

**PERBEDAAN RESPON DISTRES PSIKOLOGI PADA PASIEN
PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK) SEBELUM DAN SESUDAH
TINDAKAN *PERCUTANEUS CORONER INTERVENTION* (PCI)**

SKRIPSI



Disusun Oleh:

SETYO WIRIDIANTORO

NIM: B21827308201

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

2020

**PERBEDAAN RESPON DISTRES PSIKOLOGI PADA PASIEN
PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK) SEBELUM DAN SESUDAH
TINDAKAN *PERCUTANEUS CORONER INTERVENTION (PCI)***

SKRIPSI

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



Disusun Oleh:

SETYO WIRIDIANTORO

NIM: B21827308201

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

2020

LEMBAR PENGESAHAN

**PERBEDAAN RESPON DISTRES PSIKOLOGI PADA PASIEN
PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK) SEBELUM DAN SESUDAH
TINDAKAN PERCUTANEUS CORONER INTERVENTION (PCI)**

SKRIPSI

Disusun Oleh:
SETYO WIRIDIANTORO
NIM: B21827308201

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 19 Agustus 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Ns. Wahyu Sulistyorini ,M.S.** (.....)
NIK: 113072.88.17.096
2. **Ns. Aries Abiyoga, S.Kep., M.Kep** (.....)
NIK: 113072.86.18.120
3. **Ns. Siti Kholifa, S.Kep., M.Kep** (.....)
NIK: 113072.89.13.039

Mengetahui,

Rektor
ITKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda

Dr. Eka Ananta Sidharta, S.E., M.M.C.A (L)
NIDN: 0021077202

Ns. Kiki Hardiansyah, S.Kep, M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIK: 113072.88.16.088

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Setyo Wiridiantoro
NIM : B21827308201
Program Studi : Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda
Judul Skripsi : Perbedaan Respon Distres Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) Sebelum dan Sesudah Tindakan *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*

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

Balikpapan, Oktober 2020

Yang membuat pernyataan



ITKES WHS

Setyo Wiridiantoro

NIM: B21827308201

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yng Maha Esa, karena berkat Rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Perbedaan Respon Distres Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) Sebelum dan Sesudah Tindakan *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*” Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) dalam Program Studi Ilmu Keperawatan ITKes Wiyata Husada Samarinda.

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

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Dr. Eka Ananta Sidharta, S.E., M.M.C.A (L) selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak dr. Edy Iskandar, Sp. PD, FINASIM, MARS selaku direktur RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
4. Ns. Kiki Hardiansyah, M. Kep, Sp. Kep.MB selaku Ketua Program Studi Keperawatan yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan semangat luar biasa untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
5. Ibu Ns. Siti Kholifah, S, Kep selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
6. Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S, Kep. M. Kep selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
7. Ibu Ns. Desy Ayu Wardani, S, Kep, M, Kep selaku Pembimbing Akademik. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
8. Kedua orang tuaku tersayang, bapak Miskam dan ibu Harnanik yang selalu memberikan dukungan yang tidak terhingga.

9. Istriku tersayang Zahrotul Warda, terimakasih atas kesabarannya menjadi pendampingku selama ini dan kedua buah hatiku Zhaskia Nandini Adelia Putri Wardhani dan Wirdah Permata Wardhani, kalian adalah malaikat kecilku.
10. Semua teman – teman seperjuangan di Reguler Transfer Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda, kalian adalah yang terbaik.

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

Balikpapan, Agustus 2020

Penulis,



ITKES WHS

Setyo Wiridiantoro

NIM: B21827308201

ABSTRAK

Perbedaan Respon Distres Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) Sebelum Dan Sesudah Tindakan *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*

Setyo Wiridiantoro¹, Siti Kholifah², Chrisyen Damanik³

Email: setyowiridiantoro@gmail.com, sitikholidah@stikeswhs.ac.id,
chrishyendamanik@stikeswhs.ac.id

Latar Belakang: Distres psikologi merupakan komorbid dari PJK, keadaan ini dapat memperburuk kondisi pasien. *PCI* telah direkomendasi sebagai tehnik untuk meningkatkan revaskularisasi koroner. *PCI* secara signifikan mengurangi gejala PJK, mengurangi angka kematian, dan meningkatkan kualitas hidup, tetapi beberapa pasien diketahui dapat mengalami distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan *PCI*. **Tujuan:** Teridentifikasi perbedaan respon distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan *PCI*. **Metode:** *Quasy eksperimental*. Pendekatan yang digunakan adalah desain *one group pre and pos test without control*, yang dilakukan pada bulan Juni-Juli 2020 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan jumlah sampel 11 orang yang dipilih menggunakan *consecutive sampling*. Pengukuran variabel dilakukan dengan menggunakan *HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)*. Pada penelitian ini menggunakan uji hipotesis T berpasangan. **Hasil:** Skor rata-rata distres psikologi sebelum tindakan *PCI* 21,27. Skor rata-rata distres psikologi sesudah tindakan *PCI* 16,27. Sedangkan selisi skor rata-rata distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan *PCI* adalah 4,54. **Kesimpulan:** Ada penurunan skor distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan *PCI* dengan selisih skor rata-rata 4,54.

Kata Kunci: *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*, Distres Psikologi

¹Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

²Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

³Dosen program studi ilmu keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
E. Penelitian Terkait.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Telaah Pustaka.....	11
1. Konsep Penyakit Jantung Koroner.....	11
1.1 Pengertian.....	11
1.2 Tanda dan Gejala.....	11
1.3 Diagnostik EKG.....	12
1.4 Faktor resiko.....	12
1.5 Penatalaksanaan.....	12
2. Konsep Distres Psikologi.....	14
2.1 Pengertian.....	14
2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Distres Psikologi.....	15

2.3 Dimensi Distres Psikologi.....	16
2.4 Psiko-Neuro-Imunologi.....	18
2.5 Reaksi tubuh terhadap distres psikologi	19
2.6 Alat ukur Distres Psikologi.....	21
3. Kateterisasi Jantung.....	22
a. Pengertian.....	22
1) PTCA	23
2) Aterektomi Koroner Direksional	23
3) Stent Intra Koroner	24
4) Ablasi Koroner	24
5) Revaskularisasi transmiokardial.....	24
b. Indikasi Kateterisasi Jantung.....	25
c. Resiko Kateterisasi Jantung.....	25
4. Aplikasi Teori <i>Hidegard Peplau</i>	26
a. Biografi <i>Hidegard Peplau</i>	26
b. Manajemen Askep sesuai teori <i>Hidegard Peplau</i>	26
B. Kerangka Teori Keperawatan	29
C. Hipotesis.....	30
BAB III METODE PENELITIAN.	31
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.	31
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	31
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	32
D. Populasi, Sampel dan Tehnik Sampel	32
E. Variabel penelitian dan Definisi Operasional	33
F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	35
G. Uji Instrumen.....	36
H. Prosedur Pengumpulan Data	37
I. Analisa Data, Pengolahan data dan Etika Penelitian.....	38
J. Alur Penelitian.....	43

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	44
A. Hasil Penelitian.....	44
B. Pembahasan.....	48
C. Keterbatasan dan Kelemahan Penelitian.....	55
BAB V PENUTUP.....	56
A. Kesimpulan.....	56
B. Saran.....	56

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian.....	34
Tabel 3.2 <i>Blue print</i> Distres Psikologi <i>fafourable</i>	36
Tabel 3.3 <i>Blue print</i> Distres Psikologi <i>unfafourable</i>	36
Table 3.4 Uji Normalitas	39
Table 3.5 Analisa Univariat	40
Table 3.5 Analisa Bivariat	43
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Tingkat Pendidikan dan Faktor Penyulit Pasien yang tindakan <i>PCI</i> di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada Bulan Juni-Juli 2020 (<i>n=11</i>).	45
Tabel 4.2 Skor rata-rata distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan <i>PCI</i> di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan Juni-Juli 2020 (<i>n=11</i>).	46
Tabel 4.3 Hasil Analisa skor Distres Psikologi PJK pre dan pos <i>PCI</i> di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan Mei-Juni 2020 (<i>n =11</i>)	47



DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Kerangka kerja konseptual pada teori “ <i>Interpersonal Process</i> ”.....	28
Skema 2.2 Kerangka teori penelitian model konsep keperawatan <i>Hidegard Peplau</i> terhadap perbedaan respon distres psikologi pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan <i>PCI</i>	29
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	31
Skema 3.2 Alur Penelitian.....	43



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Rencana Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Kuesioner Skala Distres Psikologi *HADS*
- Lampiran 3 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar *Inform Consent*
- Lampiran 6 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 7 : Surat Permohonan Studi Pendahuluan
- Lampiran 8 : Foto Enumerator dan Responden
- Lampiran 9 : Surat Prmohonan Ijin Penelitian



DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Akses Kateterisasi Jantung	25



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.

Penyakit Jantung Koroner (PJK) sebagai bagian dari penyakit kardiovaskuler yang paling umum penyebab utama kematian di seluruh dunia dan gangguan depresi sebagai penyebab utama keempat dari beban penyakit global (Shruthi, Kumar, Desai, Raman, & Sathyanarayana Rao, 2018). *American Heart Association* yang bekerja sama dengan *American Psychiatric Association* menganggap tekanan psikologis dianggap sebagai faktor risiko penyakit jantung (Pimple *et al.*, 2019). Selain itu, mengingat fakta bahwa penyakit jantung merupakan kondisi psiko-somatik, faktor psikologis memainkan peran penting.

Tekanan psikologis merupakan keadaan emosional yang sering timbul pada pasien penderita penyakit jantung koroner. Keadaan ini dipengaruhi oleh karena dirinya memiliki pengetahuan tentang pengalaman dan nasib penderita penyakit jantung pada masa lalu yang telah memberi kesan umum tentang prognosinya yang kurang baik. Suatu studi telah menyimpulkan bahwa pasien yang menderita suatu penyakit dengan kondisi akut sebagaimana besar akan menunjukkan adanya gangguan psikologis (Lumongga Lubis, 2016).

Penyakit Jantung Koroner biasanya tidak menunjukkan gejala khas selama bertahun-tahun. Meskipun tidak ditemukannya gejala, keberadaan dan luasnya PJK *non-obstruktif* berhubungan dengan prognosis yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki bukti PJK. Akhirnya, pasien dengan PJK *non-obstruktif* harus dipertimbangkan untuk tindakan pencegahan sekunder biasa (Sanchis-Gomar, Perez-Quilis, Leischik, & Lucia, 2016). *Angiografi* koroner merupakan *gold standart* untuk mendiagnosis dan mengevaluasi adanya PJK (Camero & Ghogomu, 2017).

Pada umumnya pasien dengan PJK dan gagal jantung dengan gejala psikologis lebih cenderung memiliki keterbatasan fisik dan kualitas hidup yang buruk. Pasien dengan komorbiditas penyakit jantung dan pembuluh darah dengan gejala psikologis juga berisiko lebih tinggi untuk kejadian

kardiovaskular berulang dan kematian akibat penyakit jantung (Cohen, Edmondson, & Kronish, 2015).

Prevalensi PJK di Indonesia masih sangat tinggi dan menjadi penyebab kematian tertinggi untuk penyakit kardiovaskular. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2018 melaporkan 12,9 % kematian akibat PJK telah terjadi di Indonesia dan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2018 menyatakan bahwa prevalensi sebesar 1,5 % atau 15 dari 1.000 penduduk Indonesia menderita PJK (Kemenkes, 2018). Pada tahun 2019 Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur mencatat angka kematian akibat PJK sebesar 211 kematian. Sementara dinas kesehatan kota Balikpapan sebanyak 25 kematian dan di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo sebanyak 103 kematian akibat PJK.

Pengobatan PJK dilakukan untuk memaksimalkan kualitas hidup dan meminimalkan risiko kematian melalui modifikasi faktor risiko seperti diabetes, hipertensi, hiperlipidemia dan pengelolaan gejala iskemik akut. Adanya kemajuan teknologi untuk mendiagnosis dan terapi, penggunaan obat-obatan trombolitik pada miokardium akut, perbaikan terapi intervensi dan bedah telah banyak diupayakan (M.Black & Hokanson Hawk, 2014). Beberapa opsi farmakoterapi yang digunakan untuk PJK antara lain: *beta-blocker*, *blocker* saluran kalsium, nitrat, *ACE inhibitor*, statin, dan agen antiplatelet (Camero & Ghogomu, 2017).

Manajemen farmakoterapi untuk revaskularisasi koroner/mencegah oklusi koroner dapat pula mengalami kegagalan. Keadaan ini dapat mengancam jiwa dan gangguan jangka panjang dari suatu penyakit. Dalam menghadapi situasi dari penyakit yang mengganggu kualitas hidup dan dapat mengancam jiwa beragam tehnik telah dikembangkan. *PCI* telah direkomendasikan sebagai salah satu terapi untuk PJK, yang meliputi *balloon angioplasty*, implantasi *stent* intrakoronar dan intervensi lainnya dengan penggunaan kateter. *Ballon* yang digembungkan digunakan di dalam arteri koroner yang menyempit untuk menekan plak aterosklerotik terhadap dinding pembuluh darah, sehingga memungkinkan pembersihan dan penggunaan *stent*, untuk mengurangi penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah (Della Méa, Bettinelli, & Pasqualotti, 2018).

Intervensi koroner perkutan (*PCI*) telah banyak diterapkan pada pasien dengan penyakit jantung koroner (*PJK*), tetapi masih membawa beberapa kemungkinan komplikasi. Setelah tindakan *PCI* sering terjadi memar dan nyeri tekan di lokasi tusukan. Adanya perdarahan yang signifikan, cedera pembuluh darah, reaksi alergi, cedera ginjal, stroke, serangan jantung bahkan kematian merupakan beberapa komplikasi serius yang bisa muncul setelah *PCI* (Kosova & Ricciardi, 2017). Waktu daftar tunggu angiografi juga dikaitkan dengan gangguan psikologis pasien sebelum angiografi (Uzun, Vural, Uzun, & Yokusoglu, 2008). Beberapa hal tersebut dapat mempengaruhi status psikologis pasien dengan status *PJK* terkait dengan *PCI*.

Selain komplikasi setelah *PCI* beberapa pasien telah diketahui dapat mengalami masalah dengan kondisi psikologisnya karena beberapa faktor, antara lain: kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan intervensi bedah, pendidikan kesehatan yang memadai dan informasi yang benar tentang prosedur bedah. Masalah psikologis ini dapat secara signifikan mempengaruhi kehidupan sehari-hari pasien dan aktivitas kerja (Gu, Zhou, Zhang, & Cui, 2016a). Beberapa pasien dengan *PJK* juga diketahui merasa khawatir jika terjadi serangan berulang yang harus melakukan tindakan *PCI* lagi dan lebih beresiko dengan komplikasi setelah tindakan *PCI*.

Terkait dengan masalah psikologis pada pasien *PJK* terhadap terapi *PCI* Ronak Delewi *et al.*, dalam penelitiannya telah memberikan kesimpulan bahwa kecemasan dapat terjadi sebelum prosedur, terutama pada pasien berusia < 65 tahun, dengan jenis kelamin perempuan memiliki skor kecemasan *Visual Analogue Scale (VAS)* pra prosedur yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki (Delewi *et al.*, 2017). Sedangkan Gu *et al.*, dalam penelitiannya menghasilkan kesimpulan bahwa kecemasan tertinggi terjadi 1 hari setelah *PCI* dengan tingkat kecemasan sedang terhadap 72,5% responden (Gu *et al.*, 2016a).

Yuni Dwi H dan Evi Dwi M (2019) dalam penelitiannya yang berjudul “Kecemasan Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner Paska *Percutaneous Coronary Intervention*”, memberikan kesimpulan bahwa kecemasan setelah tindakan *PCI* dapat terjadi oleh karena ketidaknyamanan fisik maupun

psikologis serta dapat dipengaruhi oleh faktor demografi seperti jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status pernikahan, penghasilan, pekerjaan dan riwayat *PCI* sebelumnya. Penelitian ini telah membuktikan intensitas munculnya gangguan psikologis terkait dengan terapi *PCI* (Hastuti & Mulyani, 2019).

Sebuah studi meta-analisis menyimpulkan bahwa gangguan psikologis dianggap sebagai faktor risiko untuk pasien jantung, yang terkait dengan kejadian jantung yang merugikan, kejadian jantung baru dan penyebab kematian. Oleh karena itu, penting untuk menilai gejala psikologis setelah intervensi, serta perlunya tindak lanjut oleh profesional psikologi atau yang terkait (Delewi et al., 2017). Status psikologis pasien (ketakutan, cemas, perasaan tidak nyaman dan depresi) dapat saling berkorelasi dan di prediksi membawa hasil yang buruk bagi kondisi jantung (Carney & Freedland, 2017).

