

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS
PENYEBAB DEPRESI PADA PASIEN JANTUNG YANG SEDANG
MENDAPATKAN PERAWATAN INTENSIF : LITERATURE REVIEW



Oleh :
STEVANI LYAN HUBUNG
NIM : P1908027

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020

KARYA TULIS ILMIAH AKHIR NERS
PENYEBAB DEPRESI PADA PASIEN JANTUNG YANG SEDANG
MENDAPATKAN PERAWATAN INTENSIF : LITERATURE REVIEW

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar profesi Ners pada program profesi ners Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda



Oleh :
STEVANI LYAN HUBUNG
NIM : P1908027

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020

HALAMAN PENGESAHAN

**PENYEBAB DEPRESI PADA PASIEN JANTUNG YANG SEDANG
MENDAPATKAN PERAWATAN INTENSIF :
LITERATURE REVIEW**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Stevany Lyan Hubung

NIM: P1908027

Telah dipertahankan dalam ujian

Pada tanggal 27 Juli 2020

PENGUJI I



Ns. Annisa Ain, S.Kep., M.Kep

NIDN.1141049014057

PENGUJI II



Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep

NIDN. 1124118301

Mengetahui

**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiayata Husada Samarinda**



Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep.MB

NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

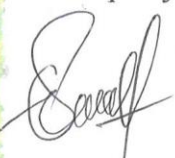
Nama : Stevani Lyan Hubung
NIM : 1908027
Program Studi : Profesi Ners
Judul Laporan Tugas Akhir : Penyebab Depresi Pada Pasien Jantung Yang Sedang Mendapatkan Perawatan Intensif : Literature Review

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

Samarinda, 23 Juli 2020

Yang membuat pernyataan,




Stevani Lyan Hubung
NIM 1908027

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan tugas akhir dengan judul “Penyebab Depresi Pada Pasien Jantung Yang Sedang Mendapatkan Perawatan Intensif: Literature Review ” Tugas akhir ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) dalam program studi Keperawatan ITKes Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa praktik sampai pada penyusunan Tugas Akhir 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. 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.
4. Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S. Kep, M. Kep selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
5. Ibu Ns. Annisa Ain, S. Kep, M. Kep, selaku Penguji Utama.
6. Seluruh keluarga tercinta yang telah mendukung, memberi semangat, doa dan perhatian sehingga penyusunan tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Semua teman – teman seperjuangan di Reguler Transfer Program Studi Profesi Ners ITKes Wiyata Husada Samarinda, kalian adalah yang terbaik.

Penulis menyadari bahwa proposal 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 proposal ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.

Samarinda, 24 2020 Penulis

Stevani Lyan Hubung

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Stevani Lyan Hubung

Nim : P1908027

Program Studi : Ners

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas Karya Ilmiah Akhir Ners saya yang berjudul :

Penyebab Depresi Pada Pasien Jantung Yang Sedang Mendapatkan Perawatan Intensif : Literature Riview

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 24 juli 2020

Yang menyatakan

Stevani Lyan Hubung

Nim. P1908027

Penyebab Depresi Pada Pasien Jantung Yang Sedang Mendapatkan Perawatan Intensive : Literature Review

Stevani Lyan Hubung¹, Chrisyen Damanik², Annisa Ain³

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie OeningNo. 77, Samarinda, Kalimantan Timur

Email: Stevanilyanhubung101@student.stikeswhs.ac.id

²Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda

Jl. Kadrie OeningNo. 77, Samarinda, Kalimantan Timur

Email: Chrisyendamanik@stikeswhs.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang : Salah satu aspek psikologis, yaitu depresi yang terjadi pada pasien jantung sering ditunjukkan dengan berbagai aspek psikososial seperti stres akibat kehidupan yang dijalannya setiap hari, ketidakpatuhan terhadap pengobatan, tidak mematuhi petunjuk diet, tidak mau melakukan aktivitas fisik dan kurangnya dukungan keluarga. Depresi merupakan kelompok gangguan yang termasuk dalam gangguan mood yang mengakibatkan penurunan kualitas hidup serta mencetuskan, memperberat atau memperlambat penyakit fisik seseorang. **Tujuan :** Untuk mengetahui penyebab depresi pada pasien jantung yang sedang mendapatkan perawatan intensif. **Metode :** Penelitian *literatur review* dengan sumber *online database* dari mesin pencarian *Scopus, Sciencedirect dan Pumed* dalam kurun waktu 2015-2020, menggunakan kata kunci *Factors* dan *Cardiovascular Diseases*. **Hasil :** Didapatkan 470 jurnal, diseleksi menggunakan *scimagojr.com*, kriteria inklusi-eksklusi, melalui penilaian *prisma checklist* dan *JBIC critical clearans* dan didapatkan 7 jurnal akhir. **Kesimpulan :** Faktor yang berkontribusi terhadap penyebab depresi yang kaitannya erat mempengaruhi penyakit jantung adalah usia, jenis kelamin, efektivitas postitif dan juga gaya hidup. Upaya mengurangi dampak psikologis diperlukan lagi lebih banyak penelitian lanjut untuk memahami fenomena tersebut. Sehingga bisa dihasilkan sebuah intervensi yang mampu menangani dampak.

Kata Kunci : Faktor, Depresi, Kardiovaskular Diseases, Coronary Heart Dease,

Causes of Depression in Heart Patients Receiving Intensive Care: A Literature Review

Stevani Lyan Hubung¹, Chrisyen Damanik², Annisa Ain³

¹Student Professional Program Nurse, Health and Science Technology Institute Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie OeningNo. 77, Samarinda, East Kalimantan

Email: Stevanilyanhubung101@student.stikeswhs.ac.id

²Lecturer at the Nursing Study Program at the Wiyata Husada Institute of Health and Science, Samarinda

Jl. Kadrie OeningNo. 77, Samarinda, East Kalimantan

Email: Chrisyendamanik@stikeswhs.ac.id

ABSTRACT

Background : One of the psychological aspects, namely depression that occurs in heart patients is often indicated by various psychosocial aspects such as stress due to the life they live every day, non-compliance with medication, not adhering to dietary instructions, refusing to do physical activity and lack of family support. Depression is a group of disorders that are included in mood disorders that result in a decrease in quality of life and trigger, aggravate or slow down a person's physical illness. **Objective:** To determine the causes of depression in heart patients who are receiving intensive care. **Methods:** Research literature review with online database sources from search engines Scopus, Sciencedirect and Pumed in the period 2015-2020, using the keywords Factors and Cardiovascular Diseases. **Results:** 470 journals were obtained, selected using scimagojr.com, inclusion-exclusion criteria, through prism checklist assessment and JBI critical clearns and obtained 7 final journals. **Conclusion:** The factors that contribute to the causes of depression that are closely related to heart disease are age, gender, positive effectiveness and lifestyle. Efforts to reduce the psychological impact require more research to understand this phenomenon. So that it can produce an intervention that is able to deal with the impact. positive effectiveness and lifestyle. Efforts to reduce the psychological impact require more research to understand this phenomenon. So that it can produce an intervention that is able to deal with the impact. positive effectiveness and lifestyle. Efforts to reduce the psychological impact require more research to understand this phenomenon. So that it can produce an intervention that is able to deal with the impact.

Keywords : Factors, Depression, Cardiovascular Diseases, Coronary Heart Disease.

DAFTAR ISI

| | |
|--|---|
| HALAMAN JUDUL | i |
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | Error! Bookmark not defined. ii |
| LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN..... | Error! Bookmark not defined. iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI | v |
| ABSTRAK..... | vi |
| DAFTAR ISI..... | viii |
| DAFTAR TABEL..... | ix |
| DAFTAR SKEMA | x |
| | |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 11 |
| A. Latar Beakang | 11 |
| B. Rumusan Masalah..... | 14 |
| C. Tujuan | 14 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 14 |
| | |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Penyakit Jantung | 16 |
| B. Depresi | 23 |
| | |
| BAB III METODE PENELITIAN | |
| A. Desain Penelitian | 34 |
| B. <i>Databese</i> Pecarian..... | 34 |
| C. Tahapan <i>Systematic Literature Riview</i> | 35 |
| D. Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas | 39 |
| | |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | |
| A. Karakteristik Studi..... | 43 |
| B. Pembahasan | 52 |
| | |
| BAB V PENUTUP | |
| A. Kesimpulan | 60 |
| B. Saran..... | 60 |
| | |
| DAFTAR PUSTAKA | 61 |
| LAMPIRAN..... | 63 |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP..... | 71 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 3.1 Kata Kunci Systematic Literature Riview | 37 |
| Table 3.2 Kriteria Inklusi Eksklusi..... | 37 |
| Table 3.3 Prisma Ceklist, critical appraisal JBI | 41 |
| Tabel 4.1 Hasil Pencarian Literature Riview | 44 |

DAFTAR SKEMA

| | |
|--|----|
| Skema 3.1 Skema literature review berdasarkan PRISMA 2009..... | 40 |
|--|----|

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit jantung atau penyakit kardiovaskular dan pembuluh darah merupakan salah satu masalah kesehatan utama di negara maju maupun berkembang. Penyakit ini menjadi penyebab nomor satu kematian di dunia setiap tahunnya. Sejak tahun 2008 diperkirakan sebanyak 17,3 juta kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskular. Lebih dari 3 juta kematian tersebut terjadi sebelum usia 60 tahun. Terjadinya kematian dini yang disebabkan oleh penyakit jantung berkisar sebesar 4% di negara berpenghasilan tinggi, dan 42% terjadi di negara berpenghasilan rendah. Kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung pembuluh darah, terutama penyakit jantung koroner dan stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030.

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa di Asia Tenggara yaitu Filipina menduduki peringkat pertama akibat kematian penyakit jantung dengan jumlah penderita 376,9 ribu jiwa. Indonesia menduduki peringkat kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371,0 ribu jiwa (WHO, 2014). Berdasarkan seluruh data yang telah dikumpulkan dari WHO, pada tahun 2015 diperkirakan kematian akibat penyakit jantung meningkat menjadi 20 juta jiwa. Kemudian akan tetap meningkat sampai tahun 2030, diperkirakan 23,6 juta jiwa penduduk akan meninggal akibat penyakit jantung (WHO, 2015). Data dari WHO pada tahun 2014 menyebutkan bahwa angka mortalitas pada kelompok penyakit tidak menular di dunia akan semakin meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2012, terdapat 38 juta kematian yang diakibatkan karena berbagai penyakit pada kelompok penyakit tidak menular dari total 56 juta kematian. Angka mortalitas tersebut tetap meningkat dan diperkirakan akan mencapai 52 juta kematian pada tahun 2030 (WHO, 2014).

Penyakit kardiovaskular adalah penyakit yang disebabkan

gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah. Ada banyak macam penyakit kardiovaskuler, namun yang paling umum adalah Penyakit Jantung Koroner, Penyakit Serebrovaskular, Penyakit Arteri Perifer, Penyakit Jantung Rematik, Penyakit Jantung Bawaan, dan Gagal Jantung. Penyakit Jantung Koroner adalah penyakit pembuluh darah yang menyuplai otot jantung. Penyakit Serebrovaskular adalah penyakit pembuluh darah yang menyuplai otak. Penyakit Arteri Perifer adalah penyakit pembuluh darah.

menyuplai lengan dan kaki. Penyakit Jantung Rematik adalah kerusakan pada otot jantung dan katup jantung dari demam rematik, yang disebabkan oleh bakteri streptokokus. Penyakit Jantung Bawaan adalah kelainan struktur jantung yang dialami pada saat lahir. Gagal jantung adalah kondisi saat otot jantung menjadi sangat lemah sehingga tidak bisa memompa cukup darah ke seluruh tubuh pada tekanan yang tepat (WHO, 2016).

Penyebab utama penyakit kardiovaskular adalah konsumsi tembakau, aktivitas fisik yang kurang, diet yang tidak sehat dan penggunaan berbahaya dari alkohol (WHO, 2016). Faktor resiko penyakit jantung terdiri dari faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi yaitu riwayat keluarga, umur, jenis kelamin, dan obesitas, sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi seperti hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, kurang aktivitas fisik, diet tidak sehat, dan stres (Bustan, 2000).

Dampak yang terjadi ketika adanya penyempitan pada pembuluh darah akan menyebabkan menurunnya suplai darah ke jantung, dan apabila suplai darah menurun akan mengakibatkan menurunnya suplai oksigen ke jantung. Dalam (Naga,2014) menjelaskan bahwa oksigen sangat penting bagi tubuh yang merupakan kebutuhan dasar paling vital bagi manusia. Apabila pasien dengan penyakit jantung mengalami kekurangan oksigen maka dapat menimbulkan kematian sel atau gangguan pada organ vital dan kondisi tersebut dapat menimbulkan distress baru pada pasien sehingga

dapat memperburuk kondisi fisik pasien, sehingga mempengaruhi kemampuan dalam melakukan aktivitas dan rentang gerak yang bebas.

Salah satu aspek psikologis, yaitu depresi yang terjadi pada pasien jantung sering ditunjukkan dengan berbagai aspek psikososial seperti stres akibat kehidupan yang dijalannya setiap hari, ketidakpatuhan terhadap pengobatan, tidak mematuhi petunjuk diet, tidak mau melakukan aktivitas fisik dan kurangnya dukungan keluarga. Depresi merupakan kelompok gangguan yang termasuk dalam gangguan mood yang mengakibatkan penurunan kualitas hidup serta mencetuskan, memperberat atau memperlambat penyakit fisik seseorang (Ismail, 2013). Selain itu, tanda dan gejala lainnya adalah perubahan tingkat aktivitas, kemampuan kognitif, pembicaraan dan fungsi vegetatif seperti tidur, nafsu makan, aktivitas seksual dan irama biologis lainnya (Sadock's, 2007).

Individu dengan penyakit jantung yang mengalami depresi atau gangguan suasana hati yang menyebabkan terganggunya aktifitas sehari-hari ini ditetapkan oleh World Health Organization (WHO) sebagai krisis global dan memprediksi pada tahun 2020 gangguan depresi ini merupakan nomor dua penyumbang penyebab ketidakmampuan seseorang dalam kehidupannya setelah kardiovaskular. Lebih dari 350 juta jiwa penduduk dunia mengalami depresi sehingga WHO menetapkan depresi sebagai salah satu prioritas untuk ditangani. (Kemenkes, 2014) Proses rehospitalisasi dan pengobatan yang lama menyebabkan aspek psikologis atau stresor psikososial yang memicu adanya emosi negatif seperti depresi, marah, rasa permusuhan dan ansietas (Smith, 2011). Pasien dengan penyakit jantung yang mengalami masalah psikososial akan lebih lambat proses penyembuhannya, lebih berat gejala fisik yang dialaminya dan lebih lama proses rehabilitasinya.

Penelitian yang dilakukan oleh Glassman & Shapiro (dalam Davidson, et. al, 2006) menemukan bahwa tingkat kematian karena penyakit kardiovaskular pada pasien yang mengalami gangguan depresi terhitung tinggi, para pasien kardiak yang mengalami gangguan depresi,

memiliki peluang lima kali lebih besar kemungkinannya untuk meninggal karena serangan jantung, dalam kurun waktu enam bulan dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami gangguan depresi. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa kondisi depresi yang dialami pasien kardiak dapat memicu timbulnya serangan jantung pada pasien tersebut (Pitt & Deldin, 2010).

B. Rumusan Masalah

Salah satu aspek psikologis, yaitu depresi (dalam Davidson, et. al, 2006) menemukan bahwa tingkat kematian karena penyakit kardiovaskular pada pasien yang mengalami gangguan depresi terhitung tinggi, para pasien kardiak yang mengalami gangguan depresi, memiliki peluang lima kali lebih besar kemungkinannya untuk meninggal karena serangan jantung, dalam kurun waktu enam bulan dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami gangguan depresi. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa kondisi depresi yang dialami pasien kardiak dapat memicu timbulnya serangan jantung pada pasien tersebut (Pitt & Deldin, 2010). Berdasarkan uraian tersebut peneliti tertarik melihat bagaimana kajian *literature Riview* ini untuk mengetahui penyebab depresi pada pasien jantung yang sedang mendapatkan perawatan intensif.

C. Tujuan

Tujuan *literature Riview* ini untuk mengetahui penyebab depresi pada pasien jantung yang sedang mendapatkan perawatan intensif.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini menjadi sebuah bahan untuk pembelajaran dalam ilmu bidang keperawatan, yaitu ruang keperawatan medikal bedah khususnya ICCU (*intensive coronary care unit*). Sehingga dapat menjadi dasar untuk melakukan penelitian lanjutan untuk antisipasi

peningkatan depresi pada pasien penyakit jantung.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini menjadi acuan dalam pengembangan pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya diruang ICCU (*intensive coronary care unit*).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyakit Jantung

1. Pengertian Penyakit Jantung

Penyakit jantung adalah suatu keadaan dimana jantung tidak dapat melaksanakan fungsinya dengan baik, sehingga kerja jantung sebagai pemompa darah dan oksigen ke seluruh tubuh terganggu. Terganggunya peredaran oksigen dan darah tersebut dapat disebabkan karena otot jantung yang melemah, adanya celah antara serambi kiri dan serambi kanan yang mengakibatkan darah bersih dan darah kotor tercampur (Anies, 2017).

Penyakit jantung biasanya terjadi karena kerusakan sel otot-otot jantung dalam memompa aliran darah keseluruh tubuh, yang disebabkan kekurangan oksigen yang dibawa darah ke pembuluh darah di jantung atau juga karena terjadi kejang pada otot jantung yang menyebabkan kegagalan organ jantung dalam memompa darah, sehingga menyebabkan kondisi jantung tidak dapat melaksanakan fungsinya dengan baik (Wahyudi dan Hartati, 2017). Penyakit jantung dapat terjadi pada siapa saja di segala usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan gaya hidup, selain itu penyakit jantung tidak bisa disembuhkan (Hadi, 2015).

2. Jenis-jenis penyakit jantung

Menurut WHO (2016) dalam ada beberapa jenis penyakit jantung antara lain adalah

- a. Penyakit Jantung Koroner adalah kelainan pada pembuluh darah yang menyuplai otot jantung yang menjadikan jantung tidak dapat memompa darah dengan baik karena timbunan plak.
- b. Penyakit Serebrovaskular (CVD) adalah kelainan pada pembuluh darah yang menyuplai otak yang berupa penyumbatan, terutama arteri otak.

- c. Penyakit Arteri Perifer adalah sebuah kondisi penyempitan pembuluh darah arteri yang menyebabkan aliran darah tersumbat. Penyempitan ini disebabkan oleh timbunan lemak pada dinding arteri yang berasal dari kolesterol atau zat buangan lain.
- d. Penyakit Jantung Rematik adalah kerusakan pada otot jantung dan katup jantung dari demam rematik, yang disebabkan oleh bakteri streptokokus.
- e. Penyakit Jantung Bawaan adalah kelainan struktur jantung yang dialami sejak bayi dilahirkan.
- f. Gagal jantung adalah kondisi saat otot jantung menjadi sangat lemah sehingga tidak bisa memompa cukup darah ke seluruh tubuh pada tekanan yang tepat.

3. Patofisiologi penyakit jantung

Penyakit jantung terutama penyakit jantung koroner terjadi dimulai dari penyumbatan pembuluh jantung oleh plak pada pembuluh darah. Penyumbatan pembuluh darah pada awalnya disebabkan peningkatan kadar kolesterol LDL (lowdensity lipoprotein) darah berlebihan dan menumpuk pada dinding arteri sehingga aliran darah terganggu dan juga dapat merusak pembuluh darah. Penyakit jantung memiliki tanda dan gejala yang khas diantaranya adalah penderita sering mengeluh lemah dan kelelahan. Penderita mengalami nyeri dada dan sesak nafas, dada seperti tertekan benda berat, bahkan terasa panas dan seperti diremas (Nadianto, 2018). Selain tes darah dan rontgen dada, tes untuk mendiagnosis penyakit jantung dapat mencakup, elektrokardiogram (EKG), pemantauan holter, ekokardiogram, kateterisasi jantung, computerized tomography (CT) scan pada jantung, magnetic resonance imaging (MRI) pada jantung (Samiadi, 2016).

