

**HUBUNGAN ANTARA RESPON KESEPIAN DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER
DI RUMAH SAKIT**

SKRIPSI



Disusun Oleh:

RINI RIPARIAH

NIM: B21831712601

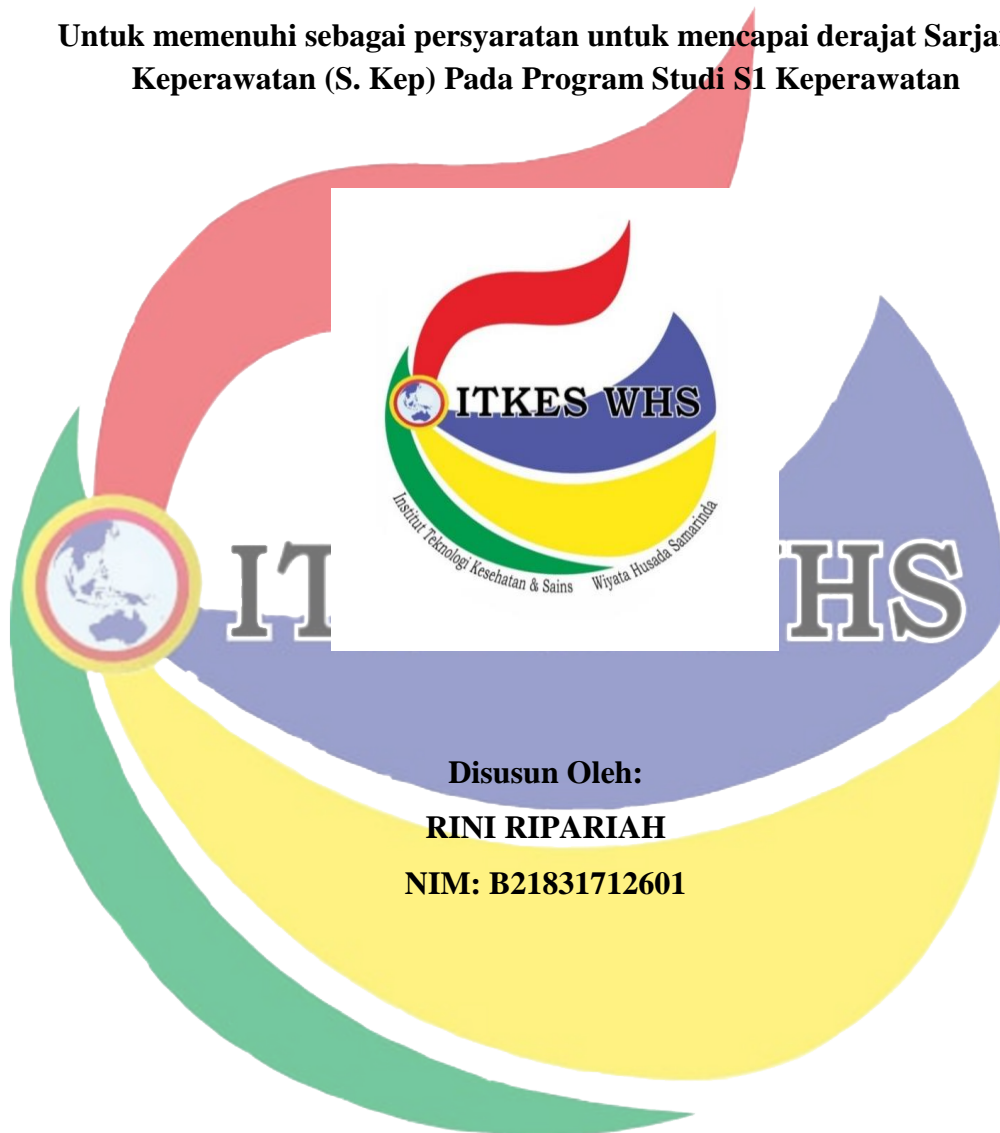
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2020

**HUBUNGAN ANTARA RESPON KESEPIAN DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER
DI RUMAH SAKIT**

SKRIPSI

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



Disusun Oleh:

RINI RIPARIAH

NIM: B21831712601

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2020



LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rini Ripariah

NIM : B21831712601

Program Studi : S.1 Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : “Hubungan Antara Respon Kesiapan Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit”.

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



Tenggarong, Agustus 2020

Yang Membuat Pernyataan

Rini Ripariah

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur peneliti panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang mana telah memberi rahmat dan hidayah-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan judul “Hubungan Antara Respon Kesepian Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit”. Skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) dalam program studi Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.

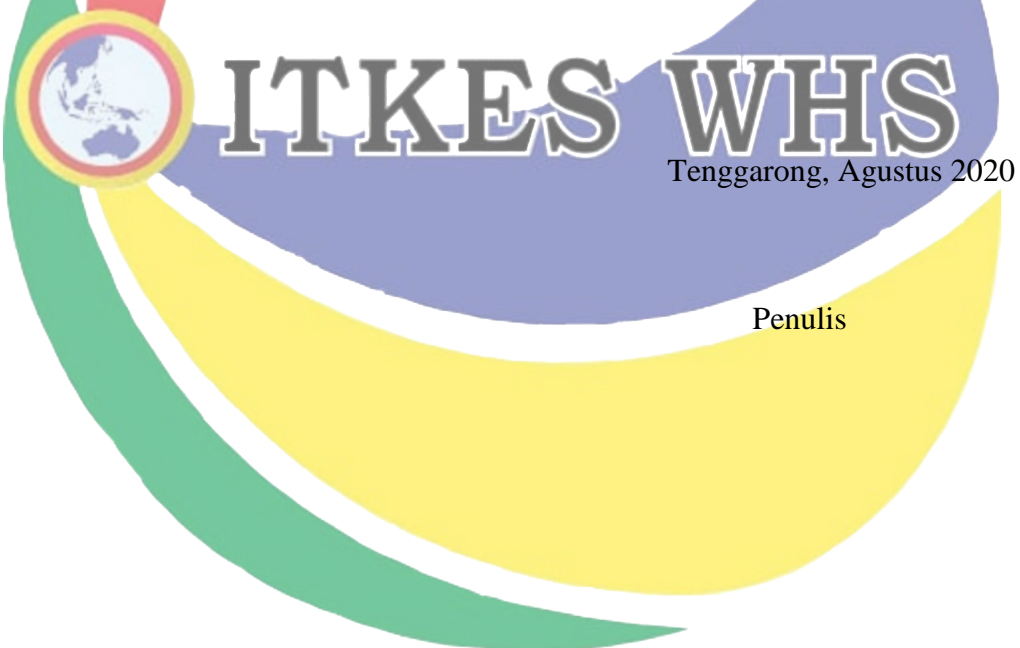
Selama penulisan skripsi ini peneliti banyak mendapatkan dukungan dan bantuan dari berbagai pihak sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan ITKES Wiyata Husada Samarinda
2. Bapak Dr. Eka Ananta Sidharta, S.E., M.M.C.A (L) selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ibu dr. Martina Yulianti, Sp.PD, FINASIM, MARS selaku Plt direktur Rumah Sakit.
4. Ns. Kiki Hardiansyah, M. Kep, Sp.Kep.MB selaku Ketua Program Studi Keperawatan yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan semangat luar biasa untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
5. Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep. M.Kep selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Ns. Marina Kristi Layun Rining, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mengarahkan saya dalam penyusunan skripsi ini.

7. Ibu Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing akademik. Terimakasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
8. Seluruh keluarga tercinta yang telah mendukung, memberi semangat, doa dan perhatian sehingga penyusunan tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
9. Semua teman-teman seperjuangan di Reguler Transfer Program Studi Ilmu Keperawatan ITKes Wiyata Husada Samarinda, kalian adalah yang terbaik.

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

Wassalammu'alaikum Wr. Wb.



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rini Ripariah
NIM : B21831712601
Program Studi : Ilmu Keperawatan S1 Keperawatan
Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan
& Sains Wiyata Husada Samarinda

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Hubungan Antara Respon Kesepian Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasi tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, Agustus 2020

Yang membuat pernyataan,

Rini Ripariah

B21831712601

HUBUNGAN ANTARA RESPON KESEPIAN DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RUMAH SAKIT

Rini Ripariah¹, Chrisyen Damanik², Marina Kristi Layung Rining³

ABSTRAK

Latar Belakang: Kesehatan pada pasien PJK merupakan hal yang menjadi faktor utama untuk mengarahkan persepsi menjadi hal yang positif, dimana sering kali pada pasien PJK mengalami kemunduran dalam hal kesehatan, dikarenakan stress berlebihan, memandang rendah pada diri sendiri yang mengakibatkan batasan pada kualitas hidup sehingga secara tidak langsung menjadi ketergantungan pada orang lain dan sekitarnya. **Tujuan:** teranalisis hubungan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit. **Metode:** Penelitian ini menggunakan penelitian *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*, pada bulan juli 2020 dengan jumlah sampel sebanyak 45 pasien PJK di RSUD Aji Muhammad Parikesit Teanggarong dengan menggunakan *total sampling*. Analisa data menggunakan *uji Chi-Square* antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien PJK yang dirawat. **Hasil:** Didapatkan *odd ratio*= 0.042 dan nilai *alpha*= 0.05 yang berarti *p value* < 0.05 yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit. **Kesimpulan:** Terdapat hubungan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit. Penelitian ini diharapkan kedepannya dapat dilakukan kembali dengan menggunakan metode kualitatif agar lebih mengetahui apa saja faktor yang mempengaruhi respon kesepian dan tingkat kecemasan pada PJK di Rumah Sakit.

Kata Kunci: Respon Kesepian, Tingkat Kecemasan

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

THE RELATIONSHIP BETWEEN LONELINESS RESPONSE AND ANXIETY LEVELS IN CORONARY HEART DISEASE PATIENTS AT HOSPITAL

Rini Ripariah¹, Chrisylen Damanik², Marina Kristi Layung Rining³

ABSTRACT

Background of study: Although preventive measures have been taken such as dietary regulation, lowering cholesterol and weight care, diabetes and hypertension, coronary heart disease remains a major health problem. CHD it self is a stressor that causes clients to feel anxious. Health in CHD patients is a major factor in directing perceptions to be positive, where often CHD patients experience deterioration in health, due to excessive stress, looking down on themselves which results in limitations on quality of life so that indirectly it becomes dependence on other people and their surroundings. **Purpose:** to analyze the relationship between the response of loneliness to the level of anxiety in coronary heart disease patients at Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Hospital. **Research methods:** This study used a descriptive analytic study with a cross sectional approach, in July 2020 with a total sample of 45 CHD patients at Aji Muhammad Parikesit Teanggarong Hospital using total sampling. Analysis of data using the Chi-Square test between the response to loneliness and the level of anxiety in CHD patients in hospital. **Resarch findings:** Obtained odds ratio = 0.042 and alpha value = 0.05, which means p value <0.05, which is a significant relationship between the response of loneliness and the level of anxiety in patients with coronary heart disease. at Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Hospital. **Conclusion:** There is a relationship between the response to loneliness and the level of anxiety in patients with coronary heart disease at Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Hospital. It is hoped that in the future this research can be carried out again using qualitative methods in order to know more about the factors that influence the response to loneliness and anxiety levels in CHD at Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Hospital.

Keywords: Anxiety Level, Loneliness Response,

¹Student of the Nursing Bachelor Program, The Institute of Technology and Health Sciences Wiyata Husada Samarinda

²⁻³Lecturer of the Nursing Bachelor Program, The Institute of Technology and Health Sciences Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Halaman Judul	ii
Halaman Pengesahan	iii
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian	iv
Kata Pengantar	v
Lembar Persetujuan Publikasi	vi
Abstrak	vii
Abstract	viii
Daftar isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Lampiran	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
E. Keaslian Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Telaah Pustaka.....	12
1. Konsep Kesepian.....	12
a. Pengertian Kesepian.....	12
b. Tipe Kesepian.....	13
c. Penyebab kesepian.....	15
d. Ciri-ciri Kesepian.....	18
e. Faktor yang mempengaruhi Kesepian.....	21
2. Konsep Kecemasan.....	24
a. Pengertian Kecemasan.....	24
b. Etiologi.....	25
c. Tingkat Kecemasan.....	27
d. Bentuk Kecemasan.....	29
e. Ciri-ciri Kecemasan.....	30
f. Gejala kecemasan.....	31
g. Teori Kecemasan.....	33
h. Alat Ukur Kecemasan.....	35
3. Konsep Penyakit Jantung Koroner.....	35
a. Pengertian.....	35
b. Faktor Resiko.....	36
c. Patofisiologi.....	37
d. Klasifikasi.....	38

e. Diagnosis	40
f. Anamnesis	40
g. Pemeriksaan Fisik.....	40
h. Pemeriksaan Laboratorium.....	41
4. Teori Keperawatan Menurut Callista Roy.....	42
a. Biografi <i>Sister</i> Callista Roy.....	42
b. Asumsi Dasar Model Adaptasi Callista Roy.....	42
c. Sistem Adaptasi Callista Roy.....	44
d. Objek Utama Dalam Keperawatan Callista Roy.....	46
e. Fungsi Model Callista Roy.....	50
B. Kerangka Teori.....	53
C. Hipotesis Penelitian.....	57
BAB III METODE PENELITIAN.....	58
A. Rancangan Penelitian.....	58
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	58
C. Populasi dan Sampel.....	59
D. Waktu dan Tempat Penelitian.....	60
E. Definisi Operasional.....	60
F. Instrumen Penelitian.....	61
G. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	62
H. Teknik Pengumpulan Data.....	64
I. Teknik Analisa Data.....	65
J. Etika Penelitian	69
K. Jalannya Penelitian.....	70
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	72
A. Hasil Penelitian.....	72
B. Pembahasan.....	76
C. Keterbatasan Penelitian.....	81
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	83
A. Kesimpulan.....	83
B. Saran.....	83
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 Definisi Operasional	60
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik.....	73
Tabel 4.2 Karakteristik Respon Kesepian.....	73
Tabel 4.3 Karakteristik Tingkat Kecemasan.....	74
Tabel 4.4 Uji <i>Chi-Square</i>	75



DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Model Konsep Adaptasi	53
Gambar 2.2 Kerangka Teoritis	56
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	71



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Rencana Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Studi Pendahuluan dan Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Pernyataan Bersedia Berpartisipasi Sebagai Responden Penelitian
- Lampiran 5 : Lembar *Infrom Consent*
- Lampiran 6 : Lembar Kuesioner *The UCLA Loneliness Scale*
- Lampiran 7 : Lembar Kuesioner *Hamilton Ranting Scale for Anxiety*
- Lampiran 8 : Tabulasi Data
- Lampiran 9 : Hasil Uji Analisis Data Uji Univariat
- Lampiran 10 : Hasil Uji *Chi-Square*
- Lampiran 11 : Lembar Konsultasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit jantung koroner merupakan kasus utama penyebab kematian dan kesakitan pada manusia. Meskipun tindakan pencegahan sudah dilakukan seperti pengaturan makanan (diet), menurunkan kolesterol dan perawatan berat badan, diabetes dan hipertensi, penyakit jantung koroner ini tetap menjadi masalah utama kesehatan. Masalah utama pada penyakit jantung koroner adalah aterosklerosis koroner. Merupakan penyakit progresif yang terjadi secara bertahap yaitu penebalan dinding arteri koroner. Aterosklerosis koroner dianggap sebagai proses pasif karena sebagian besar dihasilkan oleh kolesterol yang berada pada dinding arteri (Yuet Wai Kan, 2010).

Penyakit kardiovaskular masih menjadi ancaman dunia (*global threat*) dan merupakan penyakit yang berperan utama sebagai penyebab kematian nomor satu di seluruh dunia. Data Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization*) menyebutkan, lebih dari 17 juta orang di dunia meninggal akibat penyakit jantung dan pembuluh darah. Sedangkan sebagai perbandingan, HIV / AIDS, malaria dan TBC secara keseluruhan membunuh 3 juta populasi dunia (WHO, 2013).

Penyakit jantung koroner adalah penyakit jantung yang disebabkan penyempitan arteri koroner, mulai dari terjadinya arterosklerosis (kekakuan arteri) maupun yang sudah terjadi penimbunan lemak atau plak (*plaque*) pada dinding arteri koroner, baik disertai gejala klinis atau tanpa gejala sekalipun (Kabo, 2008). Menurut Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization*), 60% dari seluruh penyebab kematian penyakit jantung adalah penyakit jantung koroner (PJK). Data WHO tahun 2011, menyatakan jumlah penderita PJK tercatat sebanyak 7 juta orang yang meninggal, tahun 2002 tercatat 7,2 juta dan tahun 2008 meningkat menjadi 7,3 juta. Angka ini akan meningkat hingga 11 juta untuk tahun 2020. Berdasarkan data Depkes (2005), penyakit jantung koroner menempati urutan ke-5 sebagai penyebab kematian terbanyak

dari seluruh rumah sakit di Indonesia dengan jumlah kematian 2.557 orang (WHO, 2013).

Survei *Sample Registration System* (SRS) pada 2014 menunjukkan Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Indonesia menjadi penyebab kematian tertinggi pada semua umur setelah stroke. Jumlahnya mencapai 12,9 persen. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, angka kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah semakin meningkat dari tahun ke tahun. Setidaknya, 15 dari 1000 orang, atau sekitar 2.784.064 individu di Indonesia menderita penyakit jantung.

Data tersebut mengungkapkan tiga provinsi dengan prevalensi penyakit jantung tertinggi yaitu Provinsi Kalimantan Utara 2,2 persen, DIY 2 persen, dan Gorontalo 2 persen. Selain ketiga provinsi tersebut, terdapat delapan provinsi lainnya dengan prevalensi yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan prevalensi nasional. Delapan provinsi tersebut adalah Aceh 1,6 persen, Sumatera Barat 1,6 persen, DKI Jakarta 1,9 persen, Jawa Barat 1,6 persen, Jawa Tengah 1,6 persen, Kalimantan Timur 1,9 persen, Sulawesi Utara 1,8 persen, dan Sulawesi Tengah 1,9 persen (Riskesdas, 2018).

Selain dampak fisik seperti gejala angina, PJK juga dapat menimbulkan dampak sosial ekonomi bagi penderitanya. Angina membatasi aktifitas normal sehari-hari sehingga mempunyai dampak yang negatif terhadap kualitas hidup. Menurut Parker (2014), satu tahun setelah revaskularisasi koroner, kira-kira sepertiganya tidak dapat kembali bekerja, sehingga dampak sosial dan ekonomi pada pasien PJK sangat besar. Pada dasarnya semua penyakit fisik akan mempengaruhi kondisi psikologik seseorang. Demikian juga penderita penyakit jantung koroner pada umumnya akan mengalami kondisi psikologik antara lain gangguan penyesuaian, kecemasan atau depresi (Hawari, 2014). PJK sendiri merupakan stressor yang menyebabkan klien merasa cemas. Selain itu, pasien PJK akan mengalami angina, dan serangan angina itu sendiri merupakan stressor atau suatu ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis dan menurunnya kapasitas untuk melakukan kehidupan sehari-hari (Hawari, 2014).

Cemas adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal. Perasaan cemas dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor-faktor intrinsik antara lain: usia, jenis kelamin dan pengalaman. Sedangkan faktor ekstrinsik antara lain: pendidikan, pekerjaan dan kondisi lingkungan (Hawari, 2014).

Masalah yang harus ditangani pada pasien PJK adalah ansietas dan tidak keefektifan koping. Salah satu teori keperawatan yang sesuai untuk masalah ini yaitu teori keperawatan Sister Callista Roy dengan model adaptasi, salah satu objek utamanya yaitu manusia. Model keperawatan adaptasi Roy adalah model keperawatan yang bertujuan membantu seseorang untuk beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan interdependensi selama sehat sakit. Peran perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Upaya untuk mengatasi masalah kesepian pada pasien PJK yaitu dibutuhkannya koping yang baik. Mekanisme koping merupakan pertahanan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi, baik dari dalam diri individu, maupun dari luar diri individu (Artini, 2014). Mekanisme koping adalah salah satu cara yang dilakukan untuk beradaptasi terhadap stress, menyelesaikan suatu masalah, dan respon terhadap suatu ancaman. Koping merupakan respon pertahanan seseorang terhadap suatu masalah yang terjadi, apabila koping tersebut tidak efektif maka seseorang tidak bisa mencapai harga dirinya dalam mencapai suatu perilaku (Safi'I, 2019). Salah satu faktor yang mempengaruhi mekanisme koping pada pasien PJK adalah dukungan keluarga. Pasien yang dirawat di suatu Rumah Sakit sedikit mendapatkan dukungan dari keluarga yang mengakibatkan pasien PJK merasa kesepian, berdiam diri, menarik diri dan cepat marah-marah sehingga koping yang dilakukan tidak efektif (Maryam, 2009). Terdapat dua strategi koping yang bisa dilakukan oleh pasien

PJK, yaitu koping berfokus pada masalah dan koping berfokus pada emosi. Koping berfokus pada masalah yaitu koping yang bertujuan untuk menghilangkan atau memperbaiki keadaan yang menekan, sedangkan koping yang berfokus pada emosi yaitu bertujuan untuk mengatur emosinya supaya merasa lebih baik (Papalia *et al*, 2012).

Kesehatan pada pasien PJK merupakan hal yang menjadi faktor utama untuk mengarahkan persepsi menjadi hal yang positif, dimana sering kali pada pasien PJK mengalami kemunduran dalam hal kesehatan, dikarenakan stress berlebihan, memandang rendah pada diri sendiri yang mengakibatkan batasan pada kualitas hidup sehingga secara tidak langsung menjadi ketergantungan pada orang lain dan sekitarnya. Roy memandang kesehatan merupakan sebuah kelanjutan dari meninggal dan kesehatan yang ekstrim yang buruk ke level tertinggi dan puncak dari kesehatan (Alligot & Tommy, 2010). Dia menekankan bahwa sehat merupakan suatu keadaan dan proses dalam upaya dan menjadikan dirinya secara terintegrasi secara keseluruhan, fisik, mental dan social. Itegritas adaptasi individu dimanifestasikan oleh kemampuan individu untuk memenuhi tujuan memper tahankan dan reproduksi (Nursalam, 2016). Sakit adalah suatu kondisi ketidak mampuan individu untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang berasal dari dalam dan dari luar individu. Kondisi sehat dan sakit sangat individual dipersepsikan oleh individu. Kemampuan seseorang dalam beradaptasi (koping) tergantung dari latar belakang individu tersebut dalam mengartikan dan mempersepsikan sehat-sakit, misalnya tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, budaya, dan lain-lain (Sudarta, 2015).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Maret -Mei 2020 didapatkan data jumlah penderita PJK di RSUD Aji Muhammad Parikesit yaitu sebanyak 45 Pasien. Peneliti menemukan kejadian bahwa penderita PJK mengalami kesepian dan cemas karena penyakit PJK yang duderitanya, mereka gelisah dan takut saat terdiagnosa PJK serta harus masuk rawat inap di RSUD Aji Muhammad Parikesit. Studi pendahuluan juga dilakukan terhadap 8 pasien yang memiliki penyakit jantung koroner, hasilnya 3 dari 5 pasien tersebut mengalami kecemasan ringan dengan gejala gelisah,

tidak sabaran, waspada terhadap petugas kesehatan dan selalu bertanya kapan mereka selesai dengan pengobatan yang dilakukan serta dinyatakan sembuh. Dari 3 pasien ini juga mengalami kesepian yang didukung dengan data yang peneliti dapat saat observasi, mereka melamun, saat diajak interaksi mereka tidak fokus, wajah menunjukkan kesedihan. 2 dari 5 pasien tadi mengalami kecemasan sedang yang ditandai tanda-tanda vital cenderung naik, sering mengeluh sakit kepala, kewaspadaan lebih meningkat dari pada gejala kecemasan ringan, susah tidur memikirkan kejelasan penyakit mereka, dan sering berkemih serta sering mengeluh sakit kepala. Dari 2 pasien ini juga mengalami kesepian dengan gejala sering melamun, tidak fokus saat berinteraksi, merasa tidak berguna dan menyusahkan keluarga, tidak mau bergaul dengan teman samping *bed*, atau jika diajak mengobrol dengan pasien sebelahnya cenderung cuek dan diam. 3 pasien lainnya juga mengalami kecemasan berat ditandai dengan sangat cemas, takut, bingung, menarik diri, nada suara meningkat diajak berinteraksi, kontak mata buruk serta ketegangan otot berat, sering marah-marah. Mereka juga mengalami kesepian yang mengakibatkan kecemasan, karena menurut mereka, tidak berdaya dengan penyakit yang diderita, tidak berguna walaupun hidup, merasa bosan dalam menjalani hidup, serta merasa tidak pernah dicintai atau diperhatikan oleh keluarga.

Dukungan dan bantuan dari keluarga sangat di butuhkan oleh pasien yang sedang merasa cemas. Perasaan cemas akan berkurang dengan adanya dampingan dan bantuan dari keluarga atau orang terdekat. Perasaan cemas akan meningkat jika dukungan dan pendampingan tersebut tidak didapatkan sehingga pasien PJK akan merasa kesepian (Hawari, 2014). Friedman (2003) mengemukakan, keluarga adalah orang yang paling dekat hubungannya dengan pasien PJK. Keluarga merupakan sistem pendukung utama dalam mempertahankan kesehatannya. Salah satu upaya keluarga yang dapat dan mudah dilakukan adalah dengan memberikan dukungan. Dukungan dapat berarti bantuan atau sokongan yang diterima dari orang lain. Dukungan biasanya diterima dari lingkungan sosial yaitu orang-orang yang dekat, termasuk didalamnya adalah anggota keluarga, orang tua dan teman

(Marliyah, 2004). Kurangnya dukungan keluarga terhadap pasien PJK akan meningkatkan kesepian pada pasien tersebut dan sebaliknya kesepian akan memperparah penyakit yang diderita.

Kesepian adalah dengan merasa terasing dari sebuah kelompok, tidak dicintai oleh sekeliling, tidak mampu untuk berbagi kekhawatiran pribadi, berbeda dan terpisah dari mereka yang ada disekitar kita (Beck *et al* dalam David G. Myers, 2012). Kesepian dialami oleh pasien yang mengalami penyakit jantung koroner saat pasangan hidup atau teman dekatnya meninggal, tidak memiliki partner seksual dan terpisah dengan keluarga, tidak adanya kegiatan dalam mengasuh anak-anaknya yang sudah dewasa dan bersekolah tinggi sehingga, tidak memerlukan penanganan yang terlalu rumit, berkurangnya teman/relasi akibat kurangnya aktivitas di luar rumah, anak-anaknya yang meninggalkan rumah karena menempuh pendidikan kejenjang yang lebih tinggi, anak-anaknya yang meninggalkan rumah untuk bekerja, anak-anak telah dewasa dan membentuk keluarga sendiri. Masalah di atas akan menimbulkan rasa kesepian pada penderita PJK (Brehm 2010).

Dari latar belakang tersebut peneliti ingin mengetahui hubungan respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit.

B. Rumusan Masalah

Penyakit jantung koroner merupakan kasus utama penyebab kematian dan kesakitan pada manusia. Meskipun tindakan pencegahan sudah dilakukan seperti pengaturan makanan (diet), menurunkan kolesterol dan perawatan berat badan, diabetes dan hipertensi, penyakit jantung koroner ini tetap menjadi masalah utama kesehatan. Perawatan utama pasien PJK dengan berfokus pada menghindari serangan PJK berulang. Kurangnya pemahaman pasien dan keluarga dalam upaya pengontrolan faktor resiko dan kurangnya dukungan dari lingkungan sekitar ataupun keluarga dapat memicu kecemasan. Pengkajian dan penanganan cemas harus menjadi bagian dari perawatan pada pasien PJK baik pada saat rawat inap maupun paska rawat inap. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan edukasi dan motivasi

kepada pasien dan keluarga bukan hanya pada masa perawatan di rumah sakit tetapi juga setelah pulang kerumah. Edukasi keluarga sangat dibutuhkan guna untuk memberikan pengetahuan tentang dasar psikologi, bahwasanya pada pasien PJK jika tidak ada keluarga yang menemani, memberikan dampak terhadap psikologis pasien dan akhirnya pasien PJK mengalami kesepian, menganggap diri mereka tidak berguna serta tidak dibutuhkan lagi. Akhirnya pemikiran tersebut sudah tertanam lama yang pada puncaknya membuat cemas serta menimbulkan PJK berulang saat perawatan ataupun di rumah. Studi terkait untuk meneliti kesepian dengan respon cemas belum pernah dilakukan saat perawatan pada pasien PJK di rumah sakit, sehingga pertanyaan penelitian dalam penelitian ini adalah adakah hubungan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk diketahui hubungan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi respon kesepian pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit.
- b. Teridentifikasi tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit.
- c. Teranalisa hubungan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Menambah wawasan terhadap hubungan respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner saat perawatan.

