologis yang dialami oleh individu yang bersifat menghambat dan dapat mengganggu kesehatan, yang pada umumnya ditandai dengan gejala kecemasan dan depresi.

b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Distres Psikologi

Menurut Mirowsky & Ross, (2017) ada empat pola sosial dasar yang mempengaruhi distress. Pola sosial yang pertama adalah gender, di mana perempuan lebih mudah mengalami distress dibandingkan dengan laki-laki. Kemudian, status pernikahan, dimana dijelaskan bahwa individu yang sudah menikah cenderung lebih resilien terhadap distress bila dibandingkan dengan individu belum menikah. Selanjutnya adalah peristiwa hidup yang tidak diinginkan, yaitu bahwa semakin banyak terjadinya perubahan yang tidak diinginkan dalam sebuah kehidupan seseorang, maka semakin tinggi tingkat distress yang dialami. Serta terakhir, yaitu kelas sosial ekonomi, dimana disebutkan bahwa semakin tinggi status sosial ekonomi seseorang (baik dari segi pendidikan,

pekerjaan maupun pemasukan) maka semakin rendah tingkat distress yang dialami. Matthews, (2000) juga mengemukakan bahwa distress merefleksikan baik pengaruh situasional dari lingkungan (termasuk peristiwa yang terjadi dalam hidup, pengaruh fisiologis, kognitif dan sosial yang disebabkan oleh peristiwa tersebut) maupun faktor intrapersonal individu seperti kepribadian. Uraian mengenai faktor-faktor tersebut sebagai berikut:

1. Pengaruh fisiologis

Mengkaji dari beberapa penelitian, ditemukan bahwa terdapat beberapa bagian otak memiliki pengaruh terhadap respon distress yang ditampilkan oleh individu. Jika mengalami kerusakan dapat menimbulkan respon-respon emosional yang ekstrem. Atau kerusakan lobus frontalis individu yang dapat menyebabkan gangguan respon emosional yang disertai dengan hilangnya kontrol perilaku.

2. Pengaruh Kognitif

Model kognitif dari stres mengemukakan bahwa dampak fisiologis dan psikologis dari rangsangan lingkungan ditentukan juga oleh keyakinan serta harapan individu. Pada momen tertentu, distress akan muncul saat individu menilai dirinya tidak memiliki kontrol dalam menghadapi peristiwa-peristiwa yang dianggap penting pada kehidupannya.

3. Pengaruh Sosial

Terdapat hambatan dalam menjalin hubungan sosial yang dimiliki individu, misalnya seperti situasi berduka, perselisihan keluarga, dan pengangguran, adalah faktor-faktor paling potensial yang dapat memunculkan distress. Dalam hal ini, *keberadaan social support* seringkali berfungsi untuk membantu menurunkan distress yang dialami individu.

4. Kepribadian

Beberapa penelitian menunjukkan ada beberapa trait kepribadian yang memiliki hubungan dengan kecenderungan individu untuk mengalami emosi negatif.

Faktor yang mempengaruhi terjadinya distress psikologi pada pasien PJK di rumah paska rawat inap adalah:

- a) Pengaruh kognitif, dimana kurangnya pengetahuan pasien untuk mengontrol dan melakukan pencegahan skunder faktor resiko PJK sehingga dapat memicu terjadinya serangan PJK berulang dan rehospitalisasi.
- b) Faktor sosial, yaitu kurangnya dukungan dan ketidaksiapan keluarga dalam merawat pasien PJK dirumah, seperti pemantauan minum obat, diet dan aktivitas fisik serta menejemen stress.

c. Aspek-Aspek Distres Psikologi

Dua bentuk utama dalam distress psikologi yaitu:

- 1) Depresi adalah perasaan sedih, kehilangan semangat, kesepian, putus asa, atau tidak bernarga, merasakan ingin mati, mengalami kesulitan tidur, menangis, merasa segala sesuatu adalah sebuah usaha, dan tidak mampu untuk pergi.
- 2) Kecemasan adalah kecenderungan perasaan sedang tegang, gelisah, khawatir, marah, dan takut.

Depresi dan kecemasan masing-masing mengambil dua bentuk: mood dan malaise. Mood mengacu pada perasaan seperti kesedihan pada depresi atau khawatir pada kecemasan. *Malaise* mengacu pada keadaan-keadaan tubuh, seperti kelesuan dan gangguan pada depresi atau kegelisahan dan penyakit otonom seperti sakit kepala, sakit perut, dan pusing pada kecemasan.

d. Metode Untuk Mengukur Distres Psikologi

Metode untuk menilai psikologis non-spesifik telah banyak diterapkan, diantaranya adalah: *Mental Health Inventory -5 (MHI-5)*, *General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)*, *Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)* dan *World Health Organization Well-Being*

Index-5 (WHO-5), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Untuk menilai skor distress psikologi dalam penelitian ini menggunakan *HADS*. *HADS* adalah instrumen yang digunakan untuk melakukan pengukuran tingkat kecemasan dan depresi. Instrumen *HADS* dikembangkan oleh Zigmond and Snaith (1983) dalam Campos, Gimares, Remein (2010) dan dimodifikasi oleh Tobing (2012). *HADS* merupakan skala penilaian diri yang valid dan andal yang mengukur kecemasan dan depresi di rumah sakit dan di lingkungan masyarakat, *HADS* memberikan hasil yang bermakna secara klinis sebagai alat skrining psikologis dan dapat menilai tingkat keparahan gejala dan kelainan gangguan kecemasan dan depresi pada pasien dengan penyakit dan populasi umum. Kuesioner *HADS* sering digunakan untuk menilai distress psikologi pada pasien gagal jantung, penelitian yang dilakukan oleh Martin Scherer, *et al.*, (2007) menyatakan 26 pasien (32,5%) dari 80 pasien mengalami distress psikologi.

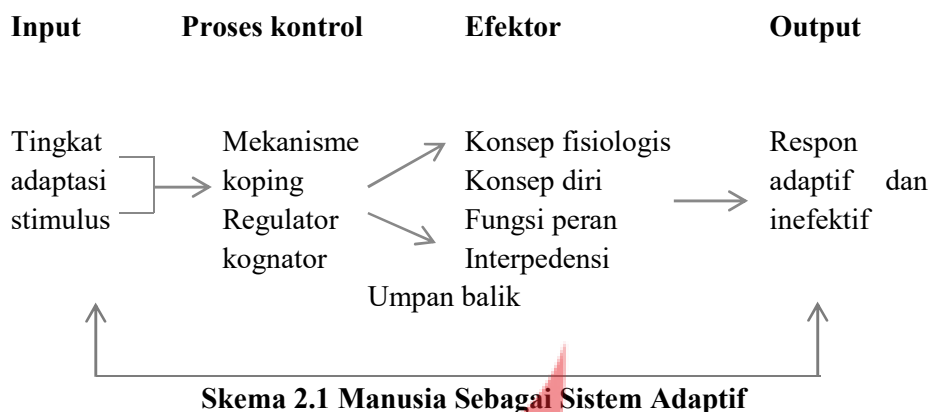
Kuesioner ini menilai skala kecemasan dan depresi dalam satu minggu, terdiri dari 14 pertanyaan, tujuh pertanyaan untuk kecemasan dan tujuh pertanyaan untuk depresi yang dapat dijawab dalam waktu 2-5 menit dan sangat cocok untuk menilai gangguan psikologis pada orang dewasa (Bob Lewin, 2017). *HADS* mempunyai nilai minimal 0 dan maksimal 42 (komposit) dengan rentang ansietas dan depresi rendah 0-20, sedang 21-28 dan tinggi 28-42 (Keliat B, Kusumawati F, 2015).

2. Aplikasi Teori Callista Roy Dalam Asuhan Keperawatan

a. Model Keperawatan

Sister Callista Roy salah satu tokoh keperawatan yang mengemukakan model keperawatan yang di kenal dengan Model Adaptasi. Menurut Roy terdapat lima objek utama dalam ilmu keperawatan, salah satunya adalah manusia. Roy menyatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan adalah individu, keluarga,

kelompok, komunitas dan sosial. Masing-masing diperlakukan oleh perawat sebagai sistem adaptasi yang holistik dan terbuka.



Sumber: Model konseptual adaptasi Calista Roy. *Nursing Theorists and Their Work* (Alligood, 2017).

Dalam asuhan keperawatan, menurut Roy sebagai penerima asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang dipandang sebagai “Holistic adaptif system” dalam segala aspek yang merupakan satu kesatuan. System adalah suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. System terdiri dari:

1). Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan yaitu:

- a) Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi.
- b) Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.

- c) Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang.

2). Proses Kontrol.

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang di gunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

a) Subsistem regulator

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen: input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

b) Subsistem kognator

Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, reinforcement (penguatan) dan insight (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang. Dalam memelihara integritas seseorang, regulator dan kognator subsistem diperkirakan sering bekerja sama. Tingkat adaptasi seseorang sebagai sistem adaptasi dipengaruhi oleh

perkembangan individu itu sendiri, dan penggunaan mekanisme coping. Penggunaan mekanisme coping yang maksimal mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif. Untuk subsistem kognator, Roy tidak membatasi konsep proses kontrol, sehingga sangat terbuka untuk melakukan riset tentang proses kontrol dari subsistem kognator sebagai pengembangan dari konsep adaptasi Roy.

Selanjutnya Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor, yaitu 4 model adaptasi meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

a) Model fungsi fisiologis.

Fungsi fisiologi berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, yang dibagi menjadi dua bagian, mode fungsi fisiologis tingkat dasar yang terdiri dari 5 kebutuhan dan fungsi fisiologis dengan proses yang kompleks terdiri dari 4 bagian.

b) Model konsep diri.

Mode konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu the physical self dan the personal self.

c) Model fungsi peran.

Mode fungsi peran mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya.

d) Model Interdependensi.

Model interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

b. Paradigma Keperawatan

Empat Elemen utama dari teori Roy adalah: Manusia sebagai penerima asuhan keperawatan, konsep lingkungan, konsep sehat dan keperawatan. Dimana antara keempat elemen tersebut saling mempengaruhi satu sama lain karena merupakan suatu sistem.

1) Konsep Manusia

Manusia merupakan fokus utama yang perlu diperhatikan karena manusialah yang menjadi penerima asuhan keperawatan, baik itu individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat, yang dipandang sebagai “*Holistic Adaptif System*”. Dimana “*Holistic Adaptif System*“ ini merupakan perpaduan antara konsep sistem dan konsep adaptasi.

2) Konsep Lingkungan

Stimulus yang berasal dari individu dan sekitar individu merupakan elemen dari lingkungan, menurut Roy. Lingkungan didefinisikan oleh Roy adalah “Semua kondisi, keadaan dan pengaruh-pengaruh disekitar individu yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu dan kelompok”. Dalam hal ini Roy menekankan agar lingkungan dapat didesign untuk meningkatkan kemampuan adaptasi individu atau meminimalkan

resiko yang akan terjadi pada individu terhadap adanya perubahan.

3) Konsep Sehat

Roy mendefinisikan sehat adalah “*A State and a process of being and becoming an integrated and whole person*”. Integritas individu dapat ditunjukkan dengan kemampuan untuk mempertahankan diri, tumbuh, reproduksi dan “*mastery*”. Asuhan keperawatan berdasarkan model Roy bertujuan untuk meningkatkan kesehatan individu dengan cara meningkatkan respon adaptifnya.

(Alligood, 2017)

c. Proses Keperawatan

Proses keperawatan menurut teori Roy meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, dan evaluasi sebagai berikut:

1) Pengkajian

Pengkajian pertama meliputi pengumpulan data seperti fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Pengkajian ini diartikan sebagai pengkajian perilaku yang diharapkan dapat memberikan gambaran keadaan klien. Pengkajian tahap kedua, perawat mengumpulkan data tentang stimulus fokal, kontekstual, dan residual yang berdampak terhadap klien.

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat dari distress psikologi yaitu:

a) Ansietas

Domain 9 koping/toleransi stres, Kelas 2 ansietas, faktor yang berhubungan dengan ancaman kematian. Tujuan dari diagnosa ini yaitu bagaimana perasaan yang tidak nyaman dan gelisah yang ditimbulkan oleh persepsi ancaman kematian dan eksistensi diri dapat diatasi dengan dukungan

keluarga dan peran serta perawat dalam hal ini berperan sebagai fasilitator yang mengefektifkan potensi pada diri klien.

b) Ketidakefektifan Koping

Domain 9 koping/ toleransi stres, Kelas 2 koping, Faktor yang berhubungan dengan sumber yang tersedia tidak adekuat. Tujuan dari diagnosa ini yaitu penyesuaian diri terhadap persepsi diri dan perubahan peran.

3) Intervensi

a) Ansietas yaitu dengan memberikan dukungan dan sebagai fasilitator untuk mengurangi distress psikologi.

b) Ketidakefektifan koping yaitu dengan memberikan pemahaman pasien terhadap proses penyakitnya.

4) Evaluasi

Penilaian terakhir proses keperawatan didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Keberhasilan asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang ditetapkan, yaitu terjadi adaptasi pada individu.

3. Konsep Layanan *Telehealth*.

Istilah seperti *telehealth* atau *telemedicine*, digunakan secara bergantian untuk merujuk pada pelayanan menggunakan teknologi elektronik pada pasien dalam keterbatasan jarak. Pada dunia keperawatan dikenal *telehealth* dalam keperawatan atau *telenursing*. *Telenursing* adalah penggunaan teknologi dalam keperawatan untuk meningkatkan perawatan bagi pasien (Skiba, 2017). *Telenursing* menggunakan teknologi komunikasi untuk memenuhi asuhan keperawatan pada pasien. Teknologi berupa saluran *elektromagnetik* (gelombang magnetik, radio, dan optik) dalam menstramisikan signal komunikasi suara, data dan video. Aplikasi *telehealth* bisa dilakukan di rumah sakit, klinik, rumah, dan *mobile center*. Aplikasi berupa *telpon triage* and *homecare* adalah yang paling banyak

dikembangkan secara luas untuk saat ini (deye vincent michel,P.,*et al.*,2013).

a. Teknologi Dalam *Telehealth* (Sudaryanto, 2010)

Pada *telehealth* secara umum ada dua teknologi yang dalam pelayanan:

1) Teknologi simpan dan sampaikan (*store and forward*) misalnya:

Gambaran yang didapatkan dari elektronik seperti *x ray*, dapat dikirim pada spesialis untuk diinterpretasi. Gambar tersebut saja yang berpindah-pindah. *Radiologi, dermatologi, patologi* adalah contoh spesialisasi yang sangat kelihatan menggunakan teknologi ini.