4. Etiologi penyakit jantung

Menurut Aritonang (2012), faktor- faktor yang menimbulkan penyakit jantung ada dua faktor yaitu faktor resiko yang tidak dapat

dimodifikasi seperti riwayat keluarga, umur, dan jenis kelamin. Sedangkan faktor resiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, diabetes militus, dyslipidemia, obesitas, kurang aktifitas fisik, pola makan, konsumsi alkohol dan stress.

a. Faktor-faktor yang tidak dapat dimodifikasi yaitu :

- a) Riwayat keluarga Adanya riwayat keluarga terkena penyakit jantung meningkatkan resiko dua kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak memiliki riwayat keluarga resiko jantung.
- b) Umur Resiko penyakit jantung meningkat pada usia 55 tahun untuk laki-laki, dan 65 tahun untuk perempuan.
- c) Jenis kelamin Laki-laki memiliki resiko lebih tinggi dibandingkan perempuan.

b. Faktor-faktor yang dapat dimodifikasi yaitu :

a) Hipertensi

Hipertensi merupakan penyebab tersering timbulnya penyakit jantung.

b) Merokok

Resiko penyakit jantung pada perokok dua sampai empat kali lebih besar daripada yang bukan perokok.

c) Diabetes Militus

Satu dari dua orang penderita DM akan mengalami kerusakan pembuluh darah dan peningkatan resiko serangan jantung.

d) Dislipidemia

Untuk menurunkan resiko penyakit jantung maka nilai kolestrol total harus.

e) Obesitas

Distribusi lemak tubuh berperan penting dalam peningkatan faktor resiko penyakit jantung dan pembuluh darah.

f) Kurang aktivitas fisik

Aktivitas fisik akan memperbaiki sistem kerja jantung dan pembuluh darah dengan meningkatkan efisiensi kerja jantung.

- g) Pola makan Pola makan yang tidak sehat akan memicu berkembangnya penyakit degeneratif seperti penyakit jantung dan pembuluh darah.
- h) Konsumsi alkohol Konsumsi alkohol dapat meningkatkan resiko penyakit jantung.
- i) Stres
Merupakan reaksi tubuh berupa serangkaian respon yang bertujuan untuk mengurangi dampak. Resiko stress bertambah apabila ada kelainan fisik atau faktor organik lain misalnya usia lanjut.

5. Pemeriksaan Penunjang

Penatalaksanaan pada penyakit jantung meliputi :

- a. Penatalaksanaan medis / terapi medis Menurut dr. Tjin Willy (2018), obat yang digunakan untuk mengobati penyakit jantung tergantung kepada jenis penyakit jantung itu sendiri. Beberapa golongan obat yang umumnya digunakan dalam pengobatan penyakit jantung, antara lain:
 - A. ACE inhibitor – berfungsi menghambat tubuh menghasilkan angiotensin sehingga menurunkan tekanan darah. Contohnya captopril dan ramipril.
 - B. Angiotensin II receptor blockers – bekerja dengan menghambat efek angiotensin sehingga menurunkan tekanan darah. Contohnya losartan.
 - C. Antikoagulan berfungsi mencegah penggumpalan darah dengan menghambat kerja faktor pembekuan darah. Contohnya, heparin dan warfarin.
 - D. Antiplatelet Sama halnya dengan antikoagulan, antiplatelet berfungsi mencegah terbentuknya gumpalan darah dengan cara yang berbeda. Contohnya, aspirin dan clopidogrel.
 - E. Antagonis kalsium bekerja dengan mengatur kadar kalsium yang masuk ke otot jantung dan pembuluh darah, sehingga

melebarkan pembuluh darah. Contohnya amlodipine dan nifedipine. Penghambat beta bekerja dengan menekan efek adrenalin yang meningkatkan detak jantung, sehingga jantung tidak bekerja terlalu keras. Contohnya metoprolol dan bisoprolol.

F. Penurun kolesterol berfungsi meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) dan menurunkan kadar kolesterol jahat (LDL). Contohnya atorvastatin.

G. Obat digitalis bekerja dengan meningkatkan kadar kalsium pada sel jantung, sehingga meningkatkan pompa jantung. Contohnya, digoxin.

H. Nitrat - berfungsi melebarkan pembuluh darah. Contohnya, nitrogliserin dan isosorbide dinitrate.

b. Penatalaksanaan nutrisi

Menurut Almatsier (2005), terapi nutrisi memiliki peranan penting pada penderita penyakit jantung untuk penyembuhan. Adapun diet pada penyakit jantung adalah sebagai berikut :

a) Tujuan Diet

- Memberikan makanan yang tepat, tanpa memberatkan kerja jantung.
- Mencegah atau menghilangkan penimbunan garam dan air.
- Menurunkan berat badan bila terlalu gemuk.

b) Syarat Diet :

- Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan (BB) atau status gizi normal.
- Protein 0,8 g/kg BB/hari atau 10-15% dari kebutuhan energy total.
- Lemak diberikan cukup 25-30% dari total kalori, lemak jenuh 10%, lemak tak jenuh 10-15%.
- Kolesterol rendah terutama bila disertai dyslipidemia.
- Vitamin dan mineral cukup.

- Serat cukup untuk menghindari konstipasi.
- Rendah garam 2-3 gram perhari (½ sedok teh), jika disertai hipertensi dan edema.
- Cairan cukup sesuai kebutuhan. i) Makanan mudah dicerna dan tidak bergas.
- Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan penyakit, diberikan dalam porsi kecil

c) Adapun macam diet dan indikasi pemberian diet adalah :

- Diet Jantung I Diberikan pada pasien penyakit jantung akut. Diet diberikan berupa 1-1,5 liter cairan/hari selama 1-2 hari pertama bila pasien dapat menerimanya.
- Diet Jantung II Diberikan dalam bentuk makanan saring atau lunak setelah fase akut dapat diatasi.
- Diet Jantung III Diberikan dalam bentuk makanan lunak atau biasa untuk pasien jantung dengan kondisi yang tidak terlalu berat.
- Diet Jantung IV Diberikan dalam bentuk makanan biasa untuk pasien jantung dengan keadaan ringan.
- Bahan makanan yang dianjurkan untuk penderita penyakit jantung antara lain :
 - Sumber karbohidrat, berupa beras ditim atau disaring, roti, kentang, makaroni, mie, bihun, biskuit, tepung beras, terigu, sagu, gula pasir, gula merah, madu, sirup.
 - Sumber protein hewani, berupa daging tanpa lemak 1 kali perminggu, ayam dibuang kulitnya 3 kali perminggu, bebek, sarden (makanan kaleng) dan kuning telur 1 kali perminggu, ikan, dan susu rendah lemak.
 - Sumber protein nabati, berupa kacang-kacangan kering seperti kacang hijau, kacang kedelai dan hasil olahannya (tempe, tahu).

- Sayuran, berupa sayuran segar yang tidak mengandung gas, seperti bayam, kangkung, buncis, labu siam, wortel, kacang panjang, tauge.
- Buah-buahan, berupa semua buah-buahan segar seperti pisang, papaya, jeruk, apel, melon, jambu, alpukat, belimbing, mangga.
- Lemak, berupa minyak jagung, minyak kedelai, margarin, mentega dalam jumlah terbatas, dan tidak untuk menggoreng, tetapi untuk menumis, dan santan encer.
- Bumbu-bumbu, berupa semua bumbu-bumbu yang segar dan tidak merangsang pencernaan (tidak pedas, tidak asin, tidak asam).
- Minuman, berupa teh encer, coklat, dan sirup.
- Bahan makanan yang tidak dianjurkan untuk penderita penyakit jantung yaitu: Sumber karbohidrat, berupa makanan yang mengandung gas atau alkohol seperti ubi, singkong, tape singkong, dan tape ketan. Sumber protein hewani, berupa daging yang berlemak, sosis, ham, hati, limpa, babat, otak, kepiting, kerang-kerangan, keju, dan susu full cream Sumber protein nabati, berupa kacang-kacangan kering yang mengandung lemak, cukup tinggi seperti kacang tanah, kacang mete, dan kacang bogor.
- Sayuran, berupa sayuran yang mengandung gas, seperti kol, kembang kol, lobak, sawi, nangka muda, serta sayur yang diawetkan.
- Buah-buahan, berupa buah-buahan segar yang mengandung alkohol atau gas seperti durian, nanas, cempedak, nangka matang, dan buah yang diawetkan.
- Lemak, berupa minyak kelapa dan minyak kelapa sawit, santan kental.

- Bumbu-bumbu, berupa cabai besar, cabai rawit dan bumbu-bumbu yang tajam (pedas, asin, dan asam), cuka, lada, kecap asin, dan saus tomat.
- Minuman, berupa teh, kopi kental, minuman yang mengandung soda dan alkohol, serta bir, dan wiski.
- Pola hidup yang dianjurkan untuk penderita jantung Menurut Aritonang (2012), metode memasak yang dianjurkan untuk penderita jantung adalah mengukus, membakar, merebus, menumis dengan sedikit minyak. Penderita penyakit jantung diharapkan melakukan perubahan pola hidup yaitu :
 - Mengurangi konsumsi garam
 - Memperbanyak makan sayur dan buah
 - Makan- makanan yang rendah lemak
 - Memelihara agar berat badan dalam rentang normal
 - Olah raga teratur, minimal 30 menit sehari
 - Menghindari atau berhenti merokok
 - Menghindari minuman beralkohol dan mengelola stress.

B. Depresi

1. Definisi Depresi

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, dan tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan (Davison, 2006: 372). Ratus(Lubis, 2009:13) menyatakan orang yang mengalami depresi umumnya mengalami gangguan yang meliputi keadaan emosi, motivasi, fungsional, dan gerakan tingkah laku serta kognisi. Menurut Atkinson (Lubis, 2009:13) depresi sebagai suatu gangguan *mood* yang

dicirikan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu konsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang, dan mencoba bunuh diri.

Depresi adalah gangguan perasaan (afek) yang ditandai dengan afek disforik (kehilangan kegembiraan/gairah) disertai dengan gejala-gejala lain, seperti gangguan tidur dan menurunnya selera makan. Depresi biasanya terjadi saat stres yang dialami oleh seseorang tidak kunjung reda, dan depresi yang dialami berkolerasi dengan kejadian dramatis yang baru saja terjadi atau menimpa seseorang (Lubis, 2009:13). Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa depresi adalah keadaan emosional individu dengan perasaan sedih, putus asa, selalu merasa bersalah, dan tidak ada harapan lagi secara berlebihan tanpa ada bukti-bukti yang rasional.

2. Gejala – gejala Depresi

Gejala depresi adalah kumpulan dari perilaku dan perasaan yang secara spesifik dapat dikelompokkan sebagai depresi. Gejala-gejala depresi ini bisa kita lihat dari tiga segi, yaitu dari segi fisik, psikis, dan sosial.

a. Gejala Fisik

- 1) Gangguan pola tidur
- 2) Menurunnya tingkat aktifitas
- 3) Menurunnya efisiensi kerja
- 4) Menurunnya produktivitas kerja
- 5) Mudah merasa letih dan sakit

b. Gejala Psikis

- 1) Kehilangan rasa percaya diri
- 2) Sensitif
- 3) Merasa diri tidak berguna
- 4) Perasaan bersalah
- 5) Perasaan terbebani

c. Gejala Sosial

Lingkungan akan bereaksi terhadap perilaku orang yang depresi tersebut pada umumnya negatif (mudah marah, tersinggung, menyendiri, sensitif, mudah letih, mudah sakit). Problem sosial yang terjadi biasanya berkisar pada masalah interaksi dengan rekan kerja, atasan, atau bawahan. Masalah ini tidak hanya berbentuk konflik, namun masalah lainnya juga seperti perasaan minder, malu, cemas jika berada diantara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal. Mereka merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan. Seseorang dengan mood yang terdepresi (yaitu depresi) merasakan hilangnya energi-energi dan minat, perasaan bersalah, kesulitan berkonsentrasi, hilangnya nafsu makan, dan pikiran tentang kematian atau bunuh diri. Tanda dan gejala lain dari gangguan mood adalah perubahan tingkat aktivitas, kemampuan kognitif, pembicaraan, dan fungsi vegetatif (seperti tidur, nafsu makan, aktivitas seksual, dan irama biologis lainnya). Perubahan tersebut hampir selalu menyebabkan fungsi interpersonal, sosial, dan pekerjaan (Kaplan, 2010: 792)

3. Penyebab Depresi

Gangguan depresi umumnya dicetuskan oleh peristiwa hidup tertentu. Seperti halnya penyakit lain, penyebab depresi yang sesungguhnya tidak dapat diketahui secara pasti namun telah ditemukan sejumlah faktor yang dapat memengaruhinya. Seperti halnya dengan gangguan lain, ada penyebab biogenetis dan sosial lingkungan yang diajukan (Santrock, 2003: 529).

a. Faktor Fisik

1) Faktor genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki resiko lebih besar menderita gangguan depresi daripada masyarakat pada umumnya. Gen berpengaruh dalam

terjadinya depresi, tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorangpun peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja. Dan tidak ada bukti langsung bahwa ada penyakit depresi yang disebabkan oleh faktor keturunan. Seseorang tidak akan menderita depresi hanya karena ibu, ayah, atau saudara menderita depresi, tetapi risiko terkena depresi meningkat. Gen lebih berpengaruh pada orang-orang yang punya periode dimana *mood* mereka tinggi dan *mood* rendah atau gangguan bipolar. Tidak semua orang bisa terkena depresi, bahkan jika ada depresi dalam keluarga, biasanya diperlukan suatu kejadian hidup yang memicu terjadinya depresi.

2) Susunan kimia otak dan tubuh

Beberapa bahan kimia di dalam otak dan tubuh memegang peranan yang besar dalam mengendalikan emosi kita. Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah bahan kimia tersebut. Hormone noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, tampaknya berkurang pada mereka yang mengalami depresi. Pada wanita, perubahan hormon dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause juga dapat meningkatkan resiko terjadinya depresi. Secara biologis, depresi terjadi di otak. Otak manusia adalah pusat komunikasi paling rumit dan paling canggih. 10 miliar sel mengeluarkan miliaran pesan tiap detik. Ketika neurotransmitter berada pada tingkat yang normal, otak bekerja dengan harmonis. Kita merasa baik, punya harapan dan tujuan. Walaupun kadang kita mengalami kesenangan dan kesusahan hidup, *mood* secara keseluruhan adalah baik.

3) Faktor usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-

tahap serta tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa kanak-kanak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas hingga ke pernikahan. Namun sekarang ini usia rata-rata penderita depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa remaja dan anak-anak semakin banyak yang terkena depresi. Survei masyarakat terakhir melaporkan adanya prevalensi yang tinggi dari gejala-gejala depresi pada golongan usia dewasa muda yaitu 18-44.

4) Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi daripada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita.

5) Gaya hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit, misalnya penyakit jantung juga dapat memicu kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stress dan kecemasan digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan tidur serta tidak olahraga untuk jangka waktu yang lama dapat menjadi faktor beberapa orang mengalami depresi. Penelitian menunjukkan bahwa kecemasan dan depresi berhubungan dengan gaya hidup yang tidak sehat pada pasien berisiko penyakit jantung

6) Penyakit fisik

Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit. Perasaan terkejut karena mengetahui kita memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan penghargaan diri, juga depresi. Beberapa penyakit menyebabkan depresi karena pengaruhnya terhadap tubuh. Depresi dapat menyertai

penyakit Parkinson dan multiple sclerosis karena efeknya terhadap otak. Penyakit yang mempengaruhi hormon dapat menyebabkan depresi.

7) Obat-obatan

Beberapa obat-obat untuk pengobatan dapat menyebabkan depresi. Namun bukan berarti obat tersebut menyebabkan depresi, dan menghentikan pengobatan dapat lebih berbahaya daripada depresi.

8) Obat-obatan terlarang

Obat-obatan terlarang telah terbukti dapat menyebabkan depresi karena memengaruhi kimia dalam otak dan menimbulkan ketergantungan.

9) Kurangnya cahaya matahari

Kebanyakan dari kita merasa lebih baik di bawah sinar matahari daripada hari mendung, tetapi hal ini sangat berpengaruh pada beberapa individu. Mereka baik-baik saja ketika musim panas tetapi menjadi depresi ketika musim dingin. Mereka disebut menderita *seasonal affective disorder (SAD)*. SAD berhubungan dengan tingkat hormon yang disebut melatonin yang dilepaskan dari kelenjar pineal ke otak. Pelepasannya sensitif terhadap cahaya, lebih banyak dilepaskan ketika gelap.

b. Faktor psikologis

1) Kepribadian

Aspek-aspek kepribadian ikut pula mempengaruhi tinggi rendahnya depresi yang dialami serta kerentanan terhadap depresi. Ada individu-individu yang lebih rentan terhadap depresi, yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, juga tipe kepribadian introvert.

2) Pola pikir

Pada tahun 1967 psikiatri Amerika Aaron Beck menggambarkan pola pemikiran yang umum pada depresi dan dipercaya

membuat seseorang rentan terkena depresi. Secara singkat, dia percaya bahwa seseorang yang merasa negatif mengenai diri sendiri rentan terkena depresi. Kebanyakan dari kita punya cara optimis dalam berpikir yang menjaga kita bersemangat. Kita cenderung untuk tidak mempedulikan kegagalan kita dan memerhatikan kesuksesan kita. Beberapa orang yang rentan terhadap depresi berpikir sebaliknya. Mereka tidak mengakui kesuksesan dan berfokus pada kegagalan-kegagalan mereka.

3) Harga diri

Harga diri merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan perilaku individu. Setiap orang menginginkan penghargaan yang positif terhadap dirinya, sehingga seseorang akan merasakan bahwa dirinya berguna atau berarti bagi orang lain meskipun dirinya memiliki kelemahan baik secara fisik maupun mental. Menurut penelitian, rendahnya harga diri pada remaja memengaruhi seorang remaja untuk terserang depresi. Depresi dan *self-esteem* dapat dilihat sebagai lingkaran setan. Ketidakmampuan untuk menghadapi secara positif situasi sosial dapat menyebabkan rendahnya *self-esteem* yang mengakibatkan depresi. Depresi nantinya menyebabkan ketidakmampuan untuk berhubungan dengan orang lain dan diterima dalam kelompok sosial yang menyebabkan perasaan rendahnya *self-esteem*.

4) Stress

Kematian orang yang dicintai, kehilangan pekerjaan, pindah rumah, atau stres berat yang lain dianggap dapat menyebabkan depresi. Reaksi terhadap stress sering kali ditangguhkan dan depresi dapat terjadi beberapa bulan sesudah peristiwa itu terjadi. Berhm (Lubis, 2009: 80) menyatakan bahwa depresi dapat diakibatkan oleh adanya peristiwa-peristiwa negatif yang menyebabkan perubahan, pengalaman penuh stress yang

ekstrem seperti bencana alam, perang, kematian, pertengkaran, perceraian, serta mikrostressor yang meliputi aktivitas-aktivitas sehari-hari.

5) Lingkungan keluarga

Kehilangan orang tua ketika masih anak-anak juga mempengaruhi terjadinya depresi. Kehilangan yang besar ini akan membekas secara psikologis dan membuat seseorang lebih mudah terserang depresi, tetapi di satu sisi mungkin saja membuat seseorang lebih tabah. Akibat psikologis, sosial, dan keuangan yang ditimbulkan oleh kehilangan orang tua yang lebih penting daripada kehilangan itu sendiri.

6) Penyakit jangka panjang

Ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan ketidakamanandapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi. Kebanyakan dari kita suka bebas dan suka bertemu orang-orang. Orang yang sakit keras menjadi rentan terhadap depresi saat mereka dipaksa dalam posisi dimana mereka tidak berdaya atau karena energi yang mereka perlukan untuk melawan depresi sudah sudah habis, untuk penyakit jangka panjang.