Kondisi jantung yang terkait dengan gangguan psikologis akan memberikan dampak atau gangguan pada fungsi organ tubuh yang lain, pada keadaan ini setiap individu akan beresiko mengalami distres psikologi (Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 2002). Ada beberapa mekanisme yang mendasari hubungan antara tekanan psikologis dengan PJK (Allabadi et al., 2019). Pertama, tekanan psikologis dapat secara tidak langsung terkait dengan PJK melalui pola dan gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok, makan makanan berlemak, minum minuman yang mengandung alkohol berlebihan, atau kurang olahraga, yang dengan sendirinya meningkatkan risiko PJK. Kedua, isolasi sosial mungkin merupakan konsekuensi perilaku dari tekanan psikologis, dan faktor intervensi antara tekanan psikologis dan PJK. Ketiga, tekanan psikologis mungkin merupakan hasil dari paparan situasi kontrol yang dirasakan rendah sebagai dampak dari golongan masyarakat sosial ekonomi rendah. Tekanan psikologis ini bisa muncul di lingkungan rumah, tempat bekerja ataupun tempat interaksi sosial lainnya. Jadi tekanan psikologis dapat terkait langsung dengan risiko PJK. Keempat, tekanan psikologis mungkin memiliki efek langsung pada PJK independen dari faktor perilaku dan psikososial lainnya, yang dimediasi oleh aktivasi neurohumoral terkait dengan sekresi katekolamin atau aktivasi aksis hipofisis-adrenal hipotalamus dan gangguan metabolisme sekunder. Keadaan suasana hati yang negatif dan

kondisi lingkungan semuanya dapat bertindak melalui jalur tunggal atau faktor-faktor tersebut mungkin dapat memiliki efek independen pada risiko PJK (Stansfeld et al., 2002).

Masalah yang harus ditangani pada pasien PJK dengan distress psikologi adalah ansietas dan tidak keefektifan koping. Salah satu teori keperawatan yang sesuai untuk masalah ini yaitu teori keperawatan *Hildegard E. Peplau* yang dengan teori "*Interpersonal Process*", *Peplau* menganggap penerapan teori "*Internal Process*" bersifat universal dan bisa diaplikasikan untuk memenuhi kebutuhan klien secara holistik (biologis, psikologis, sosial, dan spiritual). *Peplau* menggunakan pengetahuan yang dikutip dari ilmu perilaku dan model psikologikal untuk mengembangkan teori hubungan interpersonal. Kutipan dari model psikologikal menyatakan bahwa "memungkinkan bagi perawat untuk saatnya berpindah dari orientasi terhadap penyakit ke salah satu bagian dari psikologi, perasaan, serta perilaku yang dapat di keluarkan dan dimasukkan ke dalam intervensi keperawatan. Hal ini memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengajari pasien bagaimana cara mengungkapkan perasaan serta bagaimana cara menunjukkan perasaan tersebut.

Peran perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Pengkajian fokus meliputi pengumpulan data seperti fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Diagnosa keperawatan prioritas yang akan diangkat dari distress psikologi yaitu ansietas faktor yang berhubungan dengan ancaman pada ancaman kematian. Diagnosa kedua yaitu ketidakefektifan koping, faktor yang berhubungan dengan sumber yang tersedia tidak adekuat.

RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo berfasilitas layanan kateterisasi jantung yang telah memberikan pelayanan kateterisasi jantung selama 5 tahun dan \pm 1000 prosedur telah dilakukan, tetapi belum pernah ada studi tentang *PCI* dan faktor-faktor resiko terkait dengan prosedur ini. Berdasarkan studi pendahuluan di unit *cath.lab* jumlah pasien PJK yang menjalani prosedur kateterisasi jantung selama periode bulan Januari sampai dengan Maret 2020 adalah 64 *case* untuk seluruh kelompok usia (laki-laki dan perempuan). Pasien

di dominasi umur dewasa tua yaitu kisaran 40 – 50 thn. Dari 64 orang sebanyak 33 *case* terindikasi untuk pemasangan stent sebagai terapi dari PJK. Beberapa pasien dan keluarga yang akan menjalani kateterisasi jantung sering mengungkapkan kekawatiran akan penyakitnya serta akibat dari pengobatan dan prosedur yang akan dijalankannya. Beberapa pasien juga didapati melakukan penolakan terhadap terapi dan prosedur pemasangan *stent* oleh karena beberapa alasan; seperti risiko kematian sebagai dampak komplikasi selama prosedur, terjadi perdarahan pasca prosedur, terjadinya *contrast induce nefropaty (CIN)* yang mengarah pada gagal ginjal dan beberapa alasan lain yang dirasakan lebih memberikan beban secara psikologis. Di ruang pemulihan kateterisasi jantung pasien menjalani perawatan dan observasi antara 30 mnt sampai dengan 45 mnt. Setiap pasien yang akan di transfer ke ruang perawatan lain harus memenuhi kriteria pasien pindah dari ruang pemulihan *cath.lab*. Hal ini membuat peneliti tertarik untuk mengidentifikasi “perbedaan respon distres psikologi pada pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan *PCI* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan”.

B. Rumusan Masalah.

Pasien dengan komorbiditas PJK dengan tekanan psikologis beresiko lebih tinggi untuk kejadian kardiovaskuler berulang dan kematian. Saat ini, intervensi koroner perkutan (*PCI*) dianggap sebagai salah satu pendekatan utama untuk pengobatan PJK. *PCI* secara signifikan mengurangi gejala PJK, mengurangi angka kematian, dan secara substansial meningkatkan kualitas hidup. Saat ini di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo jumlah pasien yang menerima pengobatan *PCI* telah meningkat setiap tahunnya. Namun, beberapa pasien dan keluarga yang akan menjalani kateterisasi jantung sering mengungkapkan kekhawatiran akan penyakitnya serta akibat dari pengobatan dan prosedur yang akan dijalankannya. Waktu daftar tunggu *angiografi* dan keharusan untuk menjalani rawat inap pasca *PCI* sering di keluhkan pasien dan keluarga. Tidak sedikit pasien melakukan penolakan tindakan oleh karena beberapa hal seperti risiko kematian sebagai dampak komplikasi selama prosedur, terjadi perdarahan pasca prosedur, terjadinya *contrast induce*

nefropaty (CIN) yang mengarah pada gagal ginjal dan beberapa alasan lain yang dirasakan lebih memberikan beban secara psikologis. Revaskularisasi koroner pasca *PCI* dapat membaik akan tetapi tekanan psikologis pasien masih didapati, hal ini karena dipengaruhi oleh beberapa hal seperti; respon nyeri yang masih dirasakan oleh pasien, keharusan mengkonsumsi obat jangka panjang, keharusan menjalani rawat inap pasca prosedur dan beberapa hal lain yang yang dirasa memberikan beban secara holistik (biologis, psikologis, sosial, dan spiritual) bagi pasien.

Berbagai studi tentang distres psikologi terkait dengan terapi *PCI* telah banyak dilakukan di beberapa rumah sakit dan lembaga penelitian. Berdasarkan fenomena diatas maka rumusan masalah penelitian ini adalah apakah terdapat “Perbedaan Respon Distres Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) Sebelum dan Sesudah Tindakan *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*?”.

C. Tujuan Penelitian.

1. Tujuan umum

Teranalisis Perbedaan Respon Distres Psikologi Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK) Sebelum dan Sesudah Tindakan *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*.

2. Tujuan Khusus:

- a. Teridentifikasi skor rata-rata distres psikologi pada pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*.
- b. Teranalisis selisih skor rata-rata perbedaan respon distres psikologi pada pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*.

D. Manfaat Penelitian.

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi:

1. Manfaat Teoritis.

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu acuan ilmiah yang dapat digunakan sebagai referensi dalam memahami bahwa ada atau tidaknya

perbedaan distres psikologi pada pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*.

2. Manfaat praktis.

a. RSUD Dr. Djatiwibowo Balikpapan.

Hasil penelitian ini menjadi tolak ukur dalam pengembangan pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya manajemen resiko dan mengenali faktor presipitasi penyebab distres psikologi sebelum dan setelah dilakukan *PCI* pada pasien PJK

b. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan baik dalam studi kuantitatif dengan mempertimbangkan faktor *confounding* maupun penelitian desain eksperimen dalam mencegah distres terkhusus setelah tindakan *PCI*.

E. Penelitian Terkait.

Ada beberapa penelitian yang terkait dengan penelitian ini antara lain;

1. Della Mea *Et al.*, (2018) dengan melaksanakan penelitiannya yang berjudul “*Anxiety and depression symptoms in adults and elderly in post-percutaneous coronary intervention*”. Penelitian ini bertujuan menyoroti pentingnya mengevaluasi dan mengobati gejala psikologis paska *PCI*, karena ini mengganggu kepatuhan terhadap pengobatan dan kualitas hidup pasien. Adapun desain penelitian ini adalah *cross-sectional*, studi analitik, sifat korelasional dan komparatif dan sampel dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin (pria dan wanita) dan usia lebih dari 50 tahun. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner.
2. Guoqiang Gu. *Et al.*, 22 juli 2016 dalam penelitiannya “*Increased prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with coronary artery disease before and after percutaneous coronary intervention treatment*”. Penelitian ini bertujuan untuk menentukan hubungan antara *PCI* dan gejala kecemasan dan depresi pada pasien PJK dalam hal terjadinya, faktor rawan, dan hasil jangka panjang PJK. Adapun penelitian ini dilakukan terhadap 170 pasien PJK yang menjalani pengobatan *PCI*

antara September 2013 dan Februari 2014 di sebuah rumah sakit, yang mana semua pasien secara mandiri menyelesaikan Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit (*HADS*) dan kuesioner *pre* dan *post PCI*. Kriteria inklusi di bangun atas dasar beberapa hal antara lain; usia ≥ 18 tahun, Sedangkan kriteria eksklusi ditetapkan oleh karena beberapa riwayat, setidaknya satu dari kondisi berikut: penyakit mental atau riwayat profilaksis untuk penyakit mental, penyakit jantung katup dan/atau kardiomiopati, gangguan kognitif, pukulan, atau gangguan sistem saraf karena hati, paru-paru, ginjal, atau penyakit lainnya. Individu juga dikeluarkan karena kurangnya kemampuan untuk menyelesaikan evaluasi psikologis karena penyakit parah, darurat bedah, atau kurangnya kerjasama.

3. Yuni Dwi Hastuti & Evi Dwi Mulyani, November 2019 “Kecemasan Pasien dengan penyakit jantung koroner paska *Percutaneous Coroner Intervention*”. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kecemasan dan faktor-faktor terkait demografi. Adapun desain dari penelitian ini adalah kuantitatif deskriptif survei dengan pendekatan teknik total sampling. Total sampel dari penelitian ini adalah 80 responden. Data dikumpulkan menggunakan *Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS)*, kemudian dianalisis dengan analisis univariat.
4. Ronak Delewi *Et al*, 10 November 2016 “*Anxiety levels of patients undergoing coronary procedures in the catheterization laboratory*”. Penelitian ini bertujuan untuk menguji tingkat kecemasan pra dan pasca-prosedural pada pasien yang menjalani *CAG* atau *PCI*, dan untuk menilai pasien dan karakteristik klinis yang terkait dengan tingkat kecemasan yang lebih tinggi. Adapun desain dari penelitian ini adalah studi kohort prospektif di mana semua pasien yang menjalani *CAG* atau *PCI* antara April 2009 dan April 2010 di *Academic Medical Center (AMC)* Amsterdam, Belanda. Tingkat kecemasan diukur menggunakan Skala Analogi Visual (*VAS*) yang dilaporkan sendiri, berkisar dari 0 hingga 100.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas adalah penggunaan variabel, metode penelitian, serta lokasi penelitiannya. Penelitian diatas lebih banyak menekankan tentang gangguan kecemasan setelah tindakan

PCI. Gangguan kecemasan dilakukan beberapa kali pengukuran dengan periode waktu yang berbeda setelah tindakan *PCI*. Sedangkan penelitian ini dilakukan 2 kali pengukuran untuk mendapatkan selisih skor distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan *PCI*.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka.

1) Penyakit Jantung Koroner (PJK).

a. Pengertian.

PJK merupakan jenis penyakit jantung dan pembuluh darah yang paling umum, merujuk pada kondisi di mana pembuluh darah yang memasok peredaran darah yang mengandung oksigen ke otot jantung menyempit, dimana arteri yang menyempit adalah arteri koronaria (Tao & Kendall, 2013). PJK adalah adanya ketidakseimbangan antara suplai darah dengan kebutuhan yang diinginkan oleh jantung yang mana ketidakseimbangan ini bersifat sementara akibat suatu proses patologi yang terjadi pada arteri koronaria atau ketidakseimbangan ini menetap dalam waktu tertentu dan dapat menyebabkan kerusakan pada sel-sel otot jantung (Nazmah, 2012). PJK dapat terjadi oleh karena deposisi plak (kombinasi kolesterol, sel makrofag, kalsium, dan jaringan ikat berserat) di dalam arteri koronaria. Kondisi ini disebut sebagai aterosklerosis. Setelah plak-plak ini pecah, gumpalan darah terbentuk di dalam arteri yang dapat menyebabkan penyumbatan sebagian atau seluruh pasokan darah ke otot-otot jantung (Karunathilake & Ganegoda, 2018).

b. Tanda dan Gejala.

Gejala PJK termasuk *dyspnea* (sesak napas), infark miokard, dan angina pektoris. Dari gejala-gejala yang disebutkan di atas, infark miokard dan angina pektoris sering dipertukarkan. Angina pektoris adalah keadaan di mana suplai darah ke miokardium berkurang secara signifikan sehingga menciptakan sensasi meremas atau membakar di sternum. Namun, nekrosis miokardium belum terjadi pada tahap ini. Sebaliknya, infark miokard yang umumnya dikenal sebagai serangan jantung adalah keadaan di mana tidak tersedianya darah yang teroksigenasi akhirnya kematian sel-sel miokard terjadi (Karunathilake & Ganegoda, 2018).

c. Diagnostik EKG.

PJK dapat dikenali melalui morfologi gelombang EKG (elektrokardiografi) karena adanya Iskemia, Injuri dan infark miokardium. Iskemia dapat dikenali melalui EKG karena adanya gelombang T inverted dan adanya ST Segmen (bagian datar EKG antara ujung gelombang S dan awal gelombang T) elevasi. Injuri dapat dikenali melalui EKG karena adanya ST Segmen (bagian datar EKG antara ujung gelombang S dan awal gelombang T) elevasi dengan disertai atau tidak oleh gelombang Q pathologis. Infark miokardium dapat dikenali melalui EKG karena adanya gelombang Q pathologis dengan gelombang T yang normal (Nazmah, 2012).

d. Faktor Resiko.

Walaupun terdapat beberapa mekanisme dan banyak faktor risiko PJK, tampaknya penyebab primer penyakit arteri koroner adalah inflamasi dan pengendapan lemak di dinding arteri. Faktor risiko PJK dapat dikelompokkan menjadi dua kategori: faktor risiko yang dapat di modifikasi (merokok, hipertensi, kolesterol, diabetes, obesitas dan inaktifitas fisik) dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi (keturunan, ras, usia dan jenis kelamin). Selain beberapa faktor diatas penelitian juga mengakui keberadaan faktor pendukung sebagai faktor pencetus PJK, yaitu: stres dan kadar homosistein (M.Black & Hokanson Hawk, 2014).

e. Penatalaksanaan PJK.

Penyakit kardiovaskular merujuk pada semua penyakit yang berhubungan dengan jantung dan sistem peredaran darah. Penyakit ini kadang-kadang disebabkan oleh faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti diet, olahraga, dan pilihan gaya hidup lainnya sementara pada kesempatan tertentu mereka disebabkan oleh faktor-faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, riwayat keluarga, dan kecenderungan genetik untuk penyakit tersebut. Penyakit kardiovaskular ini memiliki efek jangka panjang jika tidak diobati dengan benar dan dianggap sebagai salah satu penyebab kematian paling signifikan di seluruh dunia.

Penyakit jantung koroner merupakan penyakit jantung paling umum dan penyebab kematian paling signifikan secara global. Meskipun tingkat fatalitas

kritis, 90% penyakit ini dapat dicegah dengan mengambil tindakan pencegahan yang diperlukan. Ada tiga jenis mekanisme pencegahan untuk mencegah dan mengurangi dampak suatu penyakit. Pencegahan primer mengacu pada langkah-langkah yang diambil seseorang untuk mencegah timbulnya penyakit. Ini dicapai dengan mempertahankan pilihan gaya hidup sehat seperti diet dan olahraga. Pencegahan sekunder berfokus pada pengurangan dampak penyakit dengan diagnosis dini sebelum kerusakan kritis dan permanen. Ini memfasilitasi menghindari situasi yang mengancam jiwa dan gangguan jangka panjang dari suatu penyakit. Pencegahan tersier digunakan sekali efek jangka panjang ditetapkan, dengan membantu pasien untuk mengelola rasa sakit, meningkatkan harapan hidup, dan meningkatkan kualitas hidup (Karunathilake & Ganegoda, 2018).

Pencegahan sekunder PJK mencakup diagnosis dan pencegahan. Langkah paling kritis dari pencegahan sekunder adalah diagnosis dini yang memungkinkan para profesional medis untuk memberikan perawatan yang diperlukan bagi pasien dan meningkatkan kualitas hidup. Ini membutuhkan pengidentifikasian faktor-faktor risiko, kekritisian faktor-faktor risiko, dan bagaimana variasi dari faktor-faktor ini berhubungan dengan PJK. Setelah diagnosis dini, pasien dapat diarahkan ke perawatan yang diperlukan yang memberikan kualitas hidup yang lebih tinggi. Standar emas untuk mendiagnosis dan mengevaluasi PJK adalah *angiografi* koroner (Camero & Ghogomu, 2017).