2. Praktis

Dapat mengendalikan tingkat kecemasan pasien penyakit jantung koroner saat perawatan.

3. Metodologi

Sebagai bahan dasar pada penelitian selanjutnya tentang hubungan respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner saat perawatan.

E. Keaslian Penelitian

Berdasarkan pengetahuan peneliti belum ada peneliti yang sama dengan hubungan respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit. Tetapi ada beberapa penelitian yang hampir sama dengan penelitian di atas.

1. Khairul Darussalam dkk (2018) dengan judul penelitian “Hubungan Antara Penerimaan Diri Dengan Tingkat Depresi Pada Pasien Penderita Penyakit Jantung Koroner (PJK) di Poliklinik Jantung RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui adakah hubungan antara penerimaan diri dengan tingkat depresi pada pasien penderita penyakit jantung koroner (pjk) di poliklinik jantung RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Metode penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dan dengan desain penelitian ini adalah *Description Analitik*. Pengambilan sampel yang digunakan menggunakan teknik *Accidental sampling*, dan sampel yang digunakan berjumlah 40 orang. Hasil analisis dan perhitungan korelasional dan koefisien determinasi yang diperoleh adalah sebesar -0.839 , $p=0.000$ ($p<0.01$) menandakan hipotesis diterima.

Perbedaan antara penelitian Khairul Darussalam dkk (2018) dengan penelitian ini adalah terletak pada tempat penelitiannya, yaitu di Rumah Sakit, Variabelnya, yaitu variabel independennya adalah Respon Kesepian pada pasien PJK, variabel dependennya adalah tingkat kecemasan. Jumlah sampel yang digunakan adalah 45 responden atau pasien pjk. Pengambilan sampel yang digunakan menggunakan teknik *Total Sampling*, dan untuk

uji hubungan menggunakan statistik *Chi-Square*. Persamaannya adalah metode penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kuantitatif dan dengan desain penelitian ini adalah *Description Analitik*.

2. Aan Nuraeni dkk (2017) dengan judul penelitian “Hubungan Cemas dan Depresi Pada Pasien dengan Penyakit Jantung Koroner (PJK). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan jenis penelitian kuantitatif korelasi *Cross Sectional*, Pengambilan sampel yang digunakan menggunakan teknik *Simple Random Sampling*, dan sampel yang digunakan berjumlah 100 orang. Hasil analisis dan perhitungan menggunakan uji *Rank Spearman* yang diperoleh adalah sebesar ($r=0.371$, $p=0.000$), menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara cemas dan depresi, semakin tinggi kecemasan maka semakin tinggi pula tingkat depresi pada pasien PJK.

Perbedaan antara penelitian Aan Nuraeni dkk (2017) dengan penelitian ini adalah terletak pada tempat penelitiannya, yaitu di Rumah Sakit, variabelnya yaitu variabel independennya adalah Respon Kesepian pada pasien PJK. Jumlah sampel yang digunakan adalah 45 responden atau pasien PJK dan untuk uji hubungan menggunakan statistik *Chi-Square*. Persamaannya adalah variabel dependennya adalah tingkat kecemasan. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Total Sampling*, metode penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kuantitatif dan dengan desain penelitian ini adalah *Description Analitik*.

3. Fida Anjar Sari (2013) dengan judul “Hubungan Tingkat Kesepian Dengan Tingkat Kecemasan Pada Lansia Di Dusun Klapaloro 1 Giripanggung Tepus Gunung Kidul”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan kesepian dengan tingkat kecemasan pada lansia di Dusun Klapaloro 1 Giripanggung Tepus Gunung Kidul. Metode penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelatif dengan pendekatan waktu *Cross Sectional*, pengambilan sampel menggunakan teknik *Total Sampling*, sampel pada penelitian ini adalah 30 lansia dan teknik analisis data menggunakan analisis korelasi *Kendall Tau* dengan hasil t hitung sebesar

0.207 dan nilai signifikan (p) sebesar 0.034, hal ini menunjukkan bahwa H_a diterima dan keeratan hubungan kedua variabel rendah.

Perbedaan antara penelitian Fida Anjar Sari (2013) dengan penelitian ini adalah terletak pada tempat penelitiannya, yaitu di Rumah Sakit, metode penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kuantitatif dan dengan desain penelitian ini adalah *Description Analitik*, jumlah sampel yang digunakan adalah 45 responden atau pasien PJK dan untuk uji hubungan menggunakan statistik *Chi-Square*. Persamaannya adalah variabel Independent dan dependennya adalah respon kesepian dan tingkat kecemasan. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Total Sampling*.

4. Rinda Ayu Dwi Apriska (2016) dengan judul “Hubungan Antara Tingkat Kesepian dengan Mekanisme Koping Pada Lansia di unit Pelayanan Lanjut Usia “Wening Wardoyo” Ungara”. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan tingkat kesepian dengan mekanisme koping pada lansia. Metode penelitian ini menggunakan kuantitatif non eksperimen dengan pendekatan *Cross Sectional*, sampel pada penelitian ini adalah 66 lansia yang terdapat di unit pelayanan lanjut usia “Wening Wardoyo”. Penelitian ini menggunakan teknik *Total Sampling*. Analisis pada penelitian ini menggunakan uji *Rank Spearman* dengan hasil p value 0.076 dan $\alpha=0.05$ yang artinya tidak terdapat hubungan antara tingkat kesepian dengan mekanisme koping pada lansia.

Perbedaan antara penelitian Rinda Ayu Dwi Apriska (2016) dengan penelitian ini adalah terletak pada tempat penelitiannya, yaitu di Rumah Sakit, variabel dependent adalah tingkat kecemasan, metode penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kuantitatif dan dengan desain penelitian ini adalah *Description Analitik*, jumlah sampel yang digunakan adalah 45 responden atau pasien PJK dan untuk uji hubungan menggunakan statistik *Chi-Square*. Persamaannya adalah variabel Independent adalah respon kesepian. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Total Sampling*.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Kesepian

a. Pengertian

Kesepian diartikan oleh Peplau & Perlman (Peplau, 1998) sebagai perasaan dirugikan dan tidak terpuaskan yang dihasilkan dari kesenjangan antara hubungan sosial yang diinginkan dan hubungan sosial yang dimiliki (Deaux, Dane & Wrightsman, 1993) menyimpulkan bahwa ada tiga elemen dari definisi kesepian yang dikemukakan oleh Peplau & Perlman, yaitu:

- 1) Merupakan pengalaman subyektif, yang mana tidak bisa diukur dengan observasi sederhana.
- 2) Kesepian merupakan perasaan yang tidak menyenangkan.
- 3) Secara umum merupakan hasil dari kurangnya/terhambatnya hubungan sosial.

Suatu keadaan dimana seseorang merasa jauh atau tersisih dari lingkungan sosial yang berdampak pada gangguan kesehatan yang kompleks (Rahmi, 2015). Kesepian merupakan kondisi yang sering mengancam kehidupan, ketika anggota keluarga hidup terpisah dari mereka, kehilangan pasangan hidup, kehilangan teman sebaya, dan ketidakberdayaan untuk hidup mandiri (Gunarsa, 2010).

Kesepian dialami oleh seseorang saat pasangan hidup atau teman dekatnya meninggal, tidak memiliki partner seksual dan terpisah dengan keluarga, tidak adanya kegiatan dalam mengasuh anak-anaknya yang sudah dewasa dan bersekolah tinggi sehingga, tidak memerlukan penanganan yang terlampau rumit, berkurangnya teman/relasi akibat kurangnya aktivitas di luar rumah, anak-anaknya yang meninggalkan rumah karena menempuh pendidikan kejenjang yang lebih tinggi, anak-anaknya yang meninggalkan rumah untuk bekerja, anak-anaknya telah dewasa dan membentuk keluarga sendiri. Masalah diatas akan menimbulkan rasa kesepian bagi seseorang (Brehm dan Sharon, 2008).

Kesepian dapat mengakibatkan munculnya berbagai masalah-masalah kesehatan fisik dan psikologis mulai dari depresi, gangguan tidur, stress, keinginan bunuh diri, dan system kekebalan tubuh menurun (Damayanti, 2013). Hal yang bisa dilakukan oleh seseorang dalam menghadapi kesepian yaitu bersikap ramah, mengunjungi teman sebaya, melakukan kegiatan atau kesibukan yang bermanfaat bagi dirinya maupun orang lain, melaksanakan ibadah sesuai agama masing-masing dengan rajin dan tekun (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2012). Kesepian adalah perasaan terasing, tersisihkan, terpencil dengan orang lain. Kesepian akan muncul jika seseorang merasa tersisih dari kelompoknya, tidak diperhatikan oleh orang-orang disekitarnya, terisolasi dari lingkungan, dan tidak ada seseorang yang bisa dijadikan tempat berbagi rasa dan pengalaman (Suadirman, 2011).

Kesepian adalah dengan merasa terasing dari sebuah kelompok, tidak dicintai oleh sekeliling, tidak mampu untuk berbagi kekhawatiran pribadi, berbeda dan terpisah dari mereka yang ada disekitar kita (Beck & Dkk dalam David G. Myers, 2012). Kesimpulan dari definisi diatas adalah dimana seseorang merasa jauh atau tersisih dari lingkungan sosial. Kesepian sering mengancam kehidupan seseorang ketika mereka hidup terpisah dengan keluarga, ataupun ketidakberdayaan untuk hidup mandiri, dan tidak ada seseorang yang bisa dijadikan tempat berbagi rasa dan pengalaman.

b. Tipe Kesepian

Sears *et al* dalam (Luanaigh & Lawlor, 2008) membedakan dua tipe kesepian berdasarkan hilangnya ketetapan sosial tertentu yang dialami oleh seseorang, yaitu:

1) Kesepian emosional

Kesepian emosional adalah perasaan kesepian yang disebabkan karena kehilangan sosok terdekat yang selalumerberikan rasa cinta dan kasih sayang terhadap individu, contohnya adalah kehilangan pasangan hidup.

Selain itu kesepian emosional timbul dari tidak adanya figur

kasih sayang yang intim, seperti yang biasa diberikan oleh orang tua kepada anaknya atau yang biasa diberikan saudaranya kepada individu.

2) Kesepian sosial

Kesepian sosial terjadi karena isolasi dan disebabkan oleh kurangnya integrasi dalam suatu komunikasi dan kedekatan sosial. Contohnya kesepian ini dialami oleh individu yang harus mengalami relokasi atau berpindah ke tempat baru atau tempat lain yang asing bagi dirinya. Menurut (Beck & Dkk dalam David G. Myers, 2012). kesepian dibedakan menjadi tiga tipe berdasarkan durasi kesepian yang dialaminya, yaitu:

a) *Transient loneliness*

Perasaan kesepian yang durasi waktunya singkat dan muncul sesekali, banyak dialami individu yang memiliki kehidupan sosial cukup layak. *Transient Loneliness* hanya berlangsung sebentar saja, Misalnya ketika mendengar sebuah lagu atau ekspresi yang mengingatkan pada seseorang yang dicintai yang telah hilang atau pergi jauh.

b) *Transitional loneliness*

Ketika individu yang sebelumnya sudah merasa puas dengan kehidupan sosialnya menjadi kesepian setelah adanya gangguan jaringan sosialnya. Misalnya meninggalnya orang yang dicintai, bercerai, atau pindah ke tempat yang baru.

c) *Chronic loneliness*

Kondisi ketika individu merasa tidak dapat memiliki kepuasan dalam jaringan sosial yang dimilikinya setelah jangka waktu tertentu. *Chronic loneliness* menghabiskan waktu yang panjang dan tidak dapat dihubungkan dengan stressor yang spesifik. Orang yang mengalami kesepian kronis bisa saja berada dalam kontak sosial namun tidak memperoleh tingkat intimasi dalam interaksi tersebut dengan orang lain (Peplau, 1982). Sebaliknya, individu yang memiliki kemampuan sosial tinggi, yaitu meliputi

kemampuan untuk bersahabat, kemampuan berkomunikasi, kesesuaian perilaku nonverbal dan respon terhadap orang lain, memiliki sistem dukungan sosial yang lebih baik dan tingkat kesepian yang rendah.

c. Penyebab Kesepian

Menurut Brehm dalam Apriska (2016) terdapat empat hal yang dapat menyebabkan seseorang mengalami kesepian, yaitu:

1) Ketidakadaannya kekuatan dalam hubungan yang dimiliki seseorang.

Menurut Brehm dalam Apriska (2016) hubungan seseorang yang tidak adekuat akan menyebabkan seseorang tidak puas akan hubungan yang dimiliki. Ada banyak alasan seseorang merasa tidak puas dengan hubungan yang tidak kuat. Rubenstein dan Shaver dalam Apriska (2016) menyimpulkan beberapa alasan yang banyak dikemukakan oleh orang yang kesepian, yaitu sebagai berikut:

- a) *Being Unattached*: tidak memiliki pasangan, tidak memiliki partner seksual, berpisah dengan pasangannya.
- b) *Alienation*: merasa berbeda, merasa tidak dimengerti, tidak dibutuhkan dan tidak memiliki teman dekat.
- c) *Being Alone*: pulang kerumah tanpa ada yang menyambut, selalu sendirian.
- d) *Forced Isolation*: dikurung di dalam rumah. Dirawat inap di rumah sakit, tidak bisa kemana-mana.
- e) *Dislocation*: jauh dari rumah (merantau), memulai pekerjaan atau sekolah baru, sering pindah rumah dan sering melakukan perjalanan.

Dua kategori pertama dapat dibedakan menurut tipe kesepian dari Weiss dalam Apriska (2016) yaitu *Isolation Emosional (Being Unattached)* dan *Isolation Social (Alienation)*. Kelima kategori ini juga dapat dibedakan berdasarkan penyebabnya, yaitu *Being Unattached*, *Alienation*, *Being Alone* disebabkan oleh karakteristik individu yang kesepian, sedangkan *Forced Isolation* dan *Dislocation* disebabkan oleh karakteristik orang-orang yang berada di sekitar

individu yang mearsa kesepian.

- 2) Terjadi perubahan terhadap apa yang diinginkan seseorang dari suatu hubungan, menurut Brehm dalam Apriska (2016) kesepian juga dapat muncul karena terjadi perubahan terhadap apa yang diinginkan seseorang dari suatu hubungan. Pada saat tertentu hubungan sosial yang dimiliki seseorang cukup memuaskan. Sehingga orang tersebut tidak mengalami kesepian. Tetapi di saat lain hubungan tersebut tidak lagi memuaskan karena orang itu telah merubah apa yang diinginkannya dari hubungan tersebut. Menurut Peplau dalam Apriska (2016), perubahan itu dapat muncul dari beberapa sumber, yaitu:

a) Perubahan *Mood* seseorang

Jenis hubungan yang diinginkan seseorang ketika sedang senang berbeda dengan jenis hubungan yang diinginkan ketika sedang sedih. Bagi beberapa orang akan cenderung membutuhkan orang tuanya ketika sedang senang dan akan cenderung membutuhkan teman-temannya ketika sedang sedih.

b) Usia

Seiring dengan bertambahnya usia, perkembangan seseorang membawa berbagai perubahan yang akan mempengaruhi harapan atau keinginan orang itu terhadap suatu hubungan. Jenis persahabatan yang cukup memuaskan ketika seseorang berusia 15 tahun mungkin tidak akan memuaskan orang tersebut saat berusia 25 tahun.

c) Perubahan situasi

Banyak orang yang tidak mau menjalin hubungan emosional yang dekat dengan orang lain ketika sedang membina karir. Namun, ketika karir sudah mapan orang tersebut akan dihadapkan pada kebutuhan yang besar akan suatu hubungan yang memiliki komitmen secara emosional. Brehm dalam Apriska (2016) menyimpulkan bahwa pemikiran, harapan dan keinginan seseorang terhadap hubungan yang dimiliki dapat berubah. Jika hubungan yang dimiliki orang tersebut tidak ikut berubah sesuai dengan

pemikiran, harapan dan keinginannya maka orang itu akan mengalami kesepian.

- d) *Self-Esteem* Kesepian berhubungan dengan *Self-Esteem* yang rendah.

Orang yang memiliki *Self-Esteem* yang rendah cenderung merasa tidak nyaman pada situasi yang beresiko secara sosial (misalnya berbicara didepan umum dan berada dikerumunan orang yang tidak dikenal). Dalam keadaan seperti ini orang tersebut akan menghindari kontak-kontak sosial tertentu secara terus menerus akibatnya akan mengalami kesepian.

- e) *Perilaku Interpersonal*

Perilaku interpersonal akan menentukan keberhasilan individu dalam membangun hubungan yang diharapkan. Dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami kesepian, orang yang mengalami kesepian akan menilai orang lain secara negatif, tidak begitu menyukai orang lain, tidak mempercayai orang lain, menginterpretasikan tindakan dan intensi (kecenderungan untuk berperilaku) orang lain secara negatif, dan cenderung memegang sikap-sikap yang bermusuhan. Orang yang mengalami kesepian cenderung terhambat dalam keterampilan sosial, cenderung pasif bila dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami kesepian dan ragu-ragu dalam mengekspresikan pendapat di depan umum. Orang yang mengalami kesepian cenderung tidak responsif dan tidak sensitif secara sosial. Orang yang mengalami kesepian juga cenderung lambat dalam membangun keintiman dalam hubungan yang dimilikinya dengan orang lain. Perilaku ini akan membatasi kesempatan orang itu untuk bersama dengan orang lain dan memiliki kontribusi terhadap pola interaksi yang tidak memuaskan (Brehm, 1992).

- f) *Atribusi Penyebab*

Menurut pandangan Peplau dan Perlman (Brehm, 1992) perasaan kesepian muncul sebagai kombinasi dari adanya kesenjangan

hubungan sosial pada individu ditambah dengan atribusi penyebab. Atribusi penyebab dibagi atas komponen internal-eksternal dan stabil-tidak stabil

Penyebab kesepian diawali karena rasa malu dan terlalu takut untuk melakukan hal-hal yang tidak biasa dilakukan (Anggota IKAPI, 2010). Selain itu, dukungan sosial memiliki hubungan yang erat dengan perasaan kesepian, sehingga kurangnya dukungan sosial juga merupakan salah satu penyebab kesepian seseorang. Kurangnya dukungan sosial pada penderita PJK antara lain ketiadaan teman dekat, kehilangan pasangan hidup, jaringan dukungan sosial yang terbatas dan rendahnya kualitas hubungan dengan orang lain (Anggota IKAPI, 2010; Hawkley & Cacioppo, 2010).

Penyebab lainnya adalah proses penuaan, kondisi penyakit ketidakmampuan dalam melakukan pemenuhan *activity daily living* (ADL), tidak memiliki saudara atau sanak keluarga, ditinggalkan oleh anak, lingkungan tempat tinggal yang baru serta hubungan yang tidak harmonis dengan orang terdekat. Dapat disimpulkan penyebab kesepian adalah ketidakadekuatan hubungan baik interpersonal maupun sosial (Esther & Jochanan, 2011).

d. Ciri-ciri Kesepian

Orang yang kesepian mempunyai masalah dalam memandang eksistensi dirinya, seperti merasa tidak berguna atau tidak berharga, merasa gagal dan bosan dalam menjalani hidup, merasa terpuruk, merasa sendiri atau terasing, merasa tidak ada yang mengerti, merasa tidak diperhatikan dan dicintai, serta perasaan negatif lainnya (Damayanti & Sukmono, 2013; Wardani, 2015). Selain perasaan negatif tersebut, ciri-ciri lansia yang mengalami kesepian adalah kurangnya hubungan yang bermakna dengan orang lain (Rahmi, 2015).

Ketika mengalami kesepian, individu akan merasakan ketidakpuasan, kehilangan, dan *distress*. Namun, hal ini tidak berarti bahwa perasaan ini sama di setiap waktu. Faktanya menunjukkan bahwa orang-orang yang berbeda bisa saja memiliki perasaan kesepian yang

berbeda dalam situasi yang berbeda pula (Brehm, 1992). Berdasarkan survei mengenai kesepian yang dilakukan (Brehm, 1992) diuraikan bahwa terdapat empat jenis perasaan yang dialami oleh orang yang kesepian, yaitu:

1) *Desperation*

Desperation, merupakan perasaan keputusasaan, kehilangan harapan, serta perasaan yang sangat menyedihkan sehingga seseorang mampu melakukan tindakan nekat. Beberapa perasaan yang spesifik dari *Desperation* adalah:

- a) Putus asa, yaitu memiliki sedikit harapan dan siap melakukan sesuatu tanpa memperdulikan bahaya pada diri sendiri maupun orang lain.
- b) Tidak berdaya, yaitu membutuhkan bantuan orang lain tanpa kekuatan mengontrol sesuatu atau tidak dapat melakukan sesuatu.
- c) Takut, yaitu ditakutkan atau dikejutkan oleh seseorang atau sesuatu, sesuatu yang buruk akan terjadi.
- d) Tidak punya harapan, yaitu tidak mempunyai pengalaman, tidak menunjukkan harapan.
- e) Merasa ditinggalkan, yaitu ditinggalkan atau dibuang seseorang.
- f) Mudah mendapat kecaman atau kritik, yaitu mudah dilukai baik secara fisik maupun emosional,

2) *Impatient Boredom*

Impatient Boredom yaitu rasa bosan yang tidak tertahankan, jenuh, tidak suka menunggu lama, dan tidak sabar. Beberapa indikator *Impatient Boredom* seperti :

- a) Tidak sabar, yaitu menunjukkan perasaan kurang sabar, sangat menginginkan sesuatu.
- b) Bosan, yaitu merasa jemu.
- c) Ingin berada di tempat lain, yaitu seseorang yang merasa dirinya berada di tempat yang berbeda dari tempat individu tersebut berada saat ini.

- d) Kesulitan, yaitu khawatir atau cemas dalam menghadapi suatu keadaan
- e) Sering marah, yaitu penuh dengan rasa kemarahan.
- f) Tidak dapat berkonsentrasi, yaitu tidak mempunyai keahlian, kekuatan, atau pengetahuan dalam memberikan perhatian penuh terhadap sesuatu.

3) *Self-Deprecation*

Self-Deprecation yaitu suatu perasaan ketika seseorang tidak mampu menyelesaikan masalahnya, mulai menyalahkan serta mengutuk diri sendiri. Indikator *Self-Deprecation* diantaranya

- a) Tidak atraktif, yaitu suatu perasaan ketika seseorang tidak senang atau tidak tertarik terhadap sesuatu.
- b) Terpuruk, yaitu sedih yang mendalam, lebih rendah dari sebelumnya.
- c) Bodoh, yaitu menunjukkan kurangnya intelegensi yang dimiliki.
- d) Malu, yaitu menunjukkan perasaan malu atau keadaan yang sangat memalukan terhadap sesuatu yang telah dilakukan.
- e) Merasa tidak aman, yaitu kurangnya kenyamanan.

4) *Depression*

Depression menurut merupakan tahapan emosi yang ditandai dengan kesedihan yang mendalam, perasaan bersalah, menarik diri dari orang lain, serta kurang tidur. Indikator *depression* menurut Brehm (1992) yaitu :

- a) Sedih, yaitu tidak bahagia atau menyebabkan penderitaan.
- b) Depresi, yaitu murung, muram, sedih.
- c) Hampa, yaitu tidak mengandung atau merasa apa-apa atau tidak ada sama sekali, tidak memiliki nilai atau arti.
- d) Terisolasi, yaitu jauh dari orang lain.
- e) Menyesali diri, yaitu perasaan kasihan atau simpati pada diri sendiri.
- f) Melankolis, yaitu perasaan sedih yang mendalam dan dalam waktu yang lama.

g) Mengasingkan diri, yaitu menjauhkan diri sehingga menyebabkan seseorang menjadi tidak bersahabat.

h) Berharap memiliki seseorang yang spesial, yaitu individu mengharapkan memiliki seseorang yang dekat dengan individu dengan lebih intim.

e. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesepian

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesepian diantaranya:

1) Usia

Orang yang berusia tua memiliki stereotipe tertentu di dalam masyarakat. Banyak orang yang menganggap semakin tua seseorang semakin merasa kesepian. Tetapi banyak penelitian yang telah membuktikan stereotipe ini keliru. Berdasarkan penelitian Ostrov & Offer (Brehm, 1992) ditemukan bahwa orang yang paling merasakan kesepian justru berasal dari orang-orang yang berusia remaja dan dewasa awal. Fenomena ini kemudian diteliti lagi oleh Perlman pada tahun 1990 dan menemukan hasil yang sama bahwa kesepian lebih tinggi di antara remaja dan dewasa muda dan lebih rendah di antara orang-orang yang lebih tua. Menurut Brehm (1992) orang-orang yang lebih muda menghadapi banyak transisi sosial yang besar, seperti meninggalkan rumah untuk pertama kali, merantau, memasuki dunia kuliah, atau memasuki dunia kerja *full time* untuk pertama kalinya, yang mana semuanya ini dapat menyebabkan kesepian. Sejalan dengan bertambahnya usia, kehidupan sosial menjadi semakin stabil. Dengan bertambahnya usia seiring dengan meningkatnya keterampilan sosial seseorang dan menjadi semakin realistis terhadap hubungan sosial yang diharapkan.

2) Status Pernikahan

Secara umum, orang yang tidak menikah lebih merasa kesepian bila dibandingkan dengan orang yang sudah menikah (Brehm, 1992). Perbedaan ini diperhitungkan dengan membandingkan antara orang yang menikah dengan orang yang bercerai (Brehm, 1992). Ketika kelompok orang yang menikah dan kelompok orang yang belum

menikah dibandingkan, kedua kelompok ini menunjukkan level kesepian yang sama (Brehm, 1992). Berdasarkan penelitian ini Brehm menyimpulkan bahwa kesepian lebih merupakan reaksi terhadap kehilangan hubungan perkawinan (*Marital Relationship*) daripada ketidakhadiran dari pasangan suami atau istri pada diri seseorang

3) Gender

Studi mengenai kesepian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan Kesepian antara laki-laki dan perempuan. Menurut Borys dan Perlman (Brehm, 1992) laki-laki lebih sulit menyatakan kesepian secara tegas bila dibandingkan dengan perempuan. Hal ini disebabkan oleh stereotipe peran gender yang berlaku dalam masyarakat. Berdasarkan stereotipe peran gender, pengekspresian emosi kurang sesuai bagi laki-laki bila dibandingkan dengan perempuan (Deaux, Dane & Wrightsman, 1993).

4) Status Sosial Ekonomi

Weiss (Brehm, 1992) melaporkan fakta bahwa individu dengan tingkat penghasilan rendah cenderung mengalami kesepian lebih tinggi daripada individu dengan tingkat penghasilan tinggi.