2) *Tekhnologi Real Time*

Real time adalah teknologi yang membuat pasien dan *provider* berinteraksi dalam waktu yang sama. Banyak alat telekomunikasi yang memfasilitasi komunikasi dua arah menggunakan teknologi *real time* dalam *telehealth*. Teknologi *realtime* juga dapat membuat alat untuk menstransimisikan gambar dari tempat yang berbeda. Misalnya kamera untuk mengobservasi keadaan klien. *Tekhnologi realtime* memfasilitasi komunikasi dua arah baik audio maupun video, yang bisa digunakan dalam *telehealth* Sebagai kombinasi *realtime* dan *robotik*, seorang dokter bedah dapat melakukan operasi dengan alat operasi khusus dari jarak tertentu. Prosedur ini disebut dengan *telepresence*. *Telepresence* menjadi salah satu sub bagian dari *telehealth*. Saat ini masih sedang dikembangkan karena membutuhkan sistem yang 100 % *reliable* dan *bandwith* yang sangat tinggi.

b. Contoh *Telehealth*

Pelayanan kesehatan semakin bergeser dari Rumah sakit menuju Rumah dan komunitas. Banyak rentang petugas kesehatan (ahli gizi, pekerja social, perawat) sebagai bagian dalam pelayanan kesehatan yang menggunakan pelayanan *terapeutik* dengan *telehealth*.

Salah satu contoh program *telehealth* adalah *homecare*. Sistem ini menyediakan audio dan video interaktif untuk hubungan antara lanjut

usia di rumah dan *telehealth* perawat. Perawat memasukkan data data pasien secara elektronik dan menganalisisnya, kalau perlu untuk dilakukan kunjungan, perawat akan melakukan kunjungan ke pasien.

Telenursing adalah bagian dari *telehealth*. *Telenursing* menawarkan program kolabortif dan mengurangi biaya pasien. Sebagai contoh : konsultasi dengan perawat akan mengurangi angka kejadian masuknya pasien dengan keadaan *emergency* ke Rumah Sakit.

Beberapa keuntungan *telehealth* yaitu:

- 1) Efektif dan efisiensi dari sisi biaya kesehatan, pasien dan keluarga dapat mengurangi kunjungan ke pelayanan kesehatan (dokter praktek, ruang gawat darurat, RS dan nursing home).
- 2) Dengan sumber daya minimal dapat meningkatkan cakupan dan jangkauan pelayanan keperawatan tanpa batas geografis.
- 3) *Telenursing* dapat mengurangi jumlah kunjungan dan masa hari rawat di RS
- 4) Dapat meningkatkan pelayanan untuk pasien kronis, tanpa memerlukan biaya dan meningkatkan pemanfaatan teknologi.
- 5) Dapat dimanfaatkan dalam bidang pendidikan keperawatan (*model distance learning*) dan perkembangan riset keperawatan berbasis informatika kesehatan.

Telenursing dapat pula digunakan dalam pembelajaran di kampus, *video conference*, pembelajaran online dan *multimedia distance learning*. Ketrampilan klinik keperawatan dapat dipelajari dan dipraktekkan melalui model simulasi lewat secara interaktif.

c. **Issue telehealth**

Telehealth terdiri dari berbagai jenis bentuk dan telah menunjukkan segi manfaatnya. Beberapa manfaat dari *telehealth* misalnya: meningkatkan kualitas pelayanan, mengurangi waktu, meningkatkan produktifitas akses, meningkatkan peluang belajar.

Ada beberapa isu yang perlu diperhatikan dalam penyelenggaraan *telehealth* yaitu :

- 1) Pembiayaan.

Pembiayaan adalah hambatan dalam penyelenggaraan *telehealth*. Meskipun dijumpai bahwa *telehealth* banyak mempunyai manfaat. Pemerintah masih kurang dalam mengembangkan *telehealth*.

2) Aspek legal

Aspek hukum menyatakan bahwa: warga negara harus dilindungi dari praktek petugas kesehatan yang tidak baik

3) Standar keamanan

Perhatian dalam aplikasi teknologi dalam pelayanan kesehatan adalah keamaan/keselamatan pasien. Sistem pelayanan *telehealth* harus bisa menjamin keselamatan bagi pasien. Berkaitan dengan hal tersebut *ANA (American Nursing Association)* menerbitkan 3 pedoman *telehealth* yaitu : Prinsip dasar *telehealth* pada tahun 1998, kompetensi *telehealth* tahun 1999 dan mengembangkan protokol *telehealth* pada tahun 2001.

4) keamanan data

Telehealth memerlukan pencatatan elektronik (*elektronik health record*), yang rawan akan privasi, kerahasiaan dan keamanan data. Sehingga penyelenggaraan *telehealth* harus bisa menjamin keamanan data.

5) Infrastruktur komunikasi

Infrastruktur telekomunikasi merupakan bagian dari *telehealth* yang mempunyai biaya dengan prosentase paling besar. Isu yang lain, adalah alat untuk hubungan antarmuka (*interface*) akan sulit menyelenggarakan *telehealth* jika tidak ada saling hubungan (*interkoneksi*) antar alat.

4. Konsep Layanan *Video Call*

Video Call merupakan suatu layanan untuk komunikasi suara di mana kedua pihak tidak hanya dapat mendengar suara melainkan dapat saling melihat tampilan wajah lawan bicaranya. Mulanya, informasi ataupun data yang dilewatkan melalui piranti teknologi informasi, internet, masih

sebatas karakter teks yang direpresentasikan melalui ASCII *code* dan gambar yang terdiri dari bit-bit gambar . Sedangkan suara atau *voice* mulanya dilewatkan melalui jaringan kabel telepon ataupun sinyal seluler. Hal ini membuat data yang berupa suara dan karakter masih terpisah. Akhirnya muncul konsep agar gambar dan suara dapat dikirimkan sehingga merepresentasikan sumber suara yang dapat dilihat secara jarak jauh dan bersifat lebih dinamis dan real time saat digunakan. Konsep inilah yang merupakan cikal bakal lahirnya *videophone* yang kemudian dikenal di masyarakat sebagai *video call*.

a. Perkembangan *Video Call*

1) *Video call* melalui jaringan internet

Pada awalnya *video call* berbentuk fisik seperti monitor komputer yang diintegrasikan dengan telepon kabel, sehingga panggilan maupun komunikasi jarak jauh yang akan dilakukan membutuhkan perangkat yang cukup banyak dan tidak fleksibel. Seiring dengan perkembangan teknologi, terutama teknologi internet, suara dan gambar yang sering disebut video dapat ditransmisikan melalui jaringan internet, sehingga biaya menjadi lebih murah. Hal inilah yang menjadi konsep, internet dapat dimanfaatkan untuk berkomunikasi secara *real time*, dua arah dan menyajikan gambar dan suara secara bersamaan. Perangkat yang dibutuhkan pun menjadi semakin lebih praktis. Sekarang, orang tinggal menyambungkan komputer yang memiliki fasilitas video input seperti webcam, video output (monitor), *audio input* (mikrofon) dan *audio output* (*loudspeaker*) dengan jaringan internet atau WAN untuk bisa berkomunikasi secara langsung dan real time, serta bertatap muka meskipun jarak jauh.

2) *Video call* melalui telepon seluler

Sekarang, manusia cenderung mobile dan dinamis dalam aktivitas dan kegiatannya. Hal ini menyebabkan segala bentuk komunikasi sudah beralih pada komunikasi mobile yang menyebabkan komunikasi maupun akses informasi dapat dilakukan

kapanpun dan dimanapun orang itu berada. Tentunya, hal ini dibarengi dengan perkembangan teknologi *wireless* atau nirkabel yang lebih fleksibel serta mudah dibangun dan dikonfigurasi. Teknologi seluler yang merupakan bagian dari teknologi nirkabel telah merambah dari pengiriman suara, data dan akhirnya sampai pada gambar bergerak (video).

Video call melalui telepon seluler sering disalah artikan dengan 3G. 3G adalah singkatan dari istilah dalam bahasa Inggris: *third-generation technology*. Istilah ini umumnya digunakan mengacu kepada perkembangan teknologi telepon nirkabel (*wireless*). 3G ini difasilitasi oleh penyelenggara telepon genggam (*cellular provider*) sedangkan *video call* adalah panggilan telepon Video yang dapat dilakukan dengan jaringan 3G, sehingga penelepon dan penerima bisa saling bertatap muka.

Perkembangan dan penyebaran *video call* melalui telepon mulai meluas, Karena hampir semua telepon seluler yang mendukung jaringan UMTS dapat melakukan panggilan video dengan fasilitas kamera yang menjadi perangkat input.

b. Prinsip Kerja Video Call

Sinyal suara yang masuk melalui microphone dan sinyal gambar yang direkam melalui kamera/webcam dikonversikan menjadi sinyal digital. Kemudian kedua sinyal tersebut dikompresi menggunakan perangkat yang disebut *codec*. Sinyal yang sudah dikompresi tersebut ditransmisikan melalui jaringan internet dalam hal ini menggunakan IP. Setelah informasi yang berbentuk video dan audio tersebut sampai pada alamat yang dituju, sinyal dari internet dapat didekompresikan kembali menjadi sinyal suara dan gambar. Setelah itu pada *reciver*, video dapat ditampilkan dilayar monitor dan audio dapat diputar pada speaker.

c. Jenis-Jenis Aplikasi Video Call

Berkembangnya teknologi mengikuti perkembangan dari *video call* itu sendiri, bila dulu *video call* dilakukan menggunakan

gadget laptop atau komputer dengan bantuan *webcam*, maka sekarang dengan adanya jaringan 3G *video call* dapat dilakukan dimana saja dan kapan saja menggunakan *smartphone*, banyak aplikasi yang telah disediakan yang membuat masyarakat lebih menyukai berkomunikasi *video call* menggunakan *smartphone*, karena masyarakat merasa aplikasi sudah disediakan. Dengan adanya aplikasi, melakukan *video call* pun menjadi murah, cepat, dan praktis. Aplikasi-aplikasi yang digunakan untuk *video call* antara lain: Yahoo Messenger, Windows Live Messenger, Oovoo, dan Skype. Namun dengan berjalannya waktu, aplikasi yang sering digunakan saat ini adalah LINE, Skype, dan Wechat, WhatsApp (Pratiwi, 2017). WhatsApp merupakan salah satu aplikasi yang sangat populer di masyarakat, keunggulan dari WhatsApp adalah dapat berkerja dengan baik pada *smartphone* termurah dan jaringan yang lambat serta tidak perlu memiliki akun email untuk mendaftar seperti aplikasi yang lainnya. Dari segi biaya whatsapp merupakan salah satu aplikasi *video call* termurah, hanya bermodalkan jaringan internet atau kuota (TEMPO.CO, 2020).

d. Pemanfaatan Video Call

Teknologi *video call* yang menyebabkan setiap orang dapat berkomunikasi dan seperti bertatap muka langsung. Saat ini pemanfaatan *video call* tidak hanya untuk kepentingan pribadi saja. Berbagai hal dapat didukung oleh *video call* sebagai sarana komunikasi *real time* yang sangat membantu.

1) Bisnis

Dengan adanya *video call*, individu-individu di tempat yang jauh dan akan mengadakan tatap muka ataupun rapat dapat dilakukan *video conference*, semacam *video call* tetapi dalam skala lebih besar.

2) Kesehatan dan obat-obatan

Dengan adanya *video call*, penanganan medis secara jarak jauh pun dapat dilakukan. Ini biasa dilakukan di daerah terpencil

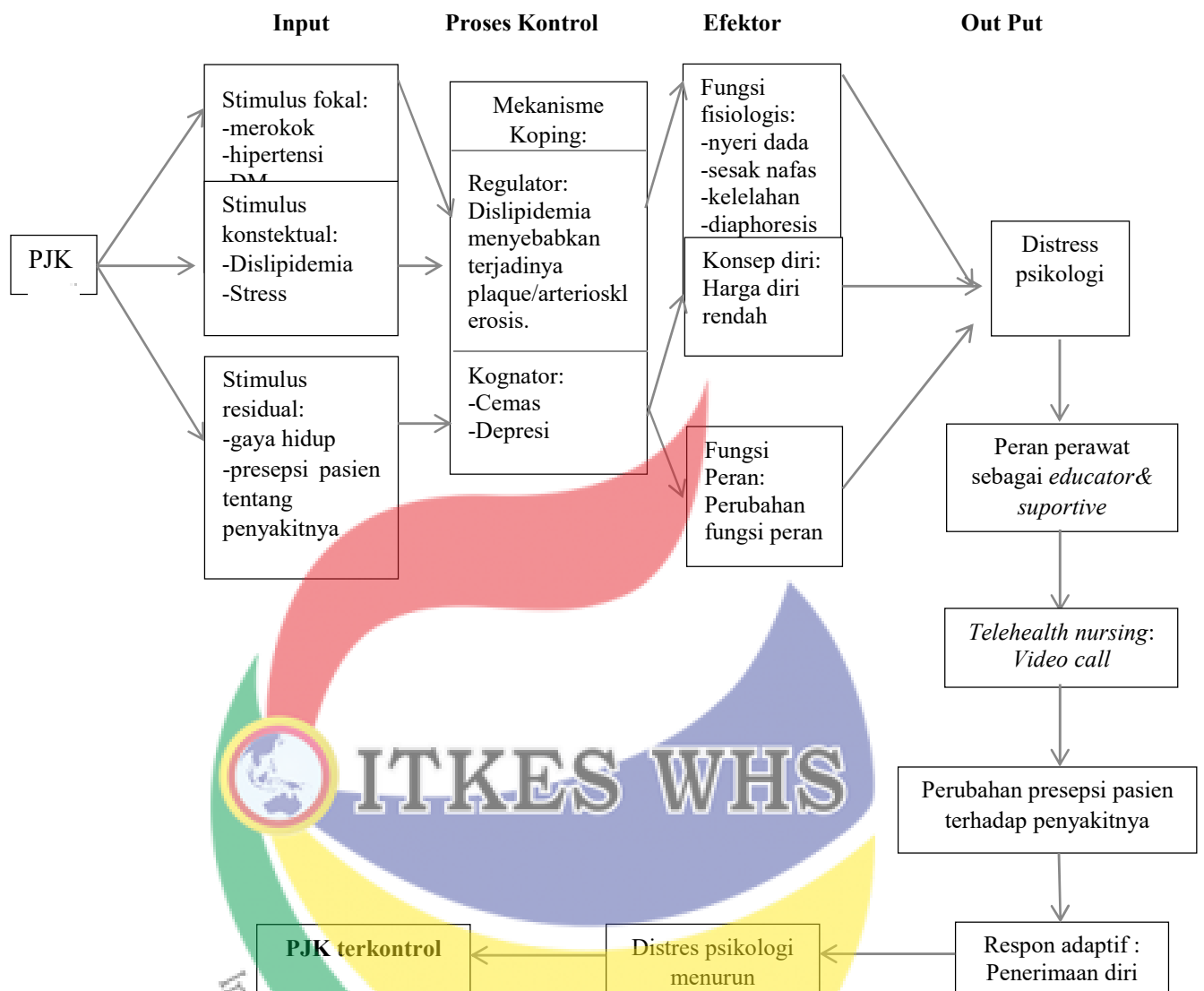
yang sarana pengobatannya tidak begitu baik, sehingga dibutuhkan yang lebih canggih dan professional untuk kasus tertentu. Dengan melakukan komunikasi dan tatap muka, pasien dapat dilihat secara langsung dan real time mengenai gejala penyakitnya.