Daya tarik utama pencegahan sekunder daripada pencegahan tersier berasal dari dua faktor. Pertama adalah biaya, di mana biaya pencegahan sekunder jauh lebih sedikit dibandingkan dengan pencegahan tersier. Kedua, pencegahan sekunder berpengaruh pada kualitas hidup pasien. Pencegahan tersier melibatkan prosedur utama yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien serta mengganggu kegiatan sehari-hari, sedangkan pencegahan sekunder berfokus pada perawatan yang kurang intens yang meliputi obat-obatan dan perubahan gaya hidup. Oleh karena itu menciptakan kesadaran tentang pencegahan sekunder dapat menciptakan dampak positif pada kehidupan individu maupun pada tingkat ekonomi makro (Karunathilake & Ganegoda, 2018).

2. Distres Psikologi

a. Pengertian.

Menurut Lazarus (1984), stres merupakan bentuk interaksi antara individu dengan lingkungan, yang dinilai individu sebagai sesuatu yang membebani atau melampaui kemampuan yang dimilikinya, serta mengancam kesejahteraannya. Dengan kata lain stres merupakan fenomena individual dan menunjukkan respon individu terhadap tuntutan lingkungan (Lumongga Lubis, 2016).

Lazarus (1984) dalam tinjauan psikologis membagi stres menjadi dua macam. Pertama, yaitu stres yang mengganggu dan biasanya disebut juga dengan *distress*. Kedua, yaitu stres yang tidak mengganggu yang disebut sebagai *eustress* atau stres yang baik. Istilah lain atau istilah yang sama untuk digunakan adalah *psychological well-being* (kondisi mental yang positif) dan *psychological distress* (kondisi mental negatif). Ketidakmampuan tubuh dalam merespon stres yang ditandai dengan kelainan fungsi organ tubuh dan disertai dengan gejala kejiwaan (cemas dan atau depresi) diartikan sebagai individu yang sedang dalam keadaan distres psikologi (Hawari, 2011).

Ifeld (1976) mengartikan distres psikologi sebagai sebuah sindrom yang tidak spesifik, terdiri dari kecemasan, depresi, permasalahan kognitif, mudah marah. Senada dengan hal tersebut (Kaner, 1981) berpendapat bahwa distres psikologi merupakan sebuah kondisi emosional negatif yang digambarkan sebagai suatu ketidaksenangan, frustrasi, marah, khawatir dan cemas. Sedangkan Talala (2012) memandang distres psikologi mengarah pada hal terkait non spesifik psikopatologis, yang terdiri dari berbagai simtom seperti depresi, kecemasan, stress dan disertai adanya insomnia. Distres psikologi merupakan sebuah sindrom tidak spesifik yang terdiri dari kecemasan, depresi, permasalahan kognitif, sifat mudah marah dan obsesif-kompulsif (Pratiwi K, 2017). Tuntutan yang secara umum dapat memunculkan stres dapat diklasifikasikan dalam beberapa bentuk, seperti: frustrasi, konflik, tekanan dan ancaman. Frustrasi akan muncul apabila usaha yang dilakukan individu untuk mencapai suatu tujuan mendapatkan hambatan atau kegagalan. Hambatan ini bisa bersumber dari lingkungan, maupun dari diri individu. Stres juga dapat

muncul apabila individu dihadapkan pada suatu keharusan untuk memilih salah satu diantara kebutuhan dan tujuan. Biasanya pilihan terhadap salah satu alternatif akan menghasilkan frustrasi bagi alternatif lainnya.

Tekanan atau paksaan untuk mencapai suatu hasil tertentu atau untuk bertingkah laku dengan cara tertentu dapat memicu stres. Sumber tekanan juga bisa berasal dari dalam diri maupun dari lingkungan. Antisipasi individu terhadap hal-hal yang merugikan atau tidak menyenangkan bagi dirinya, mengenai suatu situasi, merupakan sesuatu hal yang dapat memunculkan stres.

Orang yang tidak mampu mengatasi tuntutan emosinya akan mudah terserang distress psikologi tetapi orang yang mampu mengatasinya akan terhindar. Ciri-ciri orang yang mengalami distress psikologi yaitu mudah marah, cepat tersinggung, sulit berkonsentrasi, sukar mengambil keputusan, pelupa, pemurung, tidak merasa energik, selalu merasa cemas atau takut dan cepat bingung (Lumongga Lubis, 2016). Kadang kala sulit membedakan apakah seseorang mengalami distress atau depresi, akan tetapi seseorang baru menderita depresi jika gangguan psikologis tersebut telah berlangsung dalam waktu yang lama atau lebih dari 2 minggu (APA, 2000).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi distress psikologi.

Dadang Hawari (2011) dalam bukunya yang berjudul “MANAJEMEN STRES CEMAS DAN DEPRESI” menyebutkan beberapa jenis stresor psikososial yang mampu memberikan dampak terhadap distress psikologi antara lain: Perkawinan, problem orang tua, hubungan interpersonal (antar pribadi), pekerjaan, lingkungan hidup, keuangan, hukum, perkembangan, penyakit fisik atau cedera, faktor keluarga, dan trauma.

Menurut *Matthews* (2007) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi distress, antara lain faktor fisiologis, kognitif dan sosial. Faktor fisiologis dalam beberapa penelitian, menunjukkan bahwa adanya hubungan kondisi fisik individu khususnya otak dan syaraf dengan respon emosi yang ditunjukkan. Sebaliknya, saat individu mengalami kecemasan, ditemukan adanya peningkatan aktivitas di otak bagian depan. Faktor selanjutnya berkaitan dengan kognitif individu, dimana dampak stres yang berhubungan dengan psikis dan fisik individu ditentukan oleh adanya keyakinan dan harapan yang dimiliki

individu tersebut. Berikutnya adalah faktor sosial, stresor yang muncul berupa gangguan dalam hubungan sosialnya. Sebagai contoh hubungan keluarga yang tidak baik, tidak memiliki pekerjaan, anggota keluarga yang sakit parah/kronis (dalam hal ini adalah PJK) menjadi faktor potensial untuk menimbulkan distress pada individu (Pratiwi K, 2017).

c. Dimensi distress psikologi.

Dimensi distress psikologi menurut Dadang Hawari ada beberapa bentuk yang berbeda, yaitu:

1). Stres.

Yang dimaksud dengan stres (*Hans Selye, 1950*) adalah respon tubuh yang sifatnya non spesifik terhadap setiap tuntutan beban atasnya. Misalnya bagaimana respon tubuh seseorang manakala yang bersangkutan mengalami beban pekerjaan yang berlebihan. Bila ia sanggup mengatasinya artinya tidak ada gangguan pada fungsi organ tubuh sehingga yang bersangkutan tidak lagi dapat menjalankan fungsi pekerjaannya dengan baik, maka ia disebut mengalami distress. Dalam perkembangan selanjutnya ternyata dampak stres ini tidak hanya mengenai gangguan fungsional hingga kelainan organ tubuh, tetapi juga berdampak pada bidang kejiwaan (psikologik/psikiatrik) misalnya kecemasan dan atau depresi.

2). Kecemasan (ansietas/*anxiety*).

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekwatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik) kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tapi masih dalam batas-batas normal.

3). Depresi.

Depresi adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian tetap utuh (tidak

mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*) perilaku dapat terganggu tapi dalam batas-batas normal (Hawari, 2011).

Respon atau reaksi seseorang terhadap stresor psikososial yang dialaminya berbeda satu dengan lainnya, ada yang menunjukkan gejala-gejala stres, ada yang menunjukkan gejala-gejala kecemasan dan atau depresi. Tidak jarang ketiga gejala tersebut juga saling tumpang tindih (*overlapping*) sebab dalam pengalaman klinis jarang ditemukan ketiga gejala tersebut masing-masing berdiri sendiri. Pada gejala stres, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan somatik (fisik), tetapi dapat pula disertai oleh keluhan-keluhan psikis. Pada gejala cemas, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikis (ketakutan dan kekwatiran), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (fisik). Pada gejala depresi, gejala yang dikeluhkan penderita didominasi oleh keluhan-keluhan psikis (kemurungan dan kesedihan), tetapi dapat pula disertai keluhan-keluhan somatik (fisik) (Hawari, 2011).

Berbeda dengan Hawari, Veit dan Ware (1983) mengungkapkan *psychological distress* tersusun oleh beberapa faktor, antara lain *anxiety* (kecemasan), *depression* (depresi), dan *loss of behavioral/emotional control* (kehilangan kontrol perilaku dan emosi) (Pratiwi K, 2017). Kecemasan mengandung arti sesuatu yang tidak jelas dan berhubungan dengan perasaan yang tidak menentu dan tidak berdaya. Ansietas merupakan pengalaman individu yang bersifat subyektif yang sering bermanifestasi sebagai perilaku yang disfungsi yang diartikan sebagai perasaan “kesulitan” dan kesusahan terhadap kejadian yang tidak diketahui dengan pasti (Doli Tine D, 2019).

Depression adalah gangguan alam perasaan (*mood*) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya kegairahan hidup, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*) perilaku dapat terganggu tetapi dalam batas-batas normal (Hawari, 2011). *Loss of behavioral/emotional control* adalah kondisi emosi yang berlebihan mengakibatkan kurangnya kemampuan individu untuk memberikan batas kesadaran terhadap dorongan dan perilaku. Menjerit, menangis bahkan

berkelahi seringkali dianggap sebagai perilaku yang menunjukkan hilangnya kontrol individu dalam hal emosi dan perilaku (Griffin dalam Walker, 1990).

Berdasarkan pemaparan diatas, peneliti menggunakan aspek *psychological distress* dari Hawari untuk mengetahui tingkat *psychological distress* pada populasi umum. Aspek *psychological distress* digunakan untuk mengukur depresi, kecemasan dan stres sehingga responden mampu mengidentifikasi gejala yang mereka alami dalam sebulan terakhir. Oleh karena itu, pembuatan skala distres psikologi akan mengacu pada teori yang dikemukakan oleh Hawari.

d. Psiko-Neuro-Imunologi (Psiko-Neuro-Endokrinologi).

Psiko-neuro-imunologi adalah ilmu yang mempelajari hubungan antara faktor psiko-sosial, sistem saraf dan kekebalan. Seseorang yang mengalami stresor psikososial yang ditangkap melalui panca inderanya, melalui sistem saraf panca indera akan diteruskan ke susunan saraf pusat otak, yaitu bagian saraf otak yang disebut *limbic system*, melalui transmisi saraf (*Neurotransmitter*/sinyal penghantar saraf). Dan, selanjutnya stimulus atau rangsangan psikososial tadi melalui susunan saraf *autonomy* (simpatis/parasimpatis) akan diteruskan ke kelenjar-kelenjar hormonal (endokrin) yang merupakan system imunitas tubuh dan organ-organ tubuh yang dipersarafinya (Hawari, 2011).

Stimulus atau ransangan psikososial pada mulanya merupakan gangguan fungsional atau faal organ tubuh, namun bila berkelanjutan akan menyebabkan kelainan pada organ tubuh itu sendiri. Tahap awal adalah gangguan pada neuro-kimiawi sel dari organ tubuh, kemudian kelainan sel, dan bila hal ini berlanjut menjadi kelainan jaringan dari organ tubuh yang bersangkutan; atau dengan kata lain organ tubuh itu sakit (Hawari, 2011).

Cristian Albus (2010) dalam penelitiannya yang berjudul "*Psychological and social factors in coronary heart disease*" telah menemukan keterkaitan antara faktor psikologis & sosial, depresi, kecemasan, dan permusuhan telah berkontribusi baik pada resiko pengembangan penyakit jantung koroner (PJK) (Albus, 2010).

e. Reaksi Tubuh Terhadap Distres Psikologi.

Seseorang atau individu yang mengalami tekanan psikologis dapat dikenali dari perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuhnya. Misalnya, antara lain:

1) Rambut.

Warna rambut yang semula hitam pekat, lambat laun mengalami perubahan warna menjadi kecoklat-coklatan serta kusam. Ubanan (rambut memutih) terjadi sebelum waktunya, demikian pula dengan kerontokan rambut.

2) Mata.

Ketajaman mata sering kali terganggu misalnya kalau membaca tidak jelas karena kabur. Hal ini karena otot-otot bola mata mengalami kekenduran atau sebaliknya sehingga mempengaruhi fokus lensa mata.

3) Telinga.

Pendengaran sering terganggu dengan suara berdenging (*tinnitus*).

4) Daya pikir.

Kemampuan daya berpikir dan mengingat serta konsentrasi menurun. Orang menjadi pelupa dan sering kali mengeluh sakit kepala atau pusing.

5) Ekspresi wajah.

Wajah seseorang yang stres nampak tegang, dahi berkerut, mimik nampak serius, tidak santai, bicara berat, sukar untuk senyum/tertawa dan kulit muka kedutan (*tic facialis*).

6) Mulut.

Mulut dan bibir terasa kering sehingga seseorang sering minum. Selain daripada itu pada tenggorokan seolah-olah ada ganjalan sehingga ia sukar menelan, hal ini disebabkan karena otot-otot lingkaran di tenggorokan mengalami ketegangan (*muscle cramps*).

7) Kulit.

Kelembaban kulit menjadi kering. Selain daripada itu perubahan kulit lainnya adalah merupakan penyakit kulit, seperti munculnya eksim, urtikaria, gatal-gatal dan pada kulit muka sering kali timbul jerawat berlebihan, juga sering dijumpai kedua belah tapak tangan dan kaki berkeriat.

8) Sistem pernafasan.

Nafas terasa berat dan sesak dikarenakan otot-otot rongga dada mengalami spasme dan tidak kurang elastis sebagaimana biasanya. Stres juga dapat memicu timbulnya penyakit asma (*Asthma Bronchiale*) disebabkan karena otot-otot pada saluran nafas paru-paru juga mengalami ketegangan.

9) Sistem kardiovaskuler.

Sistem jantung dan pembuluh darah dapat terganggu faalnya karena stres. Misalnya, jantung berdebar, pembuluh darah melebar (*dilatation*) atau menyempit (*constriction*) sehingga yang bersangkutan nampak mukanya merah atau pucat. Pembuluh darah tepi (*perifer*) terutama dibagian ujung jari-jari tangan atau kaki juga menyempit sehingga terasa dingin atau kesemutan. Selain daripada itu sebagian atau seluruh tubuh terasa “panas” (*subfebris*) atau sebaliknya terasa “dingin”.

10) Sistem pencernaan.

Tekanan psikologis sering berdampak pada pencernaan. Misalnya, pada lambung terasa kembung, mual dan pedih; hal ini disebabkan karena asam lambung berlebihan (*hyperacidity*). Selain gangguan pada lambung gangguan juga dapat terjadi pada usus, sehingga yang bersangkutan merasakan perutnya mulas, sukar buang air besar atau sebaliknya sering diare.

11) Sistem perkemihan.

Tekanan psikologi dapat mempengaruhi faal perkemihan (air seni), yang sering dikeluhkan adalah frekuensi buang air kecil lebih sering dari biasanya.

12) Sistem otot dan tulang.

Tekanan psikologis dapat mempengaruhi keluhan-keluhan pada sistem otot dan tulang (*musculoskeletal*). Yang bersangkutan sering mengeluh otot terasa sakit seperti ditusuk-tusuk, pegal dan tegang. Selain daripada itu keluhan-keluhan pada tulang persendian sering dialami, misalnya rasa ngilu atau rasa kaku bila menggerakkan anggota tubuhnya. Masyarakat awam sering mengenal gejala ini sebagai keluhan “pegal-linu”.

13) Sistem endokrin.

Gangguan pada sistem endokrin (*hormonal*) pada mereka yang mengalami tekanan psikologis adalah kadar gula yang meninggi, dan bila hal ini berkepanjangan dapat mengakibatkan yang bersangkutan menderita penyakit kencing manis (diabetes melitus); gangguan hormonal lain misalnya pada wanita adalah gangguan menstruasi yang tidak teratur dan rasa sakit (*dysmenorrhoea*).

14) Libido.

Kegairahan seseorang di bidang seksual dapat pula terpengaruh oleh karena gangguan psikologis. Yang bersangkutan sering kali mengeluh libido menurun atau sebaliknya meningkat tidak sebagaimana biasanya.

f. Alat ukur Distres Psikologi.

Diagnosis gangguan cemas dan depresi harus didasarkan pada pemeriksaan status mental dan kriteria diagnosis yang sudah ditentukan dengan jelas, seperti DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual IV*, Petunjuk Diagnostik dan Statistikal IV). Hal ini sangatlah penting karena dengan adanya depresi dapat memperburuk prognosis penderita dan memperlama kecacatan (Rudy, Widyadharma, & Adnyana, 2015). Karena seorang psikiater tidak selalu tersedia maka penggunaan rutin instrumen penapis seperti seperti *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Skala Kecemasan dan Depresi Rumah Sakit, *HADS*) direkomendasikan sehingga rujukan yang tepat dapat dilakukan.

Hospital Anxiety and Depression Scale/HADS merupakan alat penapis yang dikembangkan untuk dipergunakan dalam kepentingan medis. Pertama kali dikembangkan oleh Zigmond dan Snaith pada 1983 yang bertujuan untuk memberikan alat bantu yang dapat diterima, dapat dipercaya, valid, dan mudah bagi para klinisi untuk mengidentifikasi dan mengkuantifikasi kecemasan dan depresi. Skala ini digunakan bukan untuk membuat diagnosis suatu kelainan psikiatri, tetapi untuk mengidentifikasi pasien-pasien di RS umum yang memerlukan evaluasi dan penanganan lebih jauh oleh psikiatris.