5) Karakteristik Latar Belakang yang Lain

Rubeinsein & Shaver (Brehm, 1992) menemukan satu karakteristik latar belakang seseorang yang kuat sebagai prediktor kesepian. Individu dengan orang tua yang bercerai akan lebih kesepian bila dibandingkan dengan individu dengan orang tua yang tidak bercerai. Semakin muda usia seseorang ketika orangtuanya bercerai semakin tinggi tingkat kesepian yang akan dialami orang tersebut ketika dewasa. Tetapi hal ini tidak berlaku pada individu yang orangtuanya meninggal ketika individu tersebut masih kanak-kanak, individu tersebut tidak lebih kesepian ketika dewasa bila dibandingkan dengan individu dengan orang tua yang berpisah semasa kanak-kanak atau remaja. Menurut Brehm (1992). Proses perceraian meningkatkan potensi anak-anak dengan orangtua yang bercerai untuk mengalami kesepian ketika anak-anak tersebut dewasa.

f. Reaksi Terhadap Kesepian

Berdasarkan hasil survey yang dilakukan oleh Shaverm & Rubeinstein (Brehm, 1992) disimpulkan beberapa reaksi terhadap kesepian, yaitu:

- 1) Melakukan kegiatan aktif. Reaksi terhadap kesepian yang berupa kegiatan-kegiatan aktif dan membangun terhadap diri sendiri, seperti : belajar atau bekerja, menulis, mendengarkan musik, melakukan olahraga, melakukan hobi, pergi ke bioskop, membaca atau memainkan alat musik.
- 2) Membuat kontak sosial. Reaksi terhadap kesepian berupa membuat kontak sosial dengan orang lain, seperti: menelepon teman, mengunjungi seseorang.
- 3) Melakukan kegiatan pasif. Reaksi terhadap kesepian yang sifatnya pasif, seperti: menangis, tidur, duduk dan berpikir, tidak melakukan apapun makan berlebihan, memakan obat penenang, menonton televisi, mabuk.
- 4) Kegiatan selingan yang kurang membangun. Reaksi terhadap kesepian berupa menghabiskan uang dan berbelanja.

g. Skala Tingkat Kesepian

Menurut Agung Sanjaya, (2012) dalam penelitiannya tingkat kesepian seseorang dapat diukur dengan *The UCLA Loneliness Scale Version 3* yang dimana kuesioner ini digunakan untuk mengukur tingkat kesepian pada lansia. Agung Sanjaya telah memodifikasi dan mengadopsi kuesioner tentang kesepian milik Daniel W. Russel (1996) yang dinamakan *The UCLA Loneliness Scale Version 3*. kuesioner ini terdapat 20 pertanyaan yang terdiri dari 11 pertanyaan yang bersifat negatif atau menunjukkan kesepian dan 9 pertanyaan yang bersifat positif atau tidak menunjukkan kesepian. Pertanyaan negatif tersebut yaitu pertanyaan nomor 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, dan 18 sedangkan pertanyaan positif yaitu nomor 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, dan 20. Skor untuk pertanyaan negatif yaitu, tidak pernah skor 1, jarang skor 2, sering skor 3, selalu skor 4, dan untuk pertanyaan positif memiliki

skor sebaliknya yaitu tidak pernah skor 4, jarang skor 3, sering skor 2, selalu skor 1. Tingkat kesepian dapat dikategorikan berdasarkan jumlah skor dari seluruh pertanyaan sebagai berikut :

- 1) Nilai 20 - 40 = rendah
- 2) Nilai 41 - 60 = sedang
- 3) Nilai 61 - 80 = berat

2. Kecemasan

b. Pengertian

Gangguan ansietas adalah sekelompok kondisi yang memberi gambaran penting tentang ansietas yang berlebihan, disertai respons perilaku, emosional, dan fisiologis. Individu yang mengalami gangguan ansietas dapat memperlihatkan perilaku yang tidak lazim seperti panik tanpa alasan, takut yang tidak beralasan terhadap objek atau kondisi kehidupan, melakukan tindakan berulang-ulang tanpa dapat ddkendalaikan, mengalami kembali peristiwa yang traumatik, atau rasa khawatir yang tidak dapat dijelaskan atau berlebihan. Pada kesempatan yang jarang terjadi, banyak orang memperlihatkan salah satu dari perilaku yang tidak lazim tersebut sebagai respon normal terhadap ansietas. Perbedaan antara respons ansietas cukup berat sehingga bias mengganggu kinerja individu, kehidupan keluarga, dan lingkungan (Sheila L. Videbeck, 2010).

Kecemasan (*anxiety*) adalah penjelmaan dari berbagai proses emosi yang bercampur baur, yang terjadi manakala seseorang sedang mengalami berbagai tekanan-tekanan atau ketegangan (*stress*) seperti perasaan frustrasi dan pertentangan batin (konflik batin) (prasetyono, 2015). Cemas menurut Ayub, 2010 adalah emosi dan pengalaman subjektif dari seseorang. Ayub menambahkan cemas yang membuat seseorang tidak nyaman dan berbagi dalam beberapa tingkatan.

Kesemasan merupakan respon individu terhadap suatu keadaan yang tidak menenangkan dan dialami semua makhluk hidup dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan merupakan pengalaman subjektif dari individu

dan tidak dapat diobservasi secara langsung serta merupakan suatu keadaan emosi tanpa obyek yang spesifik. Kecemasan pada individu dapat memberikan motivasi untuk mencapai sesuatu dan merupakan sumber penting dalam usaha memelihara keseimbangan hidup (Suliswati *et.al*, 2010).

Kecemasan berdeda dengan rasa takut, karakteristik rasa takut adalah adanya objek/sumber yang spesifik dan dapat diidentifikasi serta dapat dijelaskan oleh individu. Rasa takut terbentuk dari proses kognitif yang melibatkan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam. Ketakutan disebabkan oleh hal yang bersifat fisik dan psikologis.

Kecemasan terjadi sebagai akibat dari ancaman terhadap harda diri atau identitas diri yang sangat mendasar bagi keberadaan individu. Kecemasan dikomunikasikan secara interpersonal dan merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari, menghasilkan peringatan dan berharga dan penting untuk upaya memelihara keseimbangan diri dan melindungi diri.

c. Etiologi

Stress adalah kelelahan dan kecemasan pada tubuh yang disebabkan oleh hidup (selye, 1956). Ansietas terjadi ketika seseorang mengalami kesulitan menghadapi situasi, masalah, dan tujuan hidup. Setiap individu menghadapi stress dengan cara berdeda. Seseorang dapat tumbuh dala situasi yang menimbulkan distress berat pada orang lain. Berbicara di depan umum dianggap menakutkan bagi banyak orang, tetapi hal itu merupakan pengalaman sehari-hari yang menyenangkan bagi guru dan aktor. Perkawinan, ank-anak, pesawat, ular, pekerjaan baru, sekolah baru, dan meninggalkan rumah adalah contoh yang menimbulkan stress.

Pada tahap reaksi alarm, stres **menstimulasi** pesan fisiologis tubuh dari hipotalamus ke kelenjar (misalnya, kelenjar adrenal untuk mengirim adrenalin dan norepineprin sebagai pembangkit emosi) dan organ-organ (misalnya, hati untuk mengubah kembali simpanan glikogen menjadi glukosa sebagai makanan) untuk mempersiapkan kebutuhan pertahanan potensial. Pada tahap resistensi ketika stress terus berlanjut, sistem

pencernaan mengurangi kerjanya dengan mengalirkan darah ke area yang dibutuhkan untuk pertahanan, paru-paru memasukan lebih banyak udara, dan jantung berdenyut lebih cepat dan keras sehingga mengalirkan darah yang kaya oksigen dan nutrisi ke otot untuk mempertahankan tubuh melalui perilaku *fight, flight, atau freeze*.

Apabila individu beradaptasi terhadap stress, tubuh berespon dengan rileks dan kelenjar, organ, serta respons sistemik menurun. Tahapan kelelahan terjadi ke individu berespons negative terhadap ansietas dan stress, cadangan tubuh berkurang atau komponen emosional berubah sehingga timbul respons cadangan menjadi sedikit. Faktor-faktor penyebab kecemasan:

1) *Stressor predisposisi*

- a) Peristiwa traumatik yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional.
- b) Konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan super ego atau antara keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan pada individu.
- c) Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidak mampuan individu berpikir secara realistis sehingga akan menimbulkan kecemasan.
- d) Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego.
- e) Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.
- f) Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menggapai stress akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik yang dialami karena pola mekanisme koping individu banyak dipelajari dalam keluarga.

- g) Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga akan mempengaruhi respons individu dalam berespons terhadap konflik dan mengatasi kecemasannya.
- h) Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yang mengandung *benzodizepin*, karena benzodiazepine dapat menekan *neuro transmitter gamma amino butyric acid* (GABA) yang mengontrol aktivitas *neuron* di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.

2) *Stressor presipitasi*

Stressor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan. *Stressor presipitasi* kecemasan dikelompokkan menjadi dua bagian:

- a) Ancaman terhadap integritas fisik. Ketegangan yang mengancam integritas fisik yang meliputi:

- (1) Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologis system imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (misalnya hamil).
- (2) Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.

- b) Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal.

- (1) Sumber internal: kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan di tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri.
- (2) Sumber eksternal: kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, social budaya.

d. Tingkat kecemasan

Menurut Stuart, 2007 tingkat kecemasan adalah sebagai berikut, yaitu :

- 1) Kecemasan ringan (1+) berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tingkat respon pada kecemasan ringan dibagi menjadi 3, yaitu:
 - a) Respon fisik meliputi ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah, penuh perhatian dan rajin.
 - b) Respon kognitif, meliputi lapang persepsi luas, terlihat tenang, percaya diri, perasaan gagal, sedikit kecewa, waspada dan memperhatikan banyak hal, mempertimbangkan informasi dan tingkat pembelajaran normal.
 - c) Respon emosional, meliputi perilaku otomatis, sedikit tidak sabar, aktivitas mandiri, terstimulasi dan tenang.
- 2) Kecemasan sedang (2+) memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesahkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya. Tingkat respon pada kecemasan ringan dibagi menjadi 3, yaitu:
 - a) Respon fisik meliputi ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, pupil dilatasi, mulai berkeringat, sering mondar mandir, memukulkan tangan, suara berubah: bergetar, nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat, sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah dan nyeri punggung.
 - b) Respon kognitif meliputi lapang persepsi menurun, tidak perhatian secara selektif, fokus terhadap stimulus meningkat, rentang perhatian menurun, penyelesaian masalah menurun, pembelajaran terjadi dengan memfokuskan.
 - c) Respon emosional meliputi tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah, tidak sabar dan tidak gembira.
- 3) Kecemasan berat (3+) sangat mempengaruhi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan

spesifik serta tidak berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain. Tingkat respon pada kecemasan ringan dibagi menjadi 3, yaitu:

- a) Respon fisik meliputi ketegangan otot berat, hiperventilasi, kontak mata buruk, pengeluaran keringat meningkat, bicara cepat, nada suara tinggi, tindakan tanpa tujuan dan serampangan.
 - b) Respon kognitif meliputi lapangan persepsi terbatas, proses berpikir terpecah-pecah, sulit berpikir, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu mempertimbangkan informasi, hanya memperhatikan ancaman, preokupasi dengan pikiran sendiri dan egosentris.
 - c) Respon emosional meliputi sangat cemas, agitasi, takut, bingung, merasa tidak adekuat, menarik diri, penyangkalan dan ingin bebas.
- 4) Tingkatan panik (4+) dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proposinya. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Tingkat respon pada kecemasan ringan dibagi menjadi 3, yaitu:
- a) Respon fisik meliputi *flight*, atau *freeze*, ketegangan otot sangat berat, agitasi motorik kasar, pupil dilatasi, tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun, tidak dapat tidur, hormon stres dan neurotransmitter berkurang, wajah menyeringai dan mulut terganggu.
 - b) Respon kognitif meliputi persepsi sangat sempit, pikiran tidak logis, terganggu, pikiran tidak logis, terganggu keperibadian, tidak dapat menyelesaikan masalah, fokus pada pikiran sendiri, tidak rasional, sulit memahami stimulasi eksternal, halusinasi, waham dan ilusi mungkin terjadi.
 - c) Respon emosional meliputi merasa terbebani, merasa tidak mampu, tidak berdaya, lepas kendali, mengamuk, putus asa, marah, sangat takut, mengharapka hasil yang buruk, kaget, takut dan mudah lelah.

e. Bentuk Ansietas (keemasan)

Dalam kelompok kecemasan terdapat penyakit *ansietas GAD* (*generalized anxiety disorder*), penyakit ansietas PD (*panic disorder*), penyakit ansietas OGD (*obsessive compulsive disorder*) dan penyakit fobia.

- 1) Penyakit ansietas GAD (*generalized anxiety disorder*) ditandai dengan kekuatiran atau rasa was-was yang telah berlangsung lama (lebih dari 100 hari) yang disertai dengan adanya keluhan-keluhan fisik yang menonjol seperti pusing, berdebar-debar, keringat dingin, sesak napas, sakit perut, mual muntah dan sebagainya di tambah dengan keluhan sulit tidur. Gangguan pada umumnya kronik dan sering terlihat tanda-tanda depresi sekunder.
- 2) Penyakit ansietas PD (*panic disorder*) juga mempunyai ciri tersendiri, yaitu suatu serangan ketakutan yang tiba-tiba, tanpa suatu sebab. Serangan panic ditandai dengan ketakutan yang amat sangat, yang menyebabkan pasien merasa hampir mati. Serangan ini muncul hanya beberapa saat tetapi mempunyai efek jangka panjang. Ujung akhir dari ansietas PD (*panic disorder*) adalah bunuh diri yang disebabkan rasa putus asa karena penderita tidak sanggup lagi mengalami serangan-serangan panic atau penyakit yang penderita sendiri tidak mengerti, ditambah dengan depresi dan fobia yang berkelanjutan.
- 3) Penyakit ansietas OCD (*obsessive compulsive disorder*) ditandai dengan rasa cemas karena tidak dapat mengendalikan pikiran dan perbuatannya yang tidak wajar. Jadi kecemasan tersebut berasal dari pikiran dan perbuatan yang tidak bias dikendalikan seperti perasaan dirinya kotor sehingga harus selalu mencuci tangan.
- 4) Penyakit ansietas PTSD (*post traumatic stress disorder*) kekhawatiran disertai gejala-gejala somatik timbul bila pasien teringat pada peristiwa-peristiwa traumatik yang pernah dialami. Pada keadaan ini biasanya disertai dengan adanya mimpi-mimpi buruk tentang hal traumatik tersebut.

f. Ciri- ciri kecemasan

Menurut Jeffery.S. (2013), beberapa ciri-ciri kecemasan adalah:

1) Fisik

- a) Kegelisahan dan kegugupan.
- b) Tangan atau anggota tubuh yang bergerak atau gemeter.
- c) Banyak beringat.
- d) Mulut atau kerongkongan terasa kering, sulit menelan.
- e) Berdebar keras, berdetak kencang.
- f) Terdapat gangguan sakit perut atau mual.
- g) Wajah terasa memmerah dan merasa sensitive atau mudah marah

2) Behavior

- a) Perilaku menghibur
- b) Perilaku melekat dan *dependent*
- c) Perilaku terguncang

3) Kogitif

- a) Khawatir tentang sesuatu
- b) Kecemasan akan kehilangan kontrol
- c) Berfikir bahwa semuanya tidak bias lagi dikendalikan
- d) Pikiran terasa bercamuran aduk atau kebingungan
- e) Sulit berkonsentrasi

g. Gejala

Satu-satunya dokter mengetahui adanya penyakit kecemasan adalah dari keluhan pasien yang disampaikan kepada dokter. Cara lain yang lebih canggih, masih dalam taraf experimental, dan masih terlalu mahal untuk dilakukan diklinis, dibandingkan dengan manfaatnya, berikut adalah gejala-gejala kecemasan:

1) Cemas

Bentuk keluhan dapat bermacam-macam tergantung pada pendidikan dan lingkungan pasien. Ada yang menyebut was-was, kuatir, tegang, cemas, stres, malahan ada yang menyebutkan keadaan yang serba bingung atau pusing. Perasaan tersebut dapat pula diikuti oleh perasaan takut tanpa ada penyebab yang pasti, atau oleh hal yang

jelas, tapi sepele. Misalnya ada pasien yang takut jika ia menderita penyakit tumor ganas.

2) Stress

Pasien mengeluh bahwa hidupnya penuh dengan ketegangan, stres atau tegangan dan tidak dapat santai. Mereka tidak jelas menyebutkan apa yang sebenarnya penyebab ketegangan itu.

3) Fobia

Fobia adalah ketakutan yang tidak rasional terhadap benda-benda atau situasi. Untuk mengklasifikasi sebagai fobia, sesuatu yang dihindarinya itu betul-betul mempengaruhi kemampuan. Seseorang yang takut terjun payung tidak perlu terjun dari pesawat. Akan tetapi orang yang takut dengan kucing atau orang asing dapat diklasifikasikan sebagai fobia.

Ada tiga tipe fobia:

a) *Agorofobia*

Agorofobia adalah orang yang takut dan cemas pada tempat yang lapang dan luas, atau takut pada kerumunan orang banyak, biasanya mereka takut bila terjadi serangan panik tidak mungkin mendapat pertolongan. Biasanya penyakit ini merupakan komplikasi dari *anxietas PD (Panic Disorder)* dan diobati bersama dengan serangan panik.

b) *Simple fobia*

Suatu ketakutan terhadap situasi spesifik atau benda-benda. Contohnya: takut pada ketinggian, takut pada ruang tertutup, takut pada binatang. Pada anak kecil *simple fobia* dengan psikoterapi.

c) *Social fobia*

Ketakutan terhadap situasi sosial. Penderita akan dihindari kecemasan bila ia harus berbicara didepan kelas atau sekelompok orang, menelpon seseorang untuk kencan, atau menandatangani check sambil diperhatikan oleh kasir. Orang dengan *social fobia* menjadi benar-benar cemas, jantung berdebar-debar, gemetar, muka merah (malu) dan grogi.

h. Teori Kecemasan

1) Teori Psikoanalitik

Menurut Freud, kecemasan timbul akibat reaksi psikologis individu terhadap ketidakmampuan mencapai orgasme dalam hubungan seksual. Energi seksual yang tidak terekspresikan akan mengakibatkan rasa cemas. Kecemasan dapat timbul secara otomatis akibat dari stimulus internal dan eksternal yang berlebihan.

Akibat stimulus (internal dan eksternal) yang berlebihan sehingga melampaui kemampuan individu untuk menanganinya. Ada dua tipe kecemasan yaitu kecemasan primer, dan kecemasan subsekuen.

a) Kecemasan primer

Kejadian traumatis yang dialami saat bayi akibat adanya stimulus tiba-tiba dan trauma pada saat persalinan, kemudian berlanjut dengan kemungkinan tidak tercapainya rasa puas akibat kelaparan atau kehausan. Penyebab kecemasan primer adalah keadaan ketegangan atau dorongan yang diakibatkan oleh faktor eksternal.

b) Kecemasan subsekuen

Sejalan dengan peningkatan ego dan usia, Freud melihat ada jenis kecemasan lain akibat konflik emosi di antara dua elemen keperibadiannya yaitu id dan super ego. Freud menjelaskan bila terjadi kecemasan maka posisi ego sebagai pengembang id dan super ego berada pada kondisi bahaya.

2) Teori Interpersonal

Sullivan mengemukakan bahwa kecemasan timbul akibat ketidakmampuan untuk berhubungan interpersonal dan sebagai akibat penolakan. Kecemasan bisa dirasakan bila individu mempunyai kepekaan lingkungan. Kecemasan pertama kali ditentukan oleh hubungan ibu dan anak pada awal kehidupannya, bayi berespons seolah-olah ia dan ibunya adalah satu unit. Adanya trauma seperti perpisahan dengan orang berarti atau kehilangan dapat menyebabkan kecemasan pada individu. Kecemasan yang timbul pada masa

berikutnya muncul saat individu mempersepsikan bahwa ia akan kehilangan orang yang di cintai. Harga diri seseorang merupakan faktor yang paling penting yang berhubungan dengan kecemasan.

3) Teori Perilaku

Teori perilaku menyatakan bahwa kecemasan merupakan hasil frustrasi akibat berbagai hal yang mempengaruhi individu dalam mencapai tujuan yang diinginkan misalnya memperoleh pekerjaan, berkeluarga, kesuksesan dalam sekolah. Perilaku merupakan hasil belajar dari penguaman yang pernah terjadi. Kecemasan dapat juga muncul melalui konflik antara dua pilihan yang saling berlawanan dan individu harus memilih salah satu. Konflik akan menimbulkan kecemasan dan kecemasan akan meningkatkan persepsi terhadap konflik dengan timbulnya perasaan ketidakberdayaan.

4) Teori Keluarga

Studi pada keluarga dan epidemiologi memperlihatkan bahwa kecemasan selalu ada pada tiap-tiap keluarga dalam berbagai bentuk dan sifatnya heterogen.

5) Teori Biologik

Otak memiliki reseptor khusus terhadap obat *benzodiazepine*, reseptor tersebut berfungsi membantu regulasi kecemasan. Regulasi tersebut berhubungan dengan aktivitas neurontransmitter *gamma amino butyric acid* (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron dibagian otak yang bertanggung jawab terhadap kecemasan. Bila GABA bersentuhan dengan sinaps dan berikatan dengan reseptor GABA pada membran post-sinaps akan membuka saluran/pintu reseptor sehingga terjadi perpindahan ion. Perubahan ini akan mengakibatkan ekstensi sel dan memperlambat aktivitas sel. Teori ini menjelaskan bahwa individu yang sering mengalami kecemasan mempunyai masalah dengan proses neurotransmitter ini. Mekanisme koping juga dapat terganggu karena pengaruh toksik, desisiensi nutrisi, menurunnya suplai darah, perubahan hormone dan sebab fisik

lainnya. Kelelahan dapat meningkatkan iritabilitas dan perasaan cemas.

i. Alat ukur kecemasan

Alat ukur kecemasan menggunakan HRS-A (*Hamilton Rating Scala for Anxiety*), yang terdiri atas 14 kelompok gejala, masing-masing kelompok gejala diberi penilaian antara 0-4 dengan penilaian sebagai berikut:

- 1) Nilai 0: tidak ada gejala atau keluhan
- 2) Nilai 1: gejala ringan
- 3) Nilai 2: gejala sedang
- 4) Nilai 3: gejala berat
- 5) Nilai 4: gejala berat sekali

Dengan hasil penilaian total skor:

- | | |
|-------|----------------------------------|
| 14-20 | : Kecemasan ringan |
| 21-27 | : Kecemasan sedang |
| 28-41 | : Kecemasan berat |
| 42-56 | : panik (kecemasan berat sekali) |

3. Penyakit Jantung Koroner

a. Pengertian

Penyakit Jantung Koroner (PJK) atau dikenal juga sebagai *Ischaemic Heart Disease* merupakan penyakit yang disebabkan penyumbatan salah satu atau beberapa pembuluh darah yang menyuplai aliran darah ke otot jantung. Pada umumnya manifestasi kerusakan dan dampak akut sekaligus fatal dari PJK disebabkan gangguan pada fungsi jantung (WHO, 2012).

PJK ditandai dengan adanya gejala infark miokard dan/atau angina pektoris pada individu. Gejala infark miokard merupakan gejala akut akibat kekurangan oksigen yang menyebabkan nyeri subternal dan dapat menyebabkan kematian secara mendadak, sedangkan angina pektoris merupakan nyeri sesaat akibat aritmia dari peningkatan aliran darah pada otot jantung yang mengalami penyumbatan (Naga, 2012).

Menurut *American Heart Association*, PJK yang dalam bahasa Inggris disebut *Coronary Heart Disease (CHD)* adalah istilah umum untuk penumpukan plak pada arteri koroner yang dapat menyebabkan serangan jantung. Pembentukan plak dikenal dengan istilah *aterosklerosis*, yaitu kondisi di mana pada pembuluh darah koroner jantung terdapat perubahan variabel intima arteri yang merupakan akumulasi fokal lemak (lipid), kompleks karbohidrat, darah dan hasil produk darah, jaringan fibrus dan deposit kalsium yang kemudian diikuti dengan perubahan media (Naga, 2012).

b. Faktor resiko

Faktor risiko PJK terdiri atas faktor yang tidak bisa dikendalikan dan bisa dikendalikan. Berikut ini adalah faktor risiko yang tidak bisa dikendalikan: (AHA, 2014)

- 1) Usia, berbanding lurus dengan kejadian PJK.
- 2) Riwayat keluarga
- 3) Jenis kelamin, pria mempunyai risiko PJK yang lebih tinggi daripada wanita yang belum menopause.

Faktor risiko yang bisa dikendalikan adalah sebagai berikut:

- 1) Dislipidemia, meningkatkan risiko PJK hingga sebesar 2,8 kali orang normal.
- 2) Hipertensi, dapat meningkatkan risiko PJK menjadi berlipat ganda.

Berikut adalah klasifikasi hipertensi menurut *European Society of Cardiology*:

- 3) Merokok, orang yang merokok memiliki risiko PJK 3 kali lebih besar. Risiko tersebut bisa turun menjadi 50% setelah seseorang selama satu tahun berhenti merokok dan bahkan bisa menjadi normal setelah 4 tahun. **Diabetes melitus (DM)**, pria yang mengalami DM memiliki risiko PJK 50% lebih tinggi dari pria normal sedangkan pada wanita menjadi 2x lipat.
- 4) Stres, meningkatkan insidensi kejadian dan rekurensi PJK hingga 3 kali lipat.
- 5) Obesitas, berbanding lurus dengan risiko PJK. Sekitar 25-49% PJK

di negara berkembang berhubungan dengan peningkatan indeks masa tubuh. Apabila tiap individu memiliki berat badan optimal, data Framingham membuktikan bahwa insiden PJK dapat berkurang hingga 25%. Efek perbaikan sensitifitas insulin, pembakaran glukosa dan perbaikan dislipidemi diperoleh dari proses penurunan berat badan.

6) Asupan makanan, berhubungan dengan garam dan kolesterol

c. Patofisiologi

Ateroklerosis pada arteri koroner jantung merupakan awal mula terjadinya penyakit jantung koroner. Proses pembentukan aterosklerosis tersebut dimulai dengan terjadinya endotel pembuluh darah yang disebabkan oleh hipertensi, zat nikotin pada pembuluh darah dan diabetes mellitus (LS, 2011).

Setelah cedera endotel, terjadi beberapa proses antara lain:

- 1) Akumulasi Lipoprotein pada tunika intima pembuluh darah. LDL yang masuk akan teroksidasi didalamnya.
- 2) Stress oksidatif, termasuk konstituen dari LDL-teroksidasi menginduksi sitokin lokal.
- 3) Sitokin tersebut meningkatkan ekspresi dari molekul adhesi yang mengikat leukosit pada endotel dan molekul kemoatrakan yang secara langsung membantu migrasi leukosit ke dalam tunika intima.
- 4) Setelah masuk dinding arteri, monosit darah mendapatkan stimulus dari *macrophage colony stimulating* faktor yang meningkatkan ekspresi dari *reseptor scavenger*.
- 5) Reseptor scavenger membantu makrofag untuk fagositosis LDL-teroksidasi dan nantinya membentuk sel busa.
- 6) Migrasi sel otot ke tunika intima dari tunika media. Terjadi penebalan dinding pembuluh darah.
- 7) Sel otot polos mengalami proliferasi dan terjadi pembentukan matriks ekstraseluler.
- 8) Pada tahap berikutnya, klasifikasi dapat terjadi dan fibrosis dapat

terus berlanjut, kadang disertai dengan kematian sel otot polos yang nantinya terbentuk kapsul fibrosa atau disebut plak fibrosa.

Plak yang terbentuk pada arteri koroner membuat lumen pembuluh darah menyempit sehingga asupan oksigen otot jantung untuk berkontraksi menurun dan menimbulkan rasa tidak nyaman yang sering disebut sebagai nyeri dada dan biasanya muncul saat beraktivitas dan stress emosional. Keadaan tersebut sering disebut juga *stable angina pectoris* sebagai manifestasi dari penyakit iskemik (LS, 2011).

Plak fibrosa yang bisa terbentuk adalah plak yang stabil dan yang rentan. Plak fibrosa yang stabil mengandung lipid yang sedikit dan kapsul fibrosa yang tebal, sedangkan plak yang rentan mengandung lipid yang banyak dan kapsul fibrosa yang tipis sehingga lebih rentan pula untuk mengalami ruptur. Ruptur plak yang aterosklerotik akan mengaktifkan agregasi platelet yang nantinya aktivasi faktor pembekuan darah dan membentuk trombus di dalam lumen pembuluh darah (LS, 2011).

Sumbatan trombus yang terdapat dalam pembuluh darah akan menyebabkan ketidak seimbangan suplai oksigen dan kebutuhannya. Bentuk dari sindrom koroner akut bergantung derajat obstruksi koroner. Sindrom koroner akut adalah sekumpulan gejala klinis yang sesuai dengan iskemia miokard akut dan yang termasuk ke dalam SKA adalah *unstable angina non ST-segment elevation myocardial infarction* dan *ST-segment elevation myocardial infarction*.