4. Teori Depresi

Ada beberapa teori tentang depresi, yaitu: teori psikoanalisis, teori perilaku atau behavioral, teori biologi, teori stress, teori kognitif, dan teori humanistik-eksistensial, tetapi peneliti menggunakan teori kognitif, karena menurut peneliti teori ini berhubungan dengan konsep diri yang mempengaruhi depresi, karena salah satu dari komponen terbentuknya konsep diri adalah komponen kognitif. Teori kognitif ini berdasarkan dari teorinya Aaron Beck, dan dalam pengukuran tingkat depresi peneliti akan menggunakan alat ukur dari Aaron Beck yaitu BDI (Beck Depression Inventory), oleh karena itu teori kognitif yang dipilih. Pemikiran sentral Beck adalah bahwa orang-orang yang

depresi memiliki perasaan seperti demikian karena pemikiran mereka menyimpang dalam bentuk interpretasi negatif (Davison, 2006: 382).

a. Teori Kognitif

Seorang teroritikus kognitif yang paling berpengaruh, psikiater Aaron Beck, menghubungkan pengembangan depresi dengan adopsi dari cara berpikir yang bias atau terdistorsi secara negatif diawal kehidupan (Nevid, 2003: 245). Beck (Lubis, 2009: 94) berpendapat bahwa adanya gangguan depresi adalah akibat dari cara berpikir seseorang terhadap dirinya. Penderita depresi cenderung menyalahkan diri sendiri. Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia, masa depannya, sehingga dalam mengevaluasi diri dan menginterpretasi hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif. *Cognitive triad* merupakan tiga serangkai pola kognitif yang membuat individu memandang dirinya, pengalamannya dan masa depannya secara idiosinkritik, yaitu memandang diri secara negatif, menginterpretasi pengalaman secara negatif serta memandang masa depan secara negatif.

Gangguan-gangguan dalam depresi dapat dipandang sebagai pengaktifan tiga pola kognitif utama ini. Dengan demikian, model kognitif beranggapan bahwa tanda-tanda dan simptom-simptom lain dari depresi merupakan konsekuensi aktifnya pola-pola kognitif tadi. Misalnya, bila individu berpikir bahwa ia dikucilkan oleh teman-temannya, maka ia akan merasa kesepian. Memandang diri secara negative Disini individu menganggap dirinya sebagai tidak berharga, serba kekurangan dan cenderung memberi atribut pengalaman yang tidak menyenangkan pada diri sendiri. Lebih lanjut ia memandang dirinya tidak menyenangkan, dan cenderung menolak diri sendiri. Ia akan mengkritik dan menyalahkan dirinya atas kesalahan dan kelemahan yang diperbuatnya.

Menginterpretasikan Pengalaman Secara Negatif Individu

melihat dunia sebagai penyaji tuntutan-tuntutan di luar batas kemampuan dan menghadirkan halangan-halangan yang merintanginya mencapai tujuan. Ia keliru menafsirkan interaksinya dengan lingkungan. Kognisinya juga menampilkan berbagai penyimpangan dari berpikir logis, termasuk kesimpulan yang dipaksakan, abstraksi selektif, terlalu menggeneralisasi dan membesar-besarkan masalah. Individu tersebut akan merangkai fakta-fakta agar sesuai dengan pikiran negatifnya. Ia akan membesar-besarkan arti setiap kehilangan, hambatan, dan rintangan. Orang yang depresi biasanya demikian sensitif pada setiap hambatan terhadap kegiatannya mencapai tujuan. Dalam suatu situasi dimana prestasi diutamakan, orang depresi cenderung bereaksi disertai dengan perasaan gagal. Mereka cenderung meremehkan kemampuan yang sebenarnya. Lebih lanjut lagi bila tampilan kerja yang diperlihatkan jauh dibawah standar tinggi yang telah ditetapkan, mereka sering menganggapnya sebagai gagal total. Orang yang depresi sering menginterpretasikan ucapan-ucapan netral sebagai diarahkan untuk menentang dirinya. Bahkan memutarbalikkan komentar yang menyenangkan menjadi kurang menyenangkan.

Memandang Masa Depan Secara Negatif Pandangan individu yang depresi mengenai masa depan diwarnai oleh antisipasinya bahwa kesulitan-kesulitan saat ini akan terus berlanjut di masa depan. Para klien yang depresi umumnya menampilkan keterpakuan pada ide-ide mengenai masa depan. Harapan-harapannya selalu diiringi pandangan negatif. Antisipasinya mengenai masa depan biasanya merupakan perpanjangan dari pandangannya mengenai keadaan saat ini. Bila individu yang depresi ini menganggap dirinya sebagai orang yang ditolak, lemah, maka ia menggambarkan masa depan sebagai orang yang ditolak, atau lemah. Dari teori kognitif diatas dapat disimpulkan bahwa depresi dipengaruhi oleh kognitif yang terdistorsi. Pola pikir

individu dalam memandang diri, pengalaman, dan lingkungan yang negatif akan mengakhibatkan individu merasa lemah, ditolak oleh lingkungan, dan merasa dirinya tidak berguna, hal itu dapat menyebabkan individu depresi.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Literature review* dengan Design penelitian *systematic review* biasanya disebut *systematic literature review* adalah cara sistematis untuk mengumpulkan, mengevaluasi secara kritis, mengintegrasikan dan menyajikan temuan dari berbagai studi penelitian pada pertanyaan penelitian atau topik yang menarik. *Sytematic literature review* menyediakan cara untuk menilai tingkat kualitas bukti yang ada pada pertanyaan atau topik yang menarik. *Systematic literature review* memberikan tingkat pemahaman yang lebih luas dan lebih akurat dari pada tinjauan literature secara tradisional (Delgado-Rodriguez and Sillero-Arenas, 2018) dalam (Nursalam., 2020). *Sytematic literature review* merupakan suatu proses mengidentifikasi, menilai, dan menafsirkan semua bukti penelitian yang tersedia, untuk memberikan jawaban untuk pertanyaan penelitian tertentu (Wahono., 2016). *Systematic literature review* ini dilakukan pada jurnal dan penelitian yang telah dilakukan berkaitan dengan faktor-faktor depresi pada pasien penyakit jantung untuk kemudian dilakukan ulasan atau tinjauan. Output dari *systematic literature review* ini adalah terkoleksinya referensi yang relevan dengan perumusan masalah. Protokol dan evaluasi dari *literature review* akan menggunakan *PRISMA checklist* untuk menentukan penyeleksian studi yang telah ditemukan dan disesuaikan dengan tujuan dari *literature review*.

B. Database Pecarian

literature riview yang merupakan rangkuman menyeluruh beberapa studi penelitian yang ditentukan berdasarkan tema tertentu. Pencarian literature dilakukan pada bulan juni sampai juli 2020. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh bukan dari pengamatan

langsung, akan tetapi diperoleh dari hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti-peneliti terdahulu. Sumber data sekunder yang didapat berupa artikel jurnal bereputasi baik nasional dan internasional dengan tema yang sudah ditentukan. Mesin pencarian jurnal untuk melihat jurnal tersebut memiliki *quartil* dan *ranking* menggunakan mesin pencari yaitu *scimagojr.com* kemudian didapatkan bahwa jurnal tertinggi yaitu *scopus*, *science direct*, *pubmed* (Wahono., 2016). Pencarian *literature* dalam *literature review* ini menggunakan tiga *database* dengan kriteria kualitas tinggi dan sedang (Q1 dan Q2), yaitu *Scopus*, *Pubmed*, dan *Scient Direct*. Temuan Jurnal yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam kurun waktu yaitu internasional minimal 5 tahun terakhir (2015-2020).

C. Tahapan *Systematic Literature Riview*

Systematic Literature Riview memiliki 3 tahapan yaitu : *Planning*, *Conduiting and Reportting*. (Wahono.,2016) *Syetematic Literature Riview* melalui 3 tahapan sebagai berikut :

1. *Planning*

Planning merupakan tahapan pertama dalam *systematic literature riview* sebagai strategi dalam mencari artikel (Nursalam., 2010) dalam tahap *planning* terdapat dua bagian didalamnya yaitu : *Formulate the riview's reaserh question* dan *develop the riview protocol* (Wahono 2016)

a. *Formulate the riview's reaserch question*

Bagian merupakan strategi pertama yang digunakan dalam mencari artikel dengan menyusun pertanyaan penelitian (*reaserch question*) kemudian diformulasikan untuk menggunakan *POCOS framework* (Wahono 2016). *reaserch question* atau pertanyaan penelitian merupakan bagian terpenting dalam setiap *Syetematic Literature Riview*, *reaserch question* digunakan untuk memandu proses ekstrasi data (Wahono 2016).

RQ 1 : Jurnal apa yang paling banyak memuat tentang penyebab

depresi pada pasien penyakit jantung ?

RQ 2 : Siapa peneliti yang paling aktif meneliti tentang penyebab depresi pada pasien penyakit jantung ?

RQ 3 : Metode apa saja yang digunakan dalam penelitian penyebab depresi pada pasien penyakit jantung ?

RQ 4 : Metode apa yang paling sering digunakan dalam penelitian penyebab depresi pada pasien penyakit jantung ?

RQ 5 : Metode yang paling bagus yang digunakan dalam penelitian penyebab depresi pada pasien penyakit jantung ?

Perumusan *reaserch question* pada penyebab depresi pada pasien penyakit jantung harus sesuai dengan 5 elemen PICOC (Wahono 2016), yang terdiri dari (1) *Population* : Kelompok sasaran untuk kelompok yang sesuai dengan tema dalam *systematic riview*. (2) *Intervention/issue* : Menentukan aspek investigasi atau amsalah yang menarik bagi para peneliti. (3) *Comparison* : Aspek investigasi dengan mana intervensi dibandingkan. (4) *Outcome* : Hasil atau luaran yang diperoleh pada studi terdahulu yang telah sesuai dengan tema yang ditentukan dalam *systematic riview*. (5) *Context* : Pengaturan atau lingkungan investigasi.

b. *Develop the riview protocol*

Develop the riview protocol merupakan strategi kedua dalam tahap planning yaitu dengan merencanakan dan menetapkan prosedur dasar peninjauan. Komponen dari strategi ini adalah *search time* (kata kunci), seleksi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, *quality ceklist* atau penilaian kualitas (Wahono 2016).

1) *Search Times (Kata Kunci)*

Pencarian artikel atau jurnal menggunakan *keyword* dan *beelean operator* (AND, OR NOT or AND NOT) yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang

digunakan. Kata kunci dalam *literature rievew* ini disesuaikan dengan *Medical subject heading (MeSH)* dan terdiri sebagai berikut :

Tabel 3.1 Kata Kunci Systematic Literature Riview

| Risk Factors | Heart Deases |
|--------------|-----------------------|
| Factors | Cardiovascular Dieses |
| AND | AND |
| Causa | Coronary Heart Dease |

2) Cara Mengakes Jurnal

Mesin pencarian jurnal untuk melihat jurnal tersebut memiliki quartil dan ranking menggunakan mesin pencari yaitu scimagojr.com kemudian didapatkan bahwa jurnal tertinggi yaitu scopus,science direct,springerlink,pubmed (Wahono., 2016).

3) Cara Seleksi Jurnal

Penyeleksian jurnal yang telah dilakukan dengan scimagojr.com kemudian di seleksi dengan kriteria Inklusi dan eksklusi berdasarkan PICOS Framework untuk menyeleksi data. Seleksi berdasarkan judul ,tahun publikasi literature yaitu tahun 2015 – 2020, ful-text, language bahasa inggris (Nursalam., 2020).

Table 3.2 Kriteria Inklusi Eksklusi

| Kriteria | Inklusi | Eksklusi |
|--|--|--|
| <i>pulation</i> | idi yang berfokus pada idi depresi pasien penyakit jantung. | idi yang tidak mengulas tentang depresi pada pasien penyakit jantung. |
| <i>ervension</i> | idi yang berfokus depresi. | idi yang tidak berfokus pada depresi. |
| <i>mparators</i> | ne | ne |
| <i>tcomes</i> | nurunan depresi | ne |
| <i>idy Design and Publication Type</i> | <i>Cross randomized and trial, qualitative research riview</i> | <i>sectional, control ,systematic blication type :webpages</i> Tidak ada kriteria eksklusi pada <i>study design</i> |

| | | |
|--|-------------------------|--------------------------|
| <i>blication type : Journal and book chapter</i> | | |
| <i>blication</i> | hun 2015 dan setelahnya | belum tahun 2015 |
| <i>nguage</i> | hasa Inggris | hasa lain selain Inggris |

4) *Quality Cheklist* (Penilaian Kualitas)

Menurut (Nursalam., 2020) *Screening literature* menggunakan *JBI Critical Apraissal* untuk menganalisis kualitas metodologi di setiap jurnal sehingga dapat menganalisis kualitas metodologi dalam setiap *study* dengan menggunakan kuesioner *critical appraisal JBI (Joanna Briggs Institute)* sesuai dengan metode penelitian yang dilakukan pada penelitian dengan *Checklist for Case Control Studies, Checklist for Case Reports, Checklist for Case Series, Checklist for Cohort Studies Checklist for Diagnostic Test Accuracy Studies, Checklist for Economic Evaluations, Checklist for Prevalence Studies, Checklist for Quasi- Experimental Studies (non- randomized experimental studies), Checklist for Randomized Controlled Trials, Checklist for Systematic Reviews, Checklist for Text and Opinion, Checklist for Analytical Cross Sectional Studies, Checklist for Qualitative Research*. Instrument ini berisikan ceklist untuk melihat apakah ada kesesuaian, keselarasan dan ketepatan dari judul, desain, sampel, tujuan, hasil dan pembahasan. Ceklist ini kemudian diisi berdasarkan jenis penelitian dan dinilai. Tujuan penggunaan tool instrument *critical appraisal* adalah melihat kualitas jurnal tersebut baik, cukup atau kurang dijadikan sebagai bahan yang relevan.

2. *Conduiting*

a. Ekstrasi data

Pada ekstrasi data menggunakan link www.scimagojr.com untuk menyusun jurnal berdasarkan Quartil jurnal. Quartil jurnal merupakan peringkat jurnal / Ranking Jurnal. ada Q1,Q2,Q3,Q4 untuk jurnal yang

paling baik dengan Quartil 1, menyusun jurnal berdasarkan quartil juga digunakan untuk menjawab research question (RQ) (Wahono., 2016).

b. Gambaran sintesis

Sintesis pada penelitian ini menggunakan analisis deskriptif yaitu dengan menjelaskan secara narasi hasil temuan artikel ilmiah, Pada penelitian ini tidak ditambahkan metode analisis yang lain peneliti hanya merangkum hasil yang ada diartikel dan menganalisisnya sesuai dengan tema (Nursalam., 2020).

3. *Reporting*

Pada tahap terakhir dari SLR peneliti mulai menuliskan hasil dari pengumpulan jurnal yang sudah dianalisis dan juga sudah di rankingkan berdasarkan quartil jurnal (Wahono., 2016), *Write up the SLR Paper* yaitu a).*Introduction* :Definisi umum tentang penelitian, tujuan ulasan, menekankan mengapa RQ Penting, pentingnya melakukan tinjauan dan bagaimana kontribusi pada pengetahuan di lahan praktik, ;b).*Main body* :Pada bagian ini menjelaskan secara singkat tahap-tahap yang diambil untuk melakukan SLR Kemudian menuliskan hasil temuan dari review dan juga tuliskan bagaimana keterlibatan SLR pada penelitian ini untuk praktik dan pengetahuan;c).*Conclusion*:Bagian paling akhir ditarik kesimpulan.

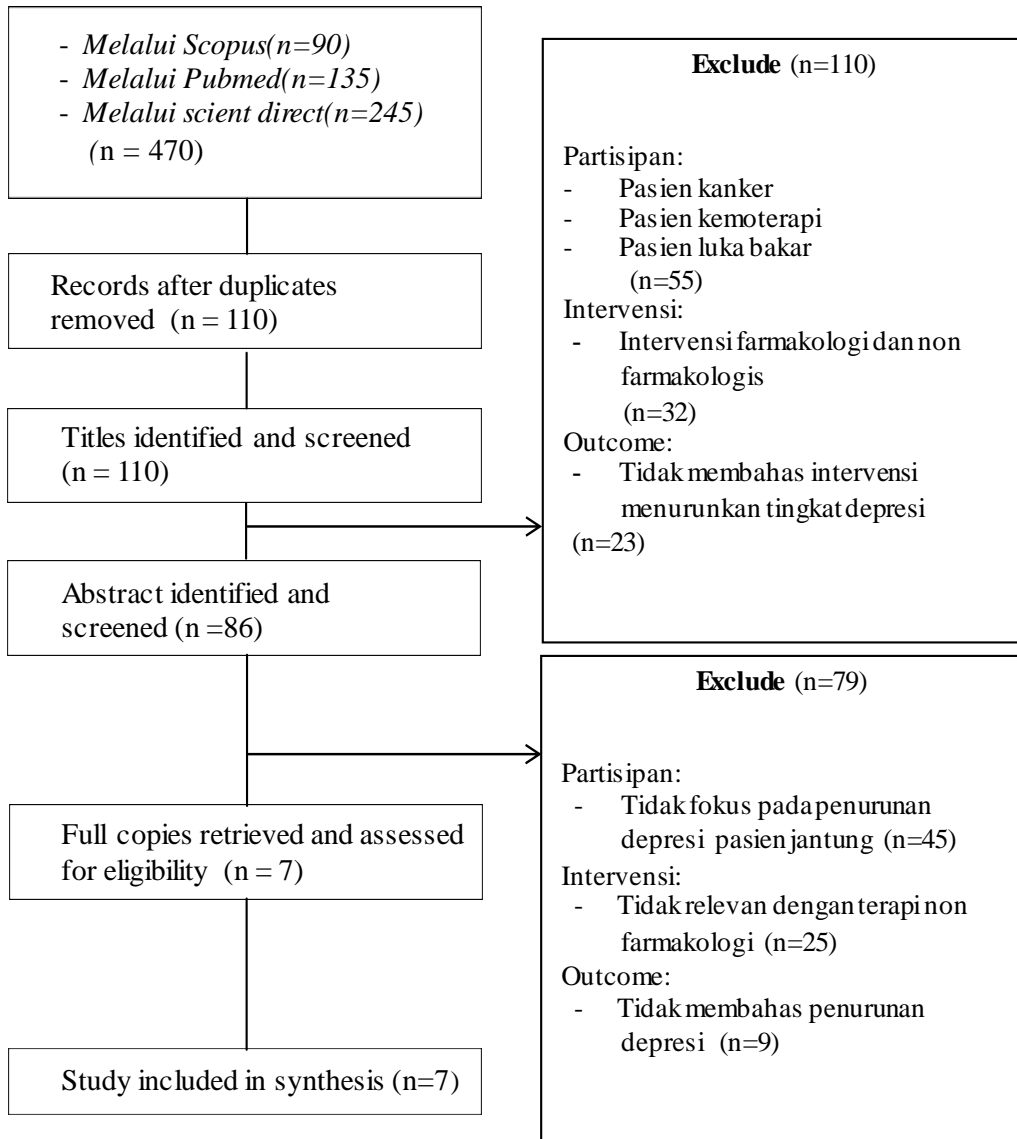
D. Seleksi Studi dan Penilaian Kualitas

1. Seleksi Studi

Hasil pencarian yang sudah didapatkan kemudian diperiksa duplikasi, ditemukan terdapat 110 Artikel yang sama sehingga dikeluarkan dan tersisa 470 artikel. Penelitian kemudian melakukan skrining berdasarkan jurnal (n= 470), abstrak (n= 86) dan *full text* (n=7) yang disesuaikan dengan tema *literature riview*. Assessment yang dilakukan berdasarkan kelayakan terhadap kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan sebanyak 7 artikel yang bisa digunakan dalam *Literature*

review. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam Diagram Flow dibawah ini :

Research identified through databases :



Skema 3.1 Skema literature review berdasarkan PRISMA 2009 (Polit and Beck,2013)

2. Penilaian Kualitas

Analisis kualitas metodologi dalam setiap studi (n = 7) dengan Checklist daftar penilaian dengan beberapa pertanyaan untuk menilai kualitas dari studi. Penilaian kriteria diberi nilai 'ya', 'tidak', 'tidak

jelas' atau 'tidak berlaku', dan setiap kriteria dengan skor 'ya' diberi satu poin dan nilai lainnya adalah nol, setiap skor studi kemudian dihitung dan dijumlahkan. *Critical appraisal* untuk menilai studi yang memenuhi syarat dilakukan oleh para peneliti. Jika skor penelitian setidaknya 50% memenuhi kriteria *critical appraisal* dengan nilai titik *cut-off* yang telah disepakati oleh peneliti, studi dimasukkan ke dalam kriteria inklusi. Peneliti mengecualikan studi yang berkualitas rendah untuk menghindari bias dalam validitas hasil dan rekomendasi ulasan. Dalam skrining terakhir, tujuh studi mencapai skor 50 % dan siap untuk melakukan sintesis data. Risiko bias dalam literature review ini menggunakan asesmen pada metode penelitian masing-masing studi, yang terdiri dari (Nursalam,2020).