3) Pendidikan

Dengan adanya teknologi video call, antar siswa ataupun guru dapat saling berdiskusi, berksperimen dan bereksplorasi baik dalam maupun luar negeri tanpa adanya batasan tempat dan waktu (Istifada, 2017)

B. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori penelitian ini menjelaskan penelitian mengenai pengaruh *telehealth nursing* berupa *video call* dalam menurunkan distress psikologi pada pasien PJK paska perawatan di rumah sakit, karena waktu dan jarak yang terbatas, dengan penggunaan video call diharapkan perawat tetap dapat memberikan layanan kesehatan secara berkesinambungan pada pasien saat dirumah. Peran perawat sebagai edukator dan suportif diharapkan mampu mengatasi distress psikologi yang menjadi salah satu pencetus serangan PJK berulang dan mencegah rehospitalisasi.



Skema 2.2. Kerangka Teori Berdasarkan Teori Keperawatan Sister Callista Roy

Sumber: Alligood, 2017; Sudaryanto, 2010; Anwar, 2004.

C. Hipotesis Penelitian

Untuk mengarahkan kepada hasil penelitian maka dalam perencanaan penelitian perlu dirumuskan jawaban sementara dari penelitian tersebut (Notoadmodjo, 2010; Nursalam, 2008).

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah :

- Ha = 1. Terdapat selisih perbedaan skor rata-rata distress psikologi yang dialami pasien PJK setelah dilakukan intervensi layanan *telehealth nursing* berupa *video call* pada *video call* ke-1

dengan *video call* ke-2, dan intervensi *video call* ke-1 dengan *video call* ke 3.

2. Terdapat selisih perbedaan skor rata-rata distress psikologi setelah dilakukan intervensi dalam menggunakan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* pada video call ke-2 dengan video call ke 3.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan metode yang dilakukan untuk memperoleh jawaban terhadap pertanyaan peneliti. Desain penelitian berdasarkan berpedoman jenis penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan tersebut (Dharma, 2011). Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian *Pra-Eksperimental* dengan rancangan pre-post-test dalam satu kelompok (*one-group pre-post test design*). Ciri penelitian ini adalah mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subjek. Kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi, pendekatan menggunakan *time series* yaitu penelitian eksperimen dengan pengukuran efek perlakuan yang dilakukan secara berulang berdasarkan perjalanan waktu (Dharma & Kusuma, 2013) Rancangan ini dapat digambarkan sebagai berikut :

R - - -> 01 - -> X1 - - -> 02 - - X2 - -> 03 - - X3 - - 04

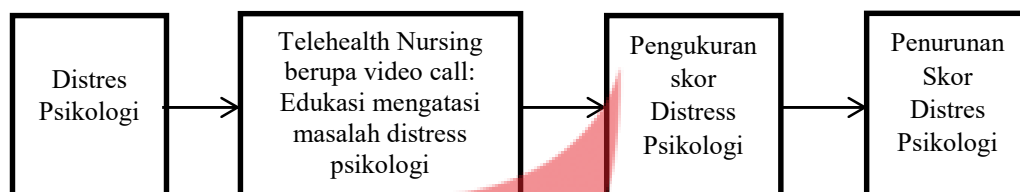
Keterangan :

- R : Responden penelitian semua mendapatkan perlakuan/intervensi
01 : Pre test pada kelompok perlakuan.
X1,X2,X3 : Intervensi pada kelompok perlakuan sesuai protokol.
02,03,04 : Post test setelah perlakuan berdasarkan intervensi

Aspek yang di nilai dalam *time series* adalah variabel dependen dalam penelitian ini, yaitu penurunan distres psikologi. Sedangkan variabel independen dalam penelitian ini, yaitu layanan *telehealth nursing* berupa *video call*.

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notadmodjo,2010). Kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut.



Skema 2.3 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



C. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah seluruh subjek atau data dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti, sebaiknya dibuat homogen (spesifik) terutama pada kuantitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien PJK yang mengalami distress psikologis di ruang ICCU RSUD. Dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Data yang diperoleh dari Medical Record RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan untuk ICCU tahun 2017 menyebutkan kasus PJK berjumlah 452 kasus dengan jumlah rata-rata setiap bulan 37 pasien, tahun 2018 berjumlah 554 kasus dengan jumlah rata-rata setiap bulan 46 pasien, dan di tahun 2019 berjumlah 518 kasus dengan jumlah rata-rata setiap bulan 43 pasien.

2. Sample Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2016). Sample dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus. Metode sampling penelitian ini yaitu *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah responden dapat terpenuhi (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini perhitungan sampel berpasangan menurut rumus Issac Michael sebagai berikut:

$$n = \frac{z^2 N p \cdot q}{d^2 (N - 1) + z^2 p \cdot q}$$

Keterangan:

n : Besar sample.

N : jumlah populasi

Z : standar deviasi untuk 0,84 dengan konfidensi level 95%.

d : derajat ketepatan yang digunakan, yaitu sebesar 5% = 0,05

p : proporsi target populasi adalah 50% atau 0,5.

q : Proporsi tanpa atribut $p-1 = 0,5$

dari rumus tersebut perhitungan besar sampel dalam penelitian ini adalah:

$$n = \frac{0,84^2 \cdot 43 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 (43 - 1) + 0,84^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = \frac{7,5852}{0,105 + 0,1764} = 26,95$$

Berdasarkan rumus di atas, besar sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini sebanyak 27 pasien.

Rumus penghitungan antisipasi drop out adalah:

$$\begin{aligned} n &= \frac{n}{1 - f} \\ &= \frac{27}{1 - 0,1} \\ &= 30 \text{ orang} \end{aligned}$$

Keterangan:

n = Besar sampel yang dihitung

f = Perkiraan proporsi *drop out* (10%)

Besar sampel untuk mencegah *drop out*, yaitu 30 orang

Menurut Nursalam, (2008), Sampel dalam penelitian adalah yang memenuhi syarat atau kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang telah ditetapkan sebagai subjek penelitian. Kriteria inklusi merupakan kriteria subjek yang memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Kriteria inklusi pasien penyakit jantung koroner dalam penelitian ini adalah :

- a. Responden dengan usia > 18 tahun, laki-laki dan perempuan.
- b. Lama mengalami penyakit jantung koroner ≥ 6 bulan dan sedang mengalami gejala distress psikologi yang diukur dengan kuesioner *HADS*
- c. Mampu membaca dan menulis.
- d. Mampu menggunakan alat komunikasi berupa *handphone* dan dapat menggunakan aplikasi *WhatsApp*
- e. Perangkat *handphone* berupa *smartphone* berbasis layanan internet 3G/4G.
- f. Bersedia berpartisipasi menjadi responden penelitian.

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sample karena tidak memenuhi syarat sebagai sample.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Pasien PJK yang mengalami distress psikologi tetapi dalam kondisi tidak stabil seperti sesak nafas, nyeri dada, dan gelisah
- b. Memiliki *hand phone* tapi tidak *compatible* terhadap layanan *video call*.

Kriteria drop out dalam penelitian ini adalah:

- a. Responden menyatakan tidak ingin melanjutkan menjadi partisipan penelitian.
- b. Responden sudah tidak merasakan gejala distress psikologi setelah diberikan intervensi pertama ataupun yang kedua.

Pelaksanaan penelitian ini menggunakan sampel sejumlah 14 responden, yang tidak sesuai dengan perencanaan awal yaitu 30 responden dikarenakan berkurangnya jumlah pasien PJK yang dirawat di RSUD.

Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan akibat pandemi Covid-19. Pada proses penelitian responden tidak ada yang *drop out*.

D. Variabel Penelitian Dan Defenisi Operasional

1. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah karakteristik yang melekat pada populasi, bervariasi dari satu orang dan orang lainnya dan diteliti dalam sebuah penelitian (Dharma & Kusuma, 2013). Jenis variabel penelitian ini antara lain : variabel bebas dan variabel terikat.

a. Variabel Bebas

Variabel bebas adalah variabel yang menyebabkan perubahan pada variabel lain atau yang disebut juga variabel sebab. Pada penelitian yang menjadi variabel bebas adalah layanan *telehealth nursing* berupa *video call*.

b. Variabel Terikat

Variabel terikat adalah variabel yang berubah akibat perubahan yang terjadi pada variabel bebas atau disebut juga variabel akibat. Pada penelitian ini menjadi variabel terikat adalah distress psikologi.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah bertujuan untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti. Defenisi operasional juga berfungsi mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengambilan instrument atau alat ukur (S. Notoadmodjo, 2012).

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Variabel Bebas (Independen Variabel): Layanan Video Call	Layanan <i>video call</i> yang diberikan sebanyak 3 kali dalam seminggu dalam waktu 10-20 menit dengan interval 2 hari sekali.	Standar Operasional Prosedur (SOP) <i>video call</i>	Dilakukan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) pemberian intervensi <i>video call</i>	a. Intervensi 1 b. Intervensi 2 c. Intervensi 3	Nominal
Variabel Terikat (Dependen Variabel): Distres Psikologi	Pasien PJK yang mengalami gejala cemas dan depresi paska perawatan di rumah sakit.	Lembar Kuisisioner	Menggunakan kuisisioner <i>HADS</i>	Skor Distres Psikologi 0-42	Rasio

E. Lokasi Dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah pasien pulang ke rumah paska perawatan di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, namun untuk mengambil data sebelum dilakukan intervensi diambil di ruang perawatan saat pasien akan pulang. Intervensi dan data sesudah intervensi dilakukan pada saat pasien dirumah.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan sejak persiapan dari penyusunan proposal yang dimulai pada bulan Desember 2019 dan pelaksanaan penelitian dimulai pada bulan Juni– Juli 2020.

F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti secara langsung. Data primer dalam penelitian ini diambil dari data hasil pengisian kuesioner *HADS* terkait distres psikologi pada pasien PJK yang dirawat di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

b. Data Sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diambil dari data pasien yang dirawat selama setahun terakhir di RSUD. Kanujoso djatiwibowo Balikpapan.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini :

1. Variabel independen dalam penelitian ini adalah layanan *telehealth nursing* berupa *video call* yang merupakan sitem intervensi menggunakan standar operasional prosedur (SOP).
2. Instrumen yang digunakan untuk mengukur variabel dependen dalam penelitian ini adalah keusioner *HADS*, terdiri dari 14 item total pertanyaan yang meliputi pengukuran kecemasan (pertanyaan nomor 1, 3, 5, 7, 10, 11, 13), pengukuran depresi (pertanyaan nomor 2, 4, 6, 8, 9, 12, 14). Semua pertanyaan terdiri dari pertanyaan positif (*favorable*) dan pertanyaan negatif (*unfavorabel*).

Tabel 3.2 Blueprint kuesioner HADS

Konsep	Dimensi	Favorabel	Unfavorabel	Jumlah
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Cemas	10	1,3,5,7,11,13	7item
	Depresi	2,4,6,9,12,14	8	7 item
Total				14 item

Item *favorable* dengan pengukuran skala likert skor 0=selalu, 1=sering, 2=jarang dan 3=tidak pernah. Item *unfavorable* dengan skoring 0=tidak pernah, 1=jarang, 2=sering dan 3=selalu. *HADS* mempunyai nilai minimal 0 dan maksimal 42 (komposit) (Keliat B, Kusumawati F, 2015).

G. Uji Instrumen

1. Uji Validitas

Alat ukur *HADS* ini sudah dilakukan uji validitas dan reabilitas ke dalam Bahasa Indonesia yang dilakukan oleh Caninsti, (2007) dan terbukti menjadi skala ukur depresi yang valid dan dapat diterima dengan memiliki *corrected item total correlation* yang lebih besar dari 0,3 yang dilakukan pada pasien penderita gagal ginjal kronis. Jadi dalam penelitian ini tidak melakukan uji validitas karena instrumen *HADS* yang digunakan untuk penilaian dalam penelitian ini merupakan instrumen baku yang bisa digunakan untuk mengetahui skor distress psikologi pada pasien PJK.

2. Uji Reabilitas

Alat ukur depresi ini sudah dilakukan uji validitas dan reabilitas ke dalam Bahasa Indonesia yang dilakukan oleh Rudy, (2012) dan terbukti menjadi skala ukur depresi yang reliabel dan dapat diterima, yaitu sebesar 0,706 untuk subskala kecemasan dan 0,681 untuk subskala depresi menggunakan koefisien Kappa Cohen yang dilakukan pada penderita stroke di RSUP Sanglah Denpasar. Jadi dalam penelitian ini tidak melakukan uji reliabel karena instrumen *HADS* yang digunakan untuk penilaian dalam penelitian ini merupakan instrumen baku yang bisa digunakan untuk mengetahui skor distress psikologi pada pasien PJK.

H. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini meliputi prosedur administratif dan prosedur teknis:

- a. Peneliti menyusun proposal dan melakukan bimbingan.
- b. Peneliti meminta surat pengantar dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan ITkes Wiyata Husada Samarinda untuk diserahkan ke bagian diklat RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- c. Peneliti menyerahkan surat izin studi pendahuluan dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan kepada bagian diklat RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

- d. Peneliti menerima surat izin pengambilan data dari bagian diklat RSUD. Kanujoso Djatiwibowo.
- e. Peneliti menemui kepala bagian Rekam Medik untuk meminta data tentang pasien PJK dan melakukan pemilihan sampel sesuai dengan jumlah yang ditetapkan dalam kriteria inklusi dan eklusi.
- f. Melakukan pendekatan ke ruang rawat inap tempat penelitian, melalui kepala ruangan, staf perawat dan responden.
- g. Memperkenalkan diri kepada responden yang telah terpilih dan memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan. Kemudian responden diberikan seperangkat instrumen penelitian yang terdiri dari formulir surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian dan kuesioner *HADS* untuk pengambilan data awal terkait skor distres psikologi sebelum dilakukan intervensi *video call*.
- h. Peneliti membuat kesepakatan dengan responden untuk konfirmasi waktu dengan tujuan terkait pemberian intervensi *video call* ke-1 setelah 1 hari (24 jam) setelah pasien keluar dari rumah sakit dan intervensi *video call* ke-2 dan *video call* ke-3 dilakukan dengan interval 2 hari (48 jam) selama 10-20 menit sebanyak 3 kali.
- i. Responden diberikan penjelasan singkat dalam penggunaan layanan *telehealth* berupa *video call* dengan menggunakan aplikasi WhatsApp
- j. Memberi *contac person* (CP) kepada responden dan menyimpan CP responden.
- k. Layanan *video call* WhatsApp dilakukan sebanyak 3 kali dengan interval 2 hari sekali selama satu minggu, setelah pasien pulang dari rumah sakit. Durasi *video call* 10-20 menit, namun pada saat pelaksanaan bisa lebih cepat atau lebih lama dari waktu yang ditetapkan tergantung responden.
- l. Peneliti melakukan observasi respon responden serta melakukan edukasi bila diperlukan dan melakukan pengambilan data terkait skor distress psikologi setiap selesai melakukan intervensi *video call* ke-1, *video call* ke-2, *video call* ke-3 dengan menggunakan kuisoner *HADS*.
- m. Data yang didapatkan kemudian diolah dengan menggunakan uji statistik.

I. Pengolahan Data

Menurut (Nursalam, 2008), data yang telah dikumpulkan melalui instrumen penelitian dimaksudkan untuk menguji sejauh mana hipotesis yang telah dikemukakan sebelumnya dapat diterima. Dalam hubungan ini, data tersebut perlu dianalisis agar dapat dipergunakan bagi pengujian hipotesis tersebut. Data yang masih ada dalam lembar lembar instrumen itu masih berupa data mentah dan memerlukan pengolahan supaya dapat digunakan dalam proses analisis selanjutnya. Bahan-bahan yang menjadi objek pada pengolahan data ini dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu:

1. *Editing* (penyuntingan)

Editing data ini dimaksudkan agar data yang telah dikumpulkan dapat diolah sehingga dapat menghasilkan informasi yang benar. Peneliti melakukan koreksi data untuk melihat kebenaran pengisian dan kelengkapan pengisian lembar kuisisioner *HADS*. Editing dilakukan ditempat pengumpulan data agar bila terjadi kekurangan dapat segera dilengkapi.

2. *Coding Data*

Pemberian kode pada masing-masing variabel untuk lebih mudah dalam melakukan analisis, memasukkan data dan mengkladifikasikan jawaban dari responden kedalam satu kategorie dengan cara memberikan tanda dan kode atau sandi yang berbentuk angka pada masing-masing jawaban. Kode yang diberikan antara lain sebagai berikut: (a) Jenis kelamin 1 untuk Laki – laki dan 2 untuk Perempuan, (b) Usia diberi kode 1 untuk usia 35-45 tahun, kode 2 untuk usia 46-55 tahun, kode 3 usia 56-65 tahun, (c) status pernikahan kode 1 untuk menikah, kode 2 untuk tidak menikah, (d) pekerjaan kode 1 untuk bekerja dan kode 2 untuk tidak bekerja.

3. *Entry Data*

Setelah dilakukan pengkodean data maka data-data yang telah diubah bentuk angka kemudian dimasukkan kedalam “software” komputer. Peneliti melakukan input-input data yang telah didapatkan selama penelitian kedalam software Microsoft excel, yang meliputi nomor

responden, skor distres psikologi sebelum, sesudah *video call* ke-1, *video call* ke-2, *video call* ke-3.

4. *Cleaning Data*

Setelah data dimasukkan, peneliti melakukan pemeriksaan kembali terhadap data-data tersebut untuk memastikan tidak ada data yang tertukar ataupun kesalahan dalam pengetikan sebelumnya.

5. *Processing Entry*

Peneliti memasukkan data kedalam tabel dengan menggunakan program computer yaitu SPSS.

J. Analisa Data

1. Normalitas Data

Uji normalitas adalah sebuah uji yang dilakukan untuk menilai sebaran data pada sebuah kelompok data atau variabel, apakah sebaran data tersebut berdistribusi normal atau tidak. Untuk mengetahui distribusi data pada penelitian ini menggunakan *Shapiro Wilk* dikarenakan data kurang dari 50 (Dahlan, 2016).

Tabel 3.3 Uji Normalitas

Skor distres psikologi	Shapiro-wilk Sig.	Hasil
Sebelum <i>video call</i>	0,208	Berdistribusi normal
Sesudah <i>video call</i> ke-1	0,025	Berdistribusi Tidak normal
Sesudah <i>video call</i> ke-2	0,005	Berdistribusi Tidak normal
Sesudah <i>video call</i> ke-3	0,004	Berdistribusi Tidak normal

Sumber data: Data primer, 2020

Berdasarkan data diatas pada tabel 3.3 diperoleh nilai p value sebelum intervensi $0,208 >$ dari nilai (alpha) $\alpha = 0,05$, sesudah *video call* ke-1 $0,025 <$ dari nilai (alpha) $\alpha = 0,05$, sesudah *video call* ke-2 $0,005 <$ dari nilai (alpha) $\alpha = 0,05$, dan sesudah *video call* ke-3 $0,004 <$ dari nilai (alpha) $\alpha = 0,05$. Sehingga dapat disimpulkan distribusi variabel pemberian intervensi layanan *telehealth nursing* berupa *video call* berdistribusi tidak normal, maka di lakukan uji *Friedman* kemudian dianalisis dengan *Post Hoc Wilcoxon*.

2. Analisa Univariat

Tujuan analisa univariat adalah untuk menjelaskan dan mendeskripsikan setiap variabel berdasarkan karakteristiknya masing masing (Notoadmodjo, 2010). Data yang dinilai adalah mean (rata-rata), median, sedangkan ukuran besaran (variasi) yang digunakan adalah standart deviasi, minimal dan maksimal. Jika data berdistribusi normal yang digunakan adalah nilai “mean”, sedangkan jika data tidak berdistribusi normal gunakan nilai “median”.

Tabel 3.4 Analisa Univariat

Variabel	Skala	Uji
Skor rata-rata distres psikologi Sebelum dan sesudah video call ke-1, ke-2, dan ke-3	Rasio	Mean,median,SD,min-max, 95% CI

Sumber data: Data primer,2020

3. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang dicurigai berhubungan. Dalam analisa bivariat dilakukan analisis dengan membandingkan dua variabel yang bersangkutan, kemudian dilakukan analisis uji statistik dan menganalisa keeratan korelasi antara dua variabel (Notoadmodjo, 2010). Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk menguji pengaruh layanan *telehealth* berupa *video call* dalam menurunkan distress psikologi pada pasien PJK paska perawatan di rumah sakit. Pada penelitian ini uji hipotesis yang digunakan adalah uji Friedman, dasar pengambilan keputusan dalam uji friedman adalah:

- a. Melihat nilai probabilitas atau signifikansi(Asymp. Sig)
 - 1) Jika nilai Asymp. Sig. > 0,05, maka H0 diterima dan Ha ditolak
 - 2) Jika nilai Asymp. Sig.< 0,05, maka H0 ditolak dan Ha diterima.
- b. Membandingkan nilai Chi-Square hitung dengan tabel.
 - 1) Jika nilai Chi-Square hitung < Chi-Square tabel, maka H0 diterima dan Ha ditolak
 - 2) Jika nilai Chi-Square hitung > Chi-Square tabel, maka H0 ditolak dan Ha diterima.

Tabel 3.5 Analisa Bivariat

Variabel	Skala	Uji
Perbedaan skor distres psikologi sebelum dan sesudah <i>video call</i>	Rasio	<i>Friedman</i>
Selisih skor distres psikologi Sesudah <i>video call</i> ke-1 dengan <i>video call</i> ke-2	Rasio	<i>Post hoc wilcoxon</i>
Selisih skor distres psikologi Sesudah <i>video call</i> ke-1 dengan <i>video call</i> ke-3	Rasio	<i>Post Hoc Wilcoxon</i>
Selisih skor distres psikologi Sesudah <i>video call</i> ke-2 dengan <i>video call</i> ke-3	Rasio	<i>Post Hoc Wilcoxon</i>

Sumber data: Data primer, 2020

K. Etika Penelitian

Selama proses penelitian berlangsung, peneliti akan memperhatikan prinsip-prinsip etik yang akan peneliti perhatikan adalah:

1. *Otonomy*

Peneliti menghargai hak-hak responden dalam membuat keputusan untuk setuju atau tidak setuju untuk ikut serta dalam penelitian yang akan dilakukan. Sebelum penelitian dilakukan peneliti membuat lembar surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian terlebih dahulu untuk memastikan apakah responden bersedia atau tidak berpartisipasi dalam penelitian yang akan dilakukan, jika responden bersedia maka harus menandatangani lembar surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian. Responden yang menolak ikut dalam penelitian tidak akan dipaksa untuk mengikuti dan tetap menghormati haknya.

2. *Anonymity*

Setiap responden memiliki hak-hak dasar individu. Nama responden tidak dicantumkan pada lembar penilaian *HADS*. Setiap nama responden hanya dicantumkan inisial saja.

3. *Non-Maleficence*

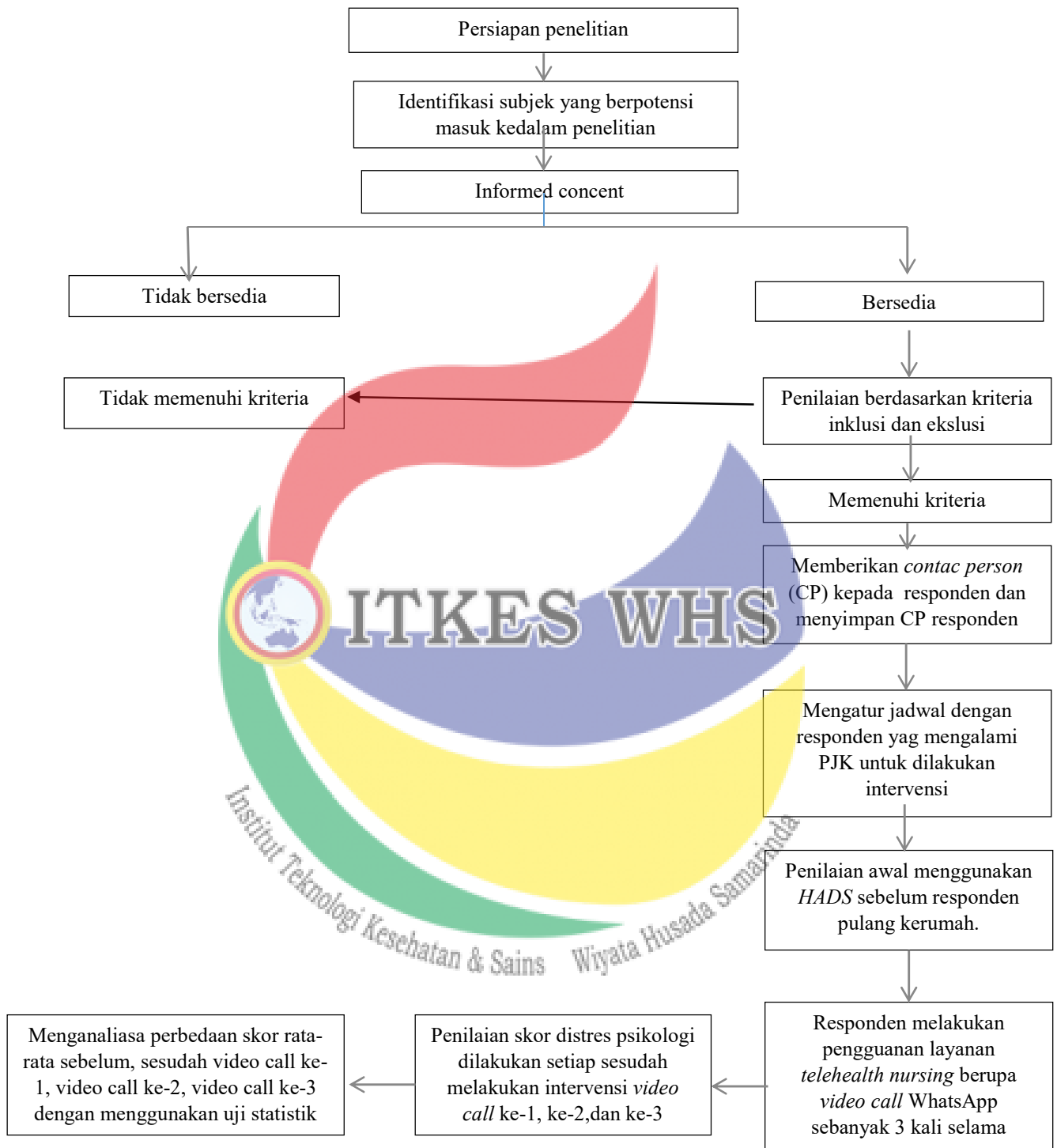
Prinsip ini mengutamakan untuk menghindari atau tidak menimbulkan bahaya baik berupa fisik maupun psikologis. Agar tidak terjadi kerugian bagi responden, layanan *telehealth nursing* berupa *video call* ini diberikan sesuai standar operasional prosedur. Selain itu, responden diminta untuk segera memberitahu peneliti apabila selama penelitian, terutama saat diberikan layanan komunikasi merasa terganggu dan merasa tidak nyaman.