Obstruksi trombus yang parsial akan menimbulkan gejala dari UAP, sedangkan obstruksi trombus yang total akan menyebabkan infark pada miokard. STEMI dan NSTEMI termasuk ke dalam infark miokard tetapi hanya dapat dibedakan jika sudah dilakukan pemeriksaan EKG yaitu didapatkan elevasi dari ST-Segment. NSTEMI dan UAP dapat dibedakan dengan terdapat biomarker jantung, pada NSTEMI didapatkan biomarker jantung (Creatine Kinase-MB, troponin T, troponin I) yang meningkat (Kumar A, 2009).

d. Klasifikasi

1) Angina Pektoris Stabil (APS)

Klasifikasi yang paling ringan ini disebut stabil karena penyempitan masih sangat minimal, belum terjadi kerusakan miokardium dan belum terjadi obstruksi koroner. Nyeri yang ditimbulkan hanya berdurasi singkat namun berulang dalam periode yang lama dengan intensitas dan durasi yang sama. Lokasi nyeri dada biasanya meluas hingga ke lengan dan sekitar dada leher. Nyeri hanya bila diprovokasi oleh kelelahan, cuaca, dan asupan serta dapat mereda dengan istirahat atau pemberian nitrat.

2) *Acute Coronary Syndrome (ACS)*

Acute Coronary Syndrome (ACS) atau sindrom koroner akut merupakan kumpulan gejala yang berhubungan dengan derajat penyempitan berat dengan trombosis hingga obstruksi arteri koroner. Nyeri dada adalah gejala yang paling umum di samping mual, muntah, dan diaphoresis.

3) Angina Pektoris Tidak Stabil (*Unstable Angina/UA*)

Obstruksi sebagian dan belum terjadi kerusakan miokardium sehingga biomarker jantung tidak dapat terdeteksi. Berbeda dengan yang bersifat stabil, angina pektoris tidak stabil dapat terjadi saat istirahat dan berdurasi lebih panjang, biasanya lebih dari 20 menit. Nyeri tidak dapat mereda hanya dengan istirahat.

4) Non STEMI akut (*Acute Non ST Elevated Myocardial Infarction/NSTEMI*)

Obstruksi arteri koroner sudah terjadi secara total oleh trombosis akut dan proses vasokonstriksi. Proses trombosis akut diawali dengan rupturnya plak yang tidak stabil. Plak tidak stabil memiliki ciri yaitu inti lipid banyak, otot polos densitas rendah dan *fibrous cap* tipis. NSTEMI menyebabkan enzim jantung mengalami peningkatan

3) STEMI Akut (*Acute ST Elevated Myocardal Infarction*)

STEMI terjadi saat oklusi pada arteri koroner diikuti penurunan suplai atau berhenti secara mendadak. Penyumbatan sudah mencapai

100%. Sama halnya dengan NSTEMI, jenis PJK ini butuh penanganan segera Manifestasi Klinik

Manifestasi PJK bervariasi tergantung derajat penyempitan aliran arteri koroner. Bila suplai oksigen dan nutrisi masih mencukupi, maka manifestasi klinis tidak timbul. Manifestasi klinis yang berarti biasanya muncul apabila penyempitan sudah melebihi 50%. Manifestasi klinis juga dipengaruhi tingkat kebutuhan oksigen dan nutrisi miokardium. Olahraga, berfikir, makan, dan kerja berat lainnya dapat meningkatkan kebutuhan miokardium. Manifestasi klinis PJK dapat berupa nyeri dada yang menjalar ke lengan kiri (angina), ansietas, takikardi/ bradikardi, sesak nafas, mual, pusing dan pingsan.

e. Diagnosis

Langkah penting pertama dalam pengelolaan PJK adalah diagnosis yang tepat. Diagnosis yang salah dapat mengarahkan pada kondisi yang lebih buruk. Selain anamnesis, dokter juga harus menentukan pemeriksaan laboratorium dan penunjang tambahan untuk mendapatkan diagnosis yang tepat dengan risiko serta biaya seminimal mungkin.

Pemeriksaan penunjang ada yang bersifat invasif maupun non invasif. Beberapa pilihan penunjang diantaranya adalah elektrokardiografi (EKG), X-ray, angiografi koroner, CT Scan, MRI, *echocardiography*, dan *nuclear imaging*. Elektrokardiografi (EKG), biomarker jantung, dan angiografi koroner adalah rangkaian pemeriksaan yang paling sering dilakukan.

f. Anamnesis

Anamnesis adalah pengambilan data yang dilakukan dokter melalui proses wawancara kepada pasien maupun keluarga pasien. Dokter harus melakukan anamnesis pada setiap pasien yang datang dengan keluhan nyeri dada secara teliti berupa letak, kualitas, hubungan dengan aktivitas, lama serangan, dan keluhan penyerta serta menggali segala faktor risiko dan riwayat terdahulu.

g. Pemeriksaan Fisik

Terdiri atas pengukuran tanda vital, inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Tujuannya adalah untuk mengeksklusi penyebab nyeri dada *non-cardiac* dan *non-ischemic* seperti penyakit paru dan lambung. Pemeriksaan fisik mungkin dapat tidak menunjukkan kelainan apapun pada saat angina. Pada pemeriksaan auskultasi dapat terdengar suara atrial atau ventrikel dan murmur sistolik daerah apeks jantung. Frekuensi jantung dapat menurun, menetap, ataupun meningkat. Saat melakukan perkusi batas jantung bisa dirasakan melebar.

1) Elektrokardiografi (EKG)

Elektrokardiografi (EKG) adalah salah satu pemeriksaan utama yang dapat membedakan ACS STEMI/ NSTEMI dengan UAP. Gambaran pada STEMI yang khas adalah adanya gelombang ST elevasi persisten. Gelombang non spesifik, T terbalik, atau ST depresi bisa mengarahkan pada NSTEMI atau UAP yang selanjutnya dapat dibedakan melalui pemeriksaan laboratorium.

h. Pemeriksaan Laboratorium

Menurut (Philipi dkk,2008) Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan dalam waktu 24 jam evaluasi bagi seluruh pasien dengan nyeri dada adalah sebagai berikut:

- 1) Profil lipid puasa
Terdiri atas TC, LDL, HDL, dan trigliserida.
- 2) Glukosa puasa
- 3) *Complete Blood Count* dan Hb
- 4) Biomarker jantung

Banyak macam biomarker yang dapat dipakai, diantaranya troponin, mioglobin, dan *creatine kinase myocardial band* (CKMB). Biomarker tersebut secara lebih spesifik dapat membedakan UAP dengan NSTEMI.

Troponin cTnT dan cTnI adalah protein spesifik yang mengatur hubungan aktin miosin dalam proses kontraksi miokardium melalui perantara kalsium. Apabila terjadi cedera, protein ini dapat menjadi

pertanda diagnosis. Troponin meningkat dalam 4 jam setelah onset dan menetap selama hingga 2 minggu. Troponin bersifat lebih spesifik dan sensitif dibandingkan marker lain seperti CK-MB dan myoglobin.

Peningkatan/penurunan marker jantung tersebut mengarahkan pada diagnosis NSTEMI, sedangkan apabila kadarnya normal menandakan UA.

5) Angiografi Koroner

Pemeriksaan ini merupakan *gold standard* diagnosis PJK. Hasil pemeriksaan dapat digunakan untuk mengetahui gambaran detail pembuluh darah jantung, pilihan tatalaksana, dan perkiraan prognosis

4. Teori Keperawatan Menurut Callista Roy

a. Biografi Sister Callista Roy

Menurut Sudarta (2015) Sister Calista Roy dilahirkan di Los Angeles, 14 Oktober 1939 sebagai anak kedua dari keluarga Fabien Roy. Di usianya yang ke 14, ia mulai bekerja di rumah sakit umum sebagai petugas *pantry*, lalu menjadi pekarya, dan akhirnya sebagai tenaga perawat. Kemudian ia bergabung dengan Sisters of Saint Joseph of Carondelet. Ia mendapat gelar Bachelor of Arts bidang keperawatan dari Mount St. Mary's College, Los Angeles tahun 1963. Disusul dengan Master di bidang perawatan pediatric dari university of California, Los Angeles di tahun 1966. Selain itu juga memperoleh gelar Master dan PhD bidang Sosiologi pada 1973 dan 1977.

Sister Calista Roy mengembangkan model adaptasi dalam keperawatan pada tahun 1964. Model ini banyak digunakan sebagai falsafah dasar dan model konsep dalam pendidikan keperawatan. Model adaptasi Roy adalah system model yang esensial dalam keperawatan (Asmadi, 2008).

b. Asumsi Dasar Model Adaptasi Callista Roy

Menurut Asmadi (2008) adapun asumsi-asumsi dasar yang dianut dalam model adaptasi Roy, antara lain :

- 1) Individu adalah makhluk bio-psiko-sosial yang merupakan suatu kesatuan yang utuh. Seseorang dikatakan sehat jika ia mampu berfungsi untuk memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, dan sosialnya.
- 2) Setiap orang selalu menggunakan coping, baik yang bersifat positif maupun negatif, untuk dapat beradaptasi. Kemampuan adaptasi seseorang dipengaruhi tiga komponen, yaitu penyebab utama perubahan kondisi dan situasi, keyakinan, dan pengalaman dalam beradaptasi.
- 3) Setiap individu merespons terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan konsep diri yang positif, kemampuan untuk hidup mandiri atau kemandirian, serta kemampuan melakukan peran dan fungsi secara optimal guna memelihara integritas diri. Kebutuhan fisiologis, menurut Roy, meliputi oksigenasi dan sirkulasi, keseimbangan cairan dan elektrolit, makana, tidur dan istirahat, pengaturan suhu dan hormone, dan fungsi tambahan. Kebutuhan konsep diri yang positif berfokus pada persepsi diri yang meliputi kepribadian, norma, etika, dan keyakinan seseorang. Kemandirian lebih difokuskan pada kebutuhan dan kemampuan melakukan interaksi sosial, termasuk kebutuhan akan dukungan orang lain. Peran dan fungsi optimal lebih difokuskan pada perilaku individu dalam menjalankan peran dan fungsi yang diembannya.
- 4) Individu selalu berada dalam rentang sehat-sakit yang berhubungan erat dengan keefektifan coping yang dilakukan guna mempertahankan kemampuan adaptasi.

Selain itu, asumsi dasar model adaptasi Roy menurut Sudarta (2015), yaitu sebagai berikut:

- 1) Manusia adalah keseluruhan dari biopsikologi dan social yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan.
- 2) Manusia menggunakan mekanisme pertahanan untuk mengatasi perubahan-perubahan biopsikososial.

- 3) Setiap orang memahami bagaimana individu mempunyai batas kemampuan untuk beradaptasi. Pada dasarnya manusia memberikan respon terhadap semua rangsangan baik positif maupun negatif.
- 4) Kemampuan adaptasi manusia berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya, jika seseorang dapat menyesuaikan diri dengan perubahan maka ia mempunyai kemampuan untuk menghadapi rangsangan baik positif maupun negatif.
- 5) Sehat dan sakit merupakan suatu hal yang tidak dapat dihindari dari kehidupan manusia.

c. Sistem Adaptasi Callista Roy

Sistem adalah suatu kesatuan yang dihubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. Tingkat atau kemampuan adaptasi seseorang ditentukan oleh tiga hal, yaitu Input, control dan output, dengan penjelasan sebagai berikut :

1) Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energy dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi dalam tiga tingkatan stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual (Sudarta, 2015).

- a) Stimulus fokal adalah stimulus internal atau eksternal menghadapi system manusia yang efeknya lebih segera (Alligot & Tomey, 2010).
- b) Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara bersamaan. (Sudarta, 2015) di mana stimulus kontekstual merupakan semua factor lingkungan yang hadir kepada seseorang dari dalam tetapi bukan pusat dari atensi dan energy seseorang (Alligot & Tomey, 2010).
- c) Stimulus residual adalah factor lingkungan dalam tanpa system manusia yang mempengaruhi dalam situasi arus yang tidak jelas

(Alligot & Tomey, 2010). Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu hal ini member proses belajar untuk toleransi (Sudarta, 2015). Contohnya adalah keyakinan, sikap dan sifat individu yang berkembang sesuai dengan pengalaman masa lalu (Asmadi, 2008).

2) Kontrol

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang digunakan, dibagi menjadi :

a) Subsistem regulator

Subsystem regulator merupakan respons system kimiawi, saraf atau endokrin, otak dan medulla spinalis yang diteruskan sebagai perilaku atau respons (Asmadi, 2008). Subsystem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator system adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain system dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem (Sudarta, 2015).

b) Subsistem kognator

Mekanisme kognator berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi (Asmadi, 2008). Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator control proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memelihara atensi, mencatat dan mengingat, belajar berkorelasi dengan proses imitasi, *reinforcement* (penguatan) dan *insight* (pengertian yang

mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang (Sudarta, 2015).

3) Output

Output dari suatu system adaptasi adalah perilaku yang dapat diamati, diukur, atau dapat dikemukakan secara subjektif. Output pada system ini dapat berupa respons adaptif ataupun respons maladaptif (Asmadi, 2008). Output dari suatu system adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subjektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun diluar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sebagai respon yang tidak maladaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini. Roy telah menggunakan bentuk mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol seseorang sebagai adaptif system. Beberapa mekanisme koping diwariskan atau diturunkan secara genetik (misal sel darah putih) sebagai sistem pertahanan terhadap bakteri yang menyerang tubuh (Sudarta, 2015).

d. Objek Utama dalam Keperawatan Callista Roy

Menurut Sudarta (2015) menjelaskan bahwa menurut Roy terdapat empat objek utama dalam ilmu keperawatan, yaitu :

- 1) Manusia (individu yang mendapatkan asuhan keperawatan) Menurut Roy manusia bersifat *holistic*, yang mempunyai system adaptif. Sebagai system yang adaptif, manusia dijelaskan sebagai keseluruhan dengan bagian-bagian fungsi sebagai kesatuan dari beberapa tujuan. Sistem manusia meliputi orang-orang sebagai individu atau dalam kelompok, termasuk keluarga, organisasi, komunitas dan sosial sebagai sebuah keseluruhan (Alligot & Tomey,

2010). Roy mengatakan bahwa penerima jasa asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok komunitas atau sosial. Masing-masing dilakukan oleh perawat sebagai sistem adaptasi yang holistik dan terbuka. Sistem terbuka tersebut berdampak terhadap perubahan yang konstan terhadap informasi, kejadian, energi antara sistem dan lingkungan dicirikan oleh perubahan internal dan eksternal. Dengan perubahan tersebut individu harus mempertahankan integritas dirinya, dimana setiap individu secara kontinyu beradaptasi (Nursalam, 2016).

Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif. Sebagai sistem adaptif, manusia dapat digambarkan secara *holistic* sebagai satu kesatuan yang mempunyai *input, control, output* dan proses umpan balik. Proses kontrol adalah mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara-cara adaptasi. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistem adaptif dengan aktivitas kognitor dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara-cara adaptasi yaitu : fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Dalam model adaptasi keperawatan, manusia dijelaskan sebagai suatu sistem yang hidup, terbuka dan adaptif yang dapat mengalami kekuatan dan zat dengan perubahan lingkungan. Sebagai sistem adaptif manusia dapat digambarkan dalam istilah karakteristik sistem, jadi manusia dilihat sebagai satu-kesatuan yang saling berhubungan antara unit fungsional secara keseluruhan atau beberapa unit fungsional untuk beberapa tujuan. Input pada manusia sebagai suatu sistem adaptasi adalah dengan menerima masukan dari lingkungan luar dan lingkungan dalam diri individu itu sendiri. Input atau stimulus termasuk variabel standar yang berlawanan yang umpan baliknya dapat dibandingkan. Variabel standar ini adalah stimulus internal yang mempunyai tingkat adaptasi dan mewakili dari rentang stimulus manusia yang dapat ditoleransi dengan usaha-usaha yang biasa dilakukan. Proses kontrol manusia sebagai suatu sistem

adaptasi adalah mekanisme coping. Dua mekanisme coping yang telah diidentifikasi yaitu: subsistem regulator dan subsistem kognator. Regulator dan kognator digambarkan sebagai aksi dalam hubungannya terhadap empat efektor atau cara-cara adaptasi yaitu: fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependen (Sudarta, 2015).

2) Keperawatan

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar dan diberikan kepada individu baik sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis dan social agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu (Alligood & Tomey, 2006 dalam Nursalam, 2016). Roy mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respons adaptasi berhubungan dengan empat mode respon adaptasi. Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi coping individu. Kondisi coping seseorang atau keadaan coping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang.

Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Fokal adalah suatu respons yang diberikan secara langsung terhadap ancaman/input yang masuk. Penggunaan fokal pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak pada seseorang. Stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subjektif disampaikan oleh individu. Stimulus residual adalah karakteristi/riwayat dari seseorang yang ada dan timbul relevan dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif (Sudarta, 2015).

3) Konsep Sehat

Roy memandang kesehatan merupakan sebuah kelanjutan dari meninggal dan kesehatan yang ekstrim yang buruk ke level tertinggi dan puncak dari kesehatan (Alligot & Tommy, 2010). Dia menekankan bahwa sehat merupakan suatu keadaan dan proses dalam upaya dan menjadikan dirinya secara terintegrasi secara keseluruhan, fisik, mental dan social. Integritas adaptasi individu dimanifestasikan oleh kemampuan individu untuk memenuhi tujuan memper tahankan dan reproduksi (Nursalam, 2016). Sakit adalah suatu kondisi ketidak mampuan individu untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang berasal dari dalam dan dari luar individu. Kondisi sehat dan sakit sangat individual dipersepsikan oleh individu. Kemampuan seseorang dalam beradaptasi (koping) tergantung dari latar belakang individu tersebut dalam mengartikan dan mempersepsikan sehat-sakit, misalnya tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, budaya, dan lain-lain (Sudarta, 2015).

4) Konsep lingkungan

Stimulus dari individu dan stimulus sekitarnya merupakan unsure penting dalam lingkungan. Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua kondisi yang berasal dari internal dan eksternal, yang mempengaruhi dan berakibat terhadap perkembangan dari perilaku seseorang dan kelompok (Nursalam, 2016). Lingkungan eksternal dapat berupa fisik, kimiawi, ataupun psikologis yang diterima.

individu dan dipersepsikan sebagai suatu ancaman. Sedangkan lingkungan internal adalah keadaan proses mental dalam tubuh individu (berupa pengalaman, kemampuan emosional, kepribadian) dan proses stressor biologis (sel maupun molekul) yang berasal dari tubuh individu. Manifestasi yang tampak akan tercermin dari perilaku individu sebagai respons. Dengan pemahaman yang baik tentang lingkungan akan membantu perawat dalam meningkatkan adaptasi dalam merubah dan mengurangi resiko akibat dari lingkungan sekitar (Sudarta, 2015).

e. Fungsi model Callista Roy

Empat fungsi model yang dikembangkan oleh Roy terdiri dari :

1) Fisiologis

Menurut Nursalam (2016) secara fisiologis dapat dilihat dari beberapa hal berikut :

- a) Oksigenasi: menggambarkan pola penggunaan oksigen berhubungan dengan respirasi dan sirkulasi.
- b) Nutrisi: menggambarkan pola penggunaan nutrient untuk memperbaiki kondisi tubuh dan perkembangan.
- c) Eliminasi: menggambarkan pola eliminasi.
- d) Aktivitas dan istirahat: menggambarkan pola aktivitas, latihan, istirahat dan tidur.
- e) Integritas kulit: menggambarkan pola fisiologis kulit.
- f) Rasa/senses: menggambarkan fungsi sensori perceptual berhubungan dengan panca indra.
- g) Cairan dan elektrolit: menggambarkan pola fisiologis penggunaan cairan dan elektrolit.
- h) Fungsi neurologis: menggambarkan pola kontrol neurologis, pengaturan dan intelektual.
- i) Fungsi endokrin: menggambarkan pola kontrol dan pengaturan termasuk respons stress dan system reproduksi.

2) Konsep diri (psikis)

Konsep diri adalah pengetahuan individu tentang diri. Konsep diri adalah citra subjektif dari diri dan pencampuran yang kompleks dari perasaan, sikap dan persepsi bawah sadar maupun sadar. Komponen konsep diri antara lain identitas, citra tubuh, harga diri, dan peran diri (Potter dan Perry, 2005). Konsep diri didefinisikan sebagai semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain. Konsep diri seseorang tidak terbentuk waktu lahir melainkan harus dipelajari (Murwani, 2009).

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart & Sundeen, 1991, dalam Murwani, 2009). Konsep diri seseorang tidak terbentuk waktu lahir, tetapi dipelajari sebagai hasil dari pengalaman unik seseorang dalam dirinya sendiri, dengan orang terdekat. Berdasarkan pendapat di atas maka peneliti menyimpulkan bahwa konsep diri adalah pengetahuan individu tentang dirinya.

Model konsep ini mengidentifikasi pola nilai, kepercayaan dan emosi yang berhubungan dengan ide diri sendiri. Perhatian ditujukan pada kenyataan keadaan diri sendiri tentang fisik, individual, dan moral-etik (Sudarta, 2015). Menurut Potter dan Perry (2005) komponen konsep diri antara lain:

a) Identitas

Identitas mencakup rasa internal tentang individualitas, keutuhan dan konsistensi dari seseorang sepanjang waktu dan dalam berbagai situasi. Identitas menunjukkan menjadi lain dan terpisah dari orang lain, namun menjadi diri yang utuh dan unik. Ciri-ciri identitas diri:

- (1) Memahami diri sendiri sebagai organisme yang utuh, berbeda, dan terpisah dari orang lain.
- (2) Menilai diri sendiri sesuai dengan penilaian masyarakat.
- (3) Mengakui jenis kelamin sendiri.
- (4) Menyadari hubungan masa lalu, sekarang dan masa yang akan datang.
- (5) Memandang berbagai aspek dalam dirinya sebagai suatu keserasian dan keselarasan.
- (6) Mempunyai tujuan hidup yang bernilai dan dapat direalisasikan.

b) Citra tubuh

Citra tubuh membentuk persepsi seseorang tentang tubuh, baik secara internal maupun eksternal. Persepsi ini mencakup perasaan dan sikap yang ditujukan pada tubuh.

c) Harga diri

Harga diri adalah rasa tentang nilai-nilai diri. Rasa ini adalah suatu evaluasi dimana seseorang membuat atau memper tahankan diri. Orang perlu merasa berharga dalam hidupnya dan hal ini merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Harga diri dapat diperoleh melalui orang lain dan diri sendiri. Aspek utama harga diri adalah dicintai, disayangi, dikasihi, orang lain dan mendapat penghargaan dari orang lain.

d) Peran diri

Peran mencakup harapan atau standar perilaku yang telah diterima oleh keluarga, komunitas dan kultur. Peran adalah perilaku yang didasarkan pada pola yang ditetapkan melalui sosialisasi.

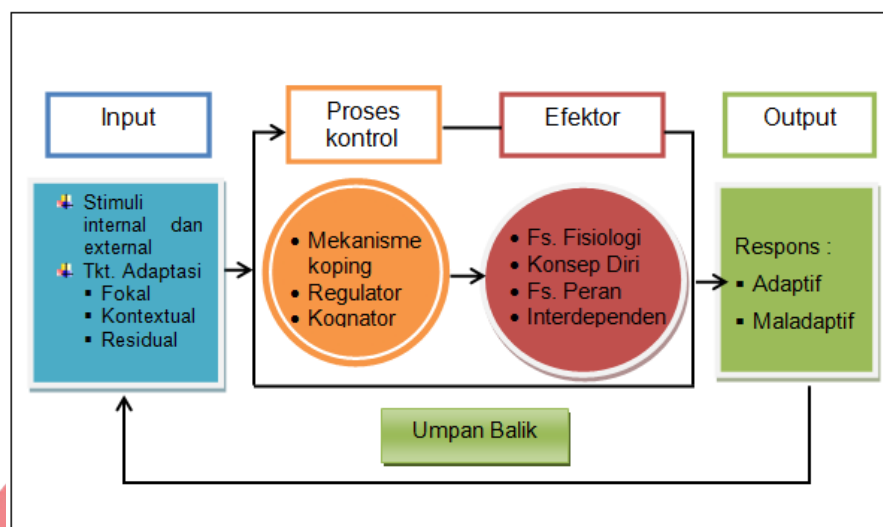
3) Fungsi peran (Sosial)

Peran mencakup harapan atau standar perilaku yang telah diterima oleh keluarga, komunitas dan kultur. Peran adalah perilaku yang didasarkan pada pola yang ditetapkan melalui sosialisasi (Potter dan Perry, 2005). Fungsi peran mengidentifikasi tentang pola interaksi social seseorang berhubungan dengan orang lain akibat dari peran ganda yang dijalankannya (Nursalam, 2016).

4) *Interdependent*

Interdependent mengidentifikasi pola nilai-nilai manusia, kehangatan, cinta dan memiliki. Proses tersebut terjadi melalui hubungan interpersonal terhadap individu maupun kelompok (Sudarta, 2015). Hubungan *interdependent* meliputi kemauan dan kemampuan untuk memberi kepada yang lain dan menerima dari aspek-aspek mereka yang memberikan, seperti cinta, respek, nilai, pengasuhan, pengetahuan, kemampuan-kemampuan, komitmen-

komitmen yang memiliki materi, waktu dan bakat (Alligot & Tommy, 2010).



Gambar 2.1 Model Konsep Adaptasi Menurut Callista Roy

B. Kerangka Teori

Kerangka teori adalah memberikan gambaran atau batasan teori-teori yang akan di pakai sebagai landasan penelitian yang akan dilakukan, adalah mengenai teori mengenai variabel-variabel permasalahan yang akan diteliti (Drs. Mardalis, 2004). Model adaptasi Roy adalah sistem model yang esensial dan banyak digunakan sebagai falsafah dasar dan model konsep dalam pendidikan keperawatan. Roy menjelaskan bahwa manusia adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan berbagai persoalan yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi. Penggunaan koping atau mekanisme pertahanan diri, adalah berespon melakukan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri dari keadaan rentang sehat sakit dari keadaan lingkungan sekitarnya.

Pendekatan teori Calista Roy Model adaptasi Roy mengkaji respon individu terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya secara mendalam sampai pada terbentuknya koping untuk memberikan gambaran suatu proses kontrol sebagai sebuah sistem yang adaptif. Sistem adaptif pada teori Roy digambarkan secara terperinci dengan menerapkan 4 efektor yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Roy berpendapat bahwa asuhan

keperawatan kardiovaskular menitik beratkan pada kemampuan seseorang beradaptasi terhadap masalah yang dihadapi. Sementara perawat dalam hal ini berperan sebagai fasilitator yang mengefektifkan potensi pada diri klien (Mutarobin, 2019).

Model adaptasi Roy ini hanya berfokus pada proses adaptasi pasien dan bagaimana pemecahan masalah pasien dengan menggunakan proses keperawatan dan tidak menjelaskan bagaimana sikap dan perilaku cara merawat (*caring*) pada pasien, sehingga seorang perawat yang tidak mempunyai perilaku *caring* ini menjadi *stressor* bagi para pasiennya (Mutarobin, 2019). Jadi ada 4 faktor penting dari Roy adalah manusia, sehat-sakit, lingkungan dan keperawatan yang saling terkait, yaitu:

1. Manusia

Manusia merupakan fokus utama yang perlu diperhatikan karena manusialah yang menjadi penerima asuhan keperawatan, baik itu individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat, yang dipandang sebagai “*Holistic Adaptif System*”. Dimana “*Holistic Adaptif System*“ ini merupakan perpaduan antara konsep sistem dan konsep adaptasi. Konsep adaptasi dengan *cognator* dan *regulator*, subsistem bertindak untuk memelihara adaptasi dalam 4 model adaptasi: fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan saling ketergantungan.