Table 3.3 Prisma Ceklist, critical appraisal JBI (Joana Briggs Institute) and quartil ranking (scimagojr.com)

| No | Judul Jurnal | Nilai | |
|----|---|----------------|-----|
| | | Prisma Ceklist | JBI |
| 1 | <i>Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome.</i> | 20 | 6 |
| 2 | <i>Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: A randomized controlled study.</i> | 24 | 6 |
| 3 | <i>Depression as an independent prognostic factor for all-cause mortality after a hospital admission for worsening heart failure.</i> | 19 | 7 |
| 4 | <i>Risk factors for incident depression in patients at first acute coronary syndrome.</i> | 24 | 10 |
| 5 | <i>10-Year trend in the prevalence and predictors of depression among patients with heart failure in the USA from 2007–2016.</i> | 22 | 11 |
| 6 | <i>Rationale, design, and baseline data for a multicenter randomized</i> | 25 | 11 |

| | | |
|---|--|-------|
| | <i>clinical trial comparing depression screening strategies after acute coronary syndrome: The comparison of depression identification after acute Coronary Syndromes-Quality of Life and Cost Outcomes (CODIACS-QOL) trial.</i> | |
| 7 | <i>Socioeconomic status and depression as combined risk factors for acute myocardial infarction and stroke: A population-based study of 2.7 million Korean adults.</i> | 21 11 |

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Studi

Tujuh artikel memenuhi kriteria inklusi, tujuh artikel membahas kandungan topik yang sama yaitu terkait topik *risk factor depprision* dan *heart deases* di dalam satu artikel. Faktor yang berkontribusi dalam studi *risk factor* dan *heart deases* terbagi atas dua yakni *literatur review - meta analysis* dan *randomized control trials*. Jumlah rata-rata peserta mulai dari dua ratus hingga seribu lebih untuk akumulasi semua artikel secara keseluruhan, setiap peneliti membahas tentang faktor risiko depresi terhadap pasien dengan penyakit jantung. Studi yang sesuai dengan sistematis ini ada tujuh studi (Paolo Ossola. *et al.* 2015, Nathalie Moise *et al.*, 2019, Carolina Casanova Meneghett. *et al.* 2017, Muchi Ditah Chobufo *et al* 2019, Xiaolin Hu. *et al.* 2016, : I. Sokoreli, J.J.G de Vrie. *et al.*2016, Yongil Cho. *et al.* 2019).

Tabel 4.1 Hasil Pencarian Literature Riview

| No | Jurnal | Populasi | Intervensi | Perbandingan | Hasil |
|----|--|---|---|--------------|--|
| 1 | <p>Peneliti: Paolo Ossola. et al. Tahun: 2015 Judul: Faktor risiko untuk kejadian depresi pada pasien pada sindrom koroner akut pertama. Jenis Jurnal: Penelitian Psikiatri. Jenis Metodologi Penelitian: tinjauan sistematis dan meta-analisis. Tempat : Italia</p> | <p>Sampel : Sampel penelitian dipilih di antara pasien yang secara berturut-turut dirawat di Unit Perawatan Intensif Koroner di Rumah Sakit Universitas Parma. Kriteria Inklusi: - umur diatas 18 tahun. - menjadi penutur asli bahasa Italia atau dengan kemampuan berbahasa Italia dan tidak menunjukkan gangguan kognitif (Pemeriksaan Status Mental Mini (MMSE) 425) - tidak ada penyalahgunaan atau ketergantungan zat dan tidak minum obat psikotropika. Kriteria Eksklusi: - Jumlah:245 pria (80,6%) dan 59 wanita (19,5%) Tehnik Sampling: -</p> | <p>Jenis Intervensi: - Durasi:dari Januari 2009 hingga Maret 2012. Frekuensi: - Instrumen :depresi dinilai dengan Evaluasi Perawatan Primer Gangguan Mental (PRIME-MD), sedangkan keparahannya dievaluasi dengan Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS). Prosedur Pelaksanaan: Semua pasien menjalani evaluasi berikut pada awal: (1) wawancara sosiodemografi singkat; (2) Evaluasi Perawatan Primer Gangguan Mental (PRIME-MD) (Spitzer et al., 1994); (3) Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS) (Zigmond dan Snaith, 1983). Pada awal, pasien juga diwawancarai oleh ahli psikiatri untuk mengkonfirmasi apakah jawaban PRIME-MD sesuai dengan kondisi klinis mereka dan untuk mengecualikan keberadaan episode MD sebelumnya.</p> | | <p>Hasil Berdasarkan hasil ini menunjukkan bahwa jenis kelamin, dan status pernikahan bercerai (janda) dan disertai kehilangan efektifitas yang positif setelah terkena SKA pertama kali beresiko tinggi terkena depresi. (Tomarken et al., 2004; Gerra et al., 2014) menyatakan bahwa pasien tersebut mendapatkan perawatan yang berbeda ketika menghadapi gangguan depresi.</p> |
| 2 | <p>Peneliti :Nathalie Moise. Et al. Tahun : 2019 Judul : Rasional, desain, dan data dasar untuk uji</p> | <p>Sampel: Pasien direkrut dari 4 situs di wilayah geografis beragam Amerika Serikat: HealthPartners (Minneapolis, MN); Sistem Kesehatan Universitas Duke</p> | <p>Jenis Intervensi: - Durasi: 60 menit. Frekuensi: esensi awalnya terjadi setiap minggu, dengan setiap sesi berlangsung hingga 60 menit. Perawatan ditingkatkan sesuai</p> | | <p>Hasil: Sebanyak 1500 pasien diacak dalam uji coba CODIACS-QOL (28,3% perempuan; 16,3% Hispanik; usia rata-rata 65,9 (11,5) tahun). Hanya 7% dari</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>klinis acak multisenter yang membandingkan strategi skrining depresi setelah sindrom koroner akut: Perbandingan identifikasi depresi setelah sindrom koroner akut-Kualitas Hidup dan Hasil Biaya (CODIACS-QOL).</p> <p>Jenis Jurnal: Uji Klinis Kontemporer.</p> <p>Jenis Metodologi Penelitian: uji F menggunakan ANOVA. Pasien diacak dalam rasio 1: 1: 1 untuk satu dari tiga kelompok: Tempat:Kolumbia</p> | <p>(Durham, NC); Kaiser Permanente Northwest (Portland, OR); dan Presbyterian Rumah Sakit New York / Pusat Medis Universitas Irving Columbia (New York, NY).</p> <p>Kriteria Inklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mendokumentasikan ACS dalam 2-12 bulan pendaftaran berdasarkan standar internasional Klasifikasi Penyakit, Edisi Kesembilan (ICD-9) atau kode pembuangan ICD-10 untuk MI akut dan angina tidak stabil. - usia saat pengacakan ≥ 21 tahun; dan. - akses ke telepon. <p>Kriteria Eksklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (dilaporkan sendiri atau berbasis ESDM): bahasa utama bukan bahasa Inggris atau Spanyol (hanya laporan sendiri). - penerimaan pengobatan depresi saat ini, riwayat depresi yang lalu (dilaporkan sendiri atau EMR); penyakit terminal (harapan hidup < 1 tahun). - riwayat gangguan bipolar sebelumnya atau saat ini, risiko bunuh diri, atau psikosis; penyalahgunaan zat saat ini; demensia; kehamilan saat ini; radang sendi berat / reumatologis. - penyakit; penyakit hati lanjut yang sering membutuhkan rawat | <p>dengan algoritma. Ketika gejala depresi membaik, frekuensi sesi berkurang menjadi setiap 2 minggu, dan jika kemajuan berlanjut, frekuensinya semakin berkurang.</p> <p>Instrumen :depresi menggunakan 8-item Patient Health Questionnaire (PHQ-8). Pusat 10-item untuk Depresi Studi Epidemiologi (CESD-10).</p> <p>Prosedur Pelaksanaan: Mengidentifikasi pasien yang memenuhi syarat seperti memiliki asuransi dan yang terdiagnosa SKA. Sebelumnya pasien diminta untuk mengisi kuisisioner yang dikirim melalui email dalam waktu 2-12 bulan setelah menderita SKA pertama kali. Peserta belajar bahwa penelitian ini adalah tentang memahami manfaat skrining untuk gejala depresi, dengan kata-kata yang tepat disesuaikan dengan situs. Mereka yang tidak lengkap kuesioner kelayakan on-line awal dihubungi melalui telepon untuk melengkapi kuesioner. Pasien yang menyatakan minatnya dalam penelitian dan tetap memenuhi syarat setelah menyelesaikan kuesioner kelayakan kemudian memberikan persetujuan lisan melalui telepon untuk diacak. Formulir persetujuan menegaskan kembali bahwa penelitian ini bertujuan untuk memahami manfaat skrining untuk gejala depresi yang meningkat pada pasien jantung. Pada saat ini, mereka juga mengisi</p> | <p>penderita ACS yang mengalami gejala depresi yang meningkat.</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| | | <p>inap; gagal jantung lanjut seperti New York Heart Association kelas IV yang membutuhkan transplantasi jantung atau mekanik</p> <p>- alat; penyakit paru-paru lanjut yang membutuhkan oksigen di rumah; infeksi HIV atau AIDS tingkat lanjut, atau kanker jenis apa pun.</p> <p>Jumlah: ukuran sampel n = 500 pada setiap kelompok pengacakan untuk ukuran sampel keseluruhan n = 1500.</p> <p>Tehnik Sampling: -</p> | <p>kuesioner dasar yang mencakup usia, jenis kelamin, ras, etnis, negara kelahiran, pendidikan, bahasa, status mitra, dan cakupan asuransi kesehatan.</p> | | |
| 3 | <p>Peneliti: Carolina Casanova Meneghett. Et al.</p> <p>Tahun : 2017</p> <p>Judul: Skrining untuk gejala kecemasan dan depresi pada pasien yang dirawat di rumah sakit universitas dengan sindrom koroner akut.</p> <p>Jenis Jurnal: Psikiatri dan Psikoterapi.</p> <p>Jenis Metodologi Penelitian: studi</p> | <p>Sampel: 91 pasien dirawat di rumah sakit dari Mei hingga Oktober 2015 dengan sindrom koroner akut (AMI atau angina tidak stabil).</p> <p>Kriteria Inklusi: Pasien-pasien ini dirawat oleh tim kardiologi di PUCRS HSL, dianggap stabil oleh tim perawatan, dan dinilai setidaknya 48 jam setelah masuk rumah sakit oleh penilai medis yang merupakan penduduk psikiatri.</p> <p>Kriteria Eksklusi: - diagnosis retardasi mental sedang atau berat (gangguan ICD F71 atau F72) - menunjukkan kesulitan kognitif</p> | <p>Jenis Intervensi: Durasi: Mei hingga Oktober 2015.</p> <p>Frekuensi: -</p> <p>Instrumen : Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS)</p> <p>Prosedur Pelaksanaan : -</p> | | <p>Hasil: Kesimpulan: Kecemasan dan depresi adalah gangguan yang lebih umum di antara pasien dengan sindrom koroner akut daripada populasi umum, tetapi mereka umumnya kurang terdiagnosis dan kurang diobati. Pasien dengan kecemasan dan depresi secara bersamaan memiliki skor yang lebih tinggi pada HADS untuk kecemasan dan depresi dan oleh karena itu memerlukan perawatan yang lebih intensif.</p> <p>Analisis Data: uji chi-square atau uji Fisher, uji t, uji Whitney.</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| | prevalensi cross-sectional Tempat: | pada saat instrumen diberikan, berusia kurang dari 18 tahun (pada tanggal mereka diminta untuk menandatangani formulir persetujuan bebas dan informasi), atau menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Jumlah: - Tehnik Sampling | | | |
| 4 | Peneliti: Muchi Ditah Chobufo et al. Tahun : 2019 Judul : Tren 10 tahun dalam prevalensi dan prediktor depresi di antara pasien dengan gagal jantung di AS dari 2007-2016. Jenis Jurnal: Jurnal Internasional Kardiologi. Jenis Metodologi Penelitian: Tes chi square. Tempat: Amerika Serikat | Sampel: Kriteria Inklusi: Termasuk dalam penelitian kami peserta berusia 20–80 tahun dengan diagnosis gagal jantung. Kriteria Ekslusi: Kuisisioner PHQ-9 tidak diberikan kepada peserta yang membutuhkan proxy untuk penyelesaian. Jumlah: informasi dari sekitar 5.000 orang di 15 negara setiap tahun. Tehnik Sampling: desain pengambilan sampel probabilitas bertingkat | Jenis Intervensi: Durasi: 2007 hingga 2016 Frekuensi: Instrumen : Kuisisioner skrining depresi PHQ-9 Prosedur Pelaksanaan: Peserta diwawancarai di rumah mereka untuk memastikan karakteristik demografis. Ini diikuti oleh administrasi kuisisioner kesehatan pasien (PHQ-9) di pusat pemeriksaan seluler (MEC) untuk peserta yang memenuhi syarat. Termasuk dalam penelitian kami adalah peserta berusia 20-80 tahun dengan diagnosis gagal jantung. Karena sifat sensitif pertanyaan, kuisisioner PHQ-9 tidak diberikan kepada peserta yang membutuhkan proxy untuk penyelesaian. PHQ-9 telah divalidasi sebagai alat skrining yang akurat untuk depresi dengan skor ≥ 10 memiliki sensitivitas dan spesifisitas 88% di seluruh populasi studi yang berbeda untuk diagnosis depresi. | | Hasil : Lebih dari 1 dari 6 pasien berbasis komunitas dengan HF menderita depresi dengan wanita, individu berusia 60 tahun, tidak pernah menikah, dan orang dengan status sosial ekonomi rendah memikul beban yang lebih tinggi secara tidak proporsional Analisis Data : analisis multivariat |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| 5 | <p>Peneliti : Xiaolin Hu. et al.</p> <p>Tahun : 2016</p> <p>Judul : Pengaruh program dukungan multidisiplin untuk pengasuh keluarga pasien dengan gagal jantung pada beban pengasuh, kualitas hidup, dan depresi: Sebuah studi terkontrol secara acak.</p> <p>Jenis Jurnal: Jurnal Internasional Studi Keperawatan.</p> <p>Jenis Metodologi Penelitian: Desain acak terkontrol dengan tindakan berulang digunakan dalam penelitian ini.</p> <p>Tempat : Cina</p> | <p>Sampel :</p> <p>Kriteria Inklusi: Kriteria inklusi untuk pasien adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosis primer gagal jantung kronis selama minimal 6 bulan. - lebih dari 18 tahun - tinggal di Chengdu, dan - mampu memahami dan berbicara bahasa Cina. <p>Kriteria inklusi untuk pengasuh adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> - berusia lebih dari 18 tahun. - menjadi pengasuh keluarga utama (dengan waktu pengasuhan terlama di antara anggota keluarga). - tinggal di Chengdu, dan. - kemampuan untuk memahami dan berbicara bahasa Cina <p>Kriteria Eksklusi: Kriteria eksklusi untuk pasien termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dengan gangguan mental. - pasien yang tidak memiliki pengasuh keluarga utama yang setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, dan. - pasien dengan komorbiditas berat (mis. kanker, stroke, dan gagal ginjal dikeluarkan untuk menghindari hasil yang membingungkan karena beban pengasuh yang berat dari penyakit ini). Setiap pasien | <p>Jenis Intervensi:</p> <p>Durasi: tiga sesi 60 menit kelas kelompok, tiga 30 menit kelompok dukungan sebaya sesi.</p> <p>Frekuensi: Kelas kelompok dilakukan minggu kedua, keempat, dan keenam setelah keluar. untuk 3 bulan</p> <p>Instrumen : Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah: (1) a survei demografis, (2) ZBI, (3) Short Form-36 (SF-36), dan (4) Pusat Studi Epidemiologi Skala Depresi (CES-D)</p> <p>Prosedur Pelaksanaan: Peserta dalam kelompok eksperimen menerima program dukungan multidisiplin 3 bulan, yang terdiri dari tiga sesi kelas kelompok selama 60 menit, tiga kelompok dukungan sebaya 30 menit, dan tindak lanjut serta konsultasi telepon reguler, sementara peserta dalam kelompok kontrol menerima biasa hanya peduli. Hasil adalah beban pengasuh, kualitas hidup, dan depresi. Data dikumpulkan pada awal, post-test (3 bulan setelah pulang), dan 3 bulan setelah post-test (6 bulan setelah keluar). Analisis varians pengukuran berulang digunakan untuk</p> | <p>Hasil: Berdasarkan hasil Program dukungan multidisipliner untuk pengasuh pasien gagal jantung memiliki efek positif dan memberikan perspektif unik dari intervensi yang mempertimbangkan budaya dan kebiasaan Tiongkok.</p> <p>Analisis Data : Analisis Chisquare dan Fischer. ANOVA</p> |
|---|--|---|---|---|