4. *Justice*

Prinsip ini mengutamakan keadilan, dalam penelitian ini tidak akan membedakan intervensi pada satu responden dengan responden lainnya, tidak ada diskriminasi dan membeda-bedakan, semua diperlakukan yang sama.



L. Alur Penelitian



Skema 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian tentang pengaruh *telehealth nursing* berupa *video call* terhadap penurunan distres psikologi pada pasien PJK paska perawatan di rumah sakit tahun 2020 di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo yang terletak di jalan M.T. Haryono no. 656 Balikpapan – Kalimantan Timur. Penelitian ini mulai dilakukan bulan Juni sampai Juli 2020 dengan jumlah responden sebanyak 14 orang. Seluruh data yang terkumpul telah memenuhi syarat untuk dianalisis. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan grafik yang berdasarkan pada analisis univariat dan bivariat.

A. HASIL PENELITIAN

1. Hasil Analisa Univariat

a. Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini adalah pasien PJK yang sedang mendapat perawatan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, responden berjumlah 14 responden.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Status Pernikahan dan Pekerjaan Responden di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada Juni-Juli 2020 (n=14)

Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	5	35,7%
Perempuan	9	64,3%
Total	14	100%
Usia		
35-45 tahun	8	57,1%
46-55 tahun	2	14,3%
56-65 tahun	4	28,6%
Total	14	100%
Status Pernikahan		
Menikah	11	78,6%
Tidak Menikah	3	21,4%
Total	14	100%
Pekerjaan		
Bekerja	10	71,4%
Tidak bekerja	4	28,6%
Total	14	100%

Sumber: Data Primer 2020

Berdasarkan tabel 4.1 di atas menunjukkan jumlah dari karakteristik jenis kelamin responden terdapat perbedaan, sebanyak 9 responden (64,3%) dari 14 responden adalah perempuan, sedangkan jumlah responden laki-laki berjumlah 5 responden (35,7%). Rentang usia dominan pada penelitian ini adalah 35-45 tahun, sebanyak 8 responden atau sekitar 57,1%. Sebagian besar responden berstatus status menikah sekitar 11 responden (78,6%), dan tidak dalam status pernikahan sekitar 3 responden (21,4%). Untuk pekerjaan responden yang masih bekerja sekitar 10 responden (71,4%) dan tidak bekerja sekitar 4 responden (28,6%).

b. Skor Rata-Rata Distres Psikologi

Selain mengidentifikasi karakteristik responden, analisa univariat dalam penelitian ini juga mengidentifikasi skor rata-rata distress psikologi pada pasien PJK sebelum dan sesudah dilakukan intervensi layanan *telehealth nursing* berupa *video call* paska perawatan di rumah sakit.

Tabel 4.2 Skor rata-rata distress psikologi pada pasien PJK antara sebelum, sesudah *video call* ke-1, *video call* ke-2, dan *video call* ke-3 pada Juni – Juli 2020 di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (n=14)

Pemberian layanan <i>telehealth nursing</i> berupa <i>video call</i>	Mean	SD	Median	Min-max	95% CI
skor distress psikologi sebelum <i>video call</i>	18	3,843	17	13-25	15,78-20,22
skor distress psikologi sesudah <i>video call</i> ke -1	15,79	3,490	14,50	12-22	13,77-17,80
skor distress psikologi sesudah <i>video call</i> ke -2	13,79	3,806	12	10-20	11,59-15,98
skor distress psikologi sesudah <i>video call</i> ke -3	12	4,243	10	7-19	9,55-14,45

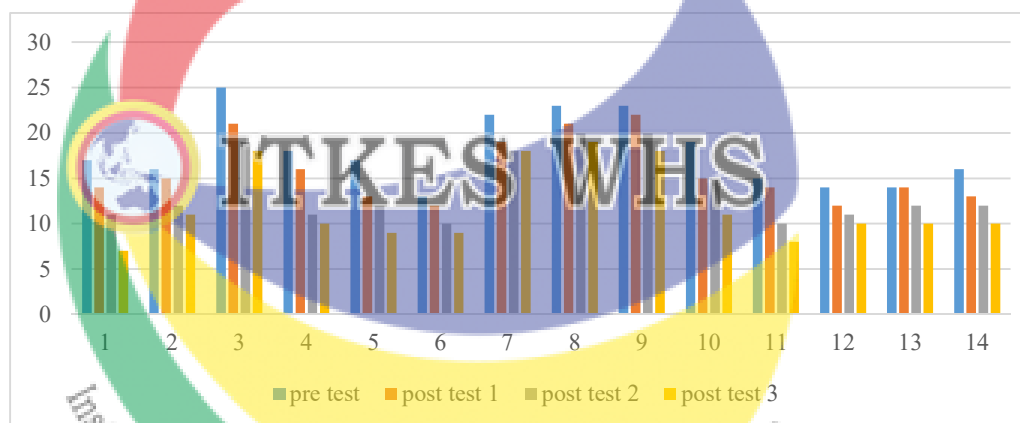
Sumber: statistik deskriptif

Berdasarkan data di atas pada tabel 4.2, menunjukkan skor distress psikologi pada pasien PJK sebelum diberikan intervensi layanan *telehealth nursing* berupa *video call* pada 14 responden sebelum intervensi adalah nilai median 17, skor distress psikologi terendah adalah 13 dan skor tertinggi adalah 25. Sesudah *video call* ke-1 nilai median 14,50, skor distress psikologi terendah adalah 12 dan skor tertinggi adalah 22. Sesudah *video call* ke-2 nilai median

12, skor distres psikologi terendah adalah 10 dan skor tertinggi 20. Sesudah *video call* ke-3 adalah nilai median 10, skor distres psikologi terendah adalah 7 dan skor tertinggi adalah 19. Sehingga dapat disimpulkan bahwa skor distres psikologi antara sebelum dan sesudah pemberian intervensi *telehealth nursing* berupa *video call* terhadap distress psikologi mengalami penurunan.

Berdasarkan gambar 4.2 dibawah, dapat dilihat bahwa skor distres psikologi setiap responden bervariasi. Sebelum diberikan intervensi layanan *telehealth* berupa *video call* skor tertinggi yaitu 25 pada responden 3, post test ke-1 skor tertinggi 22 pada responden 9, post test ke-2 skor tertinggi 20 pada responden 8 dan 9, sedangkan pada post test ke-3 skor tertinggi 19 pada responden 8.

Grafik 4.1
Perkembangan Skor Distres Psikologi Setiap Responden (n=14)



2. Hasil Analisa Bivariat

Dalam menganalisis perubahan yang terjadi yaitu distres psikologi sebelum, sesudah *video call* ke-1, ke-2, dan ke-3 diberikan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* maka peneliti melakukan analisis bivariat, dalam menentukan uji yang digunakan peneliti melakukan uji normalitas data, dengan hasil bahwa data berdistribusi tidak normal oleh sebab itu peneliti menggunakan uji *Friedman* kemudian dianalisis dengan *Post Hoc Wilcoxon*.

Tabel 4.3 Perbedaan skor rata-rata distres psikologi sebelum, sesudah *video call* ke-1, *video call* ke-2, *video call* ke-3 pada Juni – Juli 2020 di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (n=14)

Variabel	Skor Distres Psikologi			
	Pre Test	Post Test 1	Post Test 2	Post Test 3
N				
Mean Rank	3,96	3	2	1,04
P Value		0,001*		

* Signifikan ($p < 0,05$) Uji Friedman

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui hasil uji statistik dengan menggunakan uji Friedman pada 14 responden diperoleh nilai p value 0,000 dimana nilai $p < 0,05$, dengan nilai mean rank sebelum intervensi 3,96, sesudah *video call* ke-1 3, sesudah *video call* ke-2 2 dan setelah *video call* ke-3 1,04. Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat pengaruh layanan *telehealth nursing* berupa *video call* dalam menurunkan distres psikologi pada pasien PJK paska perawatan di rumah sakit. Untuk mengetahui adanya perbedaan diantara 3 pengukuran dilakukan uji *Post Hoc* untuk uji Friedman adalah dengan uji *Wilcoxon* sebagai berikut.

Tabel 4.4 Selisih perbedaan skor rata-rata distres psikologi sesudah *video call* ke-1 dengan *video call* ke-2 dan sesudah *video call* ke-1 dengan *video call* ke-3 pada Juni – Juli 2020 di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (n=14)

	f	P value
Sesudah <i>video call</i> ke-1 - sesudah <i>video call</i> ke-2	Negative Ranks	13
	Positive Ranks	0
	Ties	1
	Total	14
Sesudah <i>video call</i> ke-1 - sesudah <i>video call</i> ke-3	Negative Ranks	14
	Positive Ranks	0
	Ties	0
	Total	14

*Signifikan ($p < 0,05$) Uji *post hoc Wilcoxon*

Pada tabel 4.4 didapatkan hasil uji *Post Hoc Wilcoxon* menunjukkan selisih perbandingan skor distress psikologi antara sesudah *video call* ke-1 dengan sesudah *video call* ke-2 terdapat 13 responden mengalami penurunan dan 1 orang tidak mengalami perubahan. Sesudah *video call* ke-1 dan sesudah *video call* ke-3 seluruh responden mengalami penurunan. Dengan uji *post hoc Wilcoxon*, diperoleh nilai p value 0,001 ($p < 0,05$), dengan demikian dapat

disimpulkan bahwa terdapat perbedaan skor yang bermakna sesudah pemberian layanan *telehealth nursing* berupa *video call* ke-1, *video call* ke-2, dan *video call* ke-3.

Tabel 4.5 Selisih perbedaan skor distress psikologi sesudah *video call* ke-2 dengan *video call* ke-3 pada Juni – Juli 2020 di RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (n=14)

	f	P value
Negative Ranks	13	0.001*
Positive Ranks	0	
Ties	1	
Total	14	

*Signifikan ($p < 0,05$) Uji *post hoc* Wilcoxon

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan hasil sesudah *video call* ke-2 dengan sesudah *video call* ke-3 terdapat 13 responden mengalami penurunan dan 1 orang responden tidak mengalami perubahan. Hasil analisis menunjukkan perubahan skor distress psikologi dengan p value 0,001 ($P < 0,05$) maka H_a diterima dan H_0 ditolak, dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan skor distress psikologi sesudah *video call* ke-2 dengan *video call* ke-3.

A. Pembahasan

Pada pembahasan tentang penelitian ini, maka peneliti akan membahas tentang hasil penelitian dengan teori dan penelitian sebelumnya yang mendukung atau berlawanan dengan hasil penelitian. Bagian ini akan membahas tentang hasil analisis untuk variabel distress psikologi pada pasien PJK sebelum dan setelah dilakukan layanan *telehealth nursing* berupa *video call*. Hasil penelitian ini dapat diterapkan sebagai pelajaran dan juga sebagai aplikasi khususnya pada pasien dengan masalah distress psikologi.

1. Skor distress psikologi sebelum, sesudah *video call* ke-1, *video call* ke-2, *video call* ke-3.

Hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai pengaruh *telehealth nursing* berupa *video call* dalam menurunkan distress psikologi pada pasien PJK paska perawatan di rumah sakit. Terdapat selisih perbedaan skor rata-rata distress psikologi dengan selisih nilai mean terbesar yaitu 2,21 antara sebelum dengan sesudah pemberian intervensi *video call* ke-1.

Hal ini terjadi karena responden belum mendapatkan intervensi, setelah responden mendapatkan intervensi maka akan ada perubahan langsung ketika persepsi responden dibangun, sehingga skor distress psikologi menurun karena responden sudah mulai dapat beradaptasi. Selisih perbedaan skor rata-rata distress psikologi juga dapat dilihat dari nilai median, semakin rendah nilai median maka semakin menurun skor distress psikologi. Nilai median distress psikologi sebelum diberikan intervensi *telehealth nursing* berupa *video call* sebesar 17, sesudah *video call* ke-1 14,5, sesudah *video call* ke-2 12, dan sesudah *video call* ke-3 10. Dari hasil pengambilan data awal sebelum intervensi hampir keseluruhan responden menjawab sering pada pernyataan nomor 3 “saya takut kalau-kalau sesuatu yang tidak mengenakan terjadi kepada saya” dan pada pernyataan nomor 5 “perasaan khawatir mengganggu pikiran saya”, serta pernyataan lain seperti menyatakan pergerakan menjadi lambat dan merasa penampilan kurang menarik, bahkan ada beberapa responden yang merasa tiba-tiba cemas berat sehingga menjadi panik, tidak bisa duduk tenang dan kurang menikmati hal-hal yang menyenangkan seperti menonton TV, baca koran serta melihat hal-hal yang menyenangkan. Dilihat dari jawaban responden terhadap 14 item pernyataan yang diajukan kepada responden terkait masalah distress psikologi terlihat bahwa sebagian besar responden lebih banyak yang mengalami gejala kecemasan dibandingkan dengan depresi. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Mirowsky & Ross, (2017) menjelaskan mengenai respon fisiologis dan psikologis terhadap stress yang disebabkan oleh peristiwa hidup yang mengancam. Sehingga menjadi permasalahan yang dialami oleh pasien PJK paska serangan akut yang akan berdampak terhadap berbagai aspek kehidupan bukan hanya penderitaan fisik, tetapi juga psikologi dan spiritual (Mirwanti, R., & Nuraeni, 2016). Dari hasil pengukuran skor distress psikologi dengan menggunakan alat ukur *HADS (Hospital Anxiety And Depressionn Scale)* didapatkan keseluruhan responden mengalami cemas dan depresi dengan tingkat rendah sekitar 10 responden (71%) dan tingkat sedang sekitar 4 responden (29%) , dimana untuk tingkat rendah yaitu nilai skor *HADS* <

20 dan tingkat sedang dengan skor 21-28, dengan skor terendah 14 dan skor tertinggi 25. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lismawaty, (2015) yang menunjukkan 62,1% pasien SKA mengalami depresi, berdasarkan tingkatannya didapatkan depresi ringan 34,4%, sedang 23,3%, dan berat 4,4%, serta 34,5%.