Hospital Anxiety and Depression Scale/HADS terdiri dari 14 pernyataan yang dibagi menjadi 2 subskala, yaitu untuk menilai kecemasan (7 pernyataan) dan depresi (7 pernyataan), yang mana penderita menggolongkan masing-

masing pernyataan dalam 4 skala nilai, dari nilai 0 (tidak sama sekali) sampai nilai 3 (sangat sering). Nilai yang lebih tinggi mengindikasikan adanya permasalahan. Jawaban penderita dijumlahkan secara terpisah, yaitu penilaian untuk kecemasan dan penilaian untuk depresi, dengan jumlah minimum dan maksimum adalah 0 dan 21 untuk masing-masing skala. Titik potong yang direkomendasikan adalah: lebih dari 16 menyatakan kasus berat, titik potong 11-15 merupakan kasus sedang, titik potong 8-10 merupakan kasus ringan, dan kurang dari 7 bukan merupakan suatu kasus kecemasan atau depresi. Validitas dan reliabilitas *HADS* sudah dilaporkan beberapa penelitian. *HADS* sudah diterjemahkan dan digunakan secara luas pada lebih dari 25 negara sejak pertama kali dikembangkan yaitu pada populasi umum, pasien-pasien RS umum, pada perawatan kanker, penderita jantung dan pada penderita HIV (Rudy *et al.*, 2015).

3. Kateterisasi Jantung.

a. Pengertian.

Angiografi koroner sering dilakukan sebagai bagian dari kateterisasi jantung untuk membantu menemukan penyumbatan di arteri yang memasok darah ke otot jantung. Jika penyumbatan signifikan ditemukan, dokter mungkin dapat mengobatinya dengan mengembungkan balon kecil di arteri dan kemudian menempatkan tabung logam kecil yang disebut stent untuk menjaga kapal tetap terbuka (Kosova & Ricciardi, 2017). *Percutaneous coronary intervensi (PCI)* adalah teknik yang paling umum untuk meningkatkan perfusi miokard ketika mengobati penyakit arteri koroner. Ini sangat manjur dalam meningkatkan gejala untuk pasien dengan angina stabil, dan meningkatkan prognosis pada sindrom koroner akut, terutama dalam perawatan darurat pasien yang mengalami peningkatan ST infark miokard infark. Ini dilakukan melalui selubung kecil intra-arteri. Balon digunakan untuk melebarkan stenosis koroner, dan stent ditanamkan untuk merancah pembuluh darah.

Penyempitan kembali pada tempat yang dirawat dapat terjadi, keadaan ini dikurangi dengan pemasangan stent obat. Kebanyakan komplikasi akut *PCI* dimediasi oleh aktivasi trombosit, sehingga obat-obatan yang

menghalangi agregasi trombosit sangat penting bagi keamanan prosedur. Komplikasi awal termasuk perdarahan dari situs akses arteri dapat dikurangi dengan pendekatan teknik transradial. Penutupan pembuluh tiba-tiba, stroke, perforasi koroner dan tamponade jarang terjadi. Persyaratan untuk operasi jantung darurat adalah $<0,1\%$, dan mortalitas di rumah sakit terutama ditentukan oleh indikasi untuk *PCI* sekitar $0,2\%$ pada pasien dengan angina stabil, 5% setelah peningkatan ST infark miokard dan $30-50\%$ dalam konteks syok kardiogenik. Kemajuan teknis berarti bahwa pasien dengan penyakit arteri koroner kompleks dan kondisi komorbid kini dapat diobati dengan *PCI* (Ludman, 2018).

Beberapa teknik *PCI* telah dikembangkan untuk membuka pembuluh darah dan mengembalikan aliran darah melalui arteri koroner, antara lain:

1) *PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)*.

PTCA merupakan suatu teknik dimana suatu kateter berujung balon biasanya dipasang pada arteri femoralis (walaupun dapat juga pada arteri radialis ataupun arteri brachialis) dan ditelusuri dengan panduan rontgen menuju arteri yang mengalami sumbatan. Balon dikembangkan beberapa kali untuk membentuk ulang lumen pembuluh darah dengan meregangkan pembuluh dan menekan plak aterosklerotik ke arah dinding arteri sehingga akan membuka arteri (M.Black & Hokanson Hawk, 2014).

2) *Aterektomi Koroner Direksional*.

Aterektomi direksional mengurangi stenosis arteri koroner dengan mengeksisi dan mengangkat plak ateromatosa. Pemotong *DCA* terdiri atas suatu kateter yang mengandung silinder kaku dengan mata pisau berputar ditengah. Mata pisau mencukur materi pada plak atheroma dan mengendapkannya di dalam kerucut moncong yang nantinya akan dikirim untuk studi histopatologi. *DCA* tepat diterapkan untuk lesi pada arteri koroner besar atau medium yang terletak dibagian tengah atau proksimal pembuluh darah (M.Black & Hokanson Hawk, 2014).

3) *Stent* Intrakoronar.

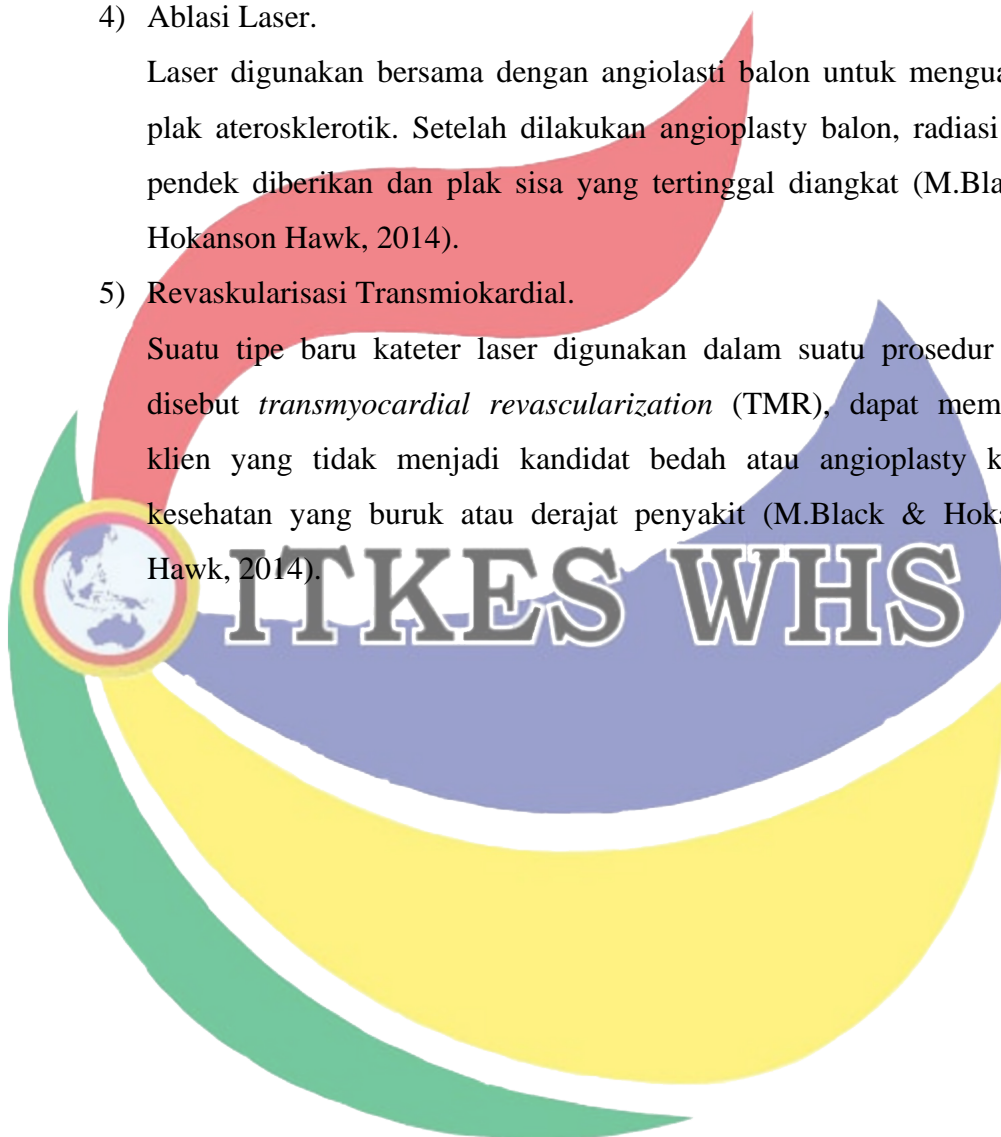
Stent intrakoronar awalnya dirancang untuk mengurangi stenosis ulang dan penutupan mendadak arteri koroner akibat komplikasi *angioplasty* koroner. *Stent* saat ini digunakan untuk menggantikan PTCA untuk menghilangkan resiko penutupan akut dan memperbaiki kepatenan jangka panjang (M.Black & Hokanson Hawk, 2014).

4) Ablasi Laser.

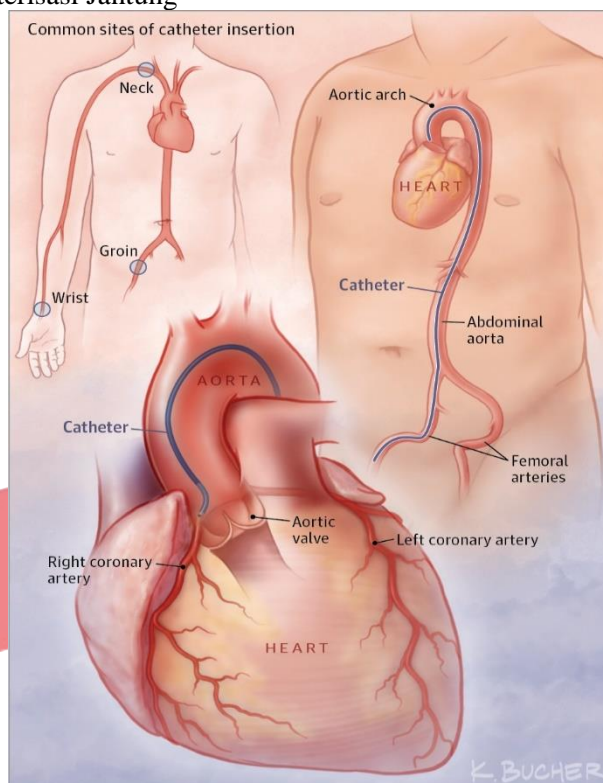
Laser digunakan bersama dengan angioplasti balon untuk menguapkan plak aterosklerotik. Setelah dilakukan *angioplasty* balon, radiasi laser pendek diberikan dan plak sisa yang tertinggal diangkat (M.Black & Hokanson Hawk, 2014).

5) Revaskularisasi Transmiokardial.

Suatu tipe baru kateter laser digunakan dalam suatu prosedur yang disebut *transmyocardial revascularization* (TMR), dapat membantu klien yang tidak menjadi kandidat bedah atau *angioplasty* karena kesehatan yang buruk atau derajat penyakit (M.Black & Hokanson Hawk, 2014).



Gambar 2.1: Akses Kateterisasi Jantung



b. Indikasi Kateterisasi Jantung.

Kateterisasi jantung dapat membantu dokter mendiagnosis dan menangani masalah katup jantung, gagal jantung kongestif, atau hipertensi paru (tekanan darah tinggi di paru-paru). Kateterisasi jantung dengan *angiografi* koroner umumnya dilakukan pada pasien yang mengalami serangan jantung atau mengalami nyeri dada yang tidak berkurang dengan obat-obatan atau yang memiliki hasil tes stres yang tidak normal (Kosova & Ricciardi, 2017).

c. Resiko Kateterisasi Jantung.

Kateterisasi jantung adalah prosedur yang umum dilakukan dan umumnya sangat aman. Masalah yang paling umum setelah kateterisasi jantung adalah memar dan nyeri tekan di lokasi tusukan. Risiko yang jarang tetapi lebih serius akibat kateterisasi jantung termasuk perdarahan yang signifikan atau cedera pembuluh darah, reaksi alergi, cedera ginjal, stroke, serangan jantung, atau kematian. Pasien harus mendiskusikan risiko-risiko ini serta manfaat dari prosedur ini dengan dokter dan tim kateterisasi jantung sebelum tes (Kosova & Ricciardi, 2017).

4. Aplikasi Teori *Hildegard Peplau* dalam Asuhan Keperawatan.

a. Biografi *Hildegard Peplau*.

Hildegard E. Peplau lahir pada tanggal 1 September 1909 di Reading, Pennsylvania. Peplau lulus dari *Hospital School of Nursing* di Pottstown, Pennsylvania pada tahun 1931. Gelar B.A. dalam bidang psikologi interpersonal diperolehnya dari Bennington University, Vermont pada tahun 1943. Peplau meraih gelar M.A. dalam bidang keperawatan psikiatri dari *Teacher's College, Columbia, New York* pada tahun 1947 dan gelar Ed.D. dalam bidang pengembangan kurikulum pada tahun 1953.

Teori yang dikembangkan oleh *Hildegard E. Peplau* adalah keperawatan psikodinamik (*Psychodynamic Nursing*). Teori ini dipengaruhi oleh model hubungan interpersonal yang bersifat terapeutik (*significant therapeutic interpersonal process*). *Hildegard E. Peplau* mendefinisikan teori keperawatan psikodinamikanya sebagai berikut: “Perawatan psikodinamik adalah kemampuan untuk memahami perilaku seseorang untuk membantu mengidentifikasi kesulitan-kesulitan yang dirasakan dan untuk mengaplikasikan prinsip-prinsip kemanusiaan yang berhubungan dengan masalah-masalah yang muncul dari semua hal atau kejadian yang telah dialami.” Teori *Hildegard Peplau* (1952) berfokus pada individu, perawat, dan proses interaktif (Peplau, 1952); yang menghasilkan hubungan antara perawat dan klien (Eka Putri, 2012).

b. Manajemen Asuhan Keperawatan sesuai aplikasi Teori *Hildegard Peplau*

Agar asuhan keperawatan yang diberikan lebih terarah sehingga tujuan dapat dicapai dengan maksimal maka dibutuhkan teori keperawatan yang menjadi landasan dalam melakukan tindakan. Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada klien dengan masalah psikologis adalah menggunakan pendekatan teori dari model konseptual keperawatan *Hildegard E. Peplau* yang dikenal dengan “*Interpersonal Process*”

Proses interpersonal yang dimaksud antara perawat dengan klien ini memiliki empat tahap diantaranya:

- 1) Tahap orientasi; lebih difokuskan untuk membantu pasien menyadari ketersediaan bantuan dan rasa percaya terhadap kemampuan perawat

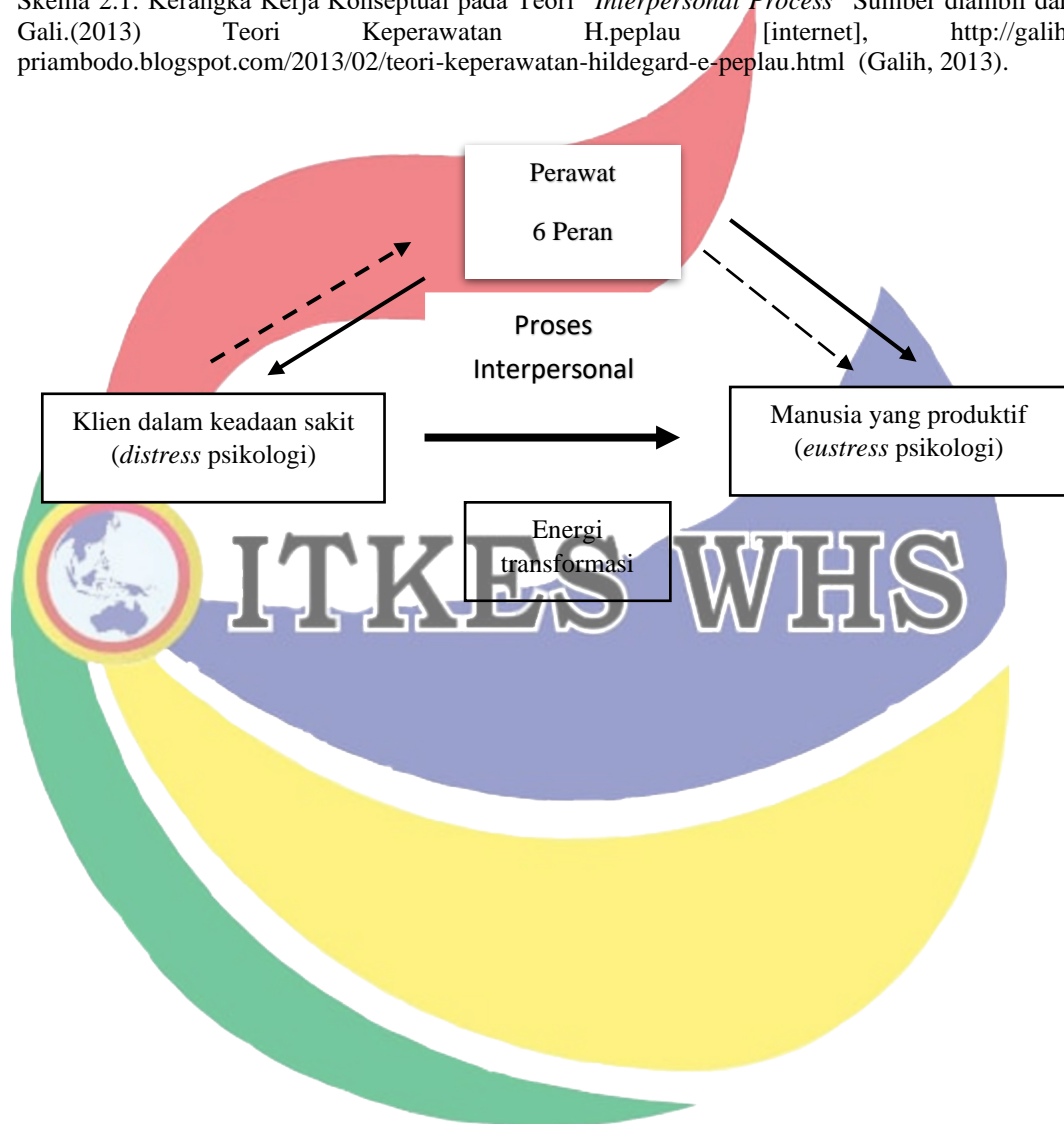
untuk berperan serta secara efektif dalam pemberian askep pada klien. Pada tahap ini perawat dan klien melakukan kontrak awal untuk membangun kepercayaan dan terjadi proses pengumpulan data.