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| | | <p>diminta untuk mengidentifikasi satu pengasuh keluarga untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.</p> <p>Kriteria pengecualian untuk pengasuh termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pengasuh yang dibayar. - pengasuh dengan gangguan kognitif berat. - pengasuh dengan komorbiditas berat, seperti stroke, kanker, dan gangguan kesehatan mental, dan. - pengasuh yang telah menerima intervensi pengasuh lainnya (dikecualikan untuk menghindari mengganggu hasil, misalnya pendidikan, pelatihan keterampilan, dan tindak lanjut berbasis telepon) <p>Jumlah: Sebanyak 118 peserta secara acak menjadi eksperimental (n = 59) dan kelompok kontrol (n = 59) dari Mei hingga Desember 2014 di satu rumah sakit di Chengdu, People's Republik Cina.</p> <p>Sampling Teknik:</p> | menguji efek kelompok, perubahan dari waktu ke waktu, dan interaksi kelompok waktu pada variabel hasil. | | |
| 6 | <p>Peneliti : I. Sokoreli, JJG de Vrie. et al.</p> <p>Tahun : 2016</p> <p>Judul : Depresi sebagai faktor prognostik</p> | <p>Sampel: - Kriteria Inklusi: usia > 18 tahun; rawat inap untuk WHF; pengobatan dengan loop diuretik; dan setidaknya salah satu dari yang berikut: fraksi ejeksi ventrikel kiri \leq 40%, dimensi</p> | <p>Jenis Intervensi: - Durasi: Karakteristik pasien yang berpartisipasi dalam penelitian antara 14/10/2012 dan 16/06/2015 dan yang menyelesaikan kuesioner HADS-D. Tindak lanjut disensor pada 13/07/2015.</p> | | <p>Hasil: Depresi sangat terkait dengan hasil yang merugikan pada tahun berikutnya setelah dikeluarkan setelah masuk ke rumah sakit karena memburuknya gagal jantung. Asosiasi hanya sebagian</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| | <p>independen untuk semua penyebab kematian setelah masuk rumah sakit karena memburuknya gagal jantung.</p> <p>Jenis Jurnal: Jenis Metodologi Penelitian: studi observasional. Tempat : London</p> | <p>atrium kiri > 4,0 cm atau NT-ProBNP > 400 pg / ml (jika dalam irama sinus) atau > 1200 pg / ml (jika dalam fibrilasi atrium).</p> <p>Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak dapat memahami dan mematuhi protokol atau tidak mampu atau tidak mau memberikan persetujuan diinformasikan dikeluarkan dari penelitian.</p> <p>Jumlah : 242 peserta Tehnik Sampling : -</p> | <p>Frekuensi: Instrumen : Depresi dinilai oleh Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS-D) daftar pertanyaan. Komorbiditas dinilai oleh Charlson Komorbiditas Indeks (CCI). Prosedur Pelaksanaan: -</p> | | <p>dijelaskan oleh tingkat keparahan HF atau komorbiditas. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menunjukkan apakah pengakuan dan pengobatan depresi meningkatkan hasil pasien</p> <p>Analisis Data : -</p> |
| 7 | <p>Peneliti: Yongil Cho. et al. Tahun : 2019 Judul : Status sosioekonomi dan depresi sebagai faktor risiko gabungan untuk infark miokard akut dan stroke: Sebuah studi berbasis populasi terhadap 2,7 juta orang dewasa Korea. Jenis Jurnal : Jurnal Penelitian Psikosomatik Jenis Metodologi Penelitian : studi kohort berbasis populasi.</p> | <p>Sampel: Subyek termasuk 10.708.480 orang dewasa berusia 20 tahun atau lebih yang data skrining kesehatannya diperoleh pada tahun 2004 dan 2005.</p> <p>Kriteria Inklusi: - Kami menetapkan periode inklusi penelitian kohort retrospektif ini menjadi 2 tahun, mengingat terjadinya tumpang tindih pasien, karena pemeriksaan kesehatan nasional yang dilakukan oleh NHIS dilakukan setiap dua tahun untuk setiap orang. - Setelah stratifikasi berdasarkan jenis kelamin dan usia dengan interval 10 tahun, 30% pasien di setiap strata diambil secara acak.</p> <p>Kriteria Eksklusi: - Subjek yang data pemeriksaan</p> | <p>Jenis Intervensi: Kami melakukan penelitian berbasis populasi menggunakan database Layanan Asuransi Kesehatan Nasional (NHIS) di Korea Selatan dari 2002 hingga 2016 (NHIS-2018-1-139). Durasi: 2002-2016. Frekuensi: - Instrumen : Database Layanan Asuransi Kesehatan Nasional (NHIS). Prosedur Pelaksanaan: NHIS adalah asuransi nasional yang mencakup sekitar 50 juta orang. Basis data NHIS mencakup data demografis, premi berbasis pendapatan, riwayat medis rawat inap dan rawat jalan, data skrining kesehatan, dan tanggal kematian. Data klaim untuk penggunaan medis termasuk diagnosis yang diklasifikasikan oleh</p> | | <p>Hasil: Subjek dengan SES rendah dan depresi menunjukkan risiko tertinggi. Baik SES dan depresi harus dipertimbangkan dalam penilaian risiko kardiovaskular, terutama pada individu dengan depresi yang memiliki SES rendah. Analisis Data: tes chi-square, analisis regresi hazard proporsional Cox.</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| | <p>Tempat : Korea Selatan.</p> | <p>kesehatan atau pendapatannya hilang dikeluarkan. Tanggal indeks didefinisikan sebagai tanggal ketika subjek melakukan layar kesehatan. Kami menentukan periode pembersihan untuk mengatur kasus insiden dari hasil. Periode pencucian didefinisikan sebagai periode antara 1 Januari 2002, tanggal mulai penelitian, dan tanggal indeks.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subjek yang ditugaskan penyakit jantung koroner (ICD-10: I20-25) atau stroke (ICD-10: I60-64) - kode diagnostik setidaknya satu kali selama periode pencucian dikeluarkan. Selain itu, subjek dengan data kematian yang hilang dikeluarkan. <p>Jumlah : - Subjek termasuk 10.708.480.</p> <p>Sampling Tehnik : -</p> | <p>Klasifikasi Penyakit Internasional, kode revisi ke-10 (ICD-10), resep obat, operasi, dan perawatan lainnya. Kesehatan nasional skrining disediakan oleh NHIS dua tahun sekali dan terdiri dari pemeriksaan fisik, tes darah, rontgen dada, dan kuesioner untuk mengumpulkan riwayat kesehatan pasien. Basis data NHIS hanya dapat diakses dari komputer di lokasi yang ditentukan dan data tidak dapat diekspor untuk melindungi informasi pribadi pasien. Selain itu, informasi apa pun yang mengidentifikasi seseorang telah dihapus dan diganti dengan kode anonim.</p> | | |
|--|---|---|---|--|--|

B. Pembahasan

Penyakit kardiovaskuler dan depresi adalah dua masalah kesehatan umum pada jutaan orang di seluruh dunia. Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa depresi adalah faktor risiko penyakit jantung yang signifikan pada kasus baru dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas penyakit jantung. Berbagai penelitian telah mempelajari mekanisme hubungan depresi dengan penyakit jantung, termasuk ketidakseimbangan aksis hipotalamus-pituitari-adrenal, gangguan irama jantung, inflamasi, hiperkoagulabilitas, dan efek perilaku. Morbiditas dan mortalitas akibat penyakit kardiovaskuler masih sering dikaitkan dengan pengobatan depresi.

Depresi merupakan salah satu masalah psikososial pada pasien penyakit jantung yang harus dicegah kejadiannya karena menjadi faktor yang paling mempengaruhi kualitas hidup pasien. Hal ini mungkin juga berhubungan dengan peningkatan rekurensi pada pasien depresi. Peningkatan rekurensi penyakit jantung berhubungan dengan adanya serotonin yang tersimpan dalam platelet yang meningkat pada pasien depresi (Sanner, Frazier, & Udtha, 2013). Lebih lanjut menurut Libby dan Th  roux, (2005) Platelet serotonin dapat menstimulasi agregasi platelet lebih lanjut pada vaskuler yang mengalami injury pada pasien penyakit jantung dan berkontribusi terhadap perkembangan thrombosis. Thrombosis yang terbentuk dapat menimbulkan sumbatan baru pada arteri koroner sehingga dapat menyebabkan terjadinya serangan baru atau rekurensi.

Upaya pencegahan terhadap penyakit jantung perlu dilakukan secara holistik atau menyeluruh mengingat permasalahan yang dialami oleh pasien penyakit jantung pasca serangan akut berdampak terhadap berbagai aspek kehidupan penderita meliputi fisik, psikologis dan spiritual (Nuraeni, Mirwanti, Anna, & Prawesti, 2016). Upaya mencegah terulangnya kembali serangan akut penyakit jantung dilakukan dengan

pengaturan gaya hidup sehat, meliputi pola diet, menghentikan kebiasaan merokok, melakukan pembatasan aktivitas, serta pengendalian stress dan kecemasan. Pengaturan gaya hidup sehat terkait dengan permasalahan fisik pada pasien penyakit jantung sudah banyak mendapatkan perhatian di pusat pelayanan kesehatan, namun demikian aspek psikologis atau psikososial masih kurang diperhatikan terutama oleh perawat sebagai pemberi layanan kesehatan.

Permasalahan psikososial pada pasien penyakit jantung menjadi hal yang sangat penting untuk diperhatikan. Beberapa literatur serta penelitian menunjukkan hubungan yang sangat erat antara masalah psikososial dan penyakit jantung . Gustad, Laugsand, Janszky, Dalen, dan Bjerkeset (2014) menyatakan bahwa pasien dengan penyakit jantung seringkali mengalami cemas dan depresi. Sedangkan kejadian cemas dan depresi pada pasien penyakit jantung dapat menimbulkan permasalahan yang lebih buruk bagi penderitanya, sebagai akibat dari respon fisiologis yang menyertainya. Hal ini dijelaskan oleh Lewis, Heitkemper, dan Dirksen (2010) bahwa kedua masalah tersebut dapat memengaruhi jantung secara langsung karena dapat meningkatkan kebutuhan oksigen jantung dan meningkatkan beban kerja jantung. Permasalahan psikososial yang dapat meningkatkan rekurensi serta menurunkan kualitas hidup paling tinggi pada pasien penyakit jantung adalah depresi. Menurut Nuraeni et al (2016) depresi dapat menyebabkan kualitas hidup lebih rendah sebanyak 5,4 kali dibandingkan pasien penyakit jantung yang tidak depresi, serta kemungkinan dapat meningkatkan rekurensi karena efeknya dapat memperburuk kondisi pasien dengan penyakit jantung bahkan menurunkan kualitas hidup. Berdasarkan hal tersebut permasalahan psikososial terutama depresi perlu mendapatkan perhatian lebih baik. Pengkajian tentang faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian depresi perlu diketahui, agar upaya antisipasi maupun penanganannya dapat lebih tepat dan cepat.

Depresi pada pasien penyakit jantung memungkinkan timbulnya

masalah yang lebih berat terhadap jantung, terlepas dari kategori tingkat depresi. Depresi secara fisiologis dapat merangsang hipotalamus untuk bekerja secara langsung dalam sistem saraf otonom. Stimulasi oleh karena stress atau depresi 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 (Monahan, F. D., Sands, Neighbors, M., Marek, & Green, 2007). Selain itu cemas juga mengaktifkan hormon kortisol, lebih jelas lagi Guyton dan Hall (2007) menjelaskan bagaimana pengaruh stress fisik dan emosional mempengaruhi sistem endokrin seseorang.

Depresi pada tubuh berdasarkan uraian sebelumnya berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung dan penurunan respon imun, jika dikaitkan dengan pasien penyakit jantung kondisi ini dapat memperburuk penyakit tersebut, hal ini terjadi karena peningkatan beban kerja jantung serta peningkatan kebutuhan oksigen dapat memperburuk perfusi miokard. Lebih lanjut penurunan perfusi pada miokard dapat menyebabkan terjadinya peningkatan angina (nyeri dada), hal ini diperkuat oleh Rachmi, Nuraeni, dan Mirwanti (2015) bahwa depresi memiliki korelasi positif dengan frekuensi angina artinya semakin tinggi tingkat depresi maka pasien dengan penyakit jantung akan lebih sering mengalami angina begitu pula sebaliknya semakin sering mengalami angina maka pasien penyakit jantung akan semakin merasakan stress yang berlebihan.

Depresi secara langsung dapat memengaruhi jantung. Berawal dari stimulasi sistem saraf simpatis kemudian akan meningkatkan heart rate (HR), kecepatan konduksi melalui AV node, dan kekuatan kontraksi atrial dan ventrikel jantung serta vasokonstriksi pembuluh darah yang akan mengaktifkan sistem renin angiotensin. Kondisi tersebut akan

meningkatkan kebutuhan supply oksigen di jantung, sedangkan pasien dengan penyakit jantung memiliki gangguan dalam aliran darah koroner dengan kata lain kebutuhan oksigen yang meningkat tersebut sulit untuk terpenuhi (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010; Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2007). Efek yang muncul akibat dari gangguan pemenuhan oksigenasi dapat berupa nyeri dada, sesak, intoleransi aktivitas dan meningkatkan pula stress ataupun kecemasan yang sudah dialami sebelumnya. Lebih lanjut disebutkan bahwa depresi dapat meningkatkan reaksi inflamasi dimana reaksi ini merupakan bagian intrinsik dari timbulnya atherosclerosis dan berhubungan dengan pelepasan sitokin (C-reactive protein dan IL-1 dan IL-6) (Frasure-smith, Théroux, & Irwin, 2004), oleh Ridker, Hennekens, RoitmanJohnson, Stampfer, dan Allen (1998) disebut sebagai penanda inflamasi masih menurut Ridker, et al (1998) penanda inflamasi ini merupakan faktor yang memengaruhi dari insidensi penyakit jantung dan menurut Lindmark, Diderholm, Wallentin, & Siegbahn (2001) dapat memperburuk prognosis pasien dengan penyakit jantung. Efek buruk akibat depresi seperti yang diuraikan diatas antara lain sesak, nyeri dada, dan intoleransi aktivitas dapat meningkatkan keterbatasan fisik, frekuensi angina (nyeri dada), dan mengganggu stabilitas angina. Kondisi tersebut dapat memperburuk penyakit dan gejala yang dialami sehingga memungkinkan timbulnya persepsi yang buruk terhadap penyakit, dan rendahnya kepuasan terhadap pengobatan.

1. Penyebab depresi yang mempengaruhi penyakit jantung

a. Usia

Usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya depresi. Semakin meningkatnya usia maka risiko terjadinya depresi juga akan menjadi dua kali lipat. Hal ini disebabkan karena pada masa tersebut banyak terjadi suatu perubahan pada diri seseorang. Perubahan tersebut baik perubahan secara fisik, psikologis, ekonomi, sosial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup seorang. Dalam Muchi Ditah

Chobufo *et al.* 2019 mendapatkan hasil bahwa faktor usia merupakan hal yang utama dijumpai ketika seseorang mengalami depresi, berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini terjadi karena pada usia tersebut tahap-tahap tugas perkembangan yang penting serta peralihan dari masa kanak-kanak hingga menuju dewasa.

b. Jenis Kelamin

Beberapa peneliti menemukan bahwa gangguan mood melibatkan patologik dan system limbiks serta ganglia basalis dan hypothalamus. Dalam penelitian biopsikologi, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood. Pada wanita, perubahan hormone dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause juga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi. Penyakit fisik yang berkepanjangan sehingga menyebabkan stress dan juga dapat menyebabkan depresi. Dalam jurnal : Carolina Casanova Meneghett. *Et al.* 2017 mengatakan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh yaitu jenis kelamin terutama wanita. Depresi lebih sering terjadi 2 kali lipat pada wanita dibandingkan pria. Penyebab terjadinya perbedaan ini masih tidak diketahui, tetapi terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan. Beberapa teori tersebut menyatakan adanya hubungan produksi hormon esterogen dan progesteron, estradiol dalam tubuh, dan penurunan monoamine triptofan (NolenHoeksema S, 1990; Harlow BL et al, 2003; Moreno, 2006). Faktor fisiologi seperti perbedaan berat badan, metabolisme enzim, atau konsentrasi hormon dapat mempengaruhi farmakokinetik antidepresan pada pria dan wanita. Sehingga diharapkan dengan mempertimbangkan jenis kelamin dan efikasi dari obat antidepresan, dapat mempengaruhi pemilihan antidepresan di dunia klinis.

c. Efektivitas Positif

Pada pasien yang mengalami kehilangan efektifitas positif di hari-hari pertama setelah menderita *syndrome coronary acute* akan berada pada risiko yang lebih tinggi untuk menuju ketahap depresi, dan hal tersebut didukung oleh *literature review* yang dilakukan Paolo Ossola. *et al.* 2015 yang membahas “ faktor risiko kejadian depresi pada pasien yang pertama kali menderita sindrom koroner akut”. mengkonfirmasi penelitian sebelumnya yang mengevaluasi insiden (Marchesi et al., 2014) dan depresi non insiden setelah ACS (Lossnitzer et al., 2013). Mendapatkan respon buruk terhadap pengobatan pada pasien depresi dengan tingkat kecemasan yang tinggi (Altamura et al., 2004), sehingga menyebabkan timbulnya dampak negatif dari kecemasan. Dua penelitian sebelumnya menemukan bahwa pasien yang gelisah berada pada risiko lebih tinggi untuk mengalami depresi (Di Benedetto et al., 2007; Celano et al., 2012). Para peneliti menyimpulkan bahwa depresi awal setelah SKA memiliki peran yang penting untuk kejadian jantung berikutnya : Depresi mungkin memiliki efek positif dengan mempromosikan perilaku kesehatan yang melindungi seperti mencari pertolongan pada tanda-tanda awal penyakit, minum obat lebih teratur, dan lebih banyak menuntut dan proaktif dengan praktisi kesehatan mereka (Herrmann et al., 2000; Parker et al., 2010; Benyamini et al., 2013); (2) Setelah SKA, rasa dari depresi mulai timbul akibat khawatir dengan keadaan dan berpikir bahwa akan segera menghadapi kematian, kemudian dapat memotivasi pasien mengubah gaya hidup (Havik dan Maeland, 1988) dan secara proaktif mengurangi stres; (3) di sisi lain depresi adalah respons alami terhadap peristiwa kehidupan yang penuh tekanan, seperti SKA, dimediasi oleh gaya koping yang tidak efisien (Di Benedetto et al., 2007), dapat mempengaruhi pasien terhadap perkembangan depresi.

d. Gaya hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit, misalnya penyakit jantung juga dapat memicu kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stress dan kecemasan digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan tidur serta tidak olahraga untuk jangka waktu yang lama dapat menjadi faktor beberapa orang mengalami depresi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kecemasan dan depresi berhubungan dengan gaya hidup yang tidak sehat pada pasien berisiko penyakit jantung, seperti yang disampaikan (Kurniawan, 2013) bahwa Kurangnya aktivitas fisik merupakan salah satu faktor resiko yang dapat dimodifikasi untuk pencegahan penyakit jantung. Terdapat hubungan antara aktivitas fisik terhadap tingkat depresi terutama pada lansia. Aktivitas fisik merupakan gerakan fisik yang dilakukan oleh otot tubuh dan sistem penunjangnya. Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan pengeluaran energi. Aktivitas fisik yang kurang merupakan faktor resiko independen untuk penyakit kronis dan secara keseluruhan diperkirakan menyebabkan kematian secara global (Taylor et al., 2009) Aktivitas fisik dapat meningkatkan system metabolisme tubuh dan meningkatkan daya tahan tubuh sehingga tidak mudah terserang penyakit jantung. Penderita penyakit jantung disarankan untuk tetap melakukan aktivitas namun dengan porsi yang lebih sedikit dan program yang teratur. Aktivitas fisik yang teratur dapat mempercepat pemulihan organ jantung. Hal tersebut juga didukung oleh (Welis & Rifki, 2013) yang menyampaikan bahwa dengan beraktivitas fisik, dapat mencegah munculnya masalah kesehatan dan sekaligus menjaga agar tubuh tetap dalam kondisi sehat. Aktivitas fisik yang teratur bisa membuat bernapas lebih mudah, bernafas menjadi ringan, lancar dan segar. Aktivitas fisik memberikan

oksigen dan nutrisi ke semua sel dan jaringan tubuh. Bahkan aktivitas fisik secara teratur membantu seluruh sistem kardiovaskular, sehingga peredaran darah melalui jantung dan pembuluh darah bekerja lebih efisien. Saat jantung dan paru-paru bekerja lebih efisien, akan memiliki lebih banyak energi untuk melakukan hal-hal yang dinikmati.

e. Medikasi

Dalam penggunaan medikasi dalam kategori jangka panjang tentu saja memiliki beberapa efek samping yang sangat berdampak pada tubuh individu, efek samping tidak dirasakan secara langsung tentu saja membutuhkan waktu 10-20 tahun kedepannya. Banyak organ yang akan berdampak dari penggunaan obat jangka panjang oleh sebab itu wajib adanya seseorang dengan kondisi tertentu yang mengkonsumsi obat jangka panjang tentu saja mempunyai dosis tertentu yang diberikan oleh dokter. Salah satu yang sangat berdampak adalah jantung tak dapat dipungkiri bahwa jantung setiap harinya akan memompa darah keseluruh tubuh mulai dari yang bersih hingga yang kotor, penggunaan obat seperti antidepresan, digoskin, deuretik dll dapat menurunkan fungsi jantung, dampak tersebut dapat dilihat dari beberapa masalah penyakit jantung saat tubuh mulai memasuki usia senja seperti angina pectoris, infark miokard, aritmia bahkan gagal jantung. Dan didalam Made Widiyanti 2018 menyatakan bahwa seseorang yang mengkonsumsi antidepresan dalam jangka panjang agen ini memiliki efek samping kardiovaskular pada populasi ini termasuk hipotensi orthostatik serta takikardia akibat efek antikolinergik. Selain itu, agen ini dapat memperpanjang interval jantung. Dalam penelitian epidemiologi, peresepan *tricyclic antidepressant* memiliki keterkaitan dengan meningkatnya angka kejadian penyakit jantung dibandingkan dengan pasien yang menerima serotonin selektive reuptake inhibitors (SSRIs) atau yang tanpa terapi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Faktor yang berkontribusi terhadap penyebab depresi yang kaitannya erat mempengaruhi penyakit jantung adalah usia, jenis kelamin, efektivitas postif dan juga gaya hidup. Upaya mengurangi dampak psikologis diperlukan lagi lebih banyak penelitian lanjut untuk memahami fenomena tersebut. Sehingga bisa dihasilkan sebuah intervensi yang mampu menangani dampak.