Pada responden yang memiliki skor distres psikologi tertinggi yaitu 25 terjadi pada responden nomor 3, responden berjenis kelamin perempuan dengan usia 40 tahun dan berstatus menikah, responden memiliki permasalahan dengan suami dan masalah utang piutang, sehingga responden sering kali merasa sedih, takut, dan cemas yang memicu sering timbulnya nyeri dada sehingga pasien kembali dirawat di rumah sakit. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Mirowsky & Ross, (2017) dimana ada empat pola sosial dasar yang mempengaruhi distres psikologi. Pertama adalah gender dimana perempuan lebih mudah mengalami distres di bandingkan dengan laki-laki, hal ini terlihat dari 14 orang responden 9 orang adalah perempuan. Kemudian status pernikahan bahwa individu yang sudah menikah lebih rentan mengalami distres psikologi dibandingkan dengan yang belum menikah, karena dalam pernikahan masalah yang timbul lebih kompleks. Selanjutnya peristiwa hidup yang tidak diinginkan, semakin banyak terjadinya perubahan yang tidak diinginkan maka semakin tinggi tingkat distres yang dialami. Terakhir yaitu kelas sosial ekonomi, dimana semakin rendah status sosial ekonomi seseorang maka semakin tinggi tingkat distres yang dialami.

Pemberian layanan *telehealth* berupa *video call* yang dilakukan selama satu minggu ini menunjukkan penurunan skor distres psikologi sebelum pemberian intervensi *video call* hingga sesudah *video call* ke-3 hal ini disebabkan karena responden sudah dapat beradaptasi. Hal ini sesuai dengan teori keperawatan adaptasi Roy, dimana terjadinya distres psikologi akibat dari tanda dan gejala PJK, adanya faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi kondisi fisik dan psikologi sehingga menimbulkan respon cemas dan depresi sebagai akibat stimulus dari umpan balik untuk kognator kontrol yang berhubungan dengan fungsi otak

dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal dapat mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat berespon secara positif. Untuk itu dibutuhkan dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar berupa perhatian, kasih sayang, dan saling menghargai. Dengan adanya pemberian layanan *telehealth nursing* berupa *video call* dapat mempermudah perawat dalam memberikan asuhan keperawatan berkelanjutan saat responden pulang ke rumahnya, dimana peran perawat sebagai *educator* dan *supportive* mampu membantu responden dalam meningkatkan koping yang efektif sehingga terjadi perubahan persepsi dan terjadi respon adaptif berupa penerimaan diri sehingga distress psikologi menurun dan mengurangi resiko kekambuhan PJK. Hal ini sejalan dengan penelitian Khairul Darussalam, (2018) yang meneliti hubungan antara penerimaan diri dengan tingkat depresi pada pasien PJK, bahwa semakin tinggi tingkat penerimaan diri maka semakin rendah tingkat depresi.

2. **Skor distress psikologi pada pasien PJK sesudah pemberian layanan *telehealth nursing* berupa *video call*, sesudah *video call* ke-1 dengan sesudah *video call* ke-2 dan sesudah *video call* ke-1 dengan sesudah *video call* ke-3.**

Hasil dari tabel diatas dapat di jelaskan bahwa dari 14 responden sebelum diberikan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* ke-1 dengan *video call* ke-2 yang mengalami penurunan sebanyak 13 responden, dan yang tidak mengalami perubahan sebanyak 1 responden. Responden di ukur menggunakan alat ukur *HADS* (*Hospital Anxiety And Depressionn Scale-Hads*). Pada penelitian ini responden diberikan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* dalam rentang waktu 2 hari sekali dengan durasi 10-20 menit sebanyak 3 kali selama satu minggu. Pemeberian intervensi ini dilakukan berulang-ulang kepada responden dengan tujuan agar terjadi perubahan persepsi, informasi yang diterima oleh otak melalui indera pendengaran dan penglihatan dengan menggunakan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* diharapkan mampu membentuk opini baru karena otak merekam informasi yang diberikan dengan berulang-ulang, menurut Jhon Gary & Allan Saks,

(2014) ada 3 faktor yang mempengaruhi persepsi dari individu yaitu motivasi, pengalaman dan kondisi emosional. Selama melakukan *video call* peneliti bertanya tentang kondisi fisik dan psikologi responden, peneliti memberikan motivasi dan informasi mengenai masalah yang dialami oleh responden selama dirumah. Responden yang tidak mengalami penurunan skor distress psikologi terjadi pada responden nomor 10 dimana responden masih belum dapat memahami dan beradaptasi terhadap keluhan yang timbul dari penyakit PJK, sehingga responden masih merasa cemas. Pada saat responden pulang dari rumah sakit masih ada beberapa keluhan yang di rasakan, salah satu faktor yang mempengaruhi distress psikologinya adalah faktor kognitif dimana kurangnya pengetahuan pasien untuk mengontrol dan melakukan pencegahan skunder faktor resiko PJK.

Menurut Matthews, (2000) pada sebuah penelitian, *trait neuroticism* terbukti menjadi prediktor bagi suasana hati yang negatif seperti depresi dan kecemasan. *trait neuroticism* merupakan dimensi kepribadian yang menilai kemampuan seseorang dalam menahan tekanan atau stress, sehingga diperlukan pemberian latihan *coping skill* yang memungkinkan individu tersebut mengelola situasi spesifik yang menimbulkan distress. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wirtz & Von Känel, (2017) yang menyatakan stress kronis meningkatkan risiko insiden PJK dan prognosis kardiovaskular yang buruk, stress emosional akut dapat memicu kejadian PJK akut pada pasien yang rentan. Monahan, *et. al*, (2007) menyebutkan bahwa perasaan cemas dan depresi secara fisiologis dapat merangsang hipotalamus untuk bekerja secara langsung dalam sistem saraf otonom. Stimulasi oleh karena stress atau cemas dapat meningkatkan kerja dari sistem saraf simpatis yang merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang berfungsi untuk meningkatkan frekuensi denyut jantung serta meningkatkan resistensi vaskular di dalam tubuh, kondisi ini memiliki pengaruh dalam meningkatkan beban kerja jantung sehingga kebutuhan oksigen jantung pun mengalami peningkatan. Hasil sesudah *video call* ke-1 dan sesudah *video call* ke-3 di dapatkan seluruh responden mengalami penurunan distress psikologi, disini terlihat bahwa layanan

telehealth nursing berupa *video call* yang dilakukan selama satu minggu dalam penelitian ini sangat efektif dalam menurunkan distres psikologi.

3. Skor distres psikologi sesudah *video call* ke-2 dengan sesudah *video call* ke-3.

Berdasarkan hasil penelitian pada 14 responden sesudah *video call* ke-2 dan ke-3 didapatkan hasil yang mengalami penurunan skor distres psikologi sebanyak 13 orang dan 1 orang tidak mengalami perubahan. Responden yang tidak mengalami penurunan skor distress psikologi terjadi pada responden nomor 7 dimana kondisi responden pada saat pulang ke rumah kurang mendapatkan perhatian hal ini dikarenakan pada pasien hanya tinggal berdua dengan anaknya yang berkerja dari pagi hingga sore hari, sehingga terbatas sekali waktu anaknya untuk merawat responden dirumah. Distres psikologi yang dialami oleh responden ini di sebabkan oleh pengaruh faktor sosial dimana kurangnya dukungan keluarga dan ketidaksiapan keluarga dalam merawat pasien PJK di rumah. Matthews, (2000) mengemukakan ada 4 faktor yang mempengaruhi terjadinya distres psikologi yaitu pengaruh fisiologis, pengaruh kognitif, pengaruh sosial dan kepribadian.

Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang sangat signifikan antara sesudah *video call* ke-2 dengan sesudah *video call* ke-3. Pada penelitian ini hampir seluruh responden mengalami penurunan skor distres psikologi. Menurut Nilsson Carina, et al, (2006) dalam penelitiannya yang berjudul *Information and Communication Technology Insupporting People with Serious Chronic Illness Living at Home an Intervention Study*, terdapat hal yang mampu memberikan dampak positif yang besar sehingga dapat membuat seorang pasien merasa lebih baik setelah mendapat intervensi atau perawatan jarak jauh dengan menggunakan media komunikasi. Hal yang dimaksud dalam penelitian tersebut adalah rasa percaya dan yakin terhadap pengobatan yang akan diberikan oleh tenaga medis akan mampu memberikan efek positif dalam mengatasi masalah yang timbul dari sakit yang dialami pasien selama ini . Telenursing dapat membantu mengurangi hari perawatan pasien dengan penyakit kronis di

rumah sakit karena pasien dapat dipantau kembali melalui telekomunikasi jarak jauh mengenai kondisi dan keluhan yang terjadi saat pasien sudah berada di rumah (Wootton., *et al*, 2009). Hal ini menunjukkan bahwa layanan *telehealth nursing* berupa *video call* berpengaruh dalam menurunkan distress psikologi pada pasien PJK paska perawatan di rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian Toback (2017) bahwa *telehealth nursing* membantu untuk perawatan diri dan manajemen perawatan diri, dengan demikian mempengaruhi kepatuhan pengobatan, aktivitas fisik, identifikasi dan menanggapi gejala, dan mencari perawatan yang tepat. Kemudian penelitian yang dilakukan Farrar, (2015) Teknologi *telehealth nursing* dapat diintegrasikan menjadi perencanaan dalam pelayanan kesehatan mental pada pasien, serta meningkatkan kualitas kehidupan pasien. Konsep layanan *telehealth nursing* secara langsung menggunakan *videoconferencing* yang disampaikan pasien pada perawat dalam menyampaikan masalahnya. Layanan *telehealth nursing* berupa *video call* sangat efektif dalam meningkatkan pemberian pelayanan terapeutik untuk pasien kronis dengan mengefisien biaya dan meningkatkan pemanfaatan teknologi.

B. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini merupakan yang pertama kali dilakukan oleh sebab itu peneliti menyadari bahwa dalam penelitian ini banyak mengalami kesulitan dalam pelaksanaannya serta masih banyak terdapat kekurangan dalam berbagi aspek. Berikut adalah kesulitan dan kelemahan yang peneliti temui selama ini:

1. Desain penelitian

Secara desain penelitian pra eksperimental walaupun penelitian ini dilakukan dengan time series tapi pengendalian terhadap faktor *confounding* tidak dapat dikendalikan dengan cukup baik.

2. Sampel Penelitian

Sampel yang di dapatkan tidak sesuai dengan jumlah yang telah di tetapkan yaitu 30 sampel, hal ini dikarenakan berkurangnya jumlah

pasien PJK yang dirawat inap selama pandemi Covid 19 dan terbatasnya waktu penelitian.

3. Proses pelaksanaan intervensi

Dalam proses pemberian intervensi *telehealth nursing* berupa *video call* dengan menggunakan aplikasi whats App sering terganggu karena masalah sinyal provider sehingga komunikasi agak tersendat-sendat.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan didapatkan hasil bahwa ada pengaruh yang sangat signifikan antara penggunaan *telehealth nursing* berupa *video call* dalam menurunkan distres psikologi pada pasien PJK paska perawatan. Terdapat selisih perbedaan skor rata-rata distres psikologi antara sebelum dan sesudah *video call* ke-1, *video call* ke-2, dan *video call* ke-3.

B. Saran

Berdasarkan analisis hasil penelitian yang telah dilakukan tersebut, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Instusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan informasi dan dapat dijadikan sebagai bahan rujukan dalam mengajar.

2. Bagi Rumah Sakit

Penggunaan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* dapat digunakan untuk pengembangan intervensi asuhan keperawatan standar, sehingga diharapkan dapat mengatasi masalah distres psikologi yang dialami oleh pasien PJK dan pasien lainnya.

3. Bagi Peneliti selanjutnya

Penelitian selanjutnya bisa dilakukan dengan sampel yang lebih banyak dan melakukan dengan metode *randomisasi* menyesuaikan dengan populasi target dan terjangkau.

DAFTAR PUSTAKA

- AHA. (2012). pengertian jantung koroner. *Konsep Penyakit Jantung Koroner*.
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing Theorists and Their Work* (9th ed.). Singapore: Elsevier Health Sciences.
- Antman E, B. E. (2005). *Management ST Elevation Myocardial Infarction* (7th ed; L. P. Braunwald E, Zipes DP, Ed.). Philadelphia: WB Saunders.
- Anwar, T. B. (2004). Penyakit Jantung Koroner dan Hypertensi. *E-USU Repository Universitas Sumatera Utara*.
- Bob Lewin. (2017). Clinical psychologist at the Department of Health Sciences. *University of York and the Director of the British Heart Foundation Rehabilitation Research Unit*. Retrieved from University of York and the Director of the British Heart Foundation Rehabilitation Research
- Bull, E dan Morrell, J. (2007). *Simple Guides Colesterol*. Jakarta (ID): Erlangga.
- Canisti, R. (2007). *Gambaran Kecemasan dan Depresi Pada Penderita Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa*.
- Dahlan, sopiyudin. (2016). *Langkah langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan* (2nd ed., Vol. 2). Jakarta (ID): SAGUNG SETO.
- Dalusung-Angosta, A. (2010). *Coronary Heart Disease Knowledge and Risk Factors among Filipino-Americans connected to Primary Care Services*. University of Hawaii at Manoa.
- Dharma, & Kusuma, K. (2013). Panduan Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian. In *Metodologi Penelitian Keperawatan*. <https://doi.org/10.5402/2013/861912>
- Duma Lumban Tobing. (2012). *Pengaruh progressive muscle relaxation dan logoterapi terhadap perubahan ansietas, depresi, kemampuan relaksasi dan kemampuan memaknai hidup klien kanker di rs dharmais jakarta*. Universitas Indonesia.
- Farrar, F. C. (2015). Transforming Home Health Nursing with Telehealth Technology. *Nursing Clinics of North America*, 50(2), 269–281. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2015.03.004>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process. Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Fraker TD Jr, Fihn SD, G. R. (2007). Chronic Angina Focused Update of The ACC/AHA Guidelines for The Management of Angina: A Report of The American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to Develop the Focused Update of 2002 Guideli. *American Heart Association*, 116, 2762–2772.