- 2) Fase identifikasi; fase ini terjadi ketika perawat memfasilitasi ekspresi perilaku pasien dan memberikan asuhan keperawatan. Respon pasien pada fase identifikasi dapat berupa: Partisipasi mandiri dalam hubungannya dengan perawat, Individu mandiri terpisah dari perawat, Individu yang tak berdaya dan sangat tergantung pada perawat, Pada tahap identifikasi ini peran perawat adalah melakukan atau bertindak sebagai fasilitator yang memfasilitasi ekspresi perasaan klien serta melaksanakan asuhan keperawatan.
- 3) Fase eksplorasi; memungkinkan suatu situasi dimana pasien dapat merasakan nilai hubungan sesuai pandangan/persepsi terhadap situasi. Fase ini merupakan inti hubungan dalam proses interpersonal. Dalam fase ini perawat membantu klien dalam memberikan gambaran kondisi klien dan seluruh aspek yang terlibat didalamnya.
- 4) Fase resolusi; dimana perawat berusaha untuk secara perlahan kepada klien untuk membebaskan diri dari ketergantungan kepada tenaga kesehatan dan menggunakan kemampuan yang dimilikinya agar mampu menjalankan secara sendiri. Pada model Peplau ini dapat dilihat adanya tindakan keperawatan yang diarahkan kepada hubungan interpersonal atau psikoterapi. Secara bertahap pasien melepaskan diri dari peran perawat. Resolusi ini memungkinkan penguatan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan menyalurkan energi kearah realisasi potensi.

Aplikasi yang dapat dilihat secara nyata dalam penerapan teori ini terhadap respon distres psikologi pasien PJK terkait dengan terapi *PCI* yaitu pada saat klien mencari bantuan, pertama perawat mendiskusikan masalah dan menjelaskan jenis pelayanan atau prosedur yang akan dijalani pasien. Dengan berkembangnya hubungan antara perawat dan klien bersama-sama mendefinisikan masalah dan kemungkinan penyelesaian masalahnya. Dari hubungan ini klien mendapatkan

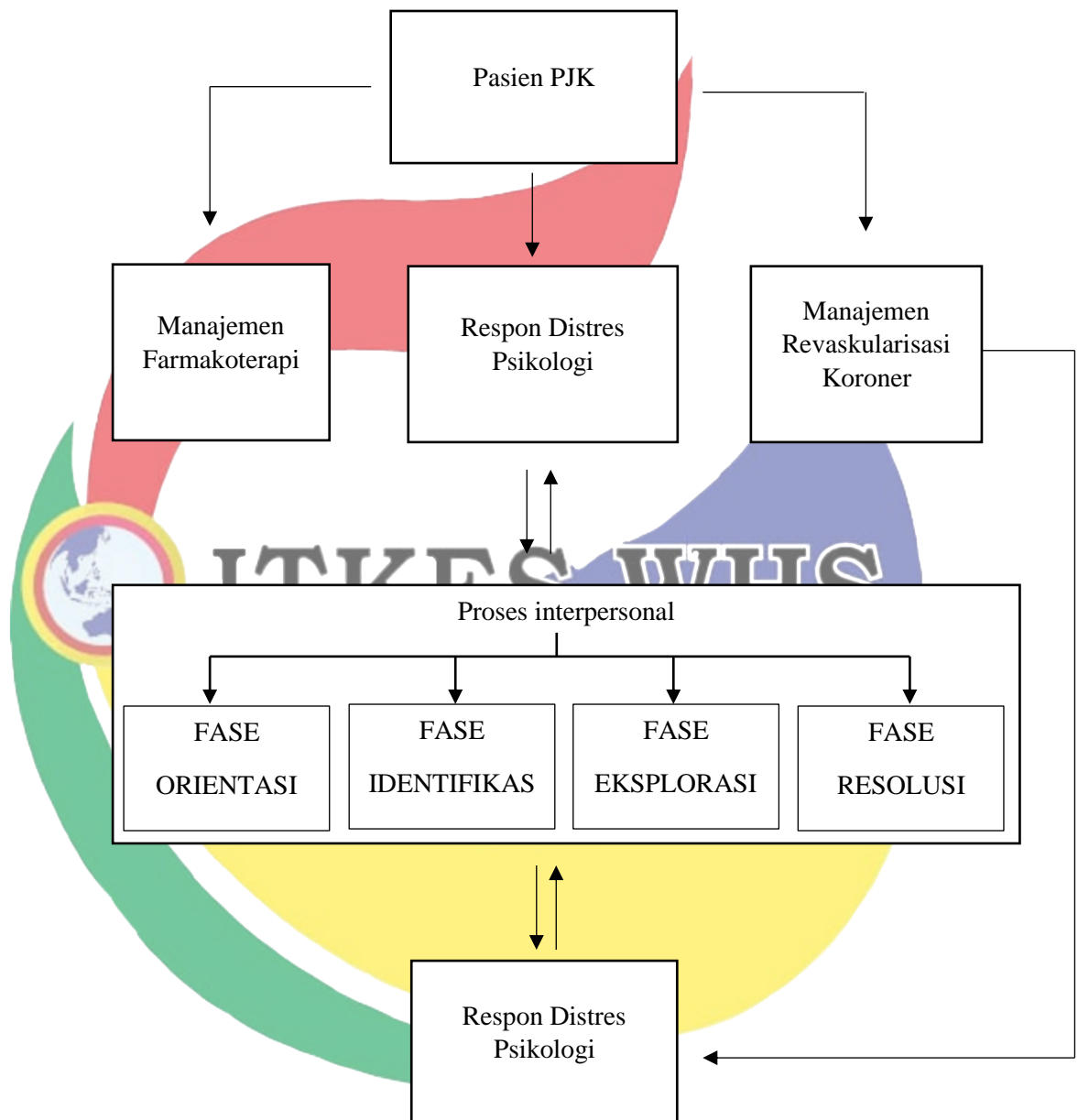
keuntungan dengan memanfaatkan pelayanan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhannya dan perawat membantu klien dalam hal menurunkan kecemasan yang berhubungan dengan masalah kesehatannya. Artinya seorang perawat berusaha mendorong kemandirian pasien.

Skema 2.1: Kerangka Kerja Konseptual pada Teori “*Interpersonal Process*” Sumber diambil dari Gali.(2013) Teori Keperawatan H.peplau [internet], <http://galih-priambodo.blogspot.com/2013/02/teori-keperawatan-hildegard-e-peplau.html> (Galih, 2013).



B. Kerangka Teori

Skema 2.2: Kerangka teori penelitian. “*Interpersonal Process*” Sumber diambil dari Gali.(2013) Teori Keperawatan H.peplau [internet], <http://galih-priambodo.blogspot.com/2013/02/teori-keperawatan-hildegard-e-peplau.html> (Galih, 2013).



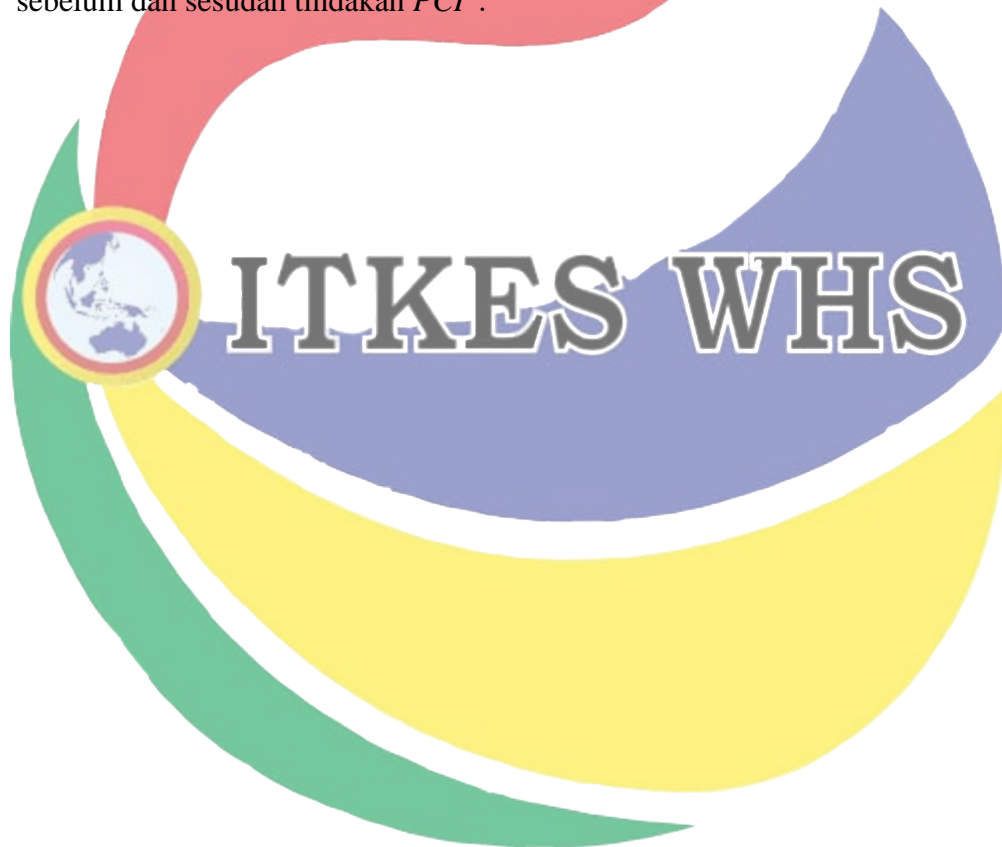
B. Hipotesis atau Pernyataan Penelitian

Hipotesa adalah suatu pernyataan yang merupakan jawaban sementara peneliti terhadap pertanyaan penelitian (analitik). Hipotesis inilah yang akan dibuktikan oleh peneliti melalui penelitian (Dahlan, 2018).

Hipotesis dapat dipandang sebagai kesimpulan yang sifatnya sangat sementara. Sehubungan dengan pendapat itu penulis berkesimpulan bahwa hipotesis adalah merupakan suatu jawaban atau dugaan sementara yang bisa dianggap ada dan bisa dianggap tidak ada, sehingga memerlukan pembuktian dari kebenaran hipotesis tersebut melalui penelitian yang akan dilakukan.

Adapun hipotesis dari penelitian ini adalah:

Ha: “Terdapat selisih skor rata-rata respon distres psikologi pada pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan *PCI*”.



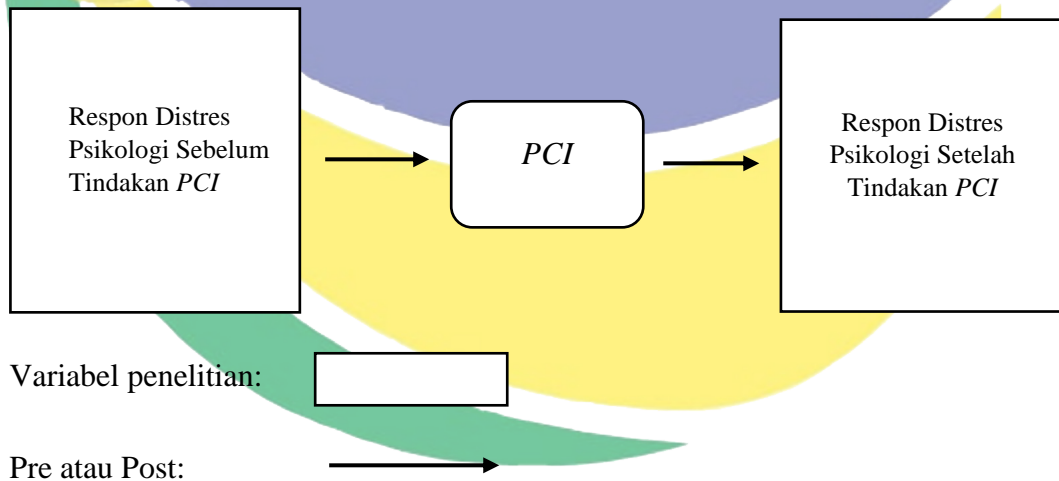
BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian.

Rancangan penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data, serta untuk mendefinisikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan (Nursalam, 2015). Jenis penelitian ini adalah *Quasy eksperimental*. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan desain *one group pre and pos test without control* yaitu jenis penelitian yang dilakukan dengan menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali atau pada suatu saat (Nursalam, 2015). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan respon distres psikologi pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan *PCI*.

B. Kerangka Konsep Penelitian.

Skema 3.1: Skema kerangka konsep penelitian



C. Lokasi dan Waktu Penelitian.

1. Lokasi Penelitian.

Penelitian ini dilakukan di ruang *cath.lab* RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Waktu Penelitian.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei sampai Juni tahun 2020.

D. Populasi, Sampel, dan Teknik Sampel.

1. Populasi.

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2014).

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang terjadwal *angiografi standby PCI* di ruang *Cath.Lab* RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Selama periode bulan Januari-Maret 2020 sebanyak 64 total *case Angiografi Standby PCI*, dengan rincian 33 *case PCI* dengan *stent* dan 31 *case Angiografi*.

2. Sampel.

Dalam penelitian kuantitatif, sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang menjalani tindakan *PCI* di unit *Cath.Lab* RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan. Di era pandemik telah terjadi penurunan jumlah tindakan kateterisasi jantung yang signifikan. Dalam penelitian ini akan mengambil ukuran sampel penelitian eksperimen yang sederhana. *Roescoe* dalam buku *research Methods For Business*, (1982:253) memberikan saran-saran tentang ukuran sampel untuk penelitian eksperimen sederhana adalah antara 10 sampai dengan 20 (Sugiyono, 2018).

3. Teknik sampel.

Teknik sampling adalah merupakan teknik pengambilan sampel. Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*.

Adapun kriteria sampel penelitian adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi.

- Pasien *pre* dan *post* PCI di unit *Cath.Lab* RSUD dr. Kanudjoso Balikpapan.
- Bersedia menjadi responden penelitian.
- Mampu membaca dan menulis, serta berkomunikasi dengan baik.
- Umur diatas 18 tahun.

b. Kriteria eksklusi.

- Pasien dengan hemodinamik tidak stabil.
- Pasien dengan gangguan fungsi kognitif.
- Tidak bersedia menjadi responden.

E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.

1. Variabel penelitian.

Variabel Penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2018). Jenis variabel diklasifikasikan menjadi bermacam-macam tipe untuk menjelaskan penggunaannya dalam penelitian. Beberapa variabel dimanipulasi, yang lainnya sebagai kontrol. Beberapa variabel diidentifikasi tetapi tidak diukur dan yang lainnya diukur dengan pengukuran sebagian. Macam-macam tipe variabel meliputi: (1) independen; (2) dependen; (3) moderator (*intervening*); (4) perancu (*confounding*); (5) kendali/kontrol; (6) random (Nursalam, 2015).

Dalam penelitian ini memiliki satu variabel yang diteliti, yaitu variabel independen; distres psikologi.

2. Definisi operasional.

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang diamati (diukur) itulah merupakan kunci definisi operasional. Pemberian arti atau makna pada masing – masing variabel berdasarkan karakteristik masing – masing variabel (Nursalam, 2008).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala ukur
1.	Respon Distres Psikologi	Pasien PJK yang mengalami gejala cemas dan depresi sebelum dan sesudah tindakan <i>PCI</i> .	Kuisisioner <i>HADS</i>	Skor distres psikologi 0-42	Rasio
2.	Karakteristik Responden				
	Umur	Lama hidup responden sejak lahir sampai Penelitian	Kuesioner	1. <39 thn 2. 40-59 thn 3. >60 thn	Ordinal
	Jenis kelamin	Karakteristik biologis responden yang dilihat dari luar	Kuisisioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
	Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang diselesaikan oleh responden sesuai dengan ijazah terakhir yang dimiliki	Kuisisioner	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. PT	Ordinal
	Faktor Penyulit	Penyakit penyerta yang didiagnosa oleh dokter penanggung jawab pasien	Kuisisioner	1. Tanpa penyulit 2. DM 3. HT 4. DM+HT	Nominal

F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.

1). Sumber Data

a. Data primer.

Data primer adalah sumber data yang langsung memberikan kepada pengumpul data atau peneliti melalui wawancara, angket, observasi atau gabungan ketiganya (Sugiyono, 2018). Data primer di penelitian ini peneliti mendapatkan dari hasil pengisian kuesioner dan pengecekan skala distres psikologi responden.

b. Data sekunder.