B. Saran

Berdasarkan simpulan hasil penelitian tersebut, peneliti mengajukan beberapa saran bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, pengembangan ilmu keperawatan, dan rekomendasi untuk penelitian selanjutnya sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan

Hasil kajian literatur ini dapat dijadikan sebagai referensi dasar.

2. Keilmuan keperawatan

Hasil kajian literatur dapat menjadi dasar sarana peningkatan kompetensi bagi mahasiswa keperawatan dalam menganalisa kondisi pasien penyakit jantung yang disertai dengan depresi.

3. Penelitian selanjutnya

Hasil kajian literatur ini menjadi data dasar untuk meneliti lebih lanjut terkait dengan dampak depresi jangka panjang terhadap pasien penyakit jantung.

DAFTAR PUSTAKA

- Anies. 2017. Kolesterol dan penyakit jantung coroner Jogjakarta: AR-RUZZ MEDDIA.
- Bustan. 2000. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. RinekaCipta. Jakarta.
- Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. *State of the art review: depression, stress anxiety, and cardiovascular disease. Am J Hypertens. 2015;28:1295-302. 5.*
- Carolina Casanova Meneghett, 2017, *Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome.*
- Davidson C. 2006. Seri Kesehatan: Bimbingan Dokter pada Penyakit Jantung Koroner. Jakarta:
- Haworth JE, Moniz-Cook E, Clark a. L, Wang M, Waddington R, Cleland JGF. *Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. Eur J Heart Fail 2005;7:803–808.*
- I. Sokoreli, J.J.G de Vrie, 2016, *Depression as an independent prognostic factor for all-cause mortality after a hospital admission for worsening heart failure.*
- Kemenkes RI. Hipertensi. Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian kesehatan RI. 2014; (Jantung):1-7.
- Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, et al. *Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. Circulation. 2008;118:1768-75*
- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. *The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. Br J Health*

Psychol. 2002;7:11-21.

Morys JM, Bellwon J, Adamczyk K, Gruchala M. *Depression and anxiety in patients with coronary artery disease measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument. Kardiol Pol. 2016;74:53-60*

Muchi Ditah Chobufo, 2019, *10-Year trend in the prevalence and predictors of depression among patients with heart failure in the USA from 2007–2016.*

Pitt, Bertram & Deldin, Patricia J. (2010). "Depression and Cardiovascular Disease: European Heart Journal. Vol 31, Hlm.1036-1037.

Paolo Ossola, 2015, *Risk factors for incident depression in patients at first acute coronary syndrome.*

Sadock ,Benjamin james dan Sadock, Virginia Alcott. 2010. Gangguan ansietas. Dalam : Kaplan & Sadock buku ajar psikiatri klinis. Ed Ke- 2. EGC : Jakarta. Hal 230-233.

Smith, H. 2011. "Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction: results of a randomized, controlled trial." *Circulation* 107(17): 2201.

Wahyudi, E dan Hartati, S. 2017. Case-Based Reasoning untuk Diagnosis Penyakit Jantung ,IJCCS, Vol.11, No.1, Januari, pp. 1-10 ISSN: 1978-1520.

Xiaolin Hu, 2016, *Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: A randomized controlled study.*

Yongil Cho, 2019, *Socioeconomic status and depression as combined risk factors for acute myocardial infarction and stroke: A population-based study of 2.7 million Korean adults.*

LAMPIRAN 1

Apraisal Kritis JBI

1. Cohort Studies - ScienceDirect

| | |
|--|------------------|
| Reviewer : Stevani Lyan Hubung | Date : September |
| Author : Yongil Cho, et al | Year : 2018 |
| <i>Were the two groups similar and recruited from the same population?</i> Apakah kedua kelompok serupa dan direkrut dari Apakah kedua kelompok serupa dan direkrut dari populasi yang sama? | Yes |
| <i>Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?</i> Apakah eksposur diukur dengan cara yang sama untuk menu gaskan orang untuk kelompok yang terpapar dan tidak terpapar? | Yes |
| <i>Was the exposure measured in a valid and reliable way?</i> Apakah paparan diukur dengan cara yang valid dan dapat diandalkan? | Yes |
| <i>Were confounding factors identified?</i> Apakah faktor perancu diidentifikasi? | No |
| <i>Were strategies to deal with confounding factors stated?</i> Apakah strategi untuk menghadapi faktor perancu Apakah strategi untuk menghadapi faktor perancu dinyatakan? | No |
| <i>Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?</i> Apakah kelompok / peserta bebas dari hasil pada awal penelitian (atau saat pemaparan)? | Yes |
| <i>Were the outcomes measured in a valid and reliable way?</i> Apakah hasil diukur secara valid dan andal Apakah hasil diukur secara valid dan andal cara? | Yes |
| <i>Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?</i> Apakah waktu tindak lanjut dilaporkan dan cukup untuk dilakukan cukup lama untuk hasil terjadi? | No |
| <i>Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?</i> Sudah tindak lanjut lengkap, dan jika tidak, adalah alasan untuk itu mangkir untuk dijelaskan dan dieksplorasi? | No |
| <i>Were strategies to address incomplete follow up utilized?</i> Apakah strategi untuk mengatasi tindak lanjut yang tidak lengkap dimanfaatkan? | Yes |
| <i>Was appropriate statistical analysis used?</i> | Yes |

| | |
|--|--|
| Apakah analisis statistik yang sesuai digunakan? | |
|--|--|

**Apraisal Kritis
JBI**

2. Cross Sectional Studies

| | |
|---|--------------|
| Reviewer : Stevani Lyan Hubung | Date : Maret |
| Author : Carolina Casanova, et al | Year : 2017 |
| <i>Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?</i> Apakah kriteria untuk dimasukkan dalam sampel jelas Apakah kriteria untuk dimasukkan dalam sampel jelas didefinisikan? | Yes |
| <i>Were the study subjects and the setting described in detail?</i> Apakah subjek penelitian dan latar yang dijelaskan dalam detail? | Yes |
| <i>Was the exposure measured in a valid and reliable way?</i> Apakah paparannya diukur secara valid dan andal Apakah paparannya diukur secara valid dan andal cara? | Yes |
| <i>Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?</i> Objektif, kriteria standar digunakan untuk Objektif, kriteria standar digunakan untuk pengukuran kondisi? | Yes |
| <i>Were confounding factors identified?</i> Apakah faktor perancu diidentifikasi? | No |
| <i>Were strategies to deal with confounding factors stated?</i> Apakah strategi untuk menghadapi faktor perancu Apakah strategi untuk menghadapi faktor perancu dinyatakan? | No |
| <i>Were the outcomes measured in a valid and reliable way?</i> Apakah hasil diukur secara valid dan andal Apakah hasil diukur secara valid dan andal cara? | Yes |
| <i>Was appropriate statistical analysis used?</i> Apakah analisis statistik yang sesuai digunakan? | Yes |

**Aprasial Kritis
JBI**

3. Cohort Studies - Scopus

| | |
|---|------------------|
| Reviewer : Stevani Lyan Hubung | Date : September |
| Author : Yongil Cho, et al | Year : 2018 |
| <i>Were the two groups similar and recruited from the same population?</i> Apakah kedua kelompok serupa dan direkrut dari Apakah kedua kelompok serupa dan direkrut dari populasi yang sama? | Ye |
| <i>Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?</i> Apakah eksposur diukur dengan cara yang sama untuk menugaskan orang untuk kelompok yang terpapar dan tidak terpapar? | Yes |
| <i>Was the exposure measured in a valid and reliable way?</i> Apakah paparan diukur dengan cara yang valid dan dapat diandalkan? | No |
| <i>Were confounding factors identified?</i> Apakah faktor perancu diidentifikasi? | No |
| <i>Were strategies to deal with confounding factors stated?</i> Apakah strategi untuk menghadapi faktor perancu Apakah strategi untuk menghadapi faktor perancu dinyatakan? | No |
| <i>Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?</i> Apakah kelompok / peserta bebas dari hasil pada awal penelitian (atau saat pemaparan)? | Yes |
| <i>Were the outcomes measured in a valid and reliable way?</i> Apakah hasil diukur secara valid dan andal Apakah hasil diukur secara valid dan andal cara? | Yes |
| <i>Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?</i> Apakah waktu tindak lanjut dilaporkan dan cukup untuk dilakukan cukup lama untuk hasil terjadi? | Yes |
| <i>Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?</i> Sudah tindak lanjut lengkap, dan jika tidak, adalah alasan untuk itu mangkir untuk dijelaskan dan dieksplorasi? | No |
| <i>Were strategies to address incomplete follow up utilized?</i> Apakah strategi untuk mengatasi tindak lanjut yang tidak lengkap dimanfaatkan? | Yes |
| <i>Was appropriate statistical analysis used?</i> | Yes |

| | |
|--|--|
| Apakah analisis statistik yang sesuai digunakan? | |
|--|--|

**Aprasial Kritis
JBI**

4. Randomized Controlled Study - ScienceDirect

| | |
|--|-----------------|
| Reviewer : Stevani Lyan Hubung | Date : Februari |
| Author : Xiaolin Hu, et al | Year : 2016 |
| Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups? <i>Apakah benar pengacakan digunakan untuk penugasan peserta untuk pengobatan kelompok?</i> | Yes |
| Was allocation to treatment groups concealed? <i>Apakah alokasi untuk kelompok perlakuan dirahasiakan?</i> | Yes |
| Were treatment groups similar at the baseline? <i>Apakah kelompok perlakuan serupa pada awal?</i> | Yes |
| Were participants blind to treatment assignment? <i>Apakah peserta tidak mengetahui tugas perawatan?</i> | Yes |
| Were those delivering treatment blind to treatment assignment? <i>Apakah mereka yang memberikan pengobatan buta terhadap tugas perawatan?</i> | No |
| Were outcomes assessors blind to treatment assignment? <i>Apakah penilai hasil buta terhadap tugas pengobatan?</i> | No |
| Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest? <i>Apakah kelompok perlakuan diperlakukan secara identik selain dari intervensi bunga?</i> | Yes |
| Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed? <i>Apakah tindak lanjutnya lengkap dan jika tidak, ada perbedaan antar kelompok di ketentuan tindak lanjutnya dijelaskan dan dianalisis secara memadai?</i> | Yes |
| Were participants analyzed in the groups to which they were randomized? <i>Apakah peserta dianalisis dalam kelompok yang diacak?</i> | Yes |
| Were outcomes measured in the same way for treatment groups? <i>Apakah hasil diukur dengan cara yang sama untuk kelompok perlakuan?</i> | Yes |
| Were outcomes measured in a reliable way? <i>Apakah hasil diukur dengan cara yang dapat diandalkan?</i> | Yes |
| Was appropriate statistical analysis used? <i>Apakah analisis statistik yang sesuai digunakan?</i> | Yes |
| Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard | No |

| | |
|--|--|
| RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial? <i>Apakah desain percobaan sesuai, dan penyimpangan apapun dari RCT standar desain (pengacakan individu, kelompok paralel) diperhitungkan dalam pelaksanaan dan analisis uji coba?</i> | |
|--|--|

**Aprasial Kritis
JBI**

5. Randomized Controlled Study - ScienceDirect

| | |
|--|--------------|
| Reviewer : Stevani Lyan Hubung | Date : April |
| Author : Nathalie Moise, et al | Year : 2019 |
| Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups? <i>Apakah benar pengacakan digunakan untuk penugasan peserta untuk pengobatan kelompok?</i> | Yes |
| Was allocation to treatment groups concealed? <i>Apakah alokasi untuk kelompok perlakuan dirahasiakan?</i> | Yes |
| Were treatment groups similar at the baseline? <i>Apakah kelompok perlakuan serupa pada awal?</i> | Yes |
| Were participants blind to treatment assignment? <i>Apakah peserta tidak mengetahui tugas perawatan?</i> | Yes |
| Were those delivering treatment blind to treatment assignment? <i>Apakah mereka yang memberikan pengobatan buta terhadap tugas perawatan?</i> | Yes |
| Were outcomes assessors blind to treatment assignment? <i>Apakah penilai hasil buta terhadap tugas pengobatan?</i> | No |
| Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest? <i>Apakah kelompok perlakuan diperlakukan secara identik selain dari intervensi bunga?</i> | Yes |
| Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed? <i>Apakah tindak lanjutnya lengkap dan jika tidak, ada perbedaan antar kelompok di ketentuan tindak lanjutnya dijelaskan dan dianalisis secara memadai?</i> | Yes |
| Were participants analyzed in the groups to which they were randomized? <i>Apakah peserta dianalisis dalam kelompok yang diacak?</i> | Yes |
| Were outcomes measured in the same way for treatment groups? <i>Apakah hasil diukur dengan cara yang sama untuk kelompok perlakuan?</i> | Yes |
| Were outcomes measured in a reliable way? <i>Apakah hasil diukur dengan cara yang dapat diandalkan?</i> | Yes |
| Was appropriate statistical analysis used? | Yes |

| | |
|---|----|
| <i>Apakah analisis statistik yang sesuai digunakan?</i> | |
| Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial? | No |
| <i>Apakah desain percobaan sesuai, dan penyimpangan apa pun dari RCT standar desain (pengacakan individu, kelompok paralel) diperhitungkan dalam pelaksanaan dan analisis uji coba?</i> | |

**Apraisal Kritis
JBI**

6. Systematic review - Science Direct

| | |
|--|----------------|
| Reviewer : Stevani Lyan Hubung | Date : Januari |
| Author : Paolo Ossola, et al | Year : 2015 |
| <i>Is the review question clearly and explicitly stated?</i> | Yes |
| Apakah pertanyaan ulasan dinyatakan dengan jelas dan eksplisit? | |
| <i>Were the inclusion criteria appropriate for the review question?</i> | Yes |
| Apakah kriteria inklusi sesuai untuk peninjauan pertanyaan? | |
| <i>Was the search strategy appropriate?</i> | Yes |
| Apakah strategi pencarian sesuai? | |
| <i>Were the sources and resources used to search for studies adequate?</i> | Yes |
| Apakah sumber dan sumber daya yang digunakan untuk mencari studi yang memadai? | |
| <i>Were the criteria for appraising studies appropriate?</i> | Yes |
| Apakah kriteria untuk menilai studi sesuai? | |
| <i>Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?</i> | Yes |
| Apakah penilaian kritis dilakukan oleh dua atau lebih pengulas secara mandiri? | |
| <i>Were there methods to minimize errors in data extraction?</i> | Yes |
| Adakah metode untuk meminimalkan kesalahan dalam data ekstraksi? | |
| <i>Were the methods used to combine studies appropriate?</i> | Yes |
| Apakah metode yang digunakan untuk menggabungkan studi sesuai? | |
| <i>Was the likelihood of publication bias assessed?</i> | Yes |
| Apakah kemungkinan bias publikasi dinilai? | |
| <i>Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?</i> | Yes |
| Apakah rekomendasi untuk kebijakan dan/ atau praktik didukung oleh data yang dilaporkan? | |
| <i>Were the specific directives for new research appropriate?</i> | Yes |

| | |
|--|--|
| Apakah arahan khusus untuk penelitian baru sesuai? | |
|--|--|

**Aprasial Kritis
JBI**

7. Cohort Studies - ScienceDirect

| | |
|--|------------------|
| Reviewer : Stevani Lyan Hubung | Date : September |
| Author : Yongil Cho, et al | Year : 2018 |
| <i>Were the two groups similar and recruited from the same population?</i> Apakah kedua kelompok serupa dan direkrut dari Apakah kedua kelompok serupa dan direkrut dari populasi yang sama? | Yes |
| <i>Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?</i> Apakah eksposur diukur dengan cara yang sama untuk menu gaskan orang untuk kelompok yang terpapar dan tidak terpapar? | Yes |
| <i>Was the exposure measured in a valid and reliable way?</i> Apakah paparan diukur dengan cara yang valid dan dapat diandalkan? | Yes |
| <i>Were confounding factors identified?</i> Apakah faktor perancu diidentifikasi? | Yes |
| <i>Were strategies to deal with confounding factors stated?</i> Apakah strategi untuk menghadapi faktor perancu Apakah strategi untuk menghadapi faktor perancu dinyatakan? | Yes |
| <i>Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?</i> Apakah kelompok/ peserta bebas dari hasil pada awal penelitian (atau saat pemaparan)? | Yes |
| <i>Were the outcomes measured in a valid and reliable way?</i> Apakah hasil diukur secara valid dan andal Apakah hasil diukur secara valid dan andal cara? | Yes |
| <i>Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?</i> Apakah waktu tindak lanjut dilaporkan dan cukup untuk dilakukan cukup lama untuk hasil terjadi? | Yes |
| <i>Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?</i> Sudah tindak lanjut lengkap, dan jika tidak, adalah alasan untuk itu mangkir untuk dijelaskan dan dieksplorasi? | Yes |
| <i>Were strategies to address incomplete follow up utilized?</i> | Yes |

| | |
|--|-----|
| Apakah strategi untuk mengatasi tindak lanjut yang tidak lengkap dimanfaatkan? | |
| <i>Was appropriate statistical analysis used?</i> | Yes |
| Apakah analisis statistik yang sesuai digunakan? | |

Lampiran 2

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

STEVANI LYAN HUBUNG dilahirkan di Kabupaten Kutai Barat di Long Daliq Kecamatan Long Iram pada tanggal 29 september 1997. Anak keempat dari lima bersaudara pasangan dari bapak F.L. Stevanus dan ibu Paulina Ding. Penulis menyelesaikan pendidikan diantaranya SDN 009 Long Daliq dan tamat tahun 2008, dan kemudian penulis melanjutkan pendidikan sekolah menengah pertama di SMPK 3 Tering dan selesai pada tahun 2011. Dan pada tahun yang sama penulis melanjutkan pendidikan Sekolah Menengah Atas di SMK Kesehatan Samarinda dan selesai pada tahun 2014. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan di program studi D3 Akademi Keperawatan Dirgahayu Samarinda dan menyelesaikan pendidikan D3 pada tahun 2017. Dan setelah itu penulis melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Wiyata Husada Samarinda hingga pada tahun 2019 dan hingga saat ini penulis melanjutkan pendidikan profesi NERS.

Dengan semangat dan motivasi dari orang-orang terdekat untuk terus belajar serta menambah wawasan dengan ilmu pengetahuan yang setiap waktu mengalami perkembangan dan didukung dengan kemajuan teknologi di era saat ini. Dengan kesempatan ini penulis mengucapkan Puji Syukur yang sangat luar biasa karena hingg dapat mencapai titik ini dan dapat menyelesaikan Laporan Stase Keperawatan Komunitas dan Keluarga. Semoga dengan adanya laporan ini dapat memberikan hal yang positive terhadap komunitas keperawatan.