- G, S. S. & B. (2008). *Brunner & Suddarth : Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hariyati, R. T. S., & Sahar, J. (2012). Perceptions of nursing care for cardiovascular cases, knowledge on the telehealth and telecardiology in Indonesia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health*.
- Hayes, D. M. D. (1999). CNN - Distress, sudden exercise raise heart attack risk - July 27, 1999.
- Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Kennedy, R. L. (2014). Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *The Journal of Acute and Critical Care*, 43(4), 299–305.
- Hermawati, Risa, A. C. D. (2014). *Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta: FMedia.
- Istifada, R., Sukihananto, S., & Laagu, M. A. (2017). Pemanfaatan Teknologi Telehealth pada Perawat di Layanan Homecare. *Nursing Current*.
- Jhon Gary & Allan Saks. (2014). *Organizational Behaviour* (9th ed.). Canada: Pearson.
- Kabo, P dan Karim, S. (2008). *EKG dan Penanggulangan Beberapa Penyakit Jantung Untuk Dokter Umum*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Keliat B, Kusumawati F, N. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kemenkes RI. (2014). Situasi kesehatan jantung. *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 3. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Khairul Darussalam, F. dan N. (2018). *HUBUNGAN ANTARA PENERIMAAN DIRI DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN PENDERITA PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK) DI POLIKLINIK JANTUNG RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI*.
- Leonard, L. S. (2011). *Pathophysiology of Heart Disease* (5th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams and Wilkins.
- Lismawaty, I. (2015). *TINGKAT DEPRESI DAN FREKUENSI ANGINA PADA PASIEN SINDROM KORONER AKUT DI POLIKLINIK JANTUNG RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG*. Unpad.
- Majid, A. (2007). *Penyakit jantung Koroner: Patofisiologi, Pencegahan Dan Pengobatan Terkini*. Sumatera Utara Medan.
- Marleni, L., & Alhabib, A. (2017). *Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner di RSI SITI Khadijah Palembang*.
- Martin Scherer, Wolfgang Himmel, Beate Stanske, Franziska Scherer, Janka

- Koschack, M. M. K. and C. H.-L. (2007). Psychological distress in primary care patients with heart failure: a longitudinal study. *British Journal of General Practice*.
- Matthews, E. (2003). Autonomy and psychiatric patient. *Journal of Applied Philosophy*, 17(1). Retrieved from <https://doi.org/10.1111/1468-5930.00140>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2017). Social causes of psychological distress. In *Social Causes of Psychological Distress*. <https://doi.org/10.4324/9781315129464>
- Mirwanti, R., & Nuraeni, A. (2016). Hubungan Kesejahteraan Spiritual dengan Depresi pada Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner. *Medisains*.
- Monahan, F. D., Sands, J. K., N., & M., Marek, J. F., & Green, C. J. (2007). Health And Illness Perspective (Eighth ed.). In *Phipps' Medical Surgical Nursing*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Nilsson Carina, Ohman Marja, S., & Siv. (2006). Information and Communication Technology Insupporting people with serious chronic illness living at home an intervention study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(4), 198.
- Niven, N. (2007). Coronary Heart Disease Indonesian. *Universitas Stuttgart*, 1–8.
- Nursalam. (2008). Konsep Dan Teori Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. In *Salemba Medika*. https://doi.org/10.1007/0-387-36274-6_24
- Pratiwi, N. indah. (2017). PENGGUNAAN MEDIA VIDEO CALL DALAM TEKNOLOGI KOMUNIKASI. *Jurnal Ilmiah Dinamika Sosial*, 1(2). Retrieved from issn: 2581-2424
- RSKD. (2018). *BORLOS,TOI*.
- Rudy, M. (2012). Reability Indonesian Version Of The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) of Stroke Patients in Sanglah General Hospital Denpasar. *Department of Neurology, Faculty of Medicine , Udayana University Sanglah*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/279861249>
- Ruz, M.E.A., Lennie, T.A., & Moser, D. K. (2011). Effect of β – blockers and anxiety on complication rates After acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 20, 67–74.
- S. Notoadmodjo. (2012). PENDIDIKAN DAN PERILAKU KESEHATAN. JAKARTA: PT Rineka Cipta (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Skiba, D. J. (2017). The Potential of Blockchain in Education and Health Care. *Nursing Education Perspectives*. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000190>
- Sudaryanto, A., Keperawatan, J., Ilmu, F., Universitas, K., & Surakarta, M. (2010). Telehealth dalam pelayanan keperawatan. *Seminar Nasional Informatika, 2008(semnasIF 2008)*, 7–10. <https://doi.org/10.13140/2.1.4256.8642>

- Sudoyo Aru W, Setiyohadi Bambang, Alwi Idrus, Simadibrata Marcellus, S. S. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* (4th ed). Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sugiyono. (2016). *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV Alfabeta.
- Syukri, A. (2013). PROFIL PENYAKIT JANTUNG KORONER DI IRINA F JANTUNG RSUP PROF. Dr. R. D. KANDOU MANADO. *E-CliniC*, 1. <https://doi.org/10.35790/ecl.1.1.2013.6036>
- TEMPO.CO. (2020). *WhatsApp Luncurkan Fitur Video Call, Ini Keunggulannya*. Retrieved from <https://tekno.tempo.co/read/820415/whatsapp-luncurkan-fitur-video-call-ini-keunggulannya#.XrqN8dII1M.whatsapp>
- Toback, M. (2017). the Effectiveness of Telehealth Nursing in Heart Failure Self-Management. *Canadian Journal of Cardiology*, 33(10), S213–S214. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2017.07.426>
- WHO. (2015). WORLD HEALTH STATISTIC 2015. In *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0625>
- Wirtz, P. H., & von Känel, R. (2017). Psychological Stress, Inflammation, and Coronary Heart Disease. *Current Cardiology Reports*, 19(11). <https://doi.org/10.1007/s11886-017-0919-x>
- Wootton R., Patil N. g., Scoot R., E. H., & Kendall. (2009). *Telehealth in The Developing World*. Retrieved from <http://www.rsmppress.co.uk>

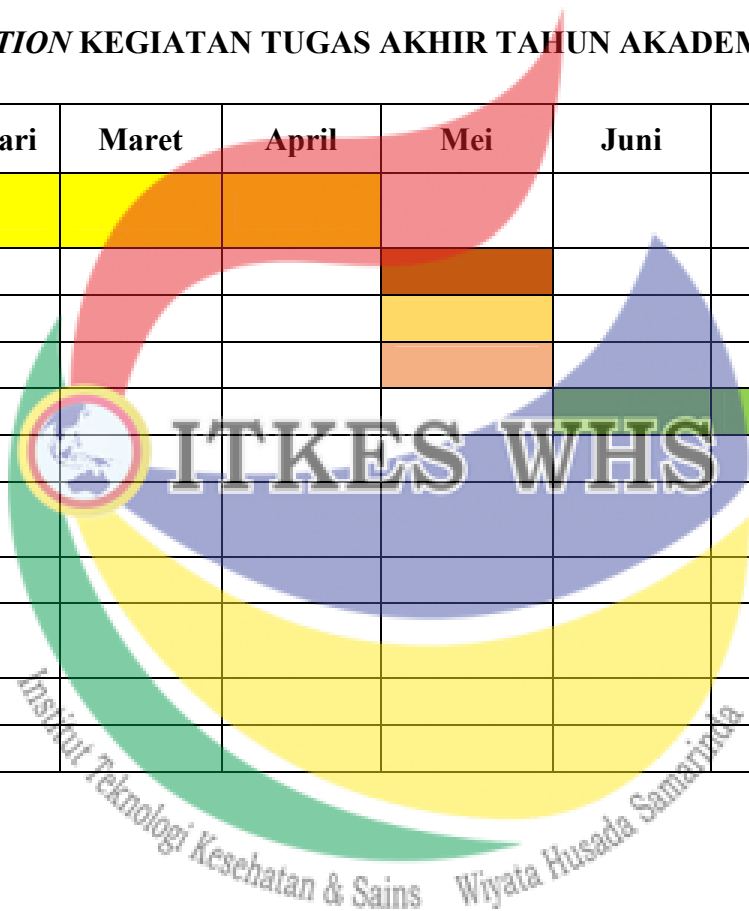


LAMPIRAN

Lampiran 1

PLAN OF ACTION KEGIATAN TUGAS AKHIR TAHUN AKADEMIK 2019/2020

No	Keterangan	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober
01.	Bimbingan Proposal										
02.	Ujian Proposal										
03.	Revisi Proposal										
04.	Izin Penelitian										
05.	Penelitian										
06.	Ujian Skripsi										
07.	Batas Akhir Ujian Skripsi										
08.	Batas Akhir Revisi										
09.	Pendaftaran Yudisium										
10.	Yudisium										
11.	Publikasi										



Lampiran 1

INSTRUMEN PENELITIAN

**PEMERIKSAAN SKALA CEMAS DAN DEPRESI RUMAH SAKIT
(HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE-HADS)**

ISILAH IDENTITAS DIRI ANDA

NAMA :
JENIS KELAMIN :
ALAMAT :

Petunjuk "BACALAH PERNYATAAN DIBAWAH INI DENGAN BAIK BARU ANDA SESUAIKAN PILIHAN DENGAN KEADAAN KELUHAN ANDA DALAM SEMINGGU INI DENGAN MEMBERIKAN TANDA CHECKLIST (√) .

NO		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah	
1	Saya merasa tegang atau tidak enak.					
2	Saya masih dapat menikmati hal-hal yang biasa saya senangi					
3	Saya merasa takut kalau-kalau sesuatu yang tidak mengenakan akan terjadi kepada saya					
4	Saya bisa tertawa dan melihat sisi-sisi yang lucu dari hal-hal yang saya lihat.					
5	Perasaan khawatir mengganggu pikiran saya.					
6	Saya merasa gembira					
7	Saya dapat duduk dengan tenang dan merasa nyaman					
8	Saya merasa seolah-olah semua pergerakan saya menjadi lambat					
9	Saya merasa takut sehingga merasa mual dan perut saya mulas					
10	Saya merasa penampilan saya tidak menarik lagi.					
11	Saya merasa seolah-olah saya dikejar-kejar					
12	Saya menikmati hal-hal yang menyenangkan.					

13	Saya tiba-tiba merasa cemas yang berat, dan dapat menjadi panik dan gelisah.					
14	Saya dapat menikmati buku yang bagus, radio, dan program TV.					



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

LAYANAN VIDEO CALL

Pengertian : Suatu layanan yang dapat digunakan untuk mentransmisikan gambar serta suara dalam bentuk video sehingga terlihat seperti nyata (*real time*).

Tujuan : 1. Pengguna mendapatkan informasi kesehatan dan membantu pengguna memenejemen gaya hidup dan patuh pada pengobatan serta mampu mengurangi pengurangan biaya opsional.

2. *Video call* sangat berguna bagi tuna runngu (orang tuli) dan tuna wicara (orang bisu) karena mereka tetap dapat melakukan komunikasi dengan menggunakan bahasa isyarat.

3. Bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat adalah mendukung perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan serta mampu menghemat waktu tim kesehatan.

Durasi :

Inisial :

Tanggal :

A. Persiapan Alat :
1. Alat tulis
2. Alat komunikasi <i>handphone</i> .
3. Pastikan <i>handphone</i> peneliti dan responden sudah terisi pulsa dan sudah tersambung ke jaringan internet 3G/4G
4. Buku komunikasi atau nomor telepon
B. Pelaksanaan :
1. Setelah semua persiapan dilakukan
2. Peneliti memulai dengan memasukkan nomor telepon responden ke kontak telepon
3. Pastikan nomor telepon yang dituju benar dan lengkap.
4. Peneliti menghubungi responden melalui pesan singkat via WhatsApp untuk menanyakan kesiapan responden.
5. Peneliti mulai menghubungi responden dengan melakukan panggilan <i>video call</i>
6. Setelah panggilan <i>video call</i> peneliti direspon /diangkat oleh responden, peneliti mengucapkan salam pembuka dan memperkenalkan diri.
7. Bicara secara sopan dan ramah.
8. Penelitipun kembali bertanya mengenai kontrak waktu yang sebelumnya sudah disepakati melalui layanan <i>video call</i> yang disetujui oleh responden untuk memantau perkembangan kesehatan pasien.
9. Peneliti memberikan intervensi berupa layanan <i>video call</i> sebanyak 3 kali selama satu minggu dengan durasi waktu 10-20 menit. Peneliti bertanya tentang kondisi pasien dan memberikan edukasi bila diperlukan.
10. Peneliti melakukan pengukuran ulang skor distres psikologi diakhir sesi <i>video call</i> ke-1, ke-2, dan ke-3.
11. Penelitipun mengakhiri percakapan panggilan <i>video call</i> dengan mengucapkan salam penutup
12. Catat dan rekam hasil panggilan <i>video call</i>

Modul Layanan *Video Call*

Intervensi *video call* hari ke-1

I. Tahap pre interaksi

Persiapan alat:

- Alat tulis.
- Lembar kuesioner.
- Handphone.

II. Tahap interaksi

- Mengingatkan kontrak waktu

III. Tahap kerja

- Mengucapkan salam
- Memperkenalkan diri
- Menjelaskan tujuan selama proses *video call*
- Menanyakan kesiapan responden
- Menanyakan kondisi kesenatan pasien
- Menanyakan kondisi psikologis pasien dan upaya apa yang telah dilakukan responden untuk mengatasinya.
- Menanyakan apakah pasien sudah minum obat tepat waktu dan kegiatan berolahraga.
- Memberikan edukasi tentang gejala cemas dan depresi dan mengajarkan beberapa teknik relaksasi untuk mengatasi distres relaksasi.
- Melakukan pengukuran skor distres psikologi sesudah diberikan intervensi *video call* dengan menggunakan *hospital anxiety and depression scale (HADS)*.

IV. Tahap terminasi

- Menutup sesi dengan salam dan mengucapkan terima kasih
- Memberi saran kepada responden untuk mengulang upaya menurunkan distres psikologi sesuai kemampuan responden yang telah didiskusikan sebelumnya.

Intervensi *Video Call* hari ke-2

I. Tahap pre interaksi

Persiapan alat:

- Alat tulis.
- Lembar kuesioner.
- Handphone.