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data atau peneliti misalnya lewat orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2014).

Data Sekunder di penelitian ini peneliti mendapatkan dari.

- 1). Peneliti menggunakan data yang diperoleh dari Rekam Medis RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- 2). Peneliti menggunakan bahan – bahan kepustakaan sebagai landasan teori.
- 3). Enumerator.

Enumerator dalam penelitian ini adalah teman sejawat DIII-Keperawatan yang berdinis di ruang *ICCU*.

2). Instrumen Data.

Instrumen penelitian data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya (Arikunto, 2010). Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuisisioner *HADS*.

Kuisisioner ini terdiri dari 14 item total pertanyaan yang meliputi pengukuran kecemasan (pertanyaan nomor 1, 3, 5, 7, 10, 11, dan 13), pengukuran depresi (pertanyaan nomor 2, 4, 6, 8, 9, 12, dan 14). Semua pertanyaan terdiri dari pertanyaan positif (*favourable*) dan pertanyaan negatif (*unfavourable*). Hal ini dilakukan untuk menghindari adanya bias. Item *favourable* dengan pilihan ansietas dan depresi terdapat pada nomer 2, 4, 9, 10, 12, 14 dengan pengukuran skala *likert* skor 0 selalu, 1 sering, 2 jarang dan 3 tidak pernah. Item *unfavourable* dengan pilihan ansietas dan depresi

terdapat pada nomor 1, 3, 7, 8, 11, 13 dengan skoring 0 tidak pernah, 1 jarang, 2 sering dan 3 selalu. *HADS* mempunyai nilai minimal 0 dan maksimal 42 (komposit) dengan rentang ansietas dan depresi rendah 0-20, sedang 21-28 dan tinggi 28-42.

Tabel 3.2 *Blue print* skala distres psikologi *favourable*

Aspek	<i>favourable</i>	Σ
Depresi	2, 4, 6, 9, 12, dan 14	6
Kecemasan	10	1
Jumlah	6	7

Tabel 3.3 *Blue print* skala distres psikologi *unfavourable*

Aspek	<i>Unfavourable</i>	Σ
Depresi	8	1
Kecemasan	1, 3, 5, 7, 11, dan 13	6
Jumlah	6	7

G. Uji Instrumen.

1). Uji Validitas.

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat itu benar untuk mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2012). Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam pengumpulan data (Nursalam, 2015).

Alat ukur *HADS* sudah dilakukan uji validitas dan reabilitas ke dalam Bahasa Indonesia yang dilakukan oleh *Caninsti*, (*Caninsti*, 2013). Hasil dari penelitian tersebut menghasilkan kesimpulan bahwa *HADS* menjadi skala ukur depresi yang valid dan dapat diterima dengan memiliki *corrected item total correlation* yang lebih besar dari 0,3. Jadi peneliti tidak melakukan uji validitas karena instrumen *HADS* yang digunakan untuk penilaian distres psikologi merupakan instrumen baku yang bisa digunakan untuk mengetahui skor distres psikologi pada pasien PJK.

2). Uji Reliabilitas.

Uji reliabilitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana hasil penelitian pengukur dapat dipercaya. Hasil pengukuran dapat dipercaya atau reliabel hanya apabila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang sama, selama aspek yang diukur dalam subyek memang belum berubah (Sugiyono, 2018).

Rudy *dkk*, telah melakukan uji reliabilitas kuisioner *HADS* yang diterjemahkan kedalam Bahasa Indonesia terhadap pasien stroke di RSUP Sanglah Denpasar. Hasil dengan menggunakan nilai koefisien *Kappa Cohen* sebesar 0,706 untuk subskala kecemasan dan 0,681 untuk subskala depresi (Rudy *et al.*, 2015). Hasil tersebut memberikan kesimpulan bahwa *HADS* yang diterjemahkan kedalam Bahasa Indonesia adalah instrumen yang reliabel. Stroke dan PJK merupakan bagian terbesar dari *CVD*. Jadi peneliti tidak melakukan uji reliabilitas karena instrumen *HADS* yang digunakan untuk distres psikologi merupakan instrumen baku yang bisa digunakan untuk mengetahui skor distres psikologi pasien PJK.

H. Prosedur Pengumpulan Data.

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

1). Prosedur administratif, yang meliputi:

- a) Peneliti menyerahkan surat permohonan izin pengambilan data kepada Ketua ITKes Wiyata Husada Samarinda.
- b) Peneliti menerima surat izin pengambilan data dari ITKes Wiyata Husada Samarinda.
- c) Peneliti bersama enumerator melakukan pengambilan data dan melakukan pemilihan sampel sesuai dengan jumlah yang telah ditetapkan.
- d) Calon responden yang telah terpilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi diberi penjelasan oleh enumerator mengenai tujuan dan prosedur penelitian serta diberikan surat permohonan menjadi responden kepada pasien yang akan diteliti.

- e) Peneliti/enumerator melakukan *pretest* dengan mengukur skor distres psikologi menggunakan kuesioner *HADS* pada saat responden dirawat di ruang rawat inap atau *ICCU* sebelum dilakukan tindakan *PCI*.
- f) 1x24 jam pasca tindakan *PCI* enumerator melakukan *posttest* dengan mengukur skor distres psikologi menggunakan kuisisioner *HADS* pada saat responden masih dirawat di ruang rawat atau *ICCU*.

2). Prosedur tekhnis, yang meliputi:

- a) Peneliti melakukan perkenalan serta menjelaskan tentang maksud dan tujuan dari penelitian kepada enumerator.
- b) Peneliti melakukan persiapan penelitian.
- c) Peneliti/enumerator mengucapkan salam kepada responden.
- d) Peneliti melakukan *screening* pada pasien PJK yang mengalami PJK ≥ 1 tahun dan mengalami distres psikologi dengan usia ≥ 20 tahun.
- e) Peneliti menjelaskan prosedur penelitian.
- f) Peneliti memberikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada responden untuk ditandatangani.
- g) Peneliti mengucapkan terimakasih kepada responden (sebelum pulang rawat) dan enumerator untuk mengakhiri hubungan.
- h) Data *pre* dan *posttest* yang didapat dari enumerator diolah dengan menggunakan uji statistik.

I. Analisa Data, Pengolahan Data dan Etika Penelitian.

1). Analisa Data.

Data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner akan diolah menjadi dua macam, yaitu:

a. Uji Normalitas.

Tabel 3.4 Uji Normalitas Skor Distres Psikologi Sebelum dan Sesudah Tindakan *PCI* Pada Pasien PJK RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan ($n=11$)

No	Variabel	<i>P value</i>	Kesimpulan
1.	Skor Distres Psikologi sebelum <i>PCI</i>	0,137	Normal
2.	Skor Distres Psikologi sesudah <i>PCI</i>	0,238	Normal

Sumber data primer

Berdasarkan tabel 3.6 uji normalitas dilihat dari *shapiro wilk* diperoleh nilai signifikansi untuk skor distres psikologi *prePCI* $0,137 > 0,05$ yaitu data berdistribusi normal. Untuk skor distres psikologi *postPCI* $0,238 > 0,05$ yaitu data berdistribusi normal. Sehingga dapat disimpulkan analisis data akan menggunakan uji T Berpasangan dikarenakan data berdistribusi normal.

b. Analisa Univariat.

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap – tiap variabel dari hasil penelitian (Notoatmojo, 2010). Tujuan analisis ini adalah untuk mendeskripsikan karakteristik masing – masing variabel penelitian. Untuk data numerik digunakan nilai mean, median, standar deviasi, minimal dan maksimal dengan 95% *confident interval mean*. Jika data berdistribusi normal yang digunakan adalah nilai “*mean*”, sedangkan jika data tidak berdistribusi normal gunakan nilai “*median*”. Sedangkan data kategorik dijelaskan dengan nilai jumlah persentase masing – masing kelompok. Penyajian masing – masing variabel dengan menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

Tabel 3.5 Analisa Univariat

Variabel	Skala	Deskripsi
Skor rata-rata Distres Psikologi sebelum dan setelah <i>PCI</i>	Rasio	Mean, Median, Modus, Standar Deviasi 95% CI

c. Analisa Bivariat.

Analisa bivariat yaitu analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini, jika sebaran atau distribusi data normal, maka dilakukan analisa dengan menggunakan Uji T berpasangan (*paired t test*), namun jika sebaran data tidak normal, analisa dilakukan dengan uji alternatif yaitu Uji *Wilcoxon*.

Dasar pengambilan keputusan dalam uji *Wilcoxon* adalah:

1. Jika nilai Asymp. Sig. > 0,05, maka H₀ diterima dan H_a ditolak.
2. Jika nilai Asymp. Sig. < 0,05, maka H₀ ditolak dan H_a diterima.

Tabel 3.6 Analisa Bivariat

variabel	Skala	Uji
Selisih skor distres psikologi sebelum dan setelah PCI	Rasio	Uji T Berpasangan

2). Pengolahan Data.

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

a). *Editing*.

Data yang terkumpul selanjutnya disusun. *Editing* adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data. Tujuannya adalah mengurangi kesalahan atau kekurangan yang ada di daftar pertanyaan.

b). *Coding*.

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban dari para responden ke dalam kategori. Klasifikasi data merupakan usaha untuk menggolongkan, mengelompokkan dan memilah data berdasarkan klasifikasi tertentu. Kegiatan ini akan memudahkan dalam menguji hipotesis. Pengkodean dalam penelitian

ini diantaranya sebagai berikut: Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, peneliti melakukan pengkodean atau *coding* yaitu kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Pada penelitian ini dilakukan pada data-data seperti: Jenis kelamin: 1. Perempuan, 2. Laki-laki. Umur; 1. < 39 tahun 2. 40-59 tahun 3. > 60 tahun. Tingkat Pendidikan; 1. SD 2. SMP 3. SMA. Faktor Penyulit; 1. Tanpa penyulit, 2. DM, 3. HT. Untuk data distres psikologi menggunakan distribusi frekuensi pada SPSS dengan skor; skor 0-20 distres psikologi rendah, skor 21-28 distres psikologi sedang, skor 28-42 distres psikologi berat.

c). *Encoding, scoring* dan membuat isian data.

Scoring adalah memberikan penilaian terhadap item-item yang perlu diberi penilaian atau skor. Dalam penelitian ini lembar *pretest* dan *posttest* langsung diberi skor.

d). *Tabulating*: menghasilkan rangkuman data.

Tabulating adalah pekerjaan membuat tabel. Jawaban-jawaban yang telah diberi kode kemudian dimasukkan ke dalam tabel. Langkah terakhir dari penelitian ini adalah melakukan analisa data. Selanjutnya data dimasukkan ke komputer dan dianalisis secara statistik.

3). Etika Penelitian.

Etika adalah prinsip moral yang mempengaruhi tindakan (Sugiyono, 2012). Etika penelitian menurut Hidayat (2007), terdiri dari 3 macam yaitu:

a). *Informed Consent*.

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain. Lembar ini dilengkapi dengan

judul penelitian dan manfaat penelitian, sehingga subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian. Bila subjek menolak, maka peneliti tidak boleh memaksa dan harus tetap menghormati hak-hak subjek.

b). *Anonymity* (tanpa nama).

Masalah etika merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

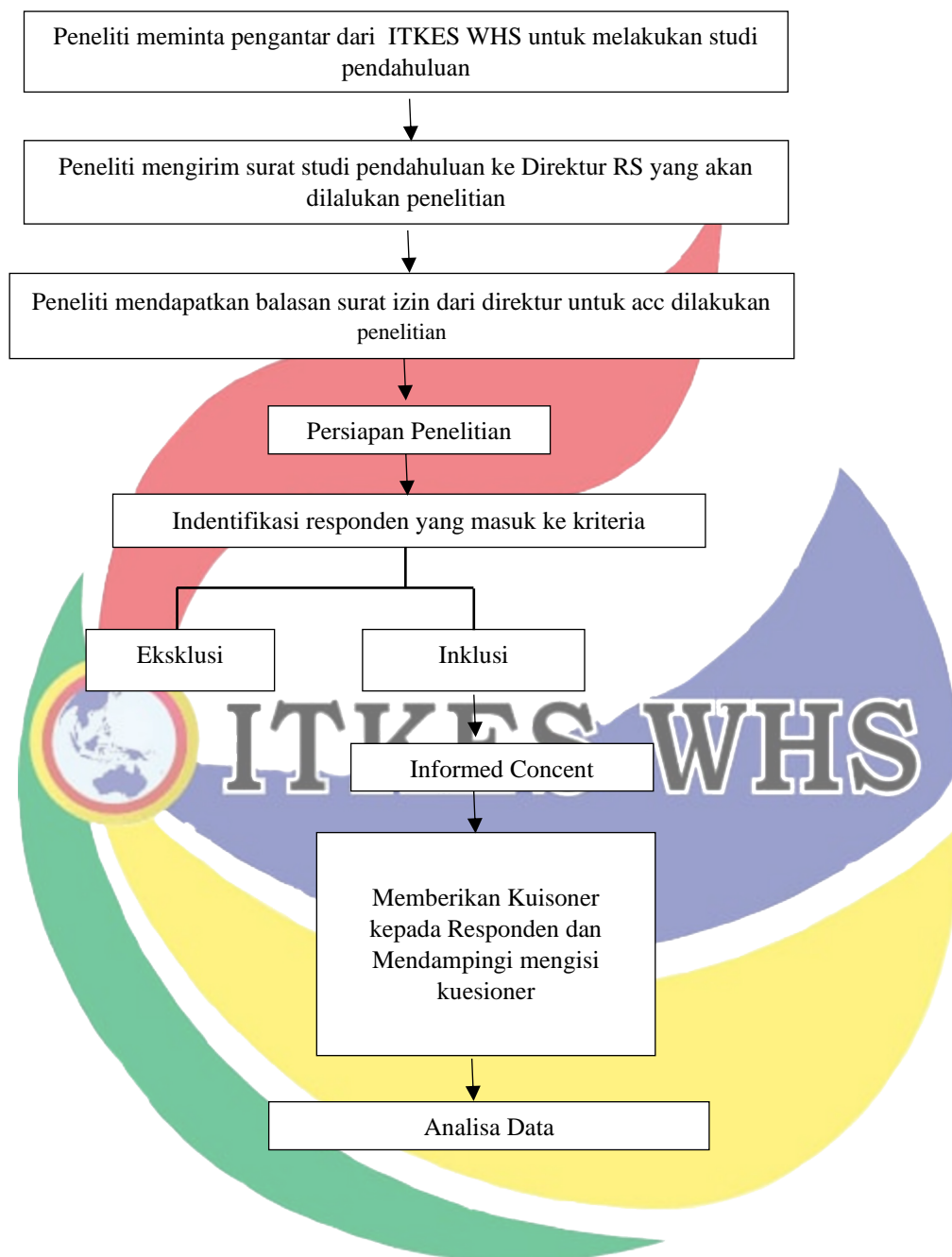
c). *Confidentiality* (kerahasiaan).

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.



J. Alur Penelitian.

Skema 3.2 Alur penelitian



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang “Perbedaan respon distres psikologi pada pasien penyakit jantung koroner sebelum dan sesudah tindakan *Percunataneus Coroner Intervention* di unit *cathlab*. RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan Mei-Juni 2020 dengan melibatkan 11 responden. Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dan tekstual yang didasarkan pada analisis univariat dan analisis bivariat.

A. Hasil Penelitian.

1) Gambaran Umum Lokasi Penelitian.

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan (RSKD) adalah rumah rujukan tipe B milik Pemerintah provinsi Kalimantan Timur yang berkedudukan di Balikpapan. Salah satu sarana yang mendukung dalam pelayanan rumah sakit yaitu tersedianya unit pelayanan kateterisasi jantung yang memadai yang dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan memiliki satu unit kateterisasi jantung yang dilengkapi dengan ruangan observasi pra dan post *PCI* dengan kapasitas 2 tempat tidur.

Standar ketenagaan kateterisasi jantung di Rumah Sakit Umum Dr. Kanujoso Djatiwibowo telah memiliki 1 dokter spesialis jantung dan pembuluh darah dengan kompetensi yang tersertifikasi oleh kolegium kardiologi dan 4 perawat yang telah tersertifikasi kegawatdaruratan jantung, keamanan radiasi dan penerapan data diagnostik kateterisasi yang berkaitan dengan prosedur. Untuk menunjang pelayanan kateterisasi jantung RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo juga memiliki *ICCU* dan ruang rawat inap yang memadai. *ICCU* memiliki kapasitas 10 tempat tidur sedangkan ruang rawat inap dewasa terdistribusi menjadi 2 gedung utama yaitu Anggrek Hitam dan Gedung publik dengan kapasitas total ± 400 tempat tidur.

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap dan *ICCU* dengan melibatkan enumerator untuk pengisian kuisioner distres psikologi pre dan post *PCI*. Awal

bulan maret telah terjadi pandemik *Covid 19* di Balikpapan. Regulasi kebijakan pelayanan rumah sakit juga telah banyak diterapkan untuk menyikapi terjadinya pandemik *Covid 19*. Pandemi ini berdampak terhadap menurunnya jumlah kunjungan, tingkat hunian, dan jumlah tindakan kateterisasi jantung di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo. Populasi terjangkau dalam penelitian ini berjumlah 11 responden yang terindikasi *PCI*. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan respon distress psikologi pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan *PCI*.

2) Hasil Analisa Univariat.