Lampiran 3

Penyebab Depresi Pada Pasien Jantung Yang Sedang Mendapatkan Perawatan Intensive : Literatur Review

Stevani Lyan Hubung¹, Chrisylen Damanik², Annisa Ain³

¹Mahasiswa Program Profesi Ners, Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda, Jl. Kadrie OeningNo. 77, Samarinda, Kalimantan Timur
Email: Stevanilyanhubung101@student.stikeswhs.ac.id

²Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda
Jl. Kadrie OeningNo. 77, Samarinda, Kalimantan Timur
Email: Chrisyendamanik@stikeswhs.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang : Salah satu aspek psikologis, yaitu depresi yang terjadi pada pasien jantung sering ditunjukkan dengan berbagai aspek psikososial seperti stres akibat kehidupan yang dijalannya setiap hari, ketidakpatuhan terhadap pengobatan, tidak mematuhi petunjuk diet, tidak mau melakukan aktivitas fisik dan kurangnya dukungan keluarga. Depresi merupakan kelompok gangguan yang termasuk dalam gangguan mood yang mengakibatkan penurunan kualitas hidup serta mencetuskan, memperberat atau memperlambat penyakit fisik seseorang. **Tujuan :** Untuk mengetahui penyebab depresi pada pasien jantung yang sedang mendapatkan perawatan intensif. **Metode :** Penelitian *literatur review* dengan sumber *online database* dari mesin pencarian *Scopus, Sciencedirect dan Pumed* dalam kurun waktu 2015-2020, menggunakan kata kunci *Factors dan Cardiovascular Diseses*. **Hasil :** Didapatkan 470 jurnal, diseleksi menggunakan *scimagojr.com*, kriteria inklusi-eksklusi, melalui penilaian *prisma checklist* dan *JBI critical clearens* dan didapatkan 7 jurnal akhir. **Kesimpulan :** Faktor yang berkontribusi terhadap penyebab depresi yang kaitannya erat mempengaruhi penyakit jantung adalah usia, jenis kelamin, efektivitas positif dan juga gaya hidup. Upaya mengurangi dampak psikologis diperlukan lagi lebih banyak penelitian lanjut untuk memahami fenomena tersebut. Sehingga bisa dihasilkan sebuah intervensi yang mampu menangani dampak.

Kata Kunci : Faktor, Depresi, Kardiovaskular Diseses, Coronary Heart Dease

ABSTRACT

Background : One of the psychological aspects, namely depression that occurs in heart patients is often indicated by various psychosocial aspects such as stress due to the life they live every day, non-compliance with medication, not adhering to dietary instructions, refusing to do physical activity and lack of family support. Depression is a group of disorders that are included in mood disorders that result in a decrease in quality of life and trigger, aggravate or slow down a person's physical illness. **Objective:** To determine the causes of depression in heart patients who are receiving intensive care. **Methods:** Research literature review with online database sources from search engines *Scopus, Sciencedirect and Pumed* in the period 2015-2020, using the keywords *Factors and Cardiovascular Diseses*. **Results:** 470 journals were obtained, selected using *scimagojr.com*, inclusion-exclusion criteria, through *prisma checklist* assessment and *JBI critical clearens* and obtained 7 final journals. **Conclusion:** The factors that contribute to the causes of depression that are closely related to heart disease are age, gender, positive effectiveness and lifestyle. Efforts to reduce the psychological impact require more research to understand this phenomenon. So that it can produce an intervention that is able to deal with the impact. positive effectiveness and lifestyle. Efforts to reduce the psychological impact require more research to understand this phenomenon. So that it can produce an intervention that is able to deal with the impact. positive effectiveness and lifestyle. Efforts to reduce the psychological impact require more research to understand this phenomenon. So that it can produce an intervention that is able to deal with the impact.

Keywords : Factors, Depression, Cardiovascular Diseses, Coronary Heart Dease,

PENDAHULUAN

Penyakit jantung atau penyakit kardiovaskular dan pembuluh darah merupakan salah satu masalah kesehatan utama di negara maju maupun berkembang. Penyakit ini menjadi penyebab nomor satu kematian di dunia setiap tahunnya. Sejak tahun 2008 diperkirakan sebanyak 17,3 juta kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskular. Lebih dari 3 juta kematian tersebut terjadi sebelum usia 60 tahun. Terjadinya kematian dini yang disebabkan oleh penyakit jantung berkisar sebesar 4% di negara berpenghasilan tinggi, dan 42% terjadi di negara berpenghasilan rendah. Kematian yang disebabkan oleh penyakit jantung pembuluh darah, terutama penyakit jantung koroner dan stroke diperkirakan akan terus meningkat mencapai 23,3 juta kematian pada tahun 2030.

World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa di Asia Tenggara yaitu Filipina

menduduki peringkat pertama akibat kematian penyakit jantung dengan jumlah penderita 376,9 ribu jiwa. Indonesia menduduki peringkat kedua di Asia Tenggara dengan jumlah 371,0 ribu jiwa (WHO, 2014). Berdasarkan seluruh data yang telah dikumpulkan dari WHO, pada tahun 2015 diperkirakan kematian akibat penyakit jantung meningkat menjadi 20 juta jiwa. Kemudian akan tetap meningkat sampai tahun 2030, diperkirakan 23,6 juta jiwa penduduk akan meninggal akibat penyakit jantung (WHO, 2015). Data dari WHO pada tahun 2014 menyebutkan bahwa angka mortalitas pada kelompok penyakit tidak menular di dunia akan semakin meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2012, terdapat 38 juta kematian yang diakibatkan karena berbagai penyakit pada kelompok penyakit tidak menular dari total 56 juta kematian. Angka mortalitas tersebut tetap meningkat dan diperkirakan akan mencapai 52 juta kematian pada tahun 2030 (WHO, 2014).

Individu dengan penyakit jantung yang mengalami depresi atau gangguan suasana hati yang menyebabkan terganggunya aktifitas

sehari-hari ini ditetapkan oleh World Health Organization (WHO) sebagai krisis global dan memprediksi pada tahun 2020 gangguan depresi ini merupakan nomor dua penyumbang penyebab ketidakmampuan seseorang dalam kehidupannya setelah kardiovaskular. Lebih dari 350 juta jiwa penduduk dunia mengalami depresi sehingga WHO menetapkan depresi sebagai salah satu prioritas untuk ditangani. (Kemenkes, 2014) Proses rehospitalisasi dan pengobatan yang lama menyebabkan aspek psikologis atau stresor psikososial yang memicu adanya emosi negatif seperti depresi, marah, rasa permusuhan dan ansietas (Smith, 2011). Pasien dengan penyakit jantung yang mengalami masalah psikososial akan lebih lambat proses penyembuhannya, lebih berat gejala fisik yang dialaminya dan lebih lama proses rehabilitasinya.

Penelitian yang dilakukan oleh Glassman & Shapiro (dalam Davidson, et. al, 2006)

menemukan bahwa tingkat kematian karena penyakit kardiovaskular pada pasien yang mengalami gangguan depresi terhitung tinggi, para pasien kardiak yang mengalami gangguan depresi, memiliki peluang lima kali lebih besar kemungkinannya untuk meninggal karena serangan jantung, dalam kurun waktu enam bulan dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami gangguan depresi. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa kondisi depresi yang dialami pasien kardiak dapat memicu timbulnya serangan jantung pada pasien tersebut (Pitt & Deldin, 2010)

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *literatur review* dengan sumber *online database* dari mesin pencarian *Scopus*, *Sciencedirect* dan *Pumed* dalam kurun waktu 2015-2020, menggunakan kata kunci *Fcators* dan *Cardiovascular Dieses* dan kemudian disaring menggunakan *scimagojr*, dan dilakukan penilaian JBI critical carens dan prisma checklist untuk memperoleh artikel yang representatif.

Dari 470 artikel awal yang ditemukan dan setelah dilakukan

penyaringan berdasarkan perangkian, citasi, *impact factor*, penilaian metode penelitian dan kesesuaian dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan sebelumnya didapatkan 7 artikel akhir yang digunakan dalam *literatur review* ini yang merupakan hasil dari penelitian sebelumnya berupa artikel dan jurnal penelitian.

Tabel 1. Kata Kunci *Literatur Review*

| Risk Factors | Heart Deases |
|--------------|-------------------------|
| Factors | Cardiovascular Diseases |
| AND | AND |
| Causa | Coronary Heart Dease |

Tabel 2. Kriteria Inklusi-Eksklusi

| Kriteria | Inklusi | Eksklusi |
|--|--|--|
| <i>ulation</i> | li yang berfokus pada depresimengulas tentang pasien penyakitdepresi pada jantung. | yang tidak mengulas tentang pasien penyakit jantung. |
| <i>rvension</i> | li yang berfokus pada depresi. | yang tidak berfokus pada depresi. |
| <i>parators</i> | e | e |
| <i>omes</i> | runan depresie | |
| <i>ly Design and Cross Publication Type sectional, randomized control and design trial, qualitative research ,systematic</i> | | Tidak ada kriteria eksklusi pada <i>study</i> |

| | |
|---|--------------------------------------|
| <i>review</i> | |
| <i>lication type : Journal and book chapter</i> | |
| <i>lication</i> | in 2015 danlum tahun 2015 setelahnya |
| <i>guage</i> | asa Inggris asa lain selain Inggris |

HASIL

Hasil pencarian jurnal ditemukan 470 temuan, kemudian kata kunci dari MeSH diseleksi dengan menggunakan kata kunci *factor and cardiovascular deasse* ditemukan 110, setelah itu dipilih sesuai kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan hasil 86 dan disharing dengan penilaian prisma check dan JBI Critical Cleareans menjadi 7 temuan yang sesuai untuk menjadi sampel

Tabel 3. Hasil Pencarian Literatur

| No | Jurnal | Populasi | Intervensi | Perbandingan | Hasil |
|----|--|--|--|--------------|---|
| 1 | <p>Peneliti: Paolo Ossola. et al. Tahun: 2015 Judul: Faktor risiko untuk kejadian depresi pada pasien pada sindrom koroner akut pertama. Jenis Jurnal: Penelitian Psikiatri. Jenis Metodologi Penelitian: tinjauan sistematis dan meta-analisis. Tempat : Italia</p> | <p>Sampel : Sampel penelitian dipilih di antara pasien yang secara berturut-turut dirawat di Unit Perawatan Intensif Koroner di Rumah Sakit Universitas Parma. Kriteria Inklusi: - umur diatas 18 tahun. - menjadi penutur asli bahasa Italia atau dengan kemampuan berbahasa Italia dan tidak menunjukkan gangguan kognitif (Pemeriksaan Status Mental Mini (MMSE) 425) - tidak ada penyalahgunaan atau ketergantungan zat dan tidak minum obat psikotropika. Kriteria Ekskusi: - Jumlah:245 pria (80,6%) dan 59 wanita (19,5%) Tehnik Sampling: -</p> | <p>Jenis Intervensi: - Durasi:dari Januari 2009 hingga Maret 2012. Frekuensi: - Instrumen :depresi dinilai dengan Evaluasi Perawatan Primer Gangguan Mental (PRIME-MD), sedangkan keparahannya dievaluasi dengan Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS). Prosedur Pelaksanaan: Semua pasien menjalani evaluasi berikut pada awal: (1) wawancara sosiodemografi singkat; (2) Evaluasi Perawatan Primer Gangguan Mental (PRIME-MD) (Spitzer et al., 1994); (3) Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS) (Zigmond dan Snaith, 1983). Pada awal, pasien juga diwawancarai oleh ahli psikiatri untuk mengkonfirmasi apakah jawaban PRIME-MD sesuai dengan kondisi klinis mereka dan untuk mengecualikan keberadaan episode MD sebelumnya.</p> | | <p>Hasil Berdasarkan hasil ini menunjukkan bahwa jenis kelamin, dan status pernikahan bercerai (janda) dan disertai kehilangan efektifitas yang positif setelah terkena SKA pertama kali beresiko tinggi terkena depresi. (Tomarken et al., 2004; Gerra et al., 2014) menyatakan bahwa pasien tersebut mendapatkan perawatan yang berbeda ketika menghadapi gangguan depresi.</p> |
| 2 | <p>Peneliti :Nathalie Moise. Et al. Tahun : 2019 Judul : Rasional, desain, dan data dasar untuk uji klinis acak multisenter yang membandingkan strategi skrining depresi setelah sindrom koroner akut. Perbandingan identifikasi depresi setelah sindrom koroner akut-Kualitas Hidup dan Hasil Biaya (CODIACS-QOL). Jenis Jurnal: Uji Klinis Kontemporer. Jenis Metodologi Penelitian: uji F menggunakan ANOVA.</p> | <p>Sampel: Pasien direkrut dari 4 situs di wilayah geografis beragam Amerika Serikat: HealthPartners (Minneapolis, MN); Sistem Kesehatan Universitas Duke (Durham, NC); Kaiser Permanente Northwest (Portland, OR); dan Presbyterian Rumah Sakit New York / Pusat Medis Universitas Irving Columbia (New York, NY). Kriteria Inklusi: - mendokumentasikan ACS dalam 2-12 bulan pendaftaran berdasarkan standar internasional Klasifikasi Penyakit, Edisi Kesembilan (ICD-9) atau kode pembuangan ICD-10 untuk MI akut dan angina tidak stabil. - usia saat pengacakan \geq21 tahun; dan. - akses ke telepon. Kriteria Ekskusi:</p> | <p>Jenis Intervensi: - Durasi: 60 menit. Frekuensi: sesi awalnya terjadi setiap minggu, dengan setiap sesi berlangsung hingga 60 menit. Perawatan ditingkatkan sesuai dengan algoritma. Ketika gejala depresi membaik, frekuensi sesi berkurang menjadi setiap 2 minggu, dan jika kemajuan berlanjut, frekuensinya semakin berkurang. Instrumen :depresi menggunakan 8-item Patient Health Questionnaire (PHQ-8). Pusat 10-item untuk Depresi Studi Epidemiologi (CESD-10). Prosedur Pelaksanaan: Mengidentifikasi pasien yang memenuhi syarat seperti memiliki asuransi dan yang terdiagnosa SKA. Sebelumnya pasien diminta untuk mengisi kuisioner yang dikirim melalui email dalam waktu 2-12 bulan setelah menderita SKA pertama kali. Peserta belajar bahwa penelitian ini adalah tentang memahami</p> | | <p>Hasil: Sebanyak 1500 pasien diacak dalam uji coba CODIACS-QOL (28,3% perempuan; 16,3% Hispanik; usia rata-rata 65,9 (11,5) tahun). Hanya 7% dari penderita ACS yang mengalami gejala depresi yang meningkat.</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|
| | <p>Pasien diacak dalam rasio 1:1:1 untuk satu dari tiga kelompok: Tempat:Kolumbia</p> | <ul style="list-style-type: none"> - (dilaporkan sendiri atau berbasis ESDM); bahasa utama bukan bahasa Inggris atau Spanyol (hanya laporan sendiri). - penerimaan pengobatan depresi saat ini, riwayat depresi yang lalu (dilaporkan sendiri atau EMR); penyakit terminal (harapan hidup <1 tahun). - riwayat gangguan bipolar sebelumnya atau saat ini, risiko bunuh diri, atau psikosis; penyalahgunaan zat saat ini; demensia; kehamilan saat ini; radang sendi berat / reumatologis. - penyakit; penyakit hati lanjut yang sering membutuhkan rawat inap; gagal jantung lanjut seperti New York Heart Association kelas IV yang membutuhkan transplantasi jantung atau mekanik - alat; penyakit paru-paru lanjut yang membutuhkan oksigen di rumah; infeksi HIV atau AIDS tingkat lanjut, atau kanker jenis apa pun. <p>Jumlah: ukuran sampel n = 500 pada setiap kelompok pengacakan untuk ukuran sampel keseluruhan n = 1500.</p> <p>Tehnik Sampling: -</p> | <p>manfaat skrining untuk gejala depresi, dengan kata-kata yang tepat disesuaikan dengan situs. Mereka yang tidak lengkap kuesioner kelayakan on-line awal dihubungi melalui telepon untuk melengkapi kuesioner. Pasien yang menyatakan minatnya dalam penelitian dan tetap memenuhi syarat setelah menyelesaikan kuesioner kelayakan kemudian memberikan persetujuan lisan melalui telepon untuk diacak. Formulir persetujuan menegaskan kembali bahwa penelitian ini bertujuan untuk memahami manfaat skrining untuk gejala depresi yang meningkat pada pasien jantung. Pada saat ini, mereka juga mengisi kuesioner dasar yang mencakup usia, jenis kelamin, ras, etnis, negara kelahiran, pendidikan, bahasa, status mitra, dan cakupan asuransi kesehatan.</p> | | |
| 3 | <p>Peneliti: Carolina Casanova Meneghett. Et al. Tahun : 2017 Judul: Skrining untuk gejala kecemasan dan depresi pada pasien yang dirawat di rumah sakit universitas dengan sindrom koroner akut. Jenis Jurnal: Psikiatri dan Psikoterapi. Jenis Metodologi Penelitian: studi prevalensi cross-sectional Tempat:</p> | <p>Sampel: 91 pasien dirawat di rumah sakit dari Mei hingga Oktober 2015 dengan sindrom koroner akut (AMI atau angina tidak stabil). Kriteria Inklusi: Pasien-pasien ini dirawat oleh tim kardiologi di PUCRS HSL, dianggap stabil oleh tim perawatan, dan dinilai setidaknya 48 jam setelah masuk rumah sakit oleh penilai medis yang merupakan penduduk psikiatri. Kriteria Eksklusi: - diagnosis retardasi mental sedang atau berat (gangguan ICD F71 atau F72) - menunjukkan kesulitan kognitif pada saat instrumen diberikan, berusia kurang dari 18 tahun (pada tanggal mereka diminta untuk</p> | <p>Jenis Intervensi: Durasi: Mei hingga Oktober 2015. Frekuensi: - Instrumen : Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS) Prosedur Pelaksanaan : -</p> | | <p>Hasil: Kesimpulan: Kecemasan dan depresi adalah gangguan yang lebih umum di antara pasien dengan sindrom koroner akut daripada populasi umum, tetapi mereka umumnya kurang terdiagnosis dan kurang diobati. Pasien dengan kecemasan dan depresi secara bersamaan memiliki skor yang lebih tinggi pada HADS untuk kecemasan dan depresi dan oleh karena itu memerlukan perawatan yang lebih intensif. Analisis Data: uji chi-square atau uji Fisher, uji t, uji Whitney.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | | menandatangani formulir persetujuan bebas dan informasi), atau menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Jumlah: - Tehnik Sampling | | |
| 4 | Peneliti: Muchi Ditah Chobufo et al. Tahun : 2019 Judul : Tren 10 tahun dalam prevalensi dan prediktor depresi di antara pasien dengan gagal jantung di AS dari 2007-2016. Jenis Jurnal: Jurnal Internasional Kardiologi. Jenis Metodologi Penelitian: Tes chi square. Tempat: Amerika Serikat | Sampel: Kriteria Inklusi: Termasuk dalam penelitian kami peserta berusia 20–80 tahun dengan diagnosis gagal jantung. Kriteria Ekslusi: Kuisisioner PHQ-9 tidak diberikan kepada peserta yang membutuhkan proxy untuk penyelesaian. Jumlah: informasi dari sekitar 5.000 orang di 15 negara setiap tahun. Tehnik Sampling: desain pengambilan sampel probabilitas bertingkat | Jenis Intervensi: Durasi: 2007 hingga 2016 Frekuensi: Instrumen : Kuisisioner skrining depresi PHQ-9 Prosedur Pelaksanaan: Peserta diwawancarai di rumah mereka untuk memastikan karakteristik demografis. Ini diikuti oleh administrasi kuisisioner kesehatan pasien (PHQ-9) di pusat pemeriksaan seluler (MEC) untuk peserta yang memenuhi syarat. Termasuk dalam penelitian kami adalah peserta berusia 20-80 tahun dengan diagnosis gagal jantung. Karena sifat sensitif pertanyaan, kuisisioner PHQ-9 tidak diberikan kepada peserta yang membutuhkan proxy untuk penyelesaian. PHQ-9 telah divalidasi sebagai alat skrining yang akurat untuk depresi dengan skor ≥ 10 memiliki sensitivitas dan spesifisitas 88% di seluruh populasi studi yang berbeda untuk diagnosis depresi. | Hasil : Lebih dari 1 dari 6 pasien berbasis komunitas dengan HF menderita depresi dengan wanita, individu berusia 60 tahun, tidak pernah menikah, dan orang dengan status sosial ekonomi rendah memikul beban yang lebih tinggi secara tidak proporsional Analisis Data : analisis multivariat |
| 5 | Peneliti : Xiaolin Hu. et al. Tahun : 2016 Judul : Pengaruh program dukungan multidisiplin untuk pengasuh keluarga pasien dengan gagal jantung pada beban pengasuh, kualitas hidup, dan depresi. Sebuah studi terkontrol secara acak. Jenis Jurnal: Jurnal Internasional Studi Keperawatan. Jenis Metodologi Penelitian: Desain acak terkontrol dengan tindakan berulang digunakan dalam penelitian ini. | Sampel : Kriteria Inklusi: Kriteria inklusi untuk pasien adalah - diagnosis primer gagal jantung kronis selama minimal 6 bulan. - lebih dari 18 tahun - tinggal di Chengdu, dan - mampu memahami dan berbicara bahasa Cina. Kriteria inklusi untuk pengasuh adalah: - berusia lebih dari 18 tahun. - menjadi pengasuh keluarga utama (dengan waktu pengasuhan terlama di antara anggota keluarga). - tinggal di Chengdu, dan - kemampuan untuk memahami dan berbicara bahasa Cina Kriteria Ekslusi: | Jenis Intervensi: Durasi: tiga sesi 60 menit kelas kelompok, tiga 30 menit kelompok dukungan sebaya sesi. Frekuensi: Kelas kelompok dilakukan minggu kedua, keempat, dan keenam setelah keluar untuk 3 bulan Instrumen : Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah: (1) a survei demografis, (2) ZBI, (3) Short Form-36 (SF-36), dan (4) Pusat Studi Epidemiologi Skala Depresi (CES-D) Prosedur Pelaksanaan: Peserta dalam kelompok eksperimen menerima | Hasil: Berdasarkan hasil Program dukungan multidisipliner untuk pengasuh pasien gagal jantung memiliki efek positif dan memberikan perspektif unik dari intervensi yang mempertimbangkan budaya dan kebiasaan Tiongkok. Analisis Data : Analisis Chisquare dan Fischer. ANOVA |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | <p>Tempat : Cina</p> | <p>Kriteria eksklusi untuk pasien termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dengan gangguan mental. - pasien yang tidak memiliki pengasuh keluarga utama yang setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, dan. - pasien dengan komorbiditas berat (mis. kanker, stroke, dan gagal ginjal dikeluarkan untuk menghindari hasil yang membingungkan karena beban pengasuh yang berat dari penyakit ini). Setiap pasien diminta untuk mengidentifikasi satu pengasuh keluarga untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. <p>Kriteria pengecualian untuk pengasuh termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pengasuh yang dibayar. - pengasuh dengan gangguan kognitif berat. - pengasuh dengan komorbiditas berat, seperti stroke, kanker, dan gangguan kesehatan mental, dan. - pengasuh yang telah menerima intervensi pengasuh lainnya (dikecualikan untuk menghindari mengganggu hasil, misalnya pendidikan, pelatihan keterampilan, dan tindak lanjut berbasis telepon) <p>Jumlah: Sebanyak 118 peserta secara acak menjadi eksperimental (n = 59) dan kelompok kontrol (n = 59) dari Mei hingga Desember 2014 di satu rumah sakit di Chengdu, People's Republik Cina.</p> <p>Sampling Tehnik:</p> | <p>program dukungan multidisiplin 3 bulan, yang terdiri dari tiga sesi kelas kelompok selama 60 menit, tiga kelompok dukungan sebaya 30 menit, dan tindak lanjut serta konsultasi telepon reguler, sementara peserta dalam kelompok kontrol menerima biasanya hanya peduli. Hasil adalah beban pengasuh, kualitas hidup, dan depresi. Data dikumpulkan pada awal, post-test (3 bulan setelah pulang), dan 3 bulan setelah post-test (6 bulan setelah keluar). Analisis varians pengukuran berulang digunakan untuk menguji efek kelompok, perubahan dari waktu ke waktu, dan interaksi kelompok waktu pada variabel hasil.</p> | | |
| 6 | <p>Peneliti : I. Sokoreli, JJG de Vrie. et al. Tahun : 2016 Judul : Depresi sebagai faktor prognostik independen untuk semua penyebab kematian setelah masuk rumah sakit karena memburuknya gagal jantung. Jenis Jurnal:</p> | <p>Sampel: - Kriteria Inklusi: usia > 18 tahun; rawat inap untuk WHF; pengobatan dengan loop diuretik; dan setidaknya salah satu dari yang berikut: fraksi ejeksi ventrikel kiri $\leq 40\%$, dimensi atrium kiri > 4,0 cm atau NT-ProBNP > 400 pg / ml (jika dalam irama sinus) atau > 1200 pg / ml (jika dalam fibrilasi atrium). Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak dapat memahami dan</p> | <p>Jenis Intervensi: - Durasi: Karakteristik pasien yang berpartisipasi dalam penelitian antara 14/10/2012 dan 16/06/2015 dan yang menyelesaikan kuesioner HADS-D. Tindak lanjut disensor pada 13/07/2015. Frekuensi: Instrumen : Depresi dinilai oleh Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (HADS-D) daftar pertanyaan. Komorbiditas dinilai oleh Charlson Komorbiditas</p> | | <p>Hasil: Depresi sangat terkait dengan hasil yang merugikan pada tahun berikutnya setelah dikeluarkan setelah masuk ke rumah sakit karena memburuknya gagal jantung. Asosiasi hanya sebagian dijelaskan oleh tingkat keparahan HF atau komorbiditas. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menunjukkan apakah pengakuan dan pengobatan depresi meningkatkan hasil pasien Analisis Data : -</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| | <p>Jenis Metodologi Penelitian: studi observasional. Tempat : London</p> | <p>mematuhi protokol atau tidak mampu atau tidak mau memberikan persetujuan diinformasikan dikeluarkan dari penelitian. Jumlah : 242 peserta Tehnik Sampling : -</p> | <p>Indeks (CCI). Prosedur Pelaksanaan: -</p> | | |
| 7 | <p>Peneliti: Yongil Cho. et al. Tahun : 2019 Judul : Status sosial ekonomi dan depresi sebagai faktor risiko gabungan untuk infark miokard akut dan stroke: Sebuah studi berbasis populasi terhadap 2,7 juta orang dewasa Korea. Jenis Jurnal : Jurnal Penelitian Psikosomatik Jenis Metodologi Penelitian : studi kohort berbasis populasi. Tempat : Korea Selatan.</p> | <p>Sampel: Subyek termasuk 10.708.480 orang dewasa berusia 20 tahun atau lebih yang data skrining kesehatannya diperoleh pada tahun 2004 dan 2005. Kriteria Inklusi: - Kami menetapkan periode inklusi penelitian kohort retrospektif ini menjadi 2 tahun, mengingat terjadinya tumpang tindih pasien, karena pemeriksaan kesehatan nasional yang dilakukan oleh NHIS dilakukan setiap dua tahun untuk setiap orang. - Setelah stratifikasi berdasarkan jenis kelamin dan usia dengan interval 10 tahun, 30% pasien di setiap strata diambil secara acak. Kriteria Eksklusi: - Subjek yang data pemeriksaan kesehatan atau pendapatannya hilang dikeluarkan. Tanggal indeks didefinisikan sebagai tanggal ketika subjek melakukan layar kesehatan. Kami menentukan periode pembersihan untuk mengatur kasus insiden dari hasil. Periode pencucian didefinisikan sebagai periode antara 1 Januari 2002, tanggal mulai penelitian, dan tanggal indeks. - Subjek yang ditugaskan penyakit jantung koroner (ICD-10: I20-25) atau stroke (ICD-10: I60-64) - kode diagnostik setidaknya satu kali selama periode pencucian dikeluarkan. Selain itu, subjek dengan data kematian yang hilang dikeluarkan. Jumlah : - Subjek termasuk 10.708.480. Sampling Tehnik : -</p> | <p>Jenis Intervensi: Kami melakukan penelitian berbasis populasi menggunakan database Layanan Asuransi Kesehatan Nasional (NHIS) di Korea Selatan dari 2002 hingga 2016 (NHIS-2018-1-139). Durasi: 2002-2016. Frekuensi: - Instrumen : Database Layanan Asuransi Kesehatan Nasional (NHIS). Prosedur Pelaksanaan: NHIS adalah asuransi nasional yang mencakup sekitar 50 juta orang. Basis data NHIS mencakup data demografis, premi berbasis pendapatan, riwayat medis rawat inap dan rawat jalan, data skrining kesehatan, dan tanggal kematian. Data klaim untuk penggunaan medis termasuk diagnosis yang diklasifikasikan oleh Klasifikasi Penyakit Internasional, kode revisi ke-10 (ICD-10), resep obat, operasi, dan perawatan lainnya. Kesehatan nasional disediakan oleh NHIS dua tahun sekali dan terdiri dari pemeriksaan fisik, tes darah, rontgen dada, dan kuesioner untuk mengumpulkan riwayat kesehatan pasien. Basis data NHIS hanya dapat diakses dari komputer di lokasi yang ditentukan dan data tidak dapat diekspor untuk melindungi informasi pribadi pasien. Selain itu, informasi apa pun yang mengidentifikasi seseorang telah dihapus dan diganti dengan kode anonim.</p> | | <p>Hasil: Subjek dengan SES rendah dan depresi menunjukkan risiko tertinggi. Baik SES dan depresi harus dipertimbangkan dalam penilaian risiko kardiovaskular, terutama pada individu dengan depresi yang memiliki SES rendah. Analisis Data: tes chi-square, analisis regresi hazard proporsional Cox.</p> |