2. Keperawatan

Seperti yang telah dijelaskan di atas bahwa tujuan keperawatan menurut Roy adalah meningkatkan respon adaptif individu dan menurunkan respon inefektif individu, dalam kondisi sakit maupun sehat. Selain meningkatkan kesehatan di semua proses kehidupan, keperawatan juga bertujuan untuk mengantarkan individu meninggal dengan damai. Untuk mencapai tujuan tersebut, perawat harus dapat mengatur stimulus fokal, kontekstual dan residual yang ada pada individu, dengan lebih menitikberatkan pada stimulus fokal, yang merupakan stimulus tertinggi

3. Konsep Sehat-sakit

Roy mendefinisikan sehat adalah “*A State and a process of being and becoming an integrated and whole person*”. Integritas individu dapat

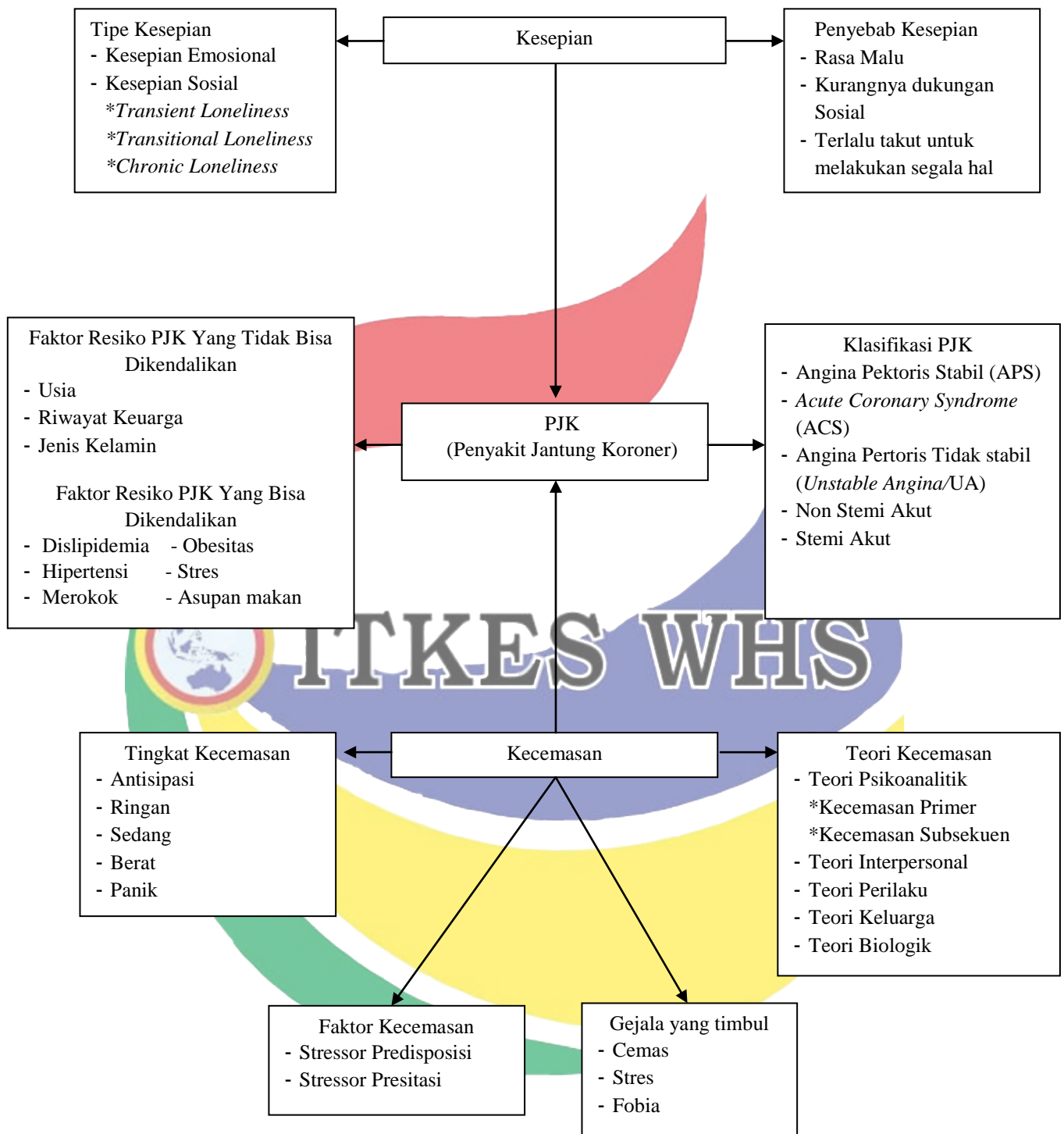
ditunjukkan dengan kemampuan untuk mempertahankan diri, tumbuh, reproduksi dan “*mastery*”. Asuhan keperawatan berdasarkan model Roy bertujuan untuk meningkatkan kesehatan individu dengan cara meningkatkan respon adaptifnya. Respon adaptif adalah respon yang meningkatkan integritas dalam masa antara tujuan dan sistem individu, yang bertahan, tumbuh, reproduksi, penguasaan, personal dan perubahan lingkungan. *In* efektif respon merupakan respon tidak berkontribusi untuk keutuhan pencapaian tujuan, yang menunjukkan kondisi proses kehidupan yang menggambarkan tiga perbedaan level, yaitu: integrasi, kompensasi dan kompromi

4. Lingkungan

Stimulus yang berasal dari individu dan sekitar individu merupakan elemen dari lingkungan, menurut Roy. Lingkungan didefinisikan oleh Roy adalah “Semua kondisi, keadaan dan pengaruh-pengaruh disekitar individu yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu dan kelompok”.

Dalam hal ini Roy menekankan agar lingkungan dapat didesign untuk meningkatkan kemampuan adaptasi individu atau meminimalkan resiko yang akan terjadi pada individu terhadap adanya perubahan. Tiga jenis stimulasi: fokal stimulasi, kontekstual stimulasi, dan residual stimulasi. Stimulasi bermakna dalam adaptasi semua manusia termasuk perkembangan keluarga dan budaya.

Berdasarkan tinjauan teori yang telah dijelaskan di atas, maka kerangka teori yang dapat dibuat adalah pada skema dibawah ini:



Gambar 2.2 Kerangka Teoritis Modifikasi Callista Roy

C. Hipotesa Penelitian

Hasil dari suatu penelitian pada hakikatnya adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang dirumuskan dalam perencanaan penelitian. Untuk mengarah kepada hasil penelitian perlu rumusan jawaban sementara dari hasil penelitian. Jawaban sementara dari suatu penelitian ini disebut hipotesis (Notoatmodjo, 2010).

Rumusan hipotesa pada penelitian ini adalah :

1. Hipotesis Alternatif (H_a)

“Ada hubungan yang signifikan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit”.

2. Hipotesis Nol (H_0)

“Tidak ada hubungan yang signifikan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner paska perawatan di Rumah Sakit”.

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit terjawab hipotesis penelitian dimana didapatkan tingkat kesalahan (α) 0.05, hasil *odd ratio* yang didapatkan signifikan (0,042) yang berarti p value (0.042) < 0.05 sehingga H_a diterima dan H_0 ditolak. Sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit

BAB III

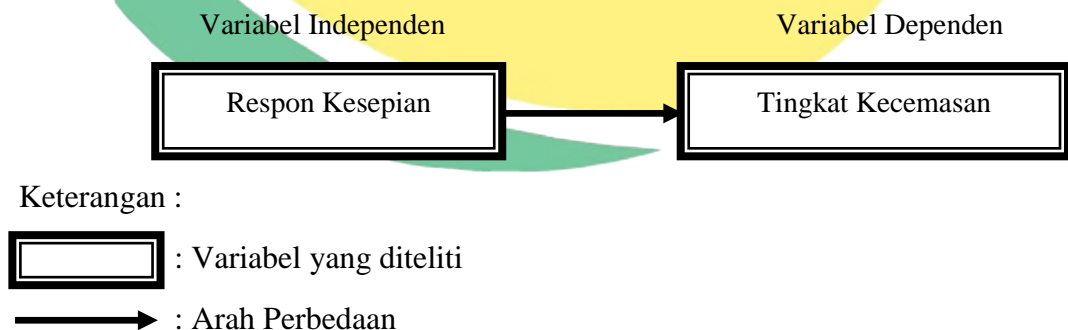
METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan hasil dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian dapat diterapkan. Rancangan sangat erat dengan kerangka konsep sebagai petunjuk perencanaan, pelaksanaan suatu penelitian (Narusalam, 2011). Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan *deskriptif Analitik* dengan pendekatan *cross sectional* dimana peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada suatu saat (*point time approach*). Artinya subyek hanya akan diobservasi satu kali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek saat pemeriksaan (Notoatmojo, 2012). Penelitian ini mengumpulkan data menggunakan lembar observasi dan kuisioner untuk menganalisis tentang hubungan kesepian dan cemas pada pasien PJK yang di rawat inap di Rumah Sakit.

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Nursalam, 2015). Kerangka konsep akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penemuan dengan teori. Adapun kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian. Apabila seseorang ingin meneliti semua elemen yang ada dalam wilayah penelitian, maka penelitiannya merupakan penelitian populasi. Studi atau penelitiannya juga disebut studi populasi atau studi sensus (Arikunto, 2010). Subjek penelitian ini adalah semua pasien PJK yang dirawat inap di ruang ICCU RSUD Aji Muhammad Tenggarong. Jumlah pasien PJK yang mendapatkan pengobatan di ruang ICCU Rumah Sakit pada bulan Mei-Juli 2020 adalah 45 orang.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi, yang diambil menggunakan cara-cara tertentu (Arikunto, 2010). Bila populasi besar dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasi, misalnya keterbatasan dana, tenaga, dan waktu maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Dalam penelitian ini peneliti mengambil sampel dengan teknik *Probability Sampling* dengan jenis *Total Sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi (Arikunto, 2010). Alasan mengambil total sampel karena menurut Sugiyono (2007) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya.

Sampel merupakan objek yang akan diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Misalnya suatu penelitian yang bertujuan untuk mengetahui hubungan kesepian dengan peningkatan respon cemas pada pasien penyakit jantung koroner paska perawatan. Oleh sebab itu pengambilan sampelnya pun harus diarahkan kepada pasien yang telah melakukan perawatan di rumah sakit. Adapun kriteria sampel pada penelitian ini adalah:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum sebagai subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang diteliti (Nursalam, 2011). Adapun kriteria inklusinya adalah:

- 1) Pasien yang terdiagnosa PJK dan mendapat perawatan intensif minimal 3 hari perawatan
- 2) Hemodinamik stabil dan pasien kooperatif
- 3) Bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena sebagai sebab (Nursalam, 2011). Adapun kriteria eksklusi dalam penelitian adalah:

- 1) Pasien yang dirawat di ruang infeksius (Isolasi)

D. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian akan dilakukan pada tanggal 11 Juli 2020 sampai dengan 11 Agustus 2020. Tempat penelitian dilakukan di Ruang ICCU RSUD Aji Muhammad Tenggarong dengan alasan selain merupakan tempat peneliti bekerja, juga tempat pasien perawatan pada pasien PJK.

E. Definisi Operasional

Menurut Hidayat (2009) definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Respon Kesepian (Variabel Independen)	Suatu keadaan dimana seseorang merasa jauh atau tersisih dari lingkungan sosial yang berdampak pada gangguan kesehatan yang komplek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian kesepian 2. Tipe kesepian 3. Penyebab kesepian 4. Ciri-ciri kesepian 	Kuisisioner diadopsi dari <i>The UCLA Loneliness Scale</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesepian rendah jika skor 20-40 2. Kesepian sedang jika skor 40-60 3. Kesepian berat jika skor 61-80 	Ordinal

2	Tingkat Kecemasan pasien PJK (Variabel Dependen)	penjelmaan dari berbagai proses emosi yang bercampur baur, yang terjadi manakala seseorang sedang mengalami berbagai tekanan-tekanan atau ketegangan (stress) seperti perasaan frustrasi dan pertentangan batin (konflik batin)	1. Pengertian kecemasan 2. Penyebab kecemasan 3. Ciri-ciri kecemasan 4. Tanda dan gejala cemas	Kuisisioner diadopsi dari HRS-A (<i>Hamilton Ranting Scale for Anxiety</i>)	1. Tidak ada kecemasan jika skor <14 2. Kecemasan ringan jika skor 14-20 3. Kecemasan sedang jika skor 21-27 4. Kecemasan berat jika skor 28-41 5. Panik jika skor 42-56	Ordinal
---	--	---	---	---	--	---------

F. Instrumen Penelitian

Instrumen adalah alat yang digunakan pada waktu penelitian menggunakan suatu metode (Arikunto, 2010). Selain itu, alat/instrumen pengambilan data adalah formulir isian, *check list*, kuesioner, dan alat ukur lainnya. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang telah disusun untuk memperoleh data sesuai yang diinginkan peneliti (Wasis, 2008). Pada penelitian ini menggunakan instrumen sebagai berikut :

1. Kuesioner/Angket (*Questionnaires*)

Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya, atau hal-hal yang diketahuinya. Kuesioner dipakai untuk menyebut metode maupun instrumen. Jadi dalam menggunakan metode angket atau kuesioner instrumen yang dipakai adalah angket atau kuesioner (Arikunto, 2010).

Kisi-kisi instrumen adalah untuk memudahkan penyusunan instrumen, perlu dibuat matrik pengembangan. Kisi-kisi instrumen penelitian dirumuskan mengacu pada sub variabel yang telah ditetapkan.

a. Kuesioner A

Kuesioner A menjelaskan tentang data demografi responden (Umur, Pendidikan, Pekerjaan) yang terdiri dari 3 pertanyaan.

b. Kuesioner B

Kuesioner B menjelaskan pernyataan atau pertanyaan tentang kesepian yang dialami oleh pasien PJK, kuesioner ini mengadopsi dari *The UCLA Loneliness Scale Version 3* yang terdiri dari 20 pertanyaan yang dibagi menjadi 11 pertanyaan yang bersifat negatif atau menunjukkan kesepian dan 9 pertanyaan yang bersifat positif atau tidak menunjukkan kesepian. Pertanyaan negatif tersebut yaitu pertanyaan nomor 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, dan 18 sedangkan pertanyaan positif yaitu nomor 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, dan 20. Skor untuk pertanyaan negatif yaitu, tidak pernah skor 1, jarang skor 2, sering skor 3, selalu skor 4, dan untuk pertanyaan positif memiliki skor sebaliknya yaitu tidak pernah skor 4, jarang skor 3, sering skor 2, selalu skor 1.

c. Kuesioner C

Kuesioner C menjelaskan pernyataan atau pertanyaan tentang kecemasan yang dialami pasien PJK kuesioner ini mengadopsi dari HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*), yang terdiri atas 14 kelompok gejala, masing-masing kelompok gejala diberi penilaian antara 0-4 dengan penilaian sebagai berikut, nilai 0 tidak ada gejala atau keluhan, nilai 1 gejala ringan, nilai 2 gejala sedang, nilai 3 gejala berat dan nilai 4 gejala berat sekali.

G. Uji Validitas dan Reliabilitas

Setelah kuesioner sebagai alat ukur atau alat pengumpulan data selesai, belum berarti kuesioner tersebut dapat langsung digunakan untuk pengumpulan data. Kuesioner dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian perlu uji validitas dan reliabilitas, untuk kuesioner itu harus diuji coba atau “*trial*” di lapangan. Responden yang digunakan untuk uji coba sebaiknya yang memiliki ciri-ciri responden dari tempat dimana penelitian tersebut harus dilakukan. (Arikunto, 2010).

1. Mengukur Validitas

Notoatmodjo (2011) menjelaskan bahwa uji validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur benar-benar mengukur apa yang diukur. Definisi lain dari validitas adalah suatu ukuran untuk menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau sah memiliki tingkat validitas yang tinggi. Sebaliknya, instrumen yang kurang valid berarti memiliki kevalidan yang rendah (Arikunto, 2010).

Dalam penelitian ini, tidak di uji validitas karena peneliti menggunakan kuesioner baku. Untuk kesepian menggunakan kuesioner yang diadopsi dari *The UCLA Loneliness Scale Version 3* dengan hasil pengukuran masing-masing dimensi pertanyaan berada diatas 0.5. Hasil pengukuran semua pertanyaan menunjukkan nilai cronbach alfa > 0.2 sehingga instrumen ini reliabel. Kuesioner *UCLA Loneliness Scale Version 3* juga telah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas. Uji validitas dilakukan oleh Vina Fitriana (2017) mahasiswa Universitas Gadjah Mada di PSTW Budhi Dharma dan di Dusun Jowah, Sidoluhur, Sleman dengan hasil validitas untuk nilai korelasi setiap pertanyaan dengan rentang nilai 0.502-1.000.

Kuesioner kecemasan menggunakan HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*) dengan hasil pengukuran masing-masing dimensi pertanyaan berada diatas 0.5. Uji validitas juga dilakukan oleh Santoso (2013) dengan hasil validitas untuk korelasi setiap pertanyaan dengan nilai rentang 0.591-0.638

2. Mengukur Reliabilitas

Reliabilitas instrumen merujuk pada konsistensi dari pengukuran itu sendiri. Konsistensi terjadi antara item dalam tes yang sama, antara dua bentuk instrumen yang sama yang diberikan pada waktu yang berbeda. Kata lain, reliabilitas adalah antara ketergantungan, stabilitas, konsistensi, *prediktabilitas* (dapat diramalkan), *akurasi* (ketepatan) (Hamid, 2007).

Uji reliabilitas (keandalan) adalah adanya suatu kesamaan hasil apabila pengukuran dilaksanakan oleh orang yang berbeda ataupun waktu yang berbeda (Nursalam, 2008).

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas (*ajeg*) bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010). Pengujian reliabilitas juga tidak dilakukan karena peneliti sudah mengadopsi kuesioner baku. *The UCLA Loneliness Scale Version 3* dengan hasil uji reliabilitas yang dilakukan oleh Vina Fitriana (2017) mahasiswa Universitas Gadjah Mada di PSTW Budhi Dharma dan di Dusun Jowah, Sidoluhur, Sleman dengan nilai cronbach alfa 0.990 sehingga instrumen ini reliabel. Untuk uji reliabilitas pada kuesioner HRS-A (*Hamilton Rating Scale for Anxiety*) yang telah diujikan oleh Santoso (2013) dengan nilai cronbach alfa 0.868 sehingga instrumen ini reliabel.

H. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses penetapan subjek dan pengumpulan data yang diperlukan untuk penelitian. Langkah nyata dalam pengumpulan data bersifat khusus untuk tiap penelitian dan tergantung pada desain serta teknik pengukuran (Hamid, 2007).

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang efisien bila peneliti tahu dengan pasti variabel yang akan diukur dan tahu apa yang bisa diharapkan dari responden. Selain itu, kuesioner juga cocok digunakan bila jumlah responden cukup besar dan tersebar di wilayah yang luas (Sugiyono, 2010).

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan beberapa kali selama masa penelitian pada pasien PJK yang memenuhi kriteria inklusi sampai jumlah responden yang telah ditentukan. Pengumpulan data ini berdasarkan cara memperolehnya.

a. Data Primer

Data primer adalah data yang secara langsung diambil dari obyek penelitian oleh peneliti. Data primer dalam penelitian ini adalah pasien PJK yang dirawat selama 3 hari di ruang ICCU dan ruangan rawat inap Rumah Sakit.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapat tidak secara langsung dari obyek penelitian. Data penelitian ini diperoleh dari data yang diberikan oleh Rumah Sakit kepada peneliti berupa *medical record* pasien PJK

2. Langkah-langkah pengumpulan data ini sebagai berikut:

- a. Setelah mendapatkan persetujuan dari pembimbing, peneliti meminta ijin kepada Rumah Sakit.
- b. Peneliti mengidentifikasi responden yang memenuhi kriteria inklusi penelitian atau tidak
- c. Jika sesuai responden diminta untuk turut serta dalam penelitian
- d. Sebelum melakukan penelitian, responden diberi penjelasan tentang tujuan penelitian dengan lisan atau tulisan
- e. Setelah memahami penjelasan dari peneliti, responden yang bersedia ikut penelitian menandatangani lembar persetujuan penelitian
- f. Responden diberitahu akan diberi pertanyaan dengan menggunakan kuesioner yang sudah disediakan oleh peneliti
- g. Pengumpulan data
- h. Analisis data

I. Teknik Analisa data

1. Analisa Data

Agar analisa penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka data diolah dengan melalui :

Tahapan-tahapan, menurut Notoatmodjo (2012) sebagai berikut:

a) *Editing* (Penyuntingan data)

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner, apakah jawaban yang ada dikuesioner sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten.

Data perlu diedit untuk mempermudah pengolahan data selanjutnya. Hal yang perlu diperhatikan dalam mengedit adalah apakah pertanyaan telah terjawab dengan lengkap, apakah catatan sudah terbaca jelas dan mudah, dan apakah coretan yang ada sudah diperbaiki (Wasis, 2008).

Peneliti disini mengecek ulang kuesioner yang sudah diisi oleh responden, jika terdapat data yang kurang atau belumlah lengkap, maka peneliti meminta responden mengisi ulang sampai lengkap dan menghitung skor sesuai dengan paduan yang tertera.

b) *Coding Sheet* (Membuat lembaran kode)

Yaitu membuat/memberikan kode jawaban dengan menggunakan angka atau kode tertentu sehingga lebih mudah dan sederhana. Dan merupakan instrument berupa kolom-kolom untuk merekam data secara manual. Koding adalah usaha member kode-kode tertentu pada jawaban responden (Wasis, 2008).

Peneliti menggunakan kode 1, 2, 3 saat memasukkan kategori yang telah terpilih, misalnya kode 1 untuk respon kesepian “Rendah”, kode 2 untuk respon kesepian “Sedang”, kode 3 untuk respon kesepian “Berat” dan begitu seterusnya.

c) *Data Tabulation* (Memasukkan data kedalam tabel)

Tabulasi adalah proses penyusunan dan analisis data dalam bentuk tabel. Dengan memasukkan data kedalam tabel, akan memudahkan dalam melakukan analisis. Pembuatan suatu tabel sangat tergantung pada tujuan penelitian dan hipotesis yang dibuat.

Peneliti disini melakukan pengolahan data dimana memasukkan skor awal, serta memilah skor sesuai dengan kategori yang tertera dan dimasukkan kedalam tabel.

d) *Data Entry* atau *Processing* (Memasukkan data)

Yaitu memproses data dengan menggunakan *entry data* kuesioner ke dalam program komputer atau *software* komputer.

Peneliti menggunakan *software* komputer “SPSS Versi 16” dimana memasukkan data menggunakan kodekode yang telah tersusun.

e) *Cleaning* (Pembersihan data)

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang telah dientri atau dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak, dan untuk meyakinkan bahwa data yang akan dianalisis benar-benar merupakan data yang sebenarnya.

Data diolah dan diinput dengan menggunakan sistem *software* komputer dan diberi pembobotan. Penyajian data dalam bentuk tabel dan penjelasan. Setelah data diolah maka akan dianalisa. Pada penelitian ini peneliti menggunakan analisa *univariat* dan analisa *bivariat*.

2. Teknik Analisa *Univariat*

Tujuan analisis ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Bentuk tergantung pada jenis datanya (Notoadmodjo, 2010). Setiap variabel independen dan variabel dependen pada penelitian, untuk mengetahui gambaran kedua jenis variabel menggunakan mean atau median. Menggunakan mean jika sebaran data normal dan menggunakan median jika sebaran data tidak normal.

a. Persentase

Rumus yang digunakan (Notoatmodjo, 2005):

$$P = \frac{f}{\sum n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Presentase

F = Frekuensi

$\sum n$ = Jumlah responden

Persentase pada penelitian ini hanya untuk menghitung data karakteristik responden seperti umur, pendidikan terakhir dan pekerjaan pasien PJK.

3. Teknik analisa data *Bivariat*

Analisis *bivariat* dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi yang dibuat dalam bentuk distribusi untuk mengetahui ada tidaknya hubungan respon kesepian dan tingkat kecemasan pada pasien PJK di Rumah Sakit.

Uji yang digunakan adalah *chi square* karena untuk mengetahui hubungan antara variabel kategorik kategorik, nilai selnya 3x5, untuk nilai selnya peneliti menyederhanakan menjadi 2x5, meneliti dua atau lebih kelompok sampel, bertujuan untuk menguji perbedaan proporsi/persentase

antara beberapa kelompok data. Maka *chi square* yang digunakan adalah *yate's correction.*, rumus uji statistik *chi square* dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0.05$ dengan rumus sebagai berikut (Riduwan, 2010):

$$\chi^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Keterangan :

χ^2 : Statistik *Chi Square*

F_o : Observasi

F_e : *Expected* atau hasil yang diharapkan

Setelah didapatkan χ^2 hitung, kemudian χ^2 tabel dengan derajat uji kebebasan :

$$df = (b-1) (K-1)$$

keterangan :

b : Jumlah baris

K : Jumlah kolom

Syarat-syarat menggunakan uji statistik dengan *chi square* adalah :

- 1) Variabel yang dihubungkan adalah kategorik dengan variabel katagorik
- 2) Jenis hipotesis adalah jenis komparatif atau hubungan
- 3) Jenis tabel 2x2
- 4) Sampel lebih dari 40 responden
- 5) Nilai Ekspektasinya tidak boleh ada yang berjumlah sel < 5 dan tidak lebih dari 20%

Bila tidak memenuhi syarat-syarat diatas, maka akan dilakukan uji *Fisher Exact* (Dahlan, 2012)

J. Etika Penelitian

Etika menurut Fadden dalam Black dan Jacobs (1997, dalam buku Wasis, 2008) adalah ilmu yang mempelajari moralitas manusia, bagaimana berbuat adil terhadap manusia. Prinsip etik menurut ANA yang berkaitan dengan peran perawat sebagai seorang peneliti adalah sebagai berikut, (Wasis, 2008):

1. Otonomi

Otonomi adalah hak untuk memilih apakah ia disertakan atau tidak dalam suatu proyek penelitian dengan memberi persetujuannya atau tidak memberi persetujuannya dalam *informed consent* (persetujuan untuk berpartisipasi dalam penelitian).

2. Beneficence

Penelitian yang dilakukan dengan melibatkan pasien sebagai responden mengandung konsekuensi bahwa semuanya demi kebaikan pasien, guna mendapatkan suatu metode dan konsep yang baru untuk kebaikan pasien.

3. Nonmaleficence

Peneliti keperawatan mayoritas menggunakan populasi yang diberikan kepada pasien mengandung prinsip kebaikan (*Promote good*). Penelitian yang dilakukan oleh perawat hendaknya tidak mengandung unsur bahaya atau merugikan pasien, apalagi sampai mengancam jiwa pasien.

4. Confidentiality

Pada penelitian sosial seperti yang sering dilakukan oleh perawat, peneliti wajib merahasiakan data-data yang sudah dikumpulkan.

5. Veracity

Proyek penelitian yang dilakukan oleh perawat hendaknya dijelaskan secara jujur tentang manfaatnya, efeknya, dan apa yang didapat jika pasien dilibatkan dalam proyek tersebut.

6. Justice

Peneliti harus menyamakan semua pasien yang akan diteliti, keadilan yang seharusnya diterima pasien. Baik apa yang diberikan, digunakan, dan diterima oleh pasien harus sama dengan satu sama lainnya.

Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada Direktur Rumah Sakit untuk mendapatkan persetujuan. Kemudian kepada responden yang diteliti dengan menekankan pada masalah etika.