Analisis univariat ini menjelaskan secara deskriptif mengenai variabel – variabel penelitian yang terdiri dari karakteristik responden dan mengenai hasil pengumpulan data sesuai dengan variabel penelitian.

a). Karakteristik Responden.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Tingkat Pendidikan dan Faktor Penyulit Pasien yang tindakan *PCI* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada Bulan Juni-Juli 2020 ($n=11$).

No.	Data Demografi	Klasifikasi	F	%
1.	Jenis Kelamin	1. Laki-laki	7	63,6
		2. Perempuan	4	36,4
2.	Usia	1. <39	0	0
		2. 40-59	7	63,6
		3. >60	4	36,4
3.	Tingkat Pendidikan	1. SD	5	45,4
		2. SMP	0	0
		3. SMA	2	18,2
		4. PT	4	36,4
4.	Faktor Penyulit	1. Tanpa Penyulit	3	27,3
		2. DM	5	45,5
		3. HT	2	18,2
		4. DM+HT	1	9,1

Sumber data Primer

Berdasarkan tabel 4.1 karakteristik responden jenis kelamin menunjukkan bahwa 63,6% berjenis kelamin laki-laki. Karakteristik responden berdasarkan usia 63,6% adalah dewasa akhir dengan rentang usia 40-59 tahun. Sementara untuk karakteristik tingkat pendidikan adalah 45,4% untuk tingkat pendidikan dasar. Sedangkan karakteristik responden berdasarkan faktor penyulit adalah 45,5% oleh karena *Diabetes Melitus*.

b. Data Khusus.

Analisa skor rata-rata distres psikologi pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan *PCI* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan Juni-Juli 2020 dengan jumlah responden 11 dapat dilihat pada tabel 4.2 di bawah ini.

Tabel 4.2 Skor rata-rata distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan *PCI* di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan Juni-Juli 2020 ($n=11$)

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Maks	CI95%
Distres psikologi <i>prePCI</i>	21,27	22	2,68	16-24	19,46-23,07
Distres psikologi <i>postPCI</i>	16,72	16	2,61	14-22	14,97-18,48

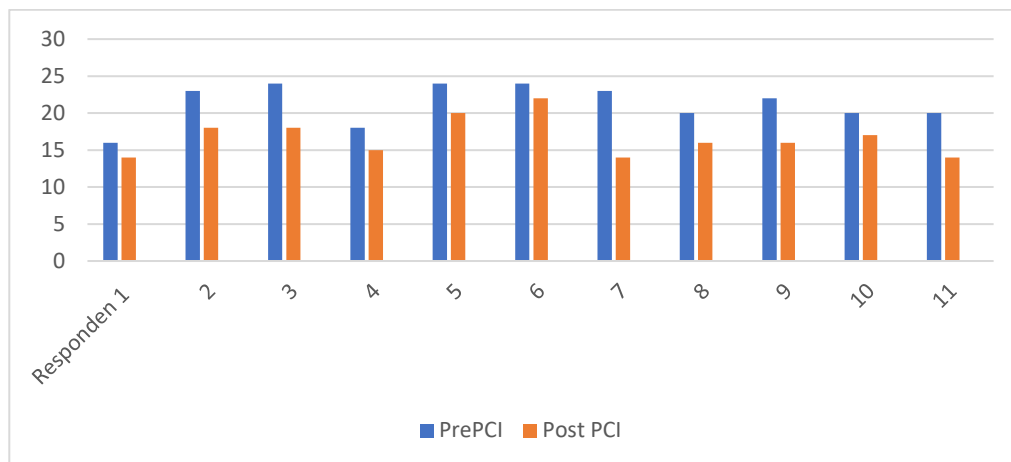
Sumber: statistik deskriptif

Berdasarkan data pada tabel 4.2 menunjukkan skor distres psikologi pada pasien PJK sebelum *PCI* untuk 11 responden adalah mean 21,27 dimana skor distres psikologi terendah adalah 16 dan skor tertinggi adalah 24. Skor distres psikologi sesudah tindakan *PCI* memiliki nilai mean 16,72 dimana skor distres psikologi terendahnya 14 dan skor tertinggi 24. Sehingga dapat disimpulkan bahwa nilai skor distres psikologi antara sebelum tindakan dengan sesudah tindakan *PCI* mengalami penurunan.



Berdasarkan grafik 4.1 di dapat dilihat bahwa skor distres psikologi setiap responden bervariasi. Sebelum tindakan *PCI* skor tertinggi yaitu 24 pada responden 3, 5 dan 6. Sesudah tindakan *PCI* skor tertinggi 22 pada responden 6.

Grafik 4.1 Perkembangan Skor Distres Psikologi Setiap Responden ($n=11$)



3) Hasil Analisa Bivariat.

Dalam menganalisa perbedaan selisih skor distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan *PCI* maka peneliti melakukan analisis bivariat, dalam menentukan uji yang digunakan peneliti melakukan uji normalitas, dengan hasil bahwa data berdistribusi normal oleh sebab itu peneliti menggunakan uji T Berpasangan.

Tabel 4.3 Hasil Analisis Skor Distres Psikologi Pasien PJK pre dan pos *PCI* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan Mei-Juni 2020 ($n=11$)

Variabel	Mean	S. D	CI 95%	P
Perbedaan respon distres psikologi sebelum dan setelah tindakan <i>PCI</i>	4,54	2,11	3,12-5,96	,000*

*Signifikan ($p<0,05$) Uji *shapiro wilk*

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui hasil uji statistik dengan uji T Berpasangan pada 11 responden diperoleh nilai p value 0,00 dimana nilai $p < 0,05$. Maka H_a diterima dan H_0 ditolak, dapat disimpulkan terdapat perbedaan yang bermakna antara respon distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan *PCI*.

B. Pembahasan

Pada pembahasan penelitian ini peneliti akan membahas tentang hasil penelitian dengan teori dan penelitian sebelumnya yang mendukung atau berlawanan dengan hasil penelitian. Bagian ini membahas pengolahan data yang telah disesuaikan dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengidentifikasi skor rata-rata distres psikologi dan selisih skor distres psikologi sebelum dan sesudah *PCI* di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan Juni-Juli 2020. Hasil penelitian ini dapat diterapkan sebagai pelajaran dan juga sebagai aplikasi khususnya pada pasien dengan masalah distress psikologi.

1) Karakteristik Responden.

Hasil analisis katakarakteristik responden pada tabel 4.1 memberikan gambaran bahwa pasien PJK yang menjalani tindakan *PCI* di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo berada pada rentang umur dewasa akhir 7 orang (63,6%), lansia 4 orang (36,4%). Berdasarkan jenis kelamin, responden paling dominan berjenis kelamin laki – laki berjumlah 7 orang (63,6%), selanjutnya perempuan 4 orang (36,4%). Distribusi menurut tingkat pendidikan, tingkat pendidikan dasar berjumlah 5 orang (45,5%), perguruan tinggi berjumlah 4 orang (36,4%) dan untuk tingkat pendidikan SMA sejumlah 2 orang (18,2%). Sedangkan distribusi menurut faktor penyulit responden paling dominan dengan diagnosa DM berjumlah 5 orang (45,5%), selanjutnya HT 2 orang (18,2%) dan DM yang disertai HT berjumlah 1 orang (9,1%).

Dari data demografi dapat disimpulkan bahwa pasien laki-laki dengan usia lebih muda telah mendominasi populasi terjangkau yaitu sejumlah 7 orang (63,6%), karakteristik pendidikan dasar sejumlah 5 orang (45,4%). Faktor penyulit dengan *Diabetes Melitus type II* menjadi temuan yang meningkat. Selain dari pada itu faktor penyulit lain yang menjadi temuan adalah HT.

Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan Gu *et al* (2016) di Departemen Kardiologi Internal Rumah Sakit Kedua Universitas Kedokteran Hebei, Cina. Pada penelitian tersebut dijelaskan bahwa dari hasil analisis univariat diperoleh bahwa usia rata-rata sampel penelitian adalah 58 tahun (kisaran 50-64 tahun). pada usia inilah biasanya manusia mulai mengalami keluhan dan berbagai macam gejala penyakit. Selain pengaruh usia, faktor-faktor lain juga dapat

mempengaruhi diantaranya adalah makanan, gaya hidup, dan keturunan. Penelitian yang dilakukan oleh Lannywati Ghani *et.al* (2016) juga mengungkapkan bahwa responden yang berusia ≥ 40 tahun berisiko 2,72 kali dibanding < 40 tahun. Setelah dikontrol dengan variable lain risiko usia ≥ 40 tahun meningkat menjadi 3,70 kali (95% CI 3,04 – 4,50, $p=0,0001$). Usia merupakan faktor risiko penyakit jantung koroner dimana penambahan usia akan meningkatkan risiko terjadinya penyakit jantung koroner. Semakin tua usia maka semakin besar timbulnya plak yang menempel di dinding dan menyebabkan gangguan aliran darah yang melewatinya. Penelitian Donald di RSUD Pirngadi di Medan menunjukkan hasil yang sama yaitu penyakit jantung koroner terdapat lebih banyak pada kelompok usia ≥ 40 tahun. Faktor usia terbukti berhubungan dengan kematian akibat penyakit jantung koroner. Tanda dan gejala penyakit jantung koroner banyak dijumpai pada individu-individu dengan usia yang lebih tua. Faktor usia juga berhubungan dengan kadar kolesterol yaitu kadar kolesterol total akan meningkat dengan bertambahnya umur. Kandungan lemak berlebihan dalam darah pada hiperkolesterolemia dapat menyebabkan penimbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah sehingga pembuluh darah akan menyempit dan akibatnya tekanan darah akan meningkat dan terjadilah penyakit jantung koroner.

Berdasarkan jenis kelamin penelitian ini juga mengungkap fakta yang sama dengan penelitian sebelumnya (Gu *et.al*, 2016) bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki mendominasi populasi terjangkau. Dari 170 pasien, 59 (34,70%) pasien, dengan usia rata-rata 58 tahun (kisaran: 50-64 tahun), memiliki gejala tekanan psikologis pada hari sebelum operasi, dan 68,49% dari kasus ini adalah laki-laki. Akan tetapi berdasarkan hasil Survei Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun 2013 memberikan informasi yang berbeda, bahwa prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 menurut jenis kelamin lebih tinggi pada perempuan dibanding laki-laki yaitu 1,6% dibanding 1,3%. Perempuan setelah memperhitungkan faktor-faktor lain berisiko 1,61 kali (95% CI 1,43-1,81, $p 0,0001$) dibanding laki-laki. Dikatakan sebelum menopause kemungkinan perempuan terkena penyakit jantung koroner lebih kecil dibanding laki-laki. Namun dengan meningkatnya usia dan menurunnya estrogen setelah menopause meningkat. Dulu akibat pengaruh budaya dan cara pandang kesadaran akan pentingnya kesehatan

jantung pada kaum perempuan masih rendah, masyarakat sering beranggapan bahwa kesehatan suami atau kaum laki-laki lebih penting. Masih banyak pula profesional medis yang beranggapan bahwa penyakit kardiovaskuler adalah penyakit kaum laki-laki, sehingga penyakit kardiovaskuler pada perempuan yang gejala-gejalanya tidak khas, seringkali terlewatkan. Fakta sekarang *American Heart Association (AHA)* mengatakan lebih dari 1/3 perempuan dewasa menderita salah satu bentuk penyakit kardiovaskuler terutama penyakit jantung koroner dan jumlah kematian pada perempuan melebihi laki-laki. Tahun 2012, sekitar 56% penyebab kematian perempuan adalah penyakit kardiovaskuler dan terbanyak adalah penyakit jantung koroner (Ghani, Susilawati, & Novriani, 2016a).

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan didapati bahwa tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki gejala tekanan psikologis yang rendah. Tingkat pendidikan yang tinggi ditunjukkan untuk melindungi pasien dari meningkatnya gejala kecemasan, depresi, dan komorbiditas depresi sebelum *PCI*. Perlindungan ini kemungkinan besar disebabkan oleh fakta bahwa pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah memiliki pengetahuan yang terbatas tentang penyakit mereka dan menunjukkan peningkatan kekhawatiran mengenai konsekuensi buruk dari penyakit. Selain itu, kekhawatiran terhadap kerusakan fungsi jantung potensial pada hari 1 setelah *PCI* adalah faktor risiko untuk munculnya tekanan psikologis setelah *PCI*. Secara bersamaan, pasien dengan tingkat pendidikan rendah atau takut akan kualitas keperawatan, disfungsi jantung potensial, gejala komplikasi prosedur, atau kegagalan prosedur menunjukkan peningkatan tekanan psikologis (Gu *et al.*, 2016a). Pada umumnya, cakupan atau keluasan pengetahuan seseorang sangat ditentukan oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka kecenderungan dalam hal menerima dan memahami informasi dari berbagai sumber akan semakin mudah. Sehingga dapat menurunkan tingkat kecemasan yang dialaminya (Hastuti & Mulyani, 2019).

Terlihat juga diabetes melitus merupakan salah satu faktor risiko yang dominan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ghani *et.al* bahwa prevalensi penyakit jantung koroner pada diabetes melitus 9,2 % dan setelah dikontrol dengan faktor-faktor lain, berisiko 8,43 kali (95% *CI* 7,14-9,95) dibandingkan tidak

diabetes melitus. Hasil analisis data Riskesdas 2007 menunjukkan diabetes melitus meningkatkan risiko penyakit jantung, termasuk penyakit jantung koroner, sebesar 4,06 kali (95% CI 3,79-4,35) dibandingkan yang tidak diabetes melitus. Menurut *American Heart Association (AHA)* pada Mei 2012, paling kurang 65% penderita diabetes melitus mengakibatkan penyakit jantung atau stroke. Selain itu, orang dewasa yang menderita diabetes melitus berisiko 2 sampai 4 kali lebih besar terkena penyakit jantung dari pada orang yang tidak menderita diabetes mellitus (Ghani, Susilawati, & Novriani, 2016b). Orang dengan diabetes cenderung lebih cepat mengalami degenerasi jaringan dan disfungsi dari endotel sehingga timbul proses penebalan membrane basalis dari kapiler dan pembuluh darah arteri koronaria sehingga terjadi penyempitan aliran darah ke jantung. Dengan adanya resistensi glukosa, maka glukosa dalam darah akan meningkat dan hal ini akan meningkatkan kekentalan darah. Kecenderungan untuk terjadinya aterosklerosis akan meningkat dan dapat mengakibatkan terjadinya penyakit jantung koroner.

Faktor penyulit lain yang muncul adalah Hipertensi. Penelitian Townsend tahun 2012 membuktikan 50% penyakit jantung koroner di negara berkembang terjadi disebabkan oleh Hipertensi. Ini menunjukkan Hipertensi adalah salah satu faktor risiko utama terjadinya penyakit jantung koroner. menurut WHO sebesar 42,7% pada laki-laki dan 39,2 % pada wanita. Hipertensi tidak terkontrol cenderung mengakibatkan komplikasi lain seperti stroke, ateroslerosis, aneurisma, sindroma metabolik, penyakit ginjal. Penyakit jantung koroner juga mempunyai komplikasi-komplikasi tersendiri seperti aritmia, gagal jantung kongestif, infark miokardial, dan kematian. Ini berarti pasien penyakit jantung koroner yang disertai hipertensi harus diberi perhatian yang lebih baik karena pasien ini mendapat komplikasi dari kedua penyakit tersebut. Oleh karena itu sangat dianjurkan membuat penelitian mengenai berapa besar jumlah pasien penyakit jantung koroner yang disertai dengan hipertensi dan meneliti karakteristik hipertensi jadi pasien penyakit jantung koroner (Ghani et al., 2016a). *Diabetes Melitus* dan Hipertensi merupakan bagian dari penyakit kronis. Beberapa penelitian telah membuktikan tekanan psikologis memiliki pengaruh yang buruk bagi penderitanya (Lumongga Lubis, 2016).

2). Data khusus.

- a) Analisa skor rata-rata respon distres psikologi pasien PJK sebelum tindakan *PCI*.

Hasil penelitian yang telah dilakukan untuk analisis skor rata-rata respon distres psikologi pasien PJK sebelum tindakan *PCI*. Terdapat skor rata-rata respon distres psikologi sebelum *PCI* dengan nilai mean $21,27 \pm 2,68$. Hal ini terjadi karena responden sering menkwatirkan tentang penyakit dan prosedur yang akan dijalannya. Dari hasil pengambilan data awal sebelum tindakan *PCI* didapati hampir seluruh responden menjawab sering pada pernyataan no. 3 “Saya merasa takut kalau-kalau sesuatu yang tidak mengenakan akan terjadi kepada saya” sekitar 8 responden (72,72%) dan 3 responden (27,27%) menjawab selalu. Serta pernyataan lain seperti saya merasa tegang atau tidak enak, perasaan kwatir mengganggu pikiran saya, Saya bisa tertawa dan melihat sisi-sisi yang lucu dari hal-hal yang saya lihat. Bahkan ada beberapa responden merasa takut sehingga merasa mual dan perut mulas. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Allabadi (2019), Ada prevalensi tinggi gangguan mental, terutama depresi dan kecemasan, pada pasien *CVD*. Ada hubungan dua arah antara *CVD* dan gangguan mental. Kira-kira, 15-30% pasien dengan *CVD* menderita gangguan depresi. Tingkat depresi ini dua sampai tiga kali lebih tinggi dibandingkan pada populasi umum. Selain itu, depresi dan kecemasan telah ditemukan memperburuk prognosis dan kualitas hidup pada pasien dengan penyakit arteri koroner (*CAD*), infark miokard (*MI*), gagal jantung (*HF*), angina tidak stabil, dan pencangkokan bypass arteri koroner (*CABG*) (Allabadi *et al.*, 2019).