II. Tahap interaksi

- Mengingatkan kontrak waktu

III. Tahap kerja

- Mengucapkan salam
- Menjelaskan tujuan selama proses *video call*
- Menanyakan kesiapan responden
- Menanyakan kondisi kesehatan pasien
- Menanyakan kondisi psikologis pasien dan upaya apa yang telah dilakukan responden untuk mengatasinya.
- Menanyakan apakah pasien sudah minum obat tepat waktu dan kegiatan berolahraga.
- Menanyakan apakah responden sudah melakukan dan mengulang tehnik relaksasi yang sebelumnya sudah diajarkan.
- Memberikan penjelasan tentang dampak yang disebabkan oleh distres psikologi terhadap kejadian PJK.
- Melakukan pengukuran skor distres psikologi sesudah diberikan intervensi *video call* dengan menggunakan *hospital anxiety and depression scale (HADS)*.

IV. Tahap terminasi

- Menutup sesi dengan salam dan mengucapkan terima kasih.

Intervensi *Video Call* hari ke-3

I. Tahap pre interaksi

Persiapan alat:

- Alat tulis.
- Lembar kuesioner.
- Handphone.

II. Tahap interaksi

- Mengingatkan kontrak waktu

III. Tahap kerja

- Mengucapkan salam
- Menjelaskan tujuan selama proses *video call*
- Menanyakan kesiapan responden
- Menanyakan kondisi kesehatan pasien
- Menanyakan kondisi psikologis pasien
- Menanyakan apakah pasien sudah meminum obat tepat waktu dan kegiatan berolahraga.
- Menanyakan apakah sudah ada pengaruh terapi relaksasi yang diberikan terhadap kondisi psikologi responden
- Memberikan penjelasan bagaimana cara mengatasi jika terjadi keluhan yang muncul terkait penyakit PJK dan menjelaskan bagaimana mencegah/menghindari faktor resiko.
- Melakukan pengukuran skor distres psikologi sesudah diberikan intervensi *video call* dengan menggunakan *hospital anxiety and depression scale (HADS)*.

IV. Tahap terminasi

- Menutup sesi dengan salam dan mengucapkan terima kasih.

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Eni Fitriani

NIM : B21825506401

No. Hp : 081256347885

Judul Penelitian : Pengaruh Penggunaan Layanan *Telehealth Nursing* Berupa *Video Call* Dalam Menurunkan Distress Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Paska Perawatan Di Rumah Sakit.

Saya adalah Mahasiswa ITKes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh penggunaan layanan *telehealth nursing* berupa *video call* dalam menurunkan distress psikologi pada pasien penyakit jantung koroner paska perawatan di rumah sakit. *Video call* merupakan salah satu media komunikasi yang membantu perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien saat di rumah.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan mengukur skor distress psikologi kemudian peneliti memberikan layanan *video call* untuk memberikan edukasi tentang cara mengatasi masalah psikologi yang dihadapi, proses ini akan peneliti lakukan sebanyak 3 kali selama seminggu. Selanjutnya peneliti akan melakukan evaluasi dan menilai skor distress psikologi.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dan peneliti akan berjanji akan menjunjung tinggi serta menghargai hak Saudara/I dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan dan penyajian laporan penelitian. Namun, tiap responden berhak memperoleh keterangan hasil perawatan masing-masing.

Apabila Saudara/I ketika melaksanakan intervensi merasa kelelahan atau kesulitan dalam pelaksanaan intervensi, mohon memberitahu peneliti atau menghubungi nama-nama yang tertera di bawah, dan apabila saudara/i dipertengahan pelaksanaan penelitian merasa tidak nyaman dengan prosedur tersebut berhak mengajukan pengunduran diri.

Atas partisipasi dan kesediaan saudara/i dalam kerjasamanya saya ucapkan banyak terima kasih.

Jika ada suatu perihal yang ingin ditanyakan, mohon menghubungi nama- nama di bawah ini :

1. Ns. Chrisylen Damanik, S. Kep., M. Kep No. Hp : 081235338835
2. Ns. Siti Kholifah, S.Kep No. Hp : 081253559986
3. Eni Fitriani No. Hp : 082250727789

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan, Juni 2020

Peneliti

Eni Fitriani
NIM: B2182550640

Lampiran 4

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No. telp.....

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Penggunaan Layanan *Telehealth Nursing* Berupa *Video Call* Dalam Menurunkan Distres Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Paska Perawatan Di Rumah Sakit

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah :

1. Bersedia meluangkan waktu untuk di berikan intervensi layanan *telehealth nursing* berupa *video call*.
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti.
3. Tidak melakukan dokumentasi pada saat *video call*.

Keikutsertaan saya ini sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan, Juni 2020

Mengetahui
Peneliti

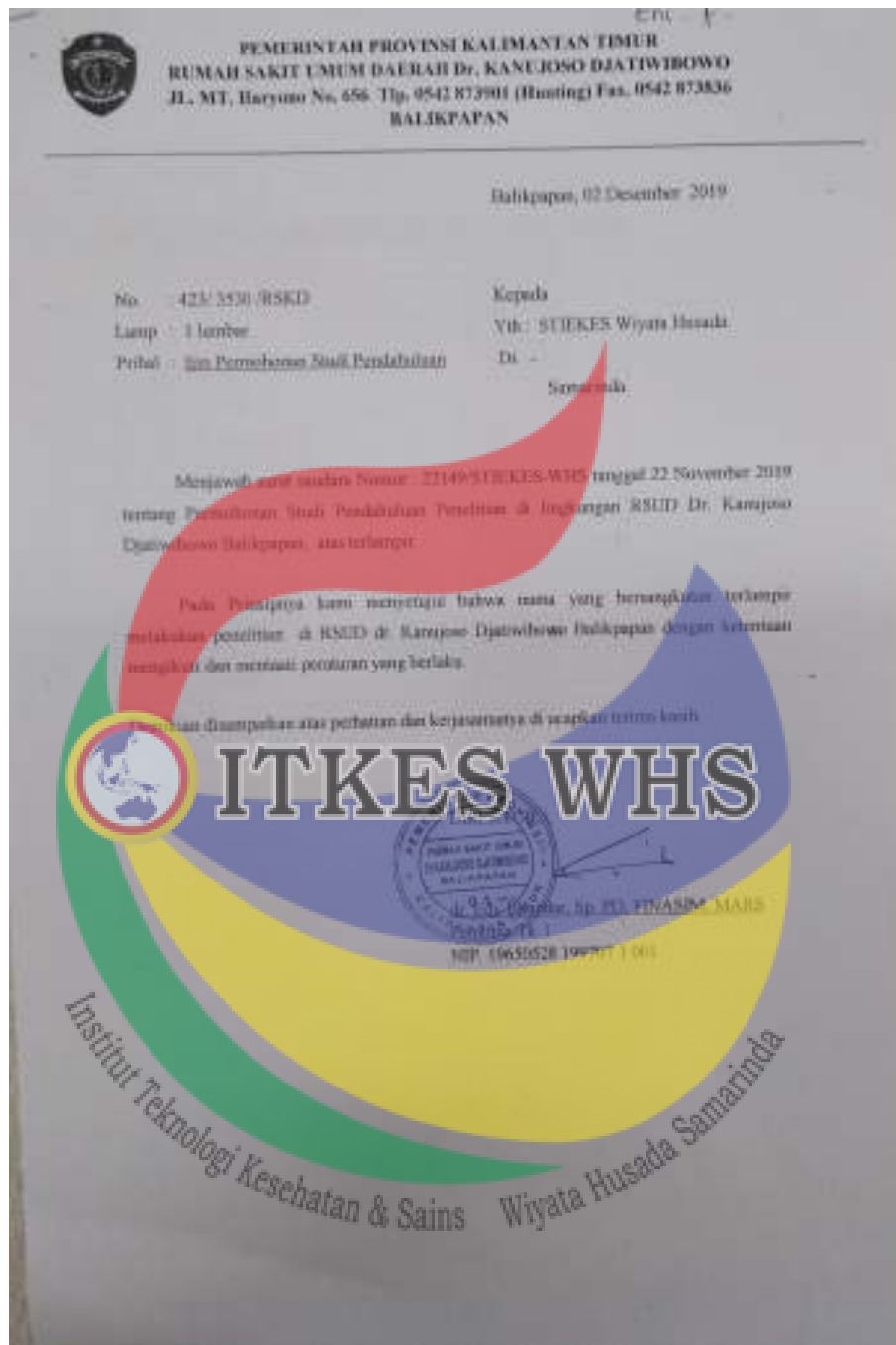
Yang membuat pernyataan

Eni Fitriani

Nama & Tanda Tangan

Lampiran 6

Surat Permohonan Izin Pengambilan data




NOGOR : 2019/811100-WHSAKAMU
Hal : 1/10

No	Nama	Nim
1	ALIMULDDIN	D21824105801
2	AKMIYAN ALFIAN ARIZZI	D21824405701
3	ASTUTI	D21824405701
4	ATIK DARWANTI	D21824405701
5	AWALUDIN	D21824405701
6	RUDI SUJARWO	D21824705801
7	DARMAWAN	D21824805701
8	DWI KURNI	D21824805701
9	EKA HARTINI	D21824805701
10	ELIS IDA	D21824805701
11	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
12	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
13	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
14	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
15	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
16	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
17	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
18	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
19	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
20	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
21	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
22	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
23	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
24	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
25	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
26	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
27	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
28	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
29	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
30	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
31	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
32	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
33	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
34	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
35	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
36	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
37	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
38	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
39	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701
40	ENDANG KRISKAWATI	D21824805701

Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

Surat Ijin Penelitian

**PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR**
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIROWO
JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873816
BALIKPAPAN

Balikpapan, 04 September 2020

No. 473/8661/PSDM/RSKD-EX.2020
Lamp.
Eihal : Ijin Penelitian



Kepada
Yth : Wakil Rektor I ITKES
Wiyata Husada KALTIM
Jl. -
Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 759/ITKES-WHSLIT/2020, tanggal 15 Mei 2020 tentang permohonan ijin penelitian untuk tugas akhir berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas

Nama : **ENFITRIANI**
NIM : **B.21825506401**
Judul Penelitian : **Pengaruh Penggunaan Layanan Telehealth Nursing Berupa Video Call Dalam Menurunkan Distres Psikologi Pada Pasien Proyeksi Jantung Koroner Paska Perawatan Di Rumah Sakit.**

Pada Prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan diatas tersebut melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengimani dan mematuhi peraturan yang berlaku.

Demikian surat ijin penelitian ini dibuat dengan tetap mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 Tahun 2013

**ITKES WHS**

Dr. Finasim Mars
Pembina Utama Muda
NIP. 19650328-199703-1-001

Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda

Lampiran 9

Hasil uji statistik

- Hasil uji normalitas data

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HADS pre test	.174	14	.200*	.918	14	.208
HADS post test 1	.232	14	.040	.854	14	.025
HADS post test 2	.323	14	.000	.802	14	.005
HADS post test 3	.307	14	.001	.796	14	.004

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

a. Lilliefors Significance Correction

- Hasil uji deskriptif

Descriptives			Statistic	Std. Error
HADS pre test	Mean		18.00	1.027
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.78	
		Upper Bound	20.22	
	5% Trimmed Mean		17.89	
	Median		17.00	
	Variance		14.769	
	Std. Deviation		3.843	
	Minimum		13	
	Maximum		25	
	Range		12	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		.569	.597
	Kurtosis		-.946	1.154
	HADS post test 1	Mean		15.79
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	13.77	
		Upper Bound	17.80	
5% Trimmed Mean			15.65	
Median			14.50	
Variance		12.181		

	Std. Deviation	3.490	
	Minimum	12	
	Maximum	22	
	Range	10	
	Interquartile Range	7	
	Skewness	.817	.597
	Kurtosis	-.840	1.154
	Mean	13.79	1.017
	95% Confidence Interval for Lower Bound	11.59	
	Mean Upper Bound	15.98	
	5% Trimmed Mean	13.65	
	Median	12.00	
	Variance	14.489	
HADS post test 2	Std. Deviation	3.806	
	Minimum	10	
	Maximum	20	
	Range	10	
	Interquartile Range	7	
	Skewness	.817	.597
	Kurtosis	-1.118	1.154
	Mean	12.00	1.134
	95% Confidence Interval for Lower Bound	9.55	
	Mean Upper Bound	14.45	
	5% Trimmed Mean	11.89	
	Median	10.00	
	Variance	18.000	
HADS post test 3	Std. Deviation	4.243	
	Minimum	7	
	Maximum	19	
	Range	12	
	Interquartile Range	9	
	Skewness	.839	.597
	Kurtosis	-1.047	1.154

- Hasil uji *friedman*

Ranks

	Mean Rank
HADS pre test	3.96
HADS post test 1	3.00
HADS post test 2	2.00
HADS post test 3	1.04

Test Statistics^a

N	14
Chi-Square	41.102
df	3
Asymp. Sig.	.000

a. Friedman Test

- Hasil uji *post hoc wilcoxon* antara sesudah *video call* ke-1 dengan sesudah *video call* ke-2 dan sesudah *video call* ke-1 dengan sesudah *video call* ke-3

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	13 ^a	7.00	91.00
Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
Ties	1 ^c		
Total	14		
Negative Ranks	14 ^d	7.50	105.00
Positive Ranks	0 ^e	.00	.00
Ties	0 ^f		
Total	14		

- a. HADS post test 2 < HADS post test 1
- b. HADS post test 2 > HADS post test 1
- c. HADS post test 2 = HADS post test 1
- d. HADS post test 3 < HADS post test 1

e. HADS post test 3 > HADS post test 1

f. HADS post test 3 = HADS post test 1

Test Statistics^a

	HADS post test 2 - HADS post test 1	HADS post test 3 - HADS post test 1
Z	-3.210 ^b	-3.317 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

• Hasil

uji *post hoc wilcoxon* antara sesudah *video call* ke-2 dengan sesudah *video call* ke-3.

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
HADS post test 3 - HADS post test 2	13 ^a	7.00	91.00
	0 ^b	.00	.00
	1 ^c		
Total	14		

a. HADS post test 3 < HADS post test 2

b. HADS post test 3 > HADS post test 2

c. HADS post test 3 = HADS post test 2

Test Statistics^a

	HADS post test 3 - HADS post test 2
Z	-3.225 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Lampiran 10

Dokumentasi Penelitian

- Dokumentasi pada saat memberikan penjelasan penelitian.



- Dokumentasi pada saat responden menandatangani inform consent.



- Dokumentasi pada saat melakukan video call ke-1