Beberapa prinsip dalam pertimbangan etika meliputi:

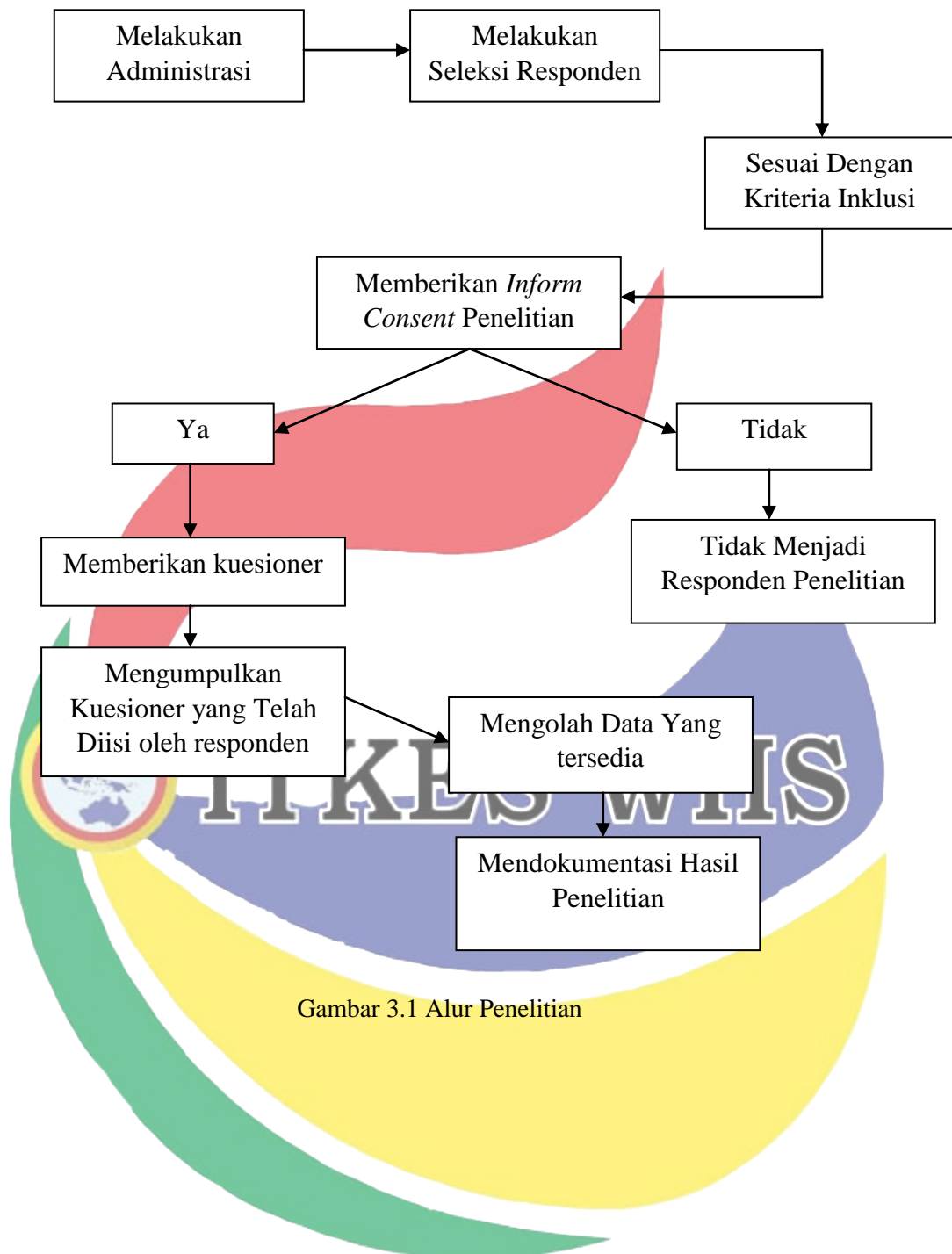
1. Lembar persetujuan (*Informed consent*) diberikan kepada responden yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dilakukan. Responden yang bersedia diteliti harus menandatangani lembar persetujuan

yang sudah disediakan. Jika responden tidak bersedia untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. *Anonymity* (Tanpa nama), untuk menjaga kerahasiaan responden. Peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data. Lembar tersebut hanya diberi nomor kode tertentu.
3. *Confidentiality* (Kerahasiaan), kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian.
4. *Respect of Human dignity* (Menghormati harkat dan martabat manusia), peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subyek penelitian untuk mendapatkan informasi tentang tujuan peneliti melakukan penelitian tersebut. Disamping itu peneliti memberikan kebebasan kepada subyek untuk memberikan informasi. Sebagai ungkapan peneliti menghormati harkat dan martabat subyek penelitian.

K. Jalannya Penelitian

Berdasarkan rancangan penelitian diatas, maka alur penelitian memberikan gambaran keseluruhan mengenai prosedur penelitian (Dahlan, 2014).



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang hubungan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit pada tanggal 11 Juli 2020 sampai dengan 11 Agustus 2020 dengan jumlah sampel 45 responden. Proses pengambilan data melibatkan 45 pasien yang dirawat intensif di ruang ICCU dan ruang rawat inap selama minimal 3 hari perawatan dengan hemodinamik stabil.

1. Deskripsi Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah AM Parikesit Tenggarong Seberang terletak di jalan Ratu Agung No. 1 Tenggarong Seberang dan berbatasan pada sebelah Selatan, Utara, Barat berbatasan dengan Hutan dan sebelah Timur berbatasan dengan perumahan warga, pasien yang dirawat intensif di ruang ICCU di Rumah Sakit Umum Daerah AM Parikesit Tenggarong seberang sebesar 15 orang dan ruang rawat inap lainnya seperti Enggang 1, 2, dan 3 serta Punai 2 dan 3 sebesar 30 orang.

2. Analisis Uji Univariat

a. Karakteristik Responden

Analisis univariat dalam penelitian ini menggambarkan distribusi frekuensi dari seluruh variabel, yaitu: umur responden, pendidikan, pekerjaan, respon kesepian dan tingkat kecemasan pada pasien PJK. Responden yang terlibat dalam penelitian ini adalah pasien PJK yang minimal mendapat perawatan intensif di ruang ICCU dan ruang rawat inap selama 3 hari perawatan.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan Pada Pasien PJK di Rumah Sakit. (n=45)

No.	Karakteristik Responden	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Umur		
	<20 Tahun	0	0
	21-30 Tahun	5	11.1
	31-40 Tahun	11	24.4
	>40 Tahun	29	64.4
2.	Pendidikan		
	Tamat SD/Sederajat	7	15.6
	SLTP/SMP	7	15.6
	SLTA/SMA	19	42.2
	Perguruan Tinggi	12	26.7
3.	Pekerjaan		
	PNS	8	17.8
	Karyawan Swasta	6	13.3
	Wiraswasta	22	48.9
	Tidak Bekerja	9	20

Sumber data: Data Primer, 2020

Berdasarkan Tabel 4.1 diatas maka didapatkan hasil sebagian besar responden memiliki usia >40 tahun yaitu sebanyak 29 responden (64.4%). Pendidikan terakhir responden kebanyakan SLTA/SMA sebanyak 19 responden (42.2%). Pekerjaan responden kebanyakan Wiraswasta sebanyak 22 responden (48.9%).

b. Karakteristik Respon Kesepian

Gambaran karakteristik respon kesepian pada pasien PJK di Rumah Sakit dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut ini.

Tabel 4.2 Karakteristik Respon Kesepian Pada Pasien PJK di Rumah Sakit. (n=45)

No.	Variabel	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Respon Kesepian		
	Rendah	11	24.4
	Sedang+Berat	34	75.6

Sumber data: Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa respon kesepian pada pasien PJK yang dirawat di ruang ICCU dan ruang rawat inap Rumah

Sakit didapatkan bahwa responden mengalami respon kesepian rendah sebanyak 11 responden (24.4%), dan untuk responden yang mengalami respon kesepian sedang+berat sebanyak 34 responden (75.6%).

c. Karakteristik Tingkat Kecemasan

Gambaran karakteristik respon kesepian pada pasien PJK di Rumah Sakit dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut ini.

Tabel 4.3 Karakteristik Tingkat Kecemasan Pada Pasien PJK di Rumah Sakit (n=45)

No.	Variabel	Frekuensi (n)	Presentase (%)
1.	Tingkat Kecemasan		
	Tidak cemas	8	17.8
	Kecemasan ringan	22	48.9
	Kecemasan sedang	15	33.3
	Kecemasan berat	0	0
	Panik	0	0

Sumber data: Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa respon kesepian pada pasien PJK yang dirawat di ruang ICCU dan ruang rawat inap Rumah Sakit didapatkan bahwa responden mengalami kecemasan saat dirawat inap mengalami kecemasan dengan gejala ringan sebanyak 22 respon (48.9%) dan yang mengalami kecemasan dengan gejala sedang sebanyak 15 responden (33.3%), serta yang tidak cemas sebanyak 8 responden (17.8%).

3. Analisis Uji Bivariat

Analisa bivariat dalam penelitian ini menggunakan perhitungan uji *Chi-Square*, uji ini dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit.

Tabel 4.4 Uji *Chi-Square* Antara Respon Kesepian Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien PJK di Rumah Sakit Pada Juli 2020 (n=45)

Respon Kesepian	Tingkat Kecemasan						Jumlah		<i>P Value</i>
	Tidak Cemas		Ringan		Sedang		N	%	
	N	%	N	%	N	%			
Rendah	5	45.5	3	27.3	3	27.3	11	100	0.020
Sedang+Berat	3	8.8	19	55.9	12	35.3	34	100	
Total	8	17.8	22	48.9	15	33.3	45	100	

Sumber data: Data Primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square* pada 45 responden yang mempunyai PJK didapatkan hasil uji statistik menetapkan terdapat 5 dari 11 responden (45.5%) memiliki respon kesepian rendah dengan tingkat kecemasan tidak cemas. Ada pula 3 dari 11 responden (27.3%) memiliki respon kesepian rendah dengan tingkat kecemasan ringan. Ada pula 3 dari 11 responden (27.3%) memiliki respon kesepian ringan dengan tingkat kecemasan sedang. Sementara ditemukan pula terdapat 3 dari 34 responden (8.8%) memiliki respon kesepian sedang+berat dengan tingkat kecemasan tidak cemas dan juga 19 dari 34 responden (55.9%) memiliki respon kesepian sedang+berat dengan tingkat kecemasan ringan. Ada pula 12 dari 34 responden (35.3%) memiliki respon kesepian sedang+berat dengan tingkat kecemasan sedang.

Hubungan respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien PJK yang dirawat di ruang ICCU dan ruang rawat inap Rumah Sakit menggunakan uji *Chi-Square* dengan tingkat kesalahan (alpha) 0.05, hasil *p value* yang didapatkan signifikan (0.020) yang berarti $p \text{ value} < 0.05$ sehingga H_a diterima dan H_0 ditolak. Sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit.

B. Pembahasan

Pada bab ini, akan membahas dan menjelaskan tentang hasil penelitian yang didapat dari analisa bivariat tentang variabel independen dan variabel dependen serta membahas dari kedua hubungan antara kedua variabel tersebut dan membandingkan teori dengan penelitian terkait, mendiskusikan hasil penelitian yang telah diuraikan pada bab sebelumnya.

Berdasarkan tabel 4.4 dapat diketahui hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square* pada 45 responden yang mempunyai PJK didapatkan hasil uji statistik menetapkan terdapat 5 dari 11 responden (45.5%) memiliki respon kesepian rendah dengan tingkat kecemasan tidak cemas. Ada pula 3 dari 11 responden (27.3%) memiliki respon kesepian rendah dengan tingkat kecemasan ringan. Ada pula 3 dari 11 responden (27.3%) memiliki respon kesepian ringan dengan tingkat kecemasan sedang. Sementara ditemukan pula terdapat 3 dari 34 responden (8.8%) memiliki respon kesepian sedang+berat dengan tingkat kecemasan tidak cemas dan juga 19 dari 34 responden (55.9%) memiliki respon kesepian sedang+berat dengan tingkat kecemasan ringan. Ada pula 12 dari 34 responden (35.3%) memiliki respon kesepian sedang+berat dengan tingkat kecemasan sedang.

Hubungan respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien PJK yang dirawat di ruang ICCU dan ruangan rawat inap lainnya menggunakan uji *Chi-Square* dengan tingkat kesalahan (α) 0.05, hasil *p value* yang didapatkan signifikan (0.020) yang berarti *p value* < 0.05 sehingga H_a diterima dan H_0 ditolak. Sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit.

Hasil uji hipotesis ini selaras dengan apa yang diungkapkan oleh Nolen Hoeksema dan Girgus yang menyatakan bahwa ada 3 faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu faktor kepribadian, faktor biologis, dan faktor sosial. Faktor sosial disini seperti adanya peristiwa hidup yang negatif seperti kehilangan anggota keluarga dan berharap secara berlebihan kepada orang tua dan teman sebaya. Rasa berharap ini muncul karena biasanya individu tersebut tidak memiliki hubungan sosial yang baik dengan keluarga

maupun lingkungan sosialnya sehingga timbul rasa kesepian dalam diri individu tersebut.

Kesepian dialami oleh seseorang saat pasangan hidup atau teman dekatnya meninggal, tidak memiliki partner seksual dan terpisah dengan keluarga, tidak adanya kegiatan dalam mengasuh anak-anaknya yang sudah dewasa dan bersekolah tinggi sehingga, tidak memerlukan penanganan yang terlampau rumit, berkurangnya teman/relasi akibat kurangnya aktivitas di luar rumah, anak-anaknya yang meninggalkan rumah karena menempuh pendidikan kejenjang yang lebih tinggi, anak-anaknya yang meninggalkan rumah untuk bekerja, anak-anaknya telah dewasa dan membentuk keluarga sendiri. Masalah diatas akan menimbulkan rasa kesepian bagi seseorang (Brehm dan Sharon, 2008).

Kesepian dapat mengakibatkan munculnya berbagai masalah-masalah kesehatan fisik dan psikologis mulai dari depresi atau kecemasan, gangguan tidur, stress, keinginan bunuh diri, dan system kekebalan tubuh menurun (Damayanti, 2013). Hal yang bisa dilakukan oleh seseorang dalam menghadapi kesepian yaitu bersikap ramah, mengunjungi teman sebaya, melakukan kegiatan atau kesibukan yang bermanfaat bagi dirinya maupun orang lain, melaksanakan ibadah sesuai agama masing-masing dengan rajin dan tekun (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2012). Kesepian adalah perasaan terasing, tersisihkan, terpercil dengan orang lain. Kesepian akan muncul jika seseorang merasa tersisih dari kelompoknya, tidak diperhatikan oleh orang-orang disekitarnya, terisolasi dari lingkungan, dan tidak ada seseorang yang bisa dijadikan tempat berbagi rasa dan pengalaman (Suadirman, 2011).

Pasien dengan PJK secara fisik mengalami berbagai perubahan yang dapat berpengaruh terhadap aspek lainnya seperti aspek psikologis dan spiritual. Secara fisik pasien dapat mengalami angina, sesak, mudah lelah serta gangguan seksual (Rosidawati et al., 2015) dan secara psikologis pasien dengan PJK sering mengalami cemas dan depresi (Aldana et al., 2006; Fukuoka, Lindgren, Rankin, Cooper, & Carroll, 2007; Davidson et al., 2013), lebih lanjut Sarafino dan Smith (2014) mengungkapkan bahwa masalah

psikososial yang dialami oleh pasien dengan penyakit kronis adalah cemas, depresi, kemarahan, dan keputusasaan serta kesepian. Cemas dan depresi yang dialami oleh pasien PJK menurut Amin, Jones, Nugent, Rumsfeld, dan Spertus (2006) dapat terjadi karena diagnosis dokter tentang penyakit serius, status kesehatan yang memburuk, intervensi pengobatan, dan kekambuhan gejala yang berulang. Stres, cemas maupun depresi secara langsung dapat memengaruhi jantung. Berawal dari stimulasi sistem saraf simpatis kemudian akan meningkatkan heart rate (HR), kecepatan konduksi melalui AV node, dan kekuatan kontraksi atrial dan ventrikel jantung serta vasokonstriksi pembuluh darah yang akan mengaktifkan sistem renin angiotensin. Kondisi tersebut akan meningkatkan kebutuhan supply oksigen di jantung, sedangkan pasien dengan PJK memiliki gangguan dalam aliran darah koroner dengan kata lain kebutuhan oksigen yang meningkat tersebut sulit untuk terpenuhi (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010; Monahan, Sands, Neighbors, Marek, & Green, 2007).

Efek yang muncul akibat dari gangguan pemenuhan oksigenasi dapat berupa nyeri dada, sesak, intoleransi aktivitas dan meningkatkan pula stress ataupun kecemasan yang sudah dialami sebelumnya. Lebih lanjut disebutkan bahwa depresi dapat meningkatkan reaksi inflamasi dimana reaksi ini merupakan bagian intrinsik dari timbulnya atherosclerosis dan berhubungan dengan pelepasan sitokin (C-reactive protein dan IL-1 dan IL-6) (Frasuresmith, Thérroux, & Irwin, 2004), oleh Ridker, Hennekens, Roitman Johnson, Stampfer, dan Allen (1998) disebut sebagai penanda inflamasi masih menurut Ridker, *et al* (1998) penanda inflamasi ini merupakan faktor yang memengaruhi dari insidensi PJK dan menurut Lindmark, Diderholm, Wallentin, & Siegbahn (2001) dapat memperburuk prognosis pasien dengan PJK.

Kecemasan menurut Videbeck (2014) adalah perasaan tidak nyaman atau takut dan mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi tersebut terjadi. Kecemasan dalam batas-batas tertentu dianggap sebagai hal positif sebagai peringatan terhadap adanya ancaman, sehingga individu dapat mempersiapkan proses penyesuaian diri

yang lebih efektif (Sadock, Kaplan, & Sadock, 2007). Sedangkan kecemasan berat mengarah depresi disebut juga sebagai mood disorder menurut Videbeck (2014) merupakan perubahan dalam emosi yang dimanifestasikan dengan depresi, mania atau keduanya. Hal ini memengaruhi kehidupan seseorang, dengan kesedihan yang sangat mendalam dalam jangka waktu yang panjang, agitasi ataupun kegembiraan, menyertai keraguan diri, rasa bersalah, dan kemarahan dan mengubah kehidupan terutama berkaitan dengan harga diri, pekerjaan dan hubungan sosial (kesepian).

Berdasarkan uraian diatas dapat dilihat bahwa kecemasan memiliki pengaruh negatif yang lebih besar terhadap seseorang dibandingkan dengan tindakan menarik diri, sehingga efeknya pun terhadap kualitas hidup pasien dengan PJK akan jauh lebih berat, apalagi cemas terjadi dalam jangka waktu yang lama akan membebani kesehatan pasien PJK. Kesedihan dan kesepian yang berkepanjangan akan memengaruhi kemampuan aktivitas fisik dan sosial seseorang sehingga dampak penurunan kualitas hidup pada penderita PJK pun menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang hanya mengalami kesepian saja. Cemas merupakan faktor yang memengaruhi yang paling signifikan terhadap kualitas hidup. Berdasarkan beberapa penelitian yang sudah dilakukan hal ini dapat terjadi salah satunya berkaitan dengan serotonin. Di dalam neuron keberadaan serotonin yang berikatan dengan reseptor serotonin dapat mengaktifasi sinyal kimiawi yang dipercaya dapat memengaruhi fungsi psikologis seseorang (pengaturan mood, hasrat seksual, tidur, nafsu makan dan sosialisasi terhadap lingkungan) (Belmaker & Agam, 2008).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fida Anjar Sari (2013) dimana dalam hasil penelitiannya menunjukkan hasil bahwa terdapat hubungan antara tingkat kesepian dengan tingkat kecemasan yang dilakukan di Dusun Klalaloro 1 Giripanggung Tepus Gunung Kidul dengan hasil statistik menggunakan analisis korelasi *Kendall Tau* dengan *t* hitung sebesar 0.207 dan nilai signifikan (*p*) sebesar 0.034. Dari uraian diatas dapat kita ketahui bahwa kesepian merupakan faktor yang akan mengakibatkan kecemasan jangka panjang dan bisa berubah menjadi depresi (kecemasan

berat), pada penelitian ini juga ditemukan faktor bahwa pada tingkat kesepian yang berjangka mempengaruhi harga diri dan tingkat sosialisasi seseorang terhadap lingkungan, mereka akan menarik diri serta harga diri akan menurun. Faktor ini menyebabkan tingkat cemas semakin meningkat dan mempengaruhi kesehatan mereka, dimana pada pasien PJK diketahui bahwa kecemasan pada tubuh berdasarkan uraian sebelumnya berdampak terhadap peningkatan beban kerja jantung dan penurunan respon imun, jika dikaitkan dengan pasien PJK kondisi ini dapat memperburuk penyakit tersebut, hal ini terjadi karena peningkatan beban kerja jantung serta peningkatan kebutuhan oksigen dapat memperburuk perfusi miokard.

Lebih lanjut penurunan perfusi pada miokard dapat menyebabkan terjadinya peningkatan angina (nyeri dada), hal ini diperkuat oleh Rachmi, Nuraeni, dan Mirwanti (2015) bahwa cemas memiliki korelasi positif dengan frekuensi angina artinya semakin cemas maka pasien PJK akan lebih sering mengalami angina begitu pula sebaliknya semakin sering mengalami angina maka pasien PJK akan semakin merasakan cemas. Infeksi yang terjadi pada pasien PJK akibat dari penurunan daya tahan tubuh pun dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan oksigen karena meningkatnya metabolisme. Kondisi ini dapat semakin memperburuk kondisi jantung sehingga perlu segera ditangani. Semakin sering pasien PJK mengalami kecemasan hal ini akan semakin memperburuk kondisi fisik pasien. Efek buruk yang terjadi antara lain sesak, nyeri dada, dan intoleransi aktivitas serta meningkatnya keterbatasan fisik, peningkatan frekuensi angina (nyeri dada), dan memperburuk stabilitas angina. Kondisi ini dapat memperburuk persepsi pasien PJK terhadap penyakitnya serta dapat menurunkan pula kepuasan pasien terhadap pengobatan (Nuraeni et al., 2016). Semakin lama cemas dibiarkan akan maka resiko terhadap terjadinya depresi semakin meningkat, hal ini merujuk pada Videbeck (2014) bahwa stress atau cemas berpengaruh dalam kondisi emosi seseorang, perubahan kondisi fisik dan emosi yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan terjadinya depresi.

Berdasarkan penelitian ini diketahui bahwa kesepian memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian cemas, hal ini menunjukkan bahwa penting

untuk mencegah terjadinya kecemasan pada PJK. Selain itu depresi dan cemas juga menyebabkan penurunan kualitas hidup pada pasien PJK, sehingga menurunkan tingkat kecemasan maupun depresi menjadi hal yang penting untuk dilakukan. Seringkali pasien PJK tidak menyadari sedang mengalami kecemasan ataupun depresi dan tidak tahu bagaimana cara mengontrolnya. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang fokus asuhan keperawatannya meliputi aspek biopsikososiospiritual sehingga perlu memperhatikan keseluruhan aspek ini, karena semuanya saling memengaruhi termasuk didalamnya dalam memberikan manajemen stress, cemas maupun depresi pada pasien PJK. Perawat perlu memperhatikan peningkatan aspek fisik pasien, menurunkan cemas dan juga depresi serta mendorong penggunaan aspek spiritual untuk meningkatkan “*spiritual healing*”.

Salah satu upaya untuk mengatasi permasalahan psikososial ini adalah dengan menggunakan aspek spiritual. Penelitian yang dilakukan di Brazil menunjukkan hasil bahwa terapi spiritual (*spiritual healing*) mampu menurunkan kejadian cemas dan depresi serta meningkatkan saturasi perifer *oxyhemoglobin* pada pasien dengan gangguan kardiovaskular (Carneiro et al., 2017), selain itu berdasarkan hasil penelitian di salah satu rumah sakit di Bandung pun terlihat adanya hubungan positif antara kesejahteraan spiritual dengan penurunan depresi (Mirwanti & Nuraeni, 2016). Lebih lanjut lagi penggunaan berbagai terapi lainnya meliputi terapi fisik, psikologis maupun spiritual perlu terus untuk dikembangkan dalam upaya mencegah maupun mengontrol kecemasan dan depresi pada pasien PJK.

Ketika semua faktor pemicu penyakit jantung bisa terkontrol, ternyata masih ada faktor lain yang bisa membuat jantung meradang. Keadaan jiwa dan fisik seseorang terdapat hubungan yang erat dan saling mempengaruhi. Artinya jika yang satu terganggu akan membawa pengaruh kepada bagian yang lainnya. Tentunya ini dapat di picu salah satunya dengan munculnya cemas dan stres. Menurut Denollet (1997) bahwa tekanan emosional dapat mempromosikan proses patofisiologi dalam penyakit jantung coroner. Secara keseluruhan, garis-garis konvergen merupakan bukti menunjukkan bahwa stres adalah terkait erat dengan mortalitas dan morbiditas pada pasien dengan

PJK. Terlepas dari tekanan emosional, PJK juga telah dikaitkan dengan penghambatan emosi dan perilaku. Stres pada hakikatnya tidak bisa dihilangkan sama sekali tetapi stres hanya bisa dikelola. Manajemen stres merupakan upaya menyeluruh untuk mengendalikan stres (*Natonal Safety Council, 2004*).

Menurut Noi & Smith (1991) ada beberapa teknik untuk mengendalikan atau mengatasi stres, yaitu relaksasi, senam, komunikasi, mengatur waktu, dan ketegasan. Menurut *Natonal Safety Council (2004)* manajemen stres dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu keterampilan Koping yang efektif, teknik relaksasi, dan gaya hidup yang lebih sehat. Menurut Robert Allan (2001) menyatakan bahwa untuk mengurangi resiko masalah jantung lebih lanjut maka penderita penyakit jantung harus mengurangi tingkat stres yang dialaminya karena orang yang megalami sakit jantung biasanya merupakan orang yang kurang mampu mengelola stres yang datang pada dirinya dengan baik. Salah satu caranya adalah dengan memanajemen stres karena stres dapat memicu serangan jantung dan menyebabkan kematian mendadak. Dalam penelitian ini, untuk mengurangi stres yang merupakan pemicu terjadinya serangan jantung pada pasien yang mengalami sakit jantung yaitu menggunakan 2 langkah.

Langkah pertama dalam mengelola stres tersebut adalah dengan cara mengajarkan untuk belajar menghindari situasi yang menyebabkan munculnya stres dan menghindari ledakan amarah, dan kemudian menata kembali situasi yang menjadi faktor utama penyebab stres. Langkah yang kedua, yaitu diajarkannya teknik relaksasi pada pasien penyakit jantung dan berharap untuk membantu mereka mengidentifikasi tanda-tanda aritmia yang akan datang sehingga mereka dapat mempersiapkan diri untuk kejutan. Setelah diadakannya penelitian ini didapatkan hasil bahwa pasien dengan tekanan darah yang sebelumnya tidak terkendali akhirnya menjadi turun tekanan darahnya.

Hal ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti di University Medical Center dan APA yang telah menemukan bahwa pasien yang menderita penyakit jantung yang telah diajarkan untuk mengelola stres

mereka dengan cara manajemen stres mereka, maka setelah menerapkan manajemen stres mereka menikmati kesehatan yang lebih baik dengan biaya yang lebih murah daripada pasien yang berpartisipasi dalam program latihan atau pasien yang diberikan perawatan jantung yang lebih khas. Penelitian yang diterbitkan dalam *The American Journal of Cardiology* ini diikuti 94 orang. Para pasien dibagi menjadi tiga kelompok: Satu kelompok mengikuti program latihan aerobik empat bulan, kelompok kedua berpartisipasi dalam intervensi psikologis mingguan manajemen stres dengan teknik relaksasi untuk periode waktu yang sama, dan kelompok kontrol menerima perawatan khas untuk pasien jantung - obat dan kunjungan rutin ke dokter. Para peneliti memeriksa dengan pasien setiap tahun untuk merekam peristiwa jantung tambahan dan mengukur biaya perawatan secara keseluruhan. Para pasien yang berpartisipasi dalam manajemen stres mempertahankan keuntungan mereka sehubungan dengan peristiwa klinis lebih sedikit selama periode lima tahun tindak lanjut dibandingkan dengan pasien yang hanya menerima perawatan medis rutin dan mereka punya tabungan yang signifikan dibandingkan dengan mereka yang rutin perawatan medis (Williams, 2005).