PEMBAHASAN

Penyakit kardiovaskuler dan depresi adalah dua masalah kesehatan umum pada jutaan orang di seluruh dunia. Banyak penelitian telah menunjukkan bahwa depresi adalah faktor risiko penyakit jantung yang signifikan pada kasus baru dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas penyakit jantung. Berbagai penelitian telah mempelajari mekanisme hubungan depresi dengan penyakit jantung, termasuk ketidakseimbangan aksis hipotalamus-pituitari-adrenal, gangguan irama jantung, inflamasi, hiperkoagulabilitas, dan efek perilaku. Morbiditas dan mortalitas akibat penyakit kardiovaskuler masih sering dikaitkan dengan pengobatan depresi.

Depresi merupakan salah satu masalah psikososial pada pasien penyakit jantung yang harus dicegah kejadiannya karena menjadi faktor yang paling mempengaruhi kualitas hidup pasien. Hal ini mungkin juga

berhubungan dengan peningkatan rekurensi pada pasien depresi. Peningkatan rekurensi penyakit jantung berhubungan dengan adanya serotonin yang tersimpan dalam platelet yang meningkat pada pasien depresi (Sanner, Frazier, & Udtha, 2013). Lebih lanjut menurut Libby dan Thérroux, (2005) Platelet serotonin dapat menstimulasi agregasi platelet lebih lanjut pada vaskuler yang mengalami injury pada pasien penyakit jantung dan berkontribusi terhadap perkembangan thrombosis. Thrombosis yang terbentuk dapat menimbulkan sumbatan baru pada arteri koroner sehingga dapat menyebabkan terjadinya serangan baru atau rekurensi.

Upaya pencegahan terhadap penyakit jantung perlu dilakukan secara holistik atau menyeluruh mengingat permasalahan yang dialami oleh pasien penyakit jantung pasca serangan akut berdampak terhadap berbagai aspek kehidupan penderita meliputi fisik, psikologis dan spiritual (Nuraeni, Mirwanti, Anna, & Prawesti, 2016). Upaya mencegah terulangnya kembali serangan akut penyakit jantung dilakukan dengan pengaturan gaya hidup sehat, meliputi pola diet,

menghentikan kebiasaan merokok, melakukan pembatasan aktivitas, serta pengendalian stress dan kecemasan. Pengaturan gaya hidup sehat terkait dengan permasalahan fisik pada pasien penyakit jantung sudah banyak mendapatkan perhatian di pusat pelayanan kesehatan, namun demikian aspek psikologis atau psikososial masih kurang diperhatikan terutama oleh perawat sebagai pemberi layanan kesehatan.

Permasalahan psikososial pada pasien penyakit jantung menjadi hal yang sangat penting untuk diperhatikan. Beberapa literatur serta penelitian menunjukkan hubungan yang sangat erat antara masalah psikososial dan penyakit jantung . Gustad, Laugsand, Janszky, Dalen, dan Bjerkeset (2014) menyatakan bahwa pasien dengan penyakit jantung seringkali mengalami cemas dan depresi. Sedangkan kejadian cemas dan depresi pada pasien penyakit jantung dapat menimbulkan permasalahan yang

lebih buruk bagi penderitanya, sebagai akibat dari respon fisiologis yang menyertainya. Hal ini dijelaskan oleh Lewis, Heitkemper, dan Dirksen (2010) bahwa kedua masalah tersebut dapat memengaruhi jantung secara langsung karena dapat meningkatkan kebutuhan oksigen jantung dan meningkatkan beban kerja jantung. Permasalahan psikososial yang dapat meningkatkan rekurensi serta menurunkan kualitas hidup paling tinggi pada pasien penyakit jantung adalah depresi. Menurut Nuraeni et al (2016) depresi dapat menyebabkan kualitas hidup lebih rendah sebanyak 5,4 kali dibandingkan pasien penyakit jantung yang tidak depresi, serta kemungkinan dapat meningkatkan rekurensi karena efeknya dapat memperburuk kondisi pasien dengan penyakit jantung bahkan menurunkan kualitas hidup. Berdasarkan hal tersebut permasalahan psikososial terutama depresi perlu mendapatkan perhatian lebih baik. Pengkajian tentang faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian depresi perlu diketahui, agar upaya antisipasi maupun penanganannya dapat lebih tepat dan cepat..

Depresi pada tubuh berdasarkan

uraian sebelumnya berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung dan penurunan respon imun, jika dikaitkan dengan pasien penyakit jantung kondisi ini dapat memperburuk penyakit tersebut, hal ini terjadi karena peningkatan beban kerja jantung serta peningkatan kebutuhan oksigen dapat memperburuk perfusi miokard. Lebih lanjut penurunan perfusi pada miokard dapat menyebabkan terjadinya peningkatan angina (nyeri dada), hal ini diperkuat oleh Rachmi, Nuraeni, dan Mirwanti (2015) bahwa depresi memiliki korelasi positif dengan frekuensi angina artinya semakin tinggi tingkat depresi maka pasien dengan penyakit jantung akan lebih sering mengalami angina begitu pula sebaliknya semakin sering mengalami angina maka pasien penyakit jantung akan semakin merasakan stress yang berlebihan. Beberapa penyebab yang sangat sering dijumpai ialah Usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya depresi. Semakin meningkatnya usia maka risiko

terjadinya depresi juga akan menjadi dua kali lipat. Hal ini disebabkan karena pada masa tersebut banyak terjadi suatu perubahan pada diri seseorang. Perubahan tersebut baik perubahan secara fisik, psikologis, ekonomi, sosial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup seorang. Dalam Muchi Ditah Chobufo *et al.* 2019 mendapatkan hasil bahwa faktor usia merupakan hal yang utama dijumpai ketika seseorang mengalami depresi, berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini terjadi karena pada usia tersebut tahap-tahap tugas perkembangan yang penting serta peralihan dari masa kanak-kanak hingga menuju dewasa.

Kemudian yang kedua ialah jenis kelamin. Beberapa peneliti menemukan bahwa gangguan mood melibatkan patologik dan system limbiks serta ganglia basalis dan hypothalamus. Dalam penelitian biopsikologi, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood. Pada wanita, perubahan hormone

dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause juga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi. Penyakit fisik yang berkepanjangan sehingga menyebabkan stress dan juga dapat menyebabkan depresi.

Dan yang ketiga yaitu efektivitas positif Pada pasien yang mengalami kehilangan efektivitas positif di hari-hari pertama setelah menderita *syndrome coronary acute* akan berada pada risiko yang lebih tinggi untuk menuju ketahap depresi, dan hal tersebut didukung oleh *literature review* yang dilakukan Paolo Ossola. *et al.* 2015 yang membahas “ faktor risiko kejadian depresi pada pasien yang pertama kali menderita sindrom koroner akut”. mengkonfirmasi penelitian sebelumnya yang mengevaluasi insiden (Marchesi et al., 2014) dan depresi non insiden setelah ACS (Lossnitzer et al., 2013). Mendapatkan respon buruk terhadap pengobatan pada pasien depresi dengan tingkat

kecemasan yang tinggi (Altamura et al., 2004), sehingga menyebabkan timbulnya dampak negatif dari kecemasan. Dua penelitian sebelumnya menemukan bahwa pasien yang gelisah berada pada risiko lebih tinggi untuk mengalami depresi (Di Benedetto et al., 2007; Celano et al., 2012).

KESIMPULAN

Faktor yang berkontribusi terhadap penyebab depresi yang kaitannya erat mempengaruhi penyakit jantung adalah usia, jenis kelamin, efektivitas positif dan juga gaya hidup. Upaya mengurangi dampak psikologis diperlukan lagi lebih banyak penelitian lanjut untuk memahami fenomena tersebut. Sehingga bisa dihasilkan sebuah intervensi yang mampu menangani dampak.

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada dosen pembimbing yang telah bersedia memberikan bimbingan dengan sabar dan penuh perhatian selama proses penyusunan *literatur review* ini sehingga dapat diselesaikan dengan tepat waktu.

REFERENSI

Anies. 2017. Kolesterol dan penyakit

- jantung coroner Jogjakarta: AR-RUZZ MEDDIA.
- Bustan. 2000. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. RinekaCipta. Jakarta.
- Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. *State of the art review: depression, stress anxiety, and cardiovascular disease*. *Am J Hypertens*. 2015;28:1295-302. 5.
- Carolina Casanova Meneghett, 2017, *Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome*.
- Davidson C. 2006. *Seri Kesehatan: Bimbingan Dokter pada Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta:
- Haworth JE, Moniz-Cook E, Clark a. L, Wang M, Waddington R, Cleland JGF. *Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction*. *Eur J Heart Fail* 2005;7:803–808.
- I. Sokoreli, J.J.G de Vrie, 2016, *Depression as an independent prognostic factor for all-cause mortality after a hospital admission for worsening heart failure*.
- Kemenkes RI. *Hipertensi*. Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementrian kesehatan RI. 2014; (Jantung):1-7.
- Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, et al. *Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association*. *Circulation*. 2008;118:1768-75
- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. *The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction*. *Br J Health Psychol*. 2002;7:11-21.
- Moryś JM, Bellwon J, Adamczyk K, Gruchała M. *Depression and anxiety in patients with coronary artery disease measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument*. *Kardiol Pol*. 2016;74:53-60
- Muchi Ditah Chobufo, 2019, *10-Year trend in the prevalence and predictors of depression among patients with heart failure in the USA from 2007–2016*.
- Pitt, Bertram & Deldin, Patricia J. (2010). "Depression and Cardiovascular Disease: *European Heart Journal*. Vol 31, Hlm.1036-1037.
- Paolo Ossola, 2015, *Risk factors for incident depression in patients at first acute coronary syndrome*.
- Sadock ,Benjamin james dan Sadock,

- Virginia Alcott. 2010. Gangguan ansietas. Dalam : Kaplan & Sadock buku ajar psikiatri klinis. Ed Ke-2. EGC : Jakarta. Hal 230-233.
- Smith, H. 2011. "Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction: results of a randomized, controlled trial." *Circulation* 107(17): 2201.
- Wahyudi, E dan Hartati, S. 2017. Case-Based Reasoning untuk Diagnosis Penyakit Jantung ,IJCCS, Vol.11, No.1, Januari, pp. 1-10 ISSN: 1978-1520.
- Xiaolin Hu, 2016, *Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden, quality of life, and depression: A randomized controlled study.*
- Yongil Cho, 2019, *Socioeconomic status and depression as combined risk factors for acute myocardial infarction and stroke: A population-based study of 2.7 million Korean adults.*