Dari hasil pengukuran skor distres psikologi dengan menggunakan alat ukur *HADS* (*Hospital Anxiety And Depression Scale*) didapatkan keseluruhan responden mengalami cemas dan depresi sebelum tindakan *PCI* dengan tingkat sedang sekitar 5 responden (45,45%) dan tingkat rendah sekitar 6 responden (54,54%), dimana tingkat rendah yaitu nilai skor *HADS* < 20 dan tingkat sedang dengan skor 21-28, dengan skor terendah 16 dan skor tertinggi 24. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gu *et.al* (2016) penelitian tersebut menjelaskan bahwa sehari sebelum operasi,

74 responden (43,50%) dengan usia rata-rata 58 tahun mengalami gejala kecemasan atau depresi. Selain itu, 25 (14,70%) pasien dengan usia rata-rata 58 tahun mengalami gejala kecemasan komorbiditas dan depresi (Gu, Zhou, Zhang, & Cui, 2016b). Pada responden yang memiliki skor distres psikologi tertinggi yaitu 24 terjadi pada responden 3, responden berjenis kelamin perempuan usia 66 tahun memiliki tingkat pendidikan dasar dengan faktor penyulit PJK yaitu *DM* dan *HT*. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ronak Delewi *et.al* (2016), Pasien wanita memiliki skor gejala kecemasan sebelum prosedur lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Faktor lain yang terkait dengan tingkat kecemasan yang lebih tinggi pada titik waktu yang berbeda adalah tingkat pendidikan yang rendah dan belum pernah menjalani prosedur *PCI*.

b) Analisa skor rata-rata distres psikologi pasien PJK sesudah tindakan *PCI*.

Hasil penelitian yang telah dilakukan untuk analisis skor rata-rata respon distres psikologi pasien PJK sesudah tindakan *PCI*. Terdapat skor rata-rata respon distres psikologi sebelum *PCI* dengan nilai mean $16,72 \pm 2,61$. Hal ini sebagian besar dipengaruhi oleh adanya pengurangan keluhan sesak nafas dan nyeri dada, akan tetapi luka tusuk setelah tindakan *PCI* dirasakan mengganggu aktifitas setiap harinya. Dari hasil pengambilan data awal sesudah tindakan *PCI* didapati sebagian besar responden menjawab sering pada pernyataan no 7 “Saya dapat duduk dengan tenang dan merasa nyaman” sekitar 7 responden (63,63), 3 responden (27,27) menjawab selalu dan 1 responden (9,09) menjawab jarang. Serta pernyataan lain seperti Saya merasa gembira, Saya dapat menikmati buku yang bagus, radio, dan program TV. Bahkan ada beberapa responden dalam kondisi rawat inap masih mampu mengungkapkan tentang hal-hal yang biasa disenanginya. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Trotter (2010), 25% responden sering mengungkapkan keterbatasan dan ketidaknyamanan yang timbul dari luka di lokasi akses dan imobilitas pasca prosedur dirasa terlalu mengganggu setelah tindakan *PCI*. sebagian besar pasien menunjukkan gejala kecemasan pada tingkat yang berat dan depresi dengan intensitas yang minimal (Trotter, Gallagher, & Donoghue, 2011).

Dari hasil pengukuran skor distres psikologi dengan menggunakan alat ukur *HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale)* didapatkan keseluruhan responden mengalami cemas dan depresi sebelum tindakan *PCI* dengan tingkat sedang 1 responden (9,09%) dan 10 responden (90,91%) pada tingkat rendah. Tingkat rendah yaitu nilai skor *HADS* < 20 dan tingkat sedang dengan skor 21-28, dimana skor terendah 14 dan skor tertinggi 22. Hal sejalan dengan yang diungkapkan oleh Della Mea (2018), sekitar 29% responden menunjukkan gejala kecemasan dan depresi dengan intensitas minimal setelah tindakan *PCI* (Schmidt et al., 2011). Studi lain di Brazil yang menggunakan *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* sebagai instrumen penilaian, menemukan bahwa 32,5% pasien menunjukkan gejala kecemasan dan 17,5% depresi (Carvalho et al., 2016). Dalam penelitian lain dengan menggunakan instrumen yang sama, sekitar 20% sampel menunjukkan gejala kecemasan dan gangguan depresi yang signifikan secara klinis (Watkins et al., 2013).



C. Keterbatasan dan Kelemahan Penelitian

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

1. Sampel Penelitian.

Sampel ini tidak dilakukan secara random hanya berdasarkan jumlah sampel yang di dapat dengan tehnik *consecutive sampling*. Dikarenakan berkurangnya jumlah pasien PJK yang dirawat inap selama pademi *Covid 19*.

2. Tempat Penelitian.

Tempat penelitian adalah ruang rawat inap dan *ICCU* sebagai unit penunjang pelayanan kateterisasi jantung. Sejak pandemi *Covid 19* terjadi penerapan protokol kesehatan *Covid 19* telah diterapkan dalam melakukan pelayanan pasien. Oleh karena itu pengambilan sampel hanya dapat dilakukan dengan menerapkan protokol kesehatan *Covid 19*, dengan menggunakan alat pelindung diri level 2 dan memastikan pasien sesuai dengan kriteria inklusi.

3. Waktu Penelitian.

Di era pandemi terjadi pembatasan-pembatasan seperti pembatasan fisik (*Physical Distancing*) dan pembatasan sosial (*social distancing*).

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan didapatkan hasil bahwa ada perbedaan respon distres psikologi yang signifikan antara sebelum tindakan *PCI* dan sesudah tindakan *PCI*. Terdapat selisih skor rata-rata antara sebelum dan sesudah tindakan *PCI*.

B. Saran

Peneliti berupaya memberikan saran untuk pelaksanaan keperawatan dan peneliti selanjutnya sebagai berikut, bagi:

1. Intitusi pendidikan.

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi salah satu acuan ilmiah yang dapat digunakan sebagai referensi dalam memahami bahwa ada atau tidaknya perbedaan distres psikologi pada pasien PJK sebelum dan Sesudah Tindakan *Percutaneous Coroner Intervention (PCI)*.

2. Rumah Sakit.

Hasil penelitian ini menjadi tolak ukur dalam pengembangan pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya manajemen resiko dan mengenali faktor presipitasi penyebab distres psikologi sebelum dan setelah dilakukan *PCI* pada pasien PJK.

3. Peneliti selanjutnya.

Penelitian ini sebagai saran untuk memberi pengetahuan mengenai respon distres psikologi pasien PJK sehingga dapat dikembangkan dan diaplikasikan. Simpang baku perbedaan rata-rata dari penelitian ini diperlukan bagi penelitian selanjutnya untuk menentukan jumlah sampel dalam penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine*, 42(7), 487–494. <https://doi.org/10.3109/07853890.2010.515605>
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (8 volume 1; A. Y. S. Hamid & K. Ibrahim, eds.). winsland house l: arrangement with elsevier Inc.
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(6), 494–497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2001.tb00310.x>
- Batterham, P. J., Sunderland, M., Carragher, N., Calear, A. L., Mackinnon, A. J., & Slade, T. (2016). The Distress Questionnaire-5: Population screener for psychological distress was more accurate than the K6/K10. *Journal of Clinical Epidemiology*, 71, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.10.005>
- Camero, Y., & Ghogomu, J. (2017). Management of coronary artery disease and chronic stable angina. *U.S. Pharmacist*, 42(2).
- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2017). Depression and coronary heart disease. *Nature Reviews Cardiology*, 14(3), 145–155. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2016.181>
- Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015). State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11), 1295–1302. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpv047>
- Du, J., Zhang, D., Yin, Y., Zhang, X., Li, J., Liu, D., ... Chen, W. (2016). The Personality and Psychological Stress Predict Major Adverse Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease After Percutaneous Coronary Intervention for Five Years. *Medicine*, 95(15), e3364. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003364>
- Hawari, D. (2011). *MANAJEMEN STRES CEMAS DAN DEPRESI* (3rd ed.). Jakarta: Balai Penerbit FKUI Jakarta.
- Kosova, E., & Ricciardi, M. (2017). Cardiac Catheterization. *JAMA*, 317(22), 2344.

<https://doi.org/10.1001/jama.2017.0708>

Ludman, P. F. (2018). Percutaneous coronary intervention. *Medicine*, 46(9), 547–554. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.06.007>

Lumongga Lubis, N. D. M. S. (2016). *Depresi Tinjauan Psikologis* (1st ed.). Retrieved from www.prenamedia.com

M.Black, J., & Hokanson Hawk, J. (2014). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH (Manajemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan)* (8th ed.; A. N. S. K. et al Suslia, ed.). Indonesia: Penerbit Salemba Medika (PT Salemba Emban Patria).

Müller-Nordhorn, J., & Willich, S. N. (2017). Coronary Heart Disease. In *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 159–167). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00090-4>

Sanchis-Gomar, F., Perez-Quilis, C., Leischik, R., & Lucia, A. (2016). Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Annals of Translational Medicine*, 4(13), 256–256. <https://doi.org/10.21037/atm.2016.06.33>

Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (2002). Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*, 31(1), 248–255. <https://doi.org/10.1093/ije/31.1.248>

Sugiyono. (2018). *METODE PENELITIAN KUANTITATIF* (Setiyawarmi, Ed.). Bandung: CV. ALFABETA. Tao, L., & Kendall, K. (2013). Sinopsis Organ System KARDIOVASKULER. Retrieved from www.tokobukukarisma.com

Utami, C. (2015). (DOC) teori kenyamanan kolcaba | cahya utami - Academia.edu. Retrieved March 29, 2020, from https://www.academia.edu/19197425/teori_kenyamanan_kolcaba

Uzun, S., Vural, H., Uzun, M., & Yokusoglu, M. (2008). State and trait anxiety levels before coronary angiography. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 602–607. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02018.x>

Lampiran 1

**PLAN OF ACTION KEGIATAN TUGAS AKHIR TAHUN
AKADEMIK 2019/2020**

No	Keterangan	Bulan											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
01.	Bimbingan Proposal												
02.	Ujian Proposal												
03.	Revisi Proposal												
04.	Izin Penelitian												
05.	Penelitian												
06.	Ujian Skripsi												
07.	Batas Akhir Ujian Skripsi												
08.	Batas Akhir Revisi												
09.	Pendaftaran Yudisium												
10.	Yudisium												
11.	Publikasi												



Lampiran 2

INSTRUMEN PENELITIAN

INSTRUMEN PENELITIAN

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

ISILAH IDENTITAS DIRI ANDA

NAMA :

JENIS KELAMIN :

UMUR :

TINGKAT PENDIDIKAN :

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

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

HADS merupakan suatu instrument yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan dan depresi yang di kembangkan oleh *Zigmond and Snaith* (1983) dan di modifikasi oleh *Tobing* (2012)..cit *Wiwiek Dwiyani*(2018).

Lampiran 3

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.
Calon Responden
Di –

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Setyo Wiridiantoro

NIM : B21827308201

No. Hp : 081311323311

Judul Penelitian : **Perbedaan respon distres psikologi sebelum dan sesudah tindakan PCI**

Saya adalah Mahasiswa ITKes Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui perbedaan respon distres psikologi pada pasien PJK sebelum dan sesudah tindakan *PCI*.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika Saudara/I bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan memberikan kuisioner untuk mengukur skor distres psikologi sebelum Tindakan *PCI* kemudian peneliti juga akan memberikan kuisioner sesudah Tindakan *PCI*, proses ini akan peneliti lakukan selama 1 hari sebelum Tindakan *PCI* dan 1 hari setelah Tindakan *PCI*. Selanjutnya peneliti akan melakukan evaluasi dan menilai tingkat distres psikologi.

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

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

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

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

- | | | |
|----|---------------------------------------|----------------------|
| 1. | Ns. Chrisyen Damanik, S. Kep., M. Kep | No. Hp: 081235338835 |
| 2. | Ns. Siti Kholifah, S.Kep | No. Hp: 081253559986 |
| 3. | Setyo Wiridiantoro | No. Hp: 081311323311 |

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan, Mei 2020
Peneliti

Setyo Wiridiantoro
NIM: B21827308201

Lampiran 4

**SURAT PERNYATAAN BERSEDIA
BERPARTISIPASI SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

No. telp.....

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul **Perbedaan Respon Distres Psikologi Pasien Penyakit Jantung Koroner Sebelum dan Sesudah Tindakan PCI**

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah :

1. Bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuisisioner distres Psikologi
2. Memberikan informasi yang benar dan sejujurnya terhadap apa yang diminta atau ditanyakan oleh peneliti

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

Balikpapan, 2020

Mengetahui
Peneliti

Yang membuat pernyataan

Setyo Wiridiantoro

Nama & Tanda Tangan

Lampiran 5

LEMBAR INFORMED CONCENT

Setelah saya membaca dan memahami isi surat persetujuan maupun penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

No. telp.....

Bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa program studi ilmu keperawatan ITKes Wiyata Husada Samarinda, yaitu:

Nama : Setyo Wiridiantoro

NIM : B21827308201

No. Hp : 081311323311

Judul Penelitian : **Perbedaan Respon Distres Psikologi Pasien PJK sebelum dan sesudah Tindakan PCI**

Saya memahami bahwa penelitian tersebut tidak membahayakan dan merugikan saya, sehingga saya bersedia menjadi responden dalam penelitian tersebut.

Balikpapan, Mei 2020

Nama & Tanda Tangan

Lampiran 6

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**I. Data Pribadi**

1. Nama : Setyo Wiridiantoro
 2. Tempat dan Tanggal Lahir : Malang, 10 September 1980
 3. Jenis Kelamin : Laki-laki
 4. Agama : Islam
 5. Status Pernikahan : Menikah
 6. Warga Negara : Indonesia
 7. Alamat : Jl. Patimura Gg.Nusantara Rt. 50
 Balikpapan Utara
 8. Nomor Telepon / HP : 081311323311
 10. E-Mail : Setyowiri48@gmail.Com
 11. Kode Pos : 76125

- II. Pendidikan Formal** : SDN 01 Wonokerto-Malang lulus 1992
 SMP N 02 Bantur-Malang lulus 1995
 SMA WD Turen-Malang lulus 1998
 DIII-Keperawatan UMM lulus 2001

- III. Pendidikan NonFormal** : -

- IV. Riwayat Pengalaman Kerja** : Perawat Pelaksana:
- RS Pertamina Balikpapan 2003-2010.
 - RSUD. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2010-sekarang.

Nomor : 60179/S1 IKES-WHS/XI/2019
Hal : Lampiran

No	Nama	Nim
1	ALIMUDDIN	B21824105001
2	ARDIYAN ALFIAN ARIZQI	B21824205101
3	ASTUTI	B21824405301
4	ATIK DARWANTI	B21824505401
5	AWALUDDIN	B21824605501
6	BUDI SUJARWO	B21824705601
7	DARMAWAN	B21824805701
8	DWI KUSRINI	B21825005901
9	EKA HARTINI	B21825106001
10	ELIS IDA	B21825206101
11	ENDANG KRISNAWATI	B21825306201
12	ENDANG SRININGSIH	B21825406301
13	ENI FITRIANI	B21825506401
14	FEBRIAN NORMA HANDAYANI	B21825706601
15	HAMIDAH	B21825806701
16	HERI NOTOSUSANTO	B21825906801
17	IDA MAULANI	B21826006901
18	ISTIQOMAH	B21826107001
19	JEVI PRADHANA PUTRA SULISTYO	B21826207101
20	LUCIANA PUJI RAHAYU	B21826307201
21	MUHAMMAD IHSAN	B21826407301
22	MUSLIMAH	B21826507401
23	NANI FERAWATI	B21826607501
24	NARTININGSIH	B21826707601
25	PINARSIH	B21826807701
26	RAMLAH	B21826907801
27	RINA YANTI S	B21827007901
28	SAMSI AH	B21827108001
29	SARIMAH MUDAH	B21827208101
30	SETYO WIRIDIANTORO	B21827308201
31	SITI HUSNUL HARIROH	B21827408301
32	SRI WAHYUNI	B21827508401
33	SUSANTI SUHARDI	B21827608501
34	SUYATMI	B21827708601
35	SYAMSUL HADI	B21827808701
36	SYARIFAH YULIA RACHMAWATI	B21827908801
37	VETA VATA SATUL HUSNAH	B21828109001
38	YULIHA SARAH	B21828209101
39	YUNIATI WININGSIH	B21828409301
40	YUNNI REFFIANA	B21828409301

Lampiran 8. Foto enumerator dan Responden saat pengukuran Distres Psikologi.






Lampiran 9. Surat Permohonan Ijin Penelitian.



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

 itkeswhs
 itkeswhs
 www.itkeswhs.ac.id
 info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor :  /ITKES-WHS/LT/2020 15 Mei 2020
 Lampiran : -
 Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan
 di -
 Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : SETYO WIRIDIANTORO
 NIM : B21827308201
 Semester : III
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Penelitian : **Perbedaan respon Distress psychological pada pasien penyakit jantung koroner (PJK) sebelum dan sesudah tindakan percutaneous Interventions (PCI)**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,



Chandra Sulistyvorini, S.ST., M.Keb
NIDN. 1121038701