Relaksasi adalah salah satu teknik dalam terapi perilaku yang dikembangkan oleh Jacobson dan Wolpe untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan (Goldfried dan Davidson, 1976). Teknik ini dapat digunakan oleh pasien tanpa bantuan terapis dan mereka dapat menggunakannya untuk mengurangi ketegangan yang dialami sehari-hari di rumah. Terapi relaksasi dilakukan untuk mencegah dan mengurangi ketegangan pikiran dan otot-otot akibat stres (dalam Walker, 1981). Mulyono (2005) menjelaskan beberapa keuntungan yang diperoleh dari latihan relaksasi diantaranya relaksasi membuat seseorang lebih mampu menghindari reaksi yang berlebihan karena adanya stres. Keterampilan relaksasi sangat berguna untuk mengembangkan kemampuan tetap tenang atau menghindari kecemasan saat menghadapi kesulitan, selalu rileks akan membuat seseorang memegang kendali hidup. Latihan relaksasi akan banyak membantu penderita untuk dapat mengontrol kerja organ-organ tubuh, meminimalkan serangan dan menyimpan energi

penderita. Inilah salah satu teknik yang dapat digunakan oleh para penderita penyakit jantung untuk mereduksi stres yang mereka alami.

Ada bermacam-macam bentuk relaksasi. Antara lain relaksasi otot progresif, pernapasan *diaphragma*, *imagery training*, *biofeedback* dan *hypnosis*. Relaksasi otot progresif adalah teknik manajemen stres yang cukup sering digunakan untuk mereduksi stres. Hal ini dikarenakan relaksasi otot progresif merupakan jenis relaksasi termurah, tidak terdapat efek samping, mudah untuk dilakukan secara mandiri (Subandi, 2002). Selain itu relaksasi otot progresif didukung secara empiris dapat direspon ketegangan tingkat tinggi, seperti insomnia, mengurangi ketegangan sakit kepala, pengobatan tambahan pada kanker dan manajemen penyakit kronis (McCallie, 2006). Alasan ini juga yang menjadi pertimbangan peneliti menggunakan relaksasi otot progresif sebagai teknik manajemen stres dalam penelitian ini. Relaksasi otot progresif merupakan salah satu bentuk relaksasi yang mengkombinasikan latihan nafas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot.

Penegangan otot-otot tertentu, kemudian merileksasikannya. Relaksasi otot progresif bertujuan untuk mengurangi ketegangan dan kecemasan dengan cara melemaskan otot-otot badan. Dalam relaksasi progresif, seseorang diminta untuk menegangkan otot dengan ketegangan tertentu, dan kemudian diminta mengendorkannya (Mulyono, 2005). Seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Fakultas kedokteran Universitas Tarbiat Modares Iran yaitu meneliti tentang efektifitas pelatihan relaksasi progresif otot untuk meningkatkan kesehatan psikologis dan kualitas hidup pada 110 pasien penyakit jantung di klinik rehabilitasi jantung Teheran, *Iran Heart Center*. Dari penelitian ini, dapat diketahui bahwa pelatihan relaksasi progresif otot merupakan terapi yang efektif untuk meningkatkan kesehatan psikologis dan kualitas hidup pada pasien penyakit jantung (Heidarnia, 2007).

Fungsi relaksasi otot progresif pada pasien penyakit jantung adalah pengaktifan dari saraf parasimpatetis yang menstimulasi turunnya semua fungsi yang dinaikan oleh sistem saraf simpatetis, dan menstimulasi naiknya semua fungsi yang diturunkan oleh saraf simpatetis. Masing-masing saraf parasimpatetis dan simpatetis saling berpengaruh maka dengan bertambahnya

salah satu aktivitas sistem yang satu akan menghambat atau menekan fungsi lain. Kerja sistem saraf simpatetis menjadi normal sehingga pacuan organ-organ tubuh, denyut jantung dan pernafasan menjadi stabil dan sistem saraf parasimpatetis menstimulasi dengan baik semua fungsi. Oleh karena itu relaksasi dengan teknik relaksasi otot progresif bagi pasien penderita penyakit jantung ini sangatlah penting karena upaya ini bersifat menyeluruh, dalam artian melibatkan baik mental maupun fisik bahkan spirit. Selain itu, teknik relaksasi progresif juga menyangkut sisi pencegahan maupun upaya penanganan. Apabila stres pada penderita jantung dapat dicegah atau dikelola secara baik maka akan meminimalisir bahkan mencegah keparahan atau kekambuhan kondisi penyakitnya.

C. Keterbatasan Penelitian

Sebagaimana telah diuraikan dalam metode penelitian, bahwa rancangan penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan “*cross sectional*” yaitu semua variabel diukur secara kuantitatif dalam waktu yang ditentukan. Dalam penelitian ini terdapat kelemahan-kelemahan yang disebabkan karena keterbatasan peneliti, diantaranya adalah:

1. Pada penelitian ini sampel yang didapatkan sesuai dengan jumlah sampel yang ditentukan yaitu 45 responden, namun peneliti mengambil di lain ruangan, bukan hanya ruangan ICCU, peneliti mengambil sampel di ruangan lainnya seperti ruang Enggang 1, 2, dan 3 serta ruangan Punai 2, 3 dimana rumah sakit melakukan *social distancing* dan penerapan pengurangan pasien sebagai bentuk mengurangi resiko penularan virus Covid-19.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan di Rumah Sakit didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di Rumah Sakit.

B. Saran

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberi tambahan ilmu secara tidak langsung yang bagi siapa saja dapat meningkatkan pengetahuan masing-masing individu.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan wacana atau tambahan kepustakaan bagi pembaca atau peneliti selanjutnya.

3. Bagi Responden

a. Pengetahuan responden atau pasien tentang PJK dalam kategori kesepian dan kecemasan sebagai faktor yang mempengaruhi kerja jantung pada pasien PJK dan diharapkan lebih bisa dalam mencegah agar tidak terjadi pada diri sendiri dan meningkatkan lagi pengetahuannya dengan melalui informasi media masa (Koran, majalah, dan lain-lain), maupun media elektronik (Televisi dan radio).

b. Diharapkan keluarga untuk lebih memperhatikan lingkungan sekitar pasien PJK yang memungkinkan berbahaya bagi pasien dan mengaplikasikan pencegahan kesepian dan kecemasan dengan cara sering berinteraksi dengan pasien secara terbuka.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan hasil penelitian ini dapat dikembangkan lagi dengan melihat dari faktor lain seperti pengalaman, dan lingkungan responden, dan dapat memberikan masukan serta aplikasi pada perawat yang melakukan asuhan keperawatan, menjadikan perawat

lebih *caring* terhadap lingkungan sekitar, dimana perawat pun mampu melakukan manajemen stres dan sebagai bahan evaluasi terhadap tindakan asuhan keperawatan yang ada. Serta diharapkan jika ada peneliti yang ingin melanjutkan penelitian ini, disarankan penelitiannya lebih tinggi dari yang ada.

5. Bagi Institusi terkait/ tempat penelitian

Diharapkan bagi institusi penelitian atau pihak Rumah Sakit dapat membuat program tertentu untuk menangani stres pada pasien serta menjadi perantara terhadap perawat atau pemberi asuhan kesehatan lainnya. Dimana setelah mengetahui bahaya kesepian dan kecemasan pada pasien PJK



DAFTAR PUSTAKA

- AHA. (2012). pengertian jantung koroner. *Konsep Penyakit Jantung Koroner*.
- Alligood, M. R. (2017). *Nursing Theorists and Their Work*. Elsevier Health Sciences.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Salemba.
- Antman E, B. E. (2005). *Management ST Elevation Myocardial Infarction* (7th ed; L. P. Braunwald E, Zipes DP, ed.). Philadelphia: WB Saunders.
- Anwar, T. B. (2004). Penyakit Jantung Koroner dan Hypertensi. *E-USU Repository Universitas Sumatera Utara*.
- Azzahra, fatimah. (2017). PENGARUH RESILIENSI TERHADAP DISTRES PSIKOLOGIS PADA MAHASISWA. *Fakultas Psikologi, Universitas Muhammadiyah Malang, 05*.
- Bull, E dan Morrell, J. (2007). *Simple Guides Colesterol*. Jakarta (ID): Erlangga.
- Dahlan, sopiyudin. (2016). *Langkah langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan* (2nd ed., Vol. 2). Jakarta (ID): SAGUNG SETO.
- Dalusung-Angosta, A. (2010). *Coronary Heart Disease Knowledge and Risk Factors among Filipino-Americans connected to Primary Care Services*. University of Hawai at Manoa.
- Dharma, & Kusuma, K. (2013). Panduan Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian. In *Metodologi Penelitian Keperawatan*. <https://doi.org/10.5402/2013/861912>
- Damayanti, M., & Iskandar. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If It Changes It Must Be a Process. Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Fraker TD Jr, Fihn SD, G. R. (2007). Chronic Angina Focused Update of The ACC/AHA Guidelines for The Management of Angina: A Report of The American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to Develop the Focused Update of 2002 Guideli. *American Heart Association, 116, 2762–2772*.
- Gunarsa, (2010). Perkembangan usia lanjut .[http:// www.gunadarma.ac.id/library/articels/graduate /psychology/2010/Artikel_10503215.pdf](http://www.gunadarma.ac.id/library/articels/graduate/psychology/2010/Artikel_10503215.pdf) (diperoleh tanggal 4 februari 2020)
- G, S. S. & B. (2008). *Brunner & Suddarth : Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Jeffrey S. Nevid, J.S, Rathus, S.A & Green, B. (2013). *Psikologi Abnormal Jilid 2*. Jakarta: Erlangga
- Hawari D. *Stress, (2013). Depresi, dan Cemas*. Jakarta: EGC.
- Hayes, D. M. D. (1999). CNN - Distress, sudden exercise raise heart attack risk - July 27, 1999.
- Heo, S., Lennie, T. A., Moser, D. K., & Kennedy, R. L. (2014). Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *The Journal of Acute and Critical Care*, 43(4), 299–305.
- Hermawati, Risa, A. C. D. (2014). *Penyakit Jantung Koroner*. Jakarta: FMedia.
- Kabo, P dan Karim, S. (2008). *EKG dan Penanggulangan Beberapa Penyakit Jantung Untuk Dokter Umum*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesi.
- Kemendes RI. (2014). Situasi kesehatan jantung. *Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI*, 3. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, .et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959–956.
- Khairul Darussalam, F. dan N. (2018). *HUBUNGAN ANTARA PENERIMAAN DIRI DENGAN TINGKAT DEPRESI PADA PASIEN PENDERITA PENYAKIT JANTUNG KORONER (PJK) DI POLIKLINIK JANTUNG RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI*.
- Leonard, L. S. (2011). *Pathophysiology of Heart Disease* (5th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams and Wilkins.
- Lismawaty, I. (2015). *TINGKAT DEPRESI DAN FREKUENSI ANGINA PADA PASIEN SINDROM KORONER AKUT DI POLIKLINIK JANTUNG RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG*. Unpad.
- Majid, A. (2007). *Penyakit jantung Koroner: Patofisiologi, Pencegahan Dan Pengobatan Terkini*. Sumatera Utara Medan.
- Marleni, L., & Alhabib, A. (2017). *Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner di RSI SITI Khadijah Palembang*.
- Matthews, E. (2003). Autonomy and psychiatric patient. *Jurnal of Applied Philosophy*, 17(1). Retrieved from <https://doi.org/10.1111/1468-5930.00140>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2017). Social causes of psychological distress. In *Social Causes of Psychological Distress*. <https://doi.org/10.4324/9781315129464>
- Naga, Sholeh. S. . (2012). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Diva Press

- Niven, N. (2007). Coronary Heart Disease Indonesian. *Universitas Stuttgart*, 1–8.
- Notoadmojo, (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- , (2011). *Ilmu Prilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- , (2012). PENDIDIKAN DAN PERILAKU KESEHATAN. JAKARTA: PT Rineka Cipta (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Nursalam. (2008). Konsep Dan Teori Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. In *Salemba Medika*. https://doi.org/10.1007/0-387-36274-6_24
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2005). Nursing researched principles and methods sixth edition. *Philadelphia, Lippincot*.
- Rahman, A.A. 2013. *Psikologi Sosial: Integrasi Pengetahuan Wahyu dan Pengetahuan Empirik*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Rahmi. (2015). Gambaran tingkat kesepian pada lansia di panti tresna werdha pandaan. *Seminar psikologi dan kemanusiaan*, 3(1), 258.
- Rianto, A. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta :NuhaMedika.
- Riduwan, M.B.A. (2013). *Dasar-dasar Statistika*. Bandung: Alfabeta.
- Ridwan (2010). *Darah dan Sirkulasinya*. Jakarta: EGC
- RSUD. (2020). *BOR,LOS,TOI*.
- Ruz, M.E.A., Lennie, T.A., & Moser, D. K. (2011). Effect of β – blockers and anxiety on complication rates After acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 20, 67–74.
- Sanjaya, Agung.(2012). Hubungan Interaksi Sosial Lansia Dengan Kesepian Lansia Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Dan Balita Wilayah Binjai Dan Medan (Skripsi). Medan: FK USU. Soekanto, 2012, Konsep Kesepian Pada Lansia. Jakarta. Rineka Cipta
- Sastroasmoro, S dan Ismael, S. (2011). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Sudirman, S. (2011). *Psikologi Lanjut Usia*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.
- Skiba, D. J. (2017). The Potential of Blockchain in Education and Health Care. *Nursing Education Perspectives*. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.000000000000190>
- Sudoyo Aru W, Setiyohadi Bambang, Alwi Idrus, Simadibrata Marcellus, S. S. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* (4th ed). Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Sugiyono. (2016). *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: CV Alfabeta.
- Syukri, A. (2013). PROFIL PENYAKIT JANTUNG KORONER DI IRINA F

JANTUNG RSUP PROF. Dr. R. D. KANDOU MANADO. *E-CliniC*, 1.
<https://doi.org/10.35790/ecl.1.1.2013.6036>

WHO. (2015). WORLD HEALTH STATISTIC 2015. In *Acta Universitatis
Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0625>

Wirtz, P. H., & von Känel, R. (2017). Psychological Stress, Inflammation, and
Coronary Heart Disease. *Current Cardiology Reports*, 19(11).
<https://doi.org/10.1007/s11886-017-0919-x>



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rini Ripariah
Nim : B21831712601
Tempat tanggal lahir : Amuntai, 17 Agustus 1990
Agama : Islam
Alamat : Jln Gunung Belah Rt 034 ,kecamatan Tenggara
Jenis kelamin : Perempuan
Riwayat pendidikan : 1. SDN Palimbangan
2. MTSN Model Amuntai
3. MAN 2 Amuntai
4. Akademi Keperawatan Intan Martapura
Email : riniripariah@gmail.com



Lampiran 1

PLAN OF ACTION KEGIATAN TUGAS AKHIR TAHUN AKADEMIK 2020/2021

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

SURAT IJIN PENELITIAN



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA



IZIN DIKTI NO: 129/D/O/2008
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 640/SK/BAN-PT/Akred/PT/V/2015
PERINGKAT B

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp/Fax. (0541) 7272431
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

Nomor : 129 /STIKES-WHS/LT/2020
Lampiran : -
Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

17 Februari 2020

Kepada Yth.
Direktur RSUD. Am. Parikesit Tenggarong
Cq. Diklit RSUD. Am. Parikesit Tenggarong
di -

Tempat

Dengan hormat,

Teriring sajam 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 studi pendahuluan dan pengambilan data di Tempat yang Bapak/ibu pimpin

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : RINI RIPARIAH
NIM : B21831712601
Semester : II
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Hubungan Kesepian dengan Peningkatan Respon cemas pada pasien penyakit jantung koroner pasca perawatan

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



Ns. Samiati Sinaga, M.Kep
17078201



PEMERINTAH KABUPATEN KUTAI KARTANEGARA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJI MUHAMMAD PARIKESIT

Jalan Ratu Agung No.1 Tenggarong Seberang ☎ (0541) 661013-661015
Website : www.rsamp.kukarkab.go.id E-mail : rsudamparikesit@yahoo.com



Tenggarong Seberang, 6 Juli 2020

Nomor : 445/3788 /070/VII/2020
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Peresetujuan Izin Penelitian
Mahasiswa

Kepada
Yth. Wakil Ketua I STIKES Wiyata
Husada Samarinda
di - Samarinda

Menindaklanjuti Surat dari Wakil Ketua I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Wiyata Husada Samarinda Nomor 128/STIKES-WHS/LT/2020 tanggal 17 Februari 2020 tentang Permohonan Izin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data Penelitian dari Mahasiswa, atas nama:

Nama : Rini Ripariah
NIM : B21831712601
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : Hubungan Kesepian dengan Peningkatan Respon Cemas pada Pasien Penyakit Jantung Koroner pasca Perawatan

Maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya RSUD Aji Muhammad Parikesit menerima permohonan penelitian tersebut, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Data yang diambil sesuai dengan keadaan dilapangan dan disetujui oleh Kepala Ruangan.
2. Kegiatan tersebut tidak mengganggu fungsi pelayanan yang ada di RSUD Aji Muhammad Parikesit.
3. Mahasiswa tersebut sanggup mematuhi dan mentaati peraturan yang berlaku di RSUD Aji Muhammad Parikesit.
4. Setelah selesai melakukan penelitian, mahasiswa melapor ke Bagian Pengembangan Cq. Sub Bagian Diklit dan Kerjasama

Demikian informasi ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Plt. Direktur,



dr. Martina Yulianti, Sp.PD.FINASIM., M.Kes (MARS)

Pembina Utama Muda
NIP. 19710712 200012 2 002



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/II/2019

📍 itkeswhs

📧 itkeswhs

🌐 www.itkeswhs.ac.id

✉ info@itkeswhs.ac.id

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

Nomor : 1135 /ITKES-WHS/LT/2020
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

15 Juli 2020

Kepada Yth.

Direktur RSUD. Aji Muhammad Parikesit
Cq. Diklit RSUD. Aji Muhammad Parikesit
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 : RINI RIPARIAH
NIM : B21831712601
Semester : III
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Hubunga Antara Respon Kespian dengan tingkat kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong**

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

Wakil Rektor I,



Chandra Sulistyorini, S.ST., M.Keb
NIK. 114104.87.13.075

"Hold The Future Now"



LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Assalamualaikum Wr Wb

Selamat Pagi/Siang/Sore

Nama Saya Rini Ripariah, mahasiswa semester 3 mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian dalam rangka memperoleh gelar sarjana. Penelitian ini mengenai hubungan antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien PJK di Rumah Sakit dengan pembimbing Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep dengan Ibu Ns. Marina Kristi L R, S.Kep., M.Kep. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan tentang antara respon kesepian dengan tingkat kecemasan pada pasien PJK di Rumah Sakit

Kuesioner ini terdiri dari 3 bagian, Sdr/idi minta untuk mengisi data demografi dan memberikan jawaban sesuai dengan penjelasan yang ada pada setiap bagian. Saya harap sdr/i memberikan keterangan yang sesuai dengan keadaan yang sdr/i alami, tidak ada jawaban yang benar atau salah.

Sebelumnya saya mengucapkan terima kasih atas kesediaan Sdr/I untuk turut serta dalam penelitian ini. Setiap data yang sdr/I berikan akan sangat berarti dalam penelitian ini. Data yang sdr/I berikan akan dijamin kerahasiannya dan hanya akan dipergunakan untuk keperluan penelitian ini. Bilamana saudara/I membutuhkan informasi yang belum jelas bias langsung menghubungi sayamelalui no telepon 085215765650

Demikian surat penjelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tenggarong, Juli 2020

Peneliti

Rini Ripariah

NIM: B21831712601

Lampiran 4

INFORMED CONSENT
PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Judul : Hubungan antara Respon Kesiapan dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien PJK di Rumah Sakit
Peneliti : Rini Ripariah
Pembimbing : Ns. Chrisylen Damanik, S.Kep., M.Kep & Ns. Marina Kristi L R, S.Kep. M.Kep

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan telah meminta dan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian yang dilakukan oleh Rini Ripariah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara respon kesiapan dengan tingkat kecemasan pada pasien pjk di Rumah Sakit. Saya mengerti bahwa penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi tugas akhir dan telah mendapat ijin dari ITKES Wiyata Husada Samarinda dan Rumah Sakit.

Saya mengerti bahwa saya telah menjadi bagian dari penelitian ini. Saya telah diberikan informasi bahwa keterlibatan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan kerahasiaan identitas saya akan dijaga oleh peneliti. Saya juga memiliki hak untuk menghentikan atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi. Demikianlah surat pernyataan ini saya tanda tangani sebagai tanda persetujuan secara sukarela tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Tenggarong,.....Juli 2020

Responden

(.....)

Lampiran 5

INSTRUMEN PENELITIAN

Judul : “Hubungan Keseharian Dengan Peningkatan Respon Cemas Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Paska Perawatan Di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggara”.

Tanggal penelitian :.....

No. Urut / Responden :.....

KUESIONER A (DATA DEMOGRAFI)

Petunjuk pengisian

1. Baca dengan teliti setiap pertanyaan sebelum menjawab
2. Beri tanda (X) pada salah satu pilihan jawaban yang bapak/ibu anggap benar
3. Periksa kembali jawaban ibu/ keluarga sebelum mengembalikan lembar kuesioner

A. Data Umum

1. Umur bapak/ibu sekarang :
 - a. < 20 tahun
 - b. 20 – 30 tahun
 - c. 31 – 40 tahun
 - d. > 41 tahun
2. Pendidikan terakhir bapak/ibu:
 - a. Tamat SD / Sederajat
 - b. SLTP
 - c. SLTA
 - d. Perguruan Tinggi
3. Pekerjaan bapak/ibu sekarang :
 - a. PNS
 - b. Karyawan swasta
 - c. Wiraswasta
 - d. Tidak bekerja

KUESIONER B (Instrumen Kesepian)

Petunjuk pengisian

- Berilah tanda *checklist* (✓) pada kolom yang telah disediakan
- Pilihan jawaban berupa:

TP : Tidak Pernah

J : Jarang

S : Sering

SL : Selalu

- Bila Anda mengganti jawaban, coretlah tanda *checklist* (✓) dengan tanda sama dengan (=) lalu beri *checklist* (✓) pada jawaban yang baru.

Contoh :

No.	Pernyataan	TP	J	S	SL
1	Saya merasa cocok dengan orang-orang di sekeliling saya.		(✓)	(✓)	

B. Data Khusus

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Selalu
1	Saya merasa cocok dengan orang-orang di sekeliling saya.				
2	Saya merasa kurang memiliki sahabat				
3	Saya merasa tidak ada seorang pun untuk tempat saya berpaling meminta bantuan				
4	Saya merasa tidak sendirian				
5	Saya merasa menjadi bagian dari orang-orang di sekeliling saya				
6	Saya merasa bahwa saya memiliki banyak kesamaan dengan orang-orang disekitar Saya.				
7	Saya merasa tidak lagi dekat dengan siapapun.				
8	Saya merasa minat-minat dan ide-ide saya tidak sejalan dengan orang-orang disekitar saya.				
9	Saya merasa, saya termasuk orang yang mudah bergaul				

10	Saya merasa memiliki orang-orang yang saya rasa dekat dengan saya				
11	Saya merasa ditinggalkan orang-orang disekeliling saya				
12	Saya merasa hubungan-hubungan sosial saya bersifat dangkal				
13	Saya merasa tidak ada seorangpun yang benar-benar memahami diri saya				
14	Saya merasa terasing dari orang-orang lain.				
15	Saya merasa saya dapat memiliki persahabatan bila saya menginginkannya.				
16	Saya merasa ada orang yang benar-benar mengerti saya				
17	Saya merasa tidak bahagia karena saya termasuk orang penyendiri				
18	Orang-orang berada disekitar saya, tetapi saya merasa tidak dekat hubungannya dengan mereka				
19	Saya merasa ada orang-orang yang dapat saya jadikan tempat mencurahkan isi hati saya				
20	Saya merasa ada orang-orang yang dapat menjadi tempat saya berpaling untuk meminta bantuan				

Sumber: Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. Encyclopedia of Mental Health, 2, 571-581. New York: Academic Press.

Lampiran 7

KUESIONER C (Instrumen Kecemasan)

Petunjuk pengisian

1. Baca dengan teliti setiap pertanyaan sebelum menjawab
2. Beri tanda (v) pada salah satu pilihan jawaban yang bapak/ibu anggap benar
3. Periksa kembali jawaban bapak/ibu sebelum mengembalikan lembar kuesioner

Keterangan Skor:

Nilai 0 : tidak ada gejala atau keluhan

Nilai 1 : gejala ringan

Nilai 2 : gejala sedang

Nilai 3 : gejala berat

Nilai 4 : gejala berat sekali

C. Data Khusus

No	Gejala Kecemasan	Skor					Kode
		0	1	2	3	4	
1	Apakah anda memiliki perasaan cemas, seperti: a. Cemas b. Firasat buruk c. Takut akan pilihan sendiri d. Mudah tersinggung						
2	Apakah anda memiliki perasaan tegangan seperti: a. Merasa tegang b. Lesu c. Tidak bias istirahat tenang d. Mudah terkejut e. Mudah menangis f. Gemeter g. Gelisah						
3	Apakah anda memiliki perasaan ketakutan, seperti: a. Pada gelap b. Pada orang asing c. Ditinggal sendiri d. Pada binatang besar e. Pada keramaian lalu lintas f. Pada kerumunan orang banyak						
4	Apakah anda memiliki masalah gangguan tidur, seperti:						

	<ul style="list-style-type: none"> a. Sukar masuk tidur b. Terbangun malam c. Tidur tidak nyenyak d. Bangun dengan lesu e. Banyak mimpi-mimpi f. Mimpi buruk g. Mimpi menakutkan 						
5	<p>Apakah anda memiliki gangguan kecerdasan, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sukar konsentrasi b. Daya ingat menurun c. Daya ingat buruk 						
6	<p>Apakah anda memiliki perasaan depresi, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hilangnya minat b. Berkurangnya kesenangan pada hobi c. Sedih d. Bangun dini hari e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari 						
7	<p>Apakah anda memiliki gejala somatik/fisik (otot), seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sakit dan nyeri di otot b. Kaku c. Kedutan otot d. Gigi gemerutuk e. Suara tidak stabil 						
8	<p>Apakah anda memiliki gejala somatik/fisik (sensori), seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tininur (telinga berdengung) b. Penglihatan kabur c. Muka merah atau pucat d. Merasa lemas e. Merasa ditusuk-tusuk 						
9	<p>Apakah anda memiliki gejala kardiavaskuler (jantung dan pembuluh darah), seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Denyut jantung cepat b. Berdebar-debar c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Rasa lesu/lemas seperti mau pingsan f. Detak jantung menghilang seperti mau pingsan g. Detak jantung menghilang berhenti sekejap 						
10	<p>Apakah anda memiliki gejala respiratori (pernapasan), seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Rasa tertekan atau sempit didada b. Rasa tercekik c. Sering menarik napas d. Napas pendek/ sesak 						
11	<p>Apakah anda memiliki gastrointestinal</p>						

	<p>(pencernaan)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sulit menelan b. Perut memlilit c. Gangguan pencernaan d. Nyeri sebelum dan sesudah makan e. Perasaan terbakar diperut f. Rasa penuh atau kembung g. Mual h. Muntah i. Buang air besar lembek j. Sukar buang air besar (konstipasi) k. Kehilangan berat badan 						
12	<p>Gejala urogenital (perkemihan dan kelamin), seperti:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sering buang air kecil b. Tidak dapat menahan air seni c. Tidak haid d. Darah haid berlebihan e. Darah haid amat sedikit f. Masa haid berkepanjangan g. Masa haid amat pendek h. Haid beberapa kali dalam sebulan i. Menjadi dingin j. Ejakulasi dini k. Ereksi melemah l. Ereksi hilang m. Impotensi 						
13	<p>Gejala autonom, seperti:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mulut kering b. Muka merah c. Mudah berkeringat d. Kepala pusing e. Kepala terasa berat f. Kepala terasa sakit g. Bulu-buli berdiri 						
14	<p>Tingkah laku (sikap) pada wawancara, seperti:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Gelisah b. Tidak tenang c. Jadi gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang f. Otot tegang/ mengeras g. Nafas pendek dan cepat h. Muka merah 						
	Total skor						

Lampiran 8

TABULASI DATA

Res	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Jawaban Kuesioner Respon Kesiapan																				Total Skor	Kategori
				P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20		
Res1	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Wiraswasta	2	3	2	2	3	3	3	2	1	4	3	4	3	2	3	3	3	4	2	4	56	Sedang+Berat
Res2	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Wiraswasta	3	2	2	2	2	4	4	4	2	2	3	3	3	3	1	1	3	1	2	2	49	Rendah
Res3	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Wiraswasta	4	2	2	2	3	3	1	1	1	3	3	2	2	2	3	2	3	3	1	2	45	Sedang+Berat
Res4	31-40 Tahun	SLTP	Wiraswasta	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	39	Rendah
Res5	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Tidak Bekerja	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	40	Sedang+Berat
Res6	20-30 Tahun	SLTP	Wiraswasta	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	53	Sedang+Berat
Res7	>41 Tahun	SLTA	Tidak Bekerja	3	2	2	2	2	4	4	4	2	2	3	3	3	3	1	1	3	1	2	2	49	Sedang+Berat
Res8	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	1	1	2	1	1	1	3	4	4	4	2	2	1	1	1	1	1	3	4	4	42	Sedang+Berat
Res9	31-40 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	3	2	2	2	2	4	4	4	2	2	3	3	3	3	1	1	3	1	2	2	49	Rendah
Res10	31-40 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	3	3	2	3	3	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	1	1	52	Sedang+Berat	
Res11	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	1	39	Sedang+Berat	
Res12	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	4	2	2	2	3	3	1	1	1	3	3	2	2	2	3	2	3	3	1	2	45	Sedang+Berat
Res13	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	3	3	2	3	3	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	1	1	52	Sedang+Berat	
Res14	>41 Tahun	SLTP	Karyawan Swasta	3	2	2	2	2	4	4	4	2	2	3	3	3	3	1	1	3	1	2	2	49	Rendah
Res15	>41 Tahun	SLTP	Tidak Bekerja	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	4	1	4	4	2	1	1	1	33	Sedang+Berat
Res16	>41 Tahun	SLTP	Tidak Bekerja	4	4	4	1	1	1	1	2	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	1	1	54	Sedang+Berat
Res17	31-40 Tahun	SLTP	Wiraswasta	2	1	3		2	1	1	1	2	4	2	2	2	2	3	1	1	1	3	36	Sedang+Berat	
Res18	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	3	2	1	3	2	3	4	4	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	47	Sedang+Berat
Res19	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	2	2	2	2	4	1	4	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	3	39	Sedang+Berat

Res20	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	1	2	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	1	4	3	3	2	4	51	Sedang+Berat
Res21	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	4	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	4	4	4	1	2	46	Sedang+Berat
Res22	20-30 Tahun	SLTA	Wiraswasta	4	2	2	3	3	3	1	1	3	2	1	1	3	1	2	1	2	1	4	4	44	Rendah
Res23	>41 Tahun	SLTA	Karyawan Swasta	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	4	4	4	2	2	55	Sedang+Berat
Res24	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	Karyawan Swasta	1	2	2	3	3	3	1	1	3	1	2	1	1	1	3	1	4	4	4	4	45	Sedang+Berat
Res25	20-30 Tahun	Perguruan Tinggi	Karyawan Swasta	4	1	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4	4	4	2	2	2	2	52	Sedang+Berat
Res26	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	Tidak Bekerja	2	3	1	3	2	2	2	2	2	1	1	3	3	4	1	4	4	1	1	3	45	Rendah
Res27	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Wiraswasta	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	1	3	3	3	2	2	2	4	1	2	44	Rendah
Res28	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Karyawan Swasta	3	4	2	3	2	2	3	2	2	4	3	3	3	3	4	1	3	3	2	3	55	Sedang+Berat
REs29	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Tidak Bekerja	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	3	3	1	1	1	4	2	3	36	Rendah
Res30	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	3	2	3	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	4	4	2	1	3	2	2	48	Sedang+Berat
Res31	20-30 Tahun	SLTA	Wiraswasta	3	2	2	2	2	4	4	4	2	2	3	3	3	3	1	1	3	1	2	2	49	Rendah
Res32	31-40 Tahun	SLTA	Wiraswasta	4	4	1	2	2	1	1	4	2	2	2	3	3	3	1	1	3	1	2	2	44	Sedang+Berat
Res33	>41 Tahun	SLTP	Wiraswasta	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	4	2	4	2	3	3	4	4	4	4	58	Sedang+Berat
Res34	31-40 Tahun	SLTA	Wiraswasta	3	3	2	2	2	1	3	4	2	2	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	40	Rendah
Res35	>41 Tahun	SLTA	Tidak Bekerja	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3	4	4	2	2	4	3	4	2	44	Sedang+Berat
Res36	31-40 Tahun	SLTA	Wiraswasta	3	4	4	1	1	1	1	2	1	3	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	44	Sedang+Berat
Res37	31-40 Tahun	Perguruan Tinggi	Wiraswasta	2	1	3	4	3	4	1	4	4	2	2	3	1	3	2	2	3	2	3	3	52	Sedang+Berat
Res38	31-40 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	3	1	1	1	1	3	4	4	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	44	Sedang+Berat
Res39	>41 Tahun	SLTA	PNS	4	1	1	2	4	4	1	2	2	1	2	3	1	1	3	2	1	1	3	1	40	Sedang+Berat
Res40	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	4	2	3	2	2	3	3	3	4	2	3	1	4	3	1	3	2	3	3	3	54	Sedang+Berat

Res41	>41 Tahun	SLTA	Karyawan Swasta	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	3	4	2	1	3	1	47	Sedang+Berat
Res42	31-40 Tahun	SLTA	Wiraswasta	2	3	2	3	3	3	1	1	4	4	4	2	2	2	3	3	2	4	4	4	4	56	Sedang+Berat
Res43	31-40 Tahun	SLTA	Tidak Bekerja	3	3	2	3	2	1	1	4	2	2	2	2	3	1	1	1	2	3	3	4	45	Sedang+Berat	
Res44	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	2	2	4	4	4	2	2	3	3	3	3	1	4	3	4	2	2	2	1	1	52	Sedang+Berat	
Res45	20-30 Tahun	SLTA	Tidak Bekerja	2	3	2	2	2	4	4	4	2	2	3	3	3	3	1	1	3	1	2	2	49	Rendah	

Res	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Jawaban Kuesioner Respon Kecemasan														Total Skor	Kategori	
				P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14			
Res1	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Wiraswasta	1	1	1	2	2	3	3	2	2	2	2	3	1	3	2	28	Ringan
Res2	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Wiraswasta	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	2	1	27	Tidak Cemas
Res3	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Wiraswasta	1	1	1	2	1	3	1	1	1	3	3	2	2	2	24	Sedang	
Res4	31-40 Tahun	SLTP	Wiraswasta	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	20	Sedang	
Res5	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Tidak Bekerja	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	3	2	2	1	22	Sedang	
Res6	20-30 Tahun	SLTP	Wiraswasta	3	3	2	3	3	2	3	3	1	2	2	2	2	2	33	Ringan	
Res7	>41 Tahun	SLTA	Tidak Bekerja	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	3	26	Sedang	
Res8	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	1	1	2	1	1	1	3	2	2	4	2	2	1	1	24	Sedang	
Res9	31-40 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	3	3	3	31	Ringan	
Res10	31-40 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	2	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	25	Sedang	
Res11	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	1	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	3	2	2	25	Ringan	
Res12	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	4	2	2	2	3	2	1	1	1	3	3	2	2	2	30	Ringan	
Res13	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	3	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	24	Tidak Cemas	
Res14	>41 Tahun	SLTP	Karyawan Swasta	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	3	3	24	Sedang	
Res15	>41 Tahun	SLTP	Tidak Bekerja	3	3	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	25	Sedang	
Res16	>41 Tahun	SLTP	Tidak Bekerja	1	1	1	2	1	1	1	2	3	3	3	1	3	4	27	Ringan	
Res17	31-40 Tahun	SLTP	Wiraswasta	2	1	3		2	1	1	1	2	4	2	2	2	2	25	Ringan	
Res18	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	3	2	1	3	2	3	4	4	2	3	2	2	2	2	35	Sedang	

Res19	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	26	Ringan
Res20	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	1	2	3	2	2	1	3	3	1	2	3	2	3	3	31	Ringan
Res21	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	4	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	26	Sedang
Res22	20-30 Tahun	SLTA	Wiraswasta	1	2	2	3	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	21	Tidak Cemas
Res23	>41 Tahun	SLTA	Karyawan Swasta	3	2	3	2	2	3	1	3	3	3	1	1	1	1	29	Ringan
Res24	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	Karyawan Swasta	1	2	2	3	3	3	1	1	3	1	2	1	1	1	25	Sedang
Res25	20-30 Tahun	Perguruan Tinggi	Karyawan Swasta	1	1	2	3	3	1	2	2	1	3	3	2	2	4	30	Ringan
Res26	>41 Tahun	Perguruan Tinggi	Tidak Bekerja	2	3	1	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	1	27	Tidak Cemas
Res27	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Wiraswasta	2	2	1	1	1	1	2	2	3	1	1	3	2	3	25	Tidak Cemas
Res28	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Karyawan Swasta	3	1	2	3	2	2	3	2	2	1	1	1	3	3	29	Ringan
REs29	>41 Tahun	Tamat SD/Sederajat	Tidak Bekerja	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	3	1	21	Tidak Cemas
Res30	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	35	Ringan
Res31	20-30 Tahun	SLTA	Wiraswasta	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	3	3	3	28	Sedang
Res32	31-40 Tahun	SLTA	Wiraswasta	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	3	3	22	Ringan
Res33	>41 Tahun	SLTP	Wiraswasta	4	1	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	27	Sedang
Res34	31-40 Tahun	SLTA	Wiraswasta	3	3	2	2	2	3	3	4	2	2	3	1	1	1	32	Ringan
Res35	>41 Tahun	SLTA	Tidak Bekerja	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3	2	1	22	Tidak Cemas
Res36	31-40 Tahun	SLTA	Wiraswasta	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	2	22	Ringan
Res37	31-40 Tahun	Perguruan Tinggi	Wiraswasta	2	1	3	2	3	2	2	3	4	2	2	3	1	3	33	Ringan
Res38	31-40 Tahun	Perguruan Tinggi	PNS	3	1	1	1	1	3	2	4	2	2	2	2	4	30	Ringan	
Res39	>41 Tahun	SLTA	PNS	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	3	1	1	22	Ringan
Res40	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	1	2	3	2	2	3	1	1	1	2	3	1	1	3	26	Tidak Cemas
Res41	>41 Tahun	SLTA	Karyawan Swasta	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	32	Ringan
Res42	31-40 Tahun	SLTA	Wiraswasta	2	3	2	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	25	Sedang
Res43	31-40 Tahun	SLTA	Tidak Bekerja	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	1	3	1	22	Sedang
Res44	>41 Tahun	SLTA	Wiraswasta	2	2	1	3	1	2	2	3	3	3	3	1	1	3	30	Ringan
Res45	20-30 Tahun	SLTA	Tidak Bekerja	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	3	3	29	Ringan

UJI UNIVARIAT

Frequencies

Statistics

		Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Kesepian	Kecemasan
N	Valid	45	45	45	45	45
	Missing	0	0	0	0	0
Percentiles	25	2.00	2.00	2.50	1.00	1.00
	50	3.00	3.00	4.00	1.00	1.00
	75	3.00	4.00	4.00	2.00	2.00

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30 Tahun	5	11.1	11.1	11.1
	31-40 Tahun	11	24.4	24.4	35.6
	>41 Tahun	29	64.4	64.4	100.0
Total		45	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tamat SD/Sederajat	7	15.6	15.6	15.6
	SLTP	7	15.6	15.6	31.1
	SLTA	19	42.2	42.2	73.3
	Perguruan Tinggi	12	26.7	26.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	8	17.8	17.8	17.8
	Karyawan Swasta	6	13.3	13.3	31.1

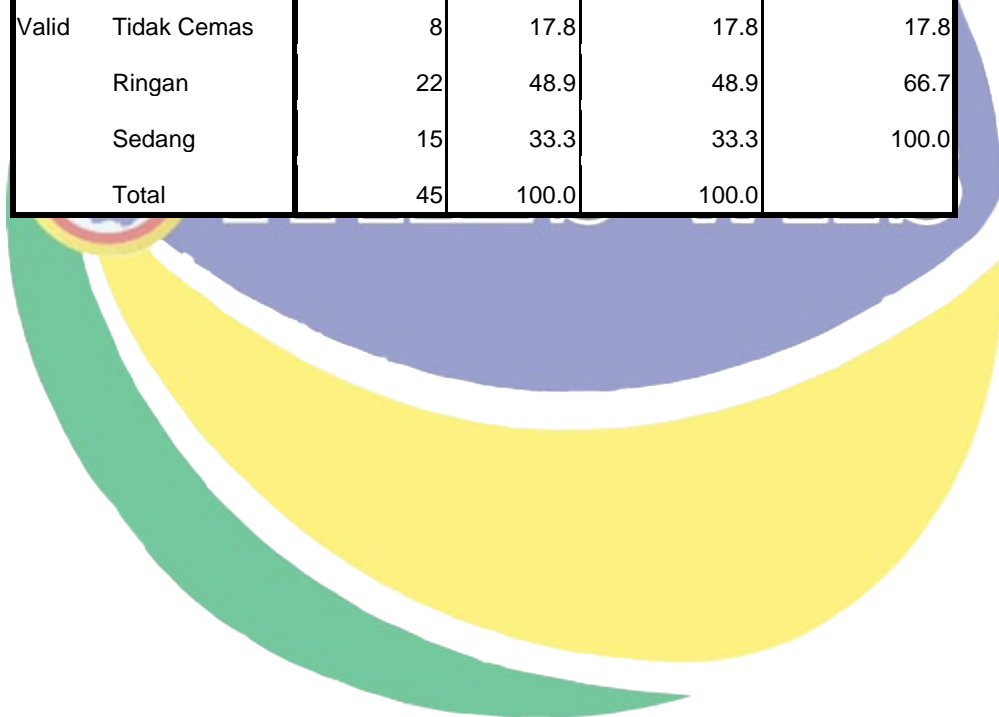
Wiraswasta	22	48.9	48.9	80.0
Tidak Bekerja	9	20.0	20.0	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Klasifikasi Kesepian 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Rendah	11	24.4	24.4	24.4
Sedang+Berat	34	75.6	75.6	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Kecemasan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Cemas	8	17.8	17.8	17.8
Ringan	22	48.9	48.9	66.7
Sedang	15	33.3	33.3	100.0
Total	45	100.0	100.0	



UJI BIVARIAT

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Klasifikasi Kesepian 2 * Kecemasan	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

Klasifikasi Kesepian 2 * Kecemasan Crosstabulation

			Kecemasan			Total
			Tidak Cemas	Ringan	Sedang	
Klasifikasi Kesepian 2	Rendah	Count	5	3	3	11
		% within Klasifikasi Kesepian 2	45.5%	27.3%	27.3%	100.0%
		Sedang+Berat	Count	3	19	12
		% within Klasifikasi Kesepian 2	8.8%	55.9%	35.3%	100.0%
Total		Count	8	22	15	45
		% within Klasifikasi Kesepian 2	17.8%	48.9%	33.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.825 ^a	2	.020
Likelihood Ratio	6.931	2	.031
Linear-by-Linear Association	3.328	1	.068
N of Valid Cases	45		

a. 2 cells (23,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,96.

LEMBAR KONSULTASI

LEMBAR PERNYATAAN TELAH MELAKUKAN REVISI PROPOSAL TUGAS AKHIR


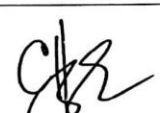
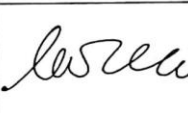
Kami sebagai dewan penguji menyatakan bahwa mahasiswa berikut ini :

Nama : Rini Ripariah

Nim : B21831712601

telah melakukan revisi proposal berdasarkan masukan maupun saran pada saat pelaksanaan ujian dan dengan ini menyatakan bahwa mahasiswa tersebut dapat melanjutkan ke tahap selanjutnya, yaitu uji instrument atau pengambilan data.

Samarinda, 24 Juli 2020

Penguji 1	Penguji 2	Penguji 3	Pembimbing 2
 Ns.L.D.Novial Fitri, M.Kep., SP. Jiwa	Ns. Wahyu Dewi S.M.S	 Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep	 Ns. Marina Kristi Layun Rining, S.Kep.,M.Kep



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

📍 itkeswhs
📧 itkeswhs
🌐 www.itkeswhs.ac.id
✉ info@itkeswhs.ac.id

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

**SURAT PERSETUJUAN MENGIKUTI UJIAN TUGAS AKHIR
(DI ISI OLEH PEMBIMBING TUGAS AKHIR)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Chrysen Damanik, S.Kep., M.Kep
NIK/NIDN/NIP : 113072.83.11.023
Sebagai Pembimbing : 1
Dosen Pembimbing dari :
Nama : Rini Ripariah
NIM : B21831712601
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Antara Respon Kesiapan Dengan Tingkat Kecemasan
Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rsud Aji Muhammad
Parikesit Tenggarong

Dengan Ini menyetujui Mahasiswa tersebut untuk mengikuti Sidang Ujian Proposal/ Hasil*
Tugas Akhir di ITKES Wiyata Husada Samarinda. Dikarenakan Sudah Memenuhi Syarat Dalam
Menyelesaikan Bimbingan Proposal/ Hasil* Tugas Akhir.

Samarinda, 01 Juli 2020

Pembimbing

(Ns. Chrysen Damanik, S.Kep., M.Kep)

Keterangan :

1. *Coret Yang Tidak Perlu
2. Surat Persetujuan Ini Bisa Di Print dan isi serta di tanda tangani oleh Pembimbing Secara Manual atau Diisi Oleh Pembimbing Melalui Softcopy dan diberikan tanda Tangan Elektornik dari Pembimbing
3. Setelah di isi Surat Persetujuan Ini Bisa Dikirimkan Kembali Melalui email (..... Email Prodi masing-masing.....)

Dipindai dengan CamScanner



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

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

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

**SURAT PERSETUJUAN MENGIKUTI UJIAN TUGAS AKHIR
(DI ISI OLEH PEMBIMBING TUGAS AKHIR)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Chrisyen Damanik,S.Kep.,M.Kep
NIK/NIDN/NIP : 113072.83.11.023
Sebagai Pembimbing : 1
Dosen Pembimbing dari :
Nama : Rini Ripariah
NIM : B21831712601
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Antara Respon Kesepian Dengan Tingkat Kecemasan
pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rsud Aji
Muhammad Parikesit Tenggarong

Dengan Ini menyetujui Mahasiswa tersebut untuk mengikuti Sidang Ujian Proposal / Hasil*
Tugas Akhir di ITKES Wiyata Husada Samarinda. Dikarenakan Sudah Memenuhi Syarat Dalam
Menyelesaikan Bimbingan Proposal / Hasil* Tugas Akhir.

Samarinda, 24 Agustus 2020

Pembimbing

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

Keterangan :

1. *Coret Yang Tidak Perlu
2. Surat Persetujuan Ini Bisa Di Print dan isi serta di tanda tangani oleh Pembimbing Secara Manual atau Diisi Oleh Pembimbing Melalui Softcopy dan diberikan tanda Tangan Elektornik dari Pembimbing
3. Setelah di isi Surat Persetujuan Ini Bisa Dikirimkan Kembali Melalui email (..... Email Prodi masing-masing.....)

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner



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

📍 itkeswhs
📧 itkeswhs
🌐 www.itkeswhs.ac.id
✉ info@itkeswhs.ac.id

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

**SURAT PERSETUJUAN MENGIKUTI UJIAN TUGAS AKHIR
(DI ISI OLEH PEMBIMBING TUGAS AKHIR)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns.Marina Kristi Layung Rining, S.Kep., M.Kep
NIK/NIDN/NIP : 113072.93.19.139
Sebagai Pembimbing : 2
Dosen Pembimbing dari :
Nama : Rini Ripariah
NIM : B21831712601
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Antara Respon Kesiapan Dengan Tingkat Kecemasan
Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rsud Aji Muhammad
Parikesit Tenggarong

Dengan Ini menyetujui Mahasiswa tersebut untuk mengikuti Sidang Ujian Proposal/ Hasil*
Tugas Akhir di ITKES Wiyata Husada Samarinda. Dikarenakan Sudah Memenuhi Syarat Dalam
Menyelesaikan Bimbingan Proposal/ Hasil* Tugas Akhir.

Samarinda, 01 Juli 2020

Pembimbing

(Ns.Marina Kristi Layung Rining, S.Kep., M.Kep)

Keterangan :

1. *Coret Yang Tidak Perlu
2. Surat Persetujuan Ini Bisa Di Print dan isi serta di tanda tangani oleh Pembimbing Secara Manual atau Diisi Oleh Pembimbing Melalui Softcopy dan diberikan tanda Tangan Elektornik dari Pembimbing
3. Setelah di isi Surat Persetujuan Ini Bisa Dikirimkan Kembali Melalui email (..... Email Prodi masing-masing.....)

Dipindai dengan CamScanner



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

📍 itkeswhs
📧 itkeswhs
🌐 www.itkeswhs.ac.id
✉ info@itkeswhs.ac.id

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

**SURAT PERSETUJUAN MENGIKUTI UJIAN TUGAS AKHIR
(DI ISI OLEH PEMBIMBING TUGAS AKHIR)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns.Marina Kristi Layun Rining, S.Kep., M.Kep
NIK/NIDN/NIP : 113072.93.19.139
Sebagai Pembimbing : 2
Dosen Pembimbing dari :
Nama : Rini Ripariah
NIM : B21831712601
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Antara Respon Kesepian Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Rsud Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

Dengan Ini menyetujui Mahasiswa tersebut untuk mengikuti Sidang Ujian Proposal/ Hasil* Tugas Akhir di ITKES Wiyata Husada Samarinda. Dikarenakan Sudah Memenuhi Syarat Dalam Menyelesaikan Bimbingan Proposal/ Hasil* Tugas Akhir.

Samarinda, 24 Agustus 2020

Pembimbing

(Ns.Marina Kristi Layun Rining, S.Kep., M.Kep)

Keterangan :

1. *Coret Yang Tidak Perlu
2. Surat Persetujuan Ini Bisa Di Print dan isi serta di tanda tangani oleh Pembimbing Secara Manual atau Diisi Oleh Pembimbing Melalui Softcopy dan diberikan tanda Tangan Elektornik dari Pembimbing
3. Setelah di isi Surat Persetujuan Ini Bisa Dikirimkan Kembali Melalui email (..... Email Prodi masing-masing.....)

Hold The Future Now

Dipindai dengan CamScanner



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/1/2019

itkeswhs

itkeswhs

www.Itkeswhs.ac.id

info@itkeswhs.ac.id

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

**LEMBAR BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR DENGAN SISTEM DARING
(DI ISI OLEH PEMBIMBING TUGAS AKHIR)**

Nama Mahasiswa : RINI RIPARIAH
NIM : B21831712601
Program Studi : S1 KEPERAWATAN
Dosen Pembimbing : NS. CHRISYEN DAMANIK, S.KEP., M.KEP
Judul Tugas Akhir : HUBUNGAN ANTARA RESPON KESEPIAN DENGAN TINGKAT KECEMASAN PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG

NO	TANGGAL BIMBINGAN	MEDIA DARING YANG DIGUNAKAN	MATERI KONSULTASI	CATATAN REVISI	TANDA TANGAN
1.	5-4-2020	Zoom	Konsultasi tentang rcn penelitian apakah bisa di laksanakan atau tidak (karena berhubungan dengan Pandemi Covid 19)	<ul style="list-style-type: none">- Pelajari tentang Studl Literatur, metaanalisis, sistematik review. Studi kepustakaan (Dari berbagai sumber untuk dijadikan sampel)- Bila peneltian korelasi di SOP ditambahkan tentang pencegahan covid 19 (Physical Distance).- Tetap pada judul yang ada.	
2.	31-4-2020	Zoom	Halaman Lampiran dan Halaman Judul	<ul style="list-style-type: none">- Halaman Judul bila sampai skripsi terdiri dari 2x lembar persetujuan proposal dan hasil, 2x pengesahan proposal dan hasil- Dalam kata pengantar, keluarga itu satu bagian, tidak usah disebutkab satu persatu- Lampiran dibuat secara sistematis dimulai dari rencana jadwal penelitian, permohonan studi pendahuluan, persetujuan peneltian, , Instrumen, Untuk daftar riwayat hidup tidak usah	

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner



				dulu - Bila pendekatan penelitian CHI SQUARE harus sesuai dengan tujuan penelitian.	
3.	7-4-2020	Zoom	BAB I, II dan III	<p>BAB I :</p> <ul style="list-style-type: none">- Data WHO tahun berapa- Tambahkan citasi pada penanganan kasus PJK- Kurang di eksplor tetang data di RS bagaimana tindaan selain KIE apa saja yang disarankan RS, Apakah respon cemas masih timbul dipantau dari mana, apa dampaknya- Tujuan dilihat kembali, tidak sesuai dengan pendekatan time series <p>BAB II :</p> <ul style="list-style-type: none">- Telaah Pustaka urutkan sesuai dengan latar belakang- Urutkan :- Konsep PJK- Manajemen tatalaksana PJK- Dampak terkait manajemen tatlaksanaan- Konsep respon cemas- Aplikasi Teori CALISTA ROY dalam manajemen- Askep Cemas- Konsep inovasi <p>BAB III</p> <ul style="list-style-type: none">- Bila pendekatan berubah tujuan akan berubah- Definisi Operasional, belum operasional- Hasil ukur di belum tepat- Pengumpulan data	

"Hold The Future Now"



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

📍 itkeswhs
📧 itkeswhs
🌐 www.itkeswhs.ac.id
✉ info@itkeswhs.ac.id

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

				tekniknya jelaskan berapa kali.	
4	11-6-2020	WA	Revisi BAB I,II,III	-Perbaikan tiap bab 1,2,3 dan lampiran ,serta kousioner cemas dan kesepian	
5	25 - 6 - 2020	Tatap muka	Revisi BAB I, II dan III	- Perbaikan tiap bab 1,2,3 ,mulai dari judul ,lembar persetujuan,bab 1 penulis belum memasukkan teori keperawatan,kurang menjelaskan pasien pjg di ruang iccu,bab 2 tidak ada teori keperawatan untuk pjg,cemas serta kesepian,bab 3 metode yang diambil kurang tepat dan penulisan kurang jelas serta lampirannya	
6	01-7-2020	Tatap muka	Revisi BAB I,II,III	Perbaikan tiap bab1,2,3, Tiap bab 1,pengulis masih sedikit teori keperawatan,kurang dealt menjelaskan pjg pada ruang iccu ,kurang masukkan apa yang dirasakan pasien pjg selama ini dalam kesepian dan	

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner



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

				kecemasana dalam perawatan Intensif dan apa yang dirasakannya keluarga sebagai pendukung didalamnya, bab 2 masih kurang tentang teori roy dan konsep yang ada penulis teliti ,bab 3 definisi operasional masih banyak yang harus di perbaiki .	
7	01-07-2020	Tatap muka	Revisis BAB I,II,III	ACC untuk maju siding	
8.	03-07-2020	WA		- Daftar ke Ibu Nanik untuk siding	

Samarinda, 2020
Ketua Program Studi

Keterangan :

1. Lembar Bimbingan Ini Bisa Di Print dan isi serta di tanda tangani oleh Pembimbing Secara Manual (tulis tangan) atau Diisi Oleh Pembimbing Melalui Softcopy (diketik) dan diberikan tanda Tangan Elektornik dari Pembimbing
2. Setelah mahasiswa dinyatakan layak untuk maju sidang Proposal/ Hasil Tugas Akhir, Lembar Bimbingan Ini Bisa Dikirimkan Kembali Melalui email (.... Email Prodi masing-masing.....)

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/1/2019

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

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

**LEMBAR BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR DENGAN SISTEM DARING
(DI ISI OLEH PEMBIMBING TUGAS
AKHIR)**

Nama Mahasiswa : RINI RIPARIAH
NIM : B21831712601
Program Studi : S1 KEPERAWATAN
Dosen Pembimbing : NS. CHRISYEN DAMANIK, S.KEP., M.KEP
Judul Tugas Akhir : HUBUNGAN ANTARA RESPON KESEPIAN DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RSUD AJI MUHAMMAD
PARIKESIT TENGGARONG

NO	TANGGAL BIMBINGAN	MEDIA DARING YANG DIGUNAKAN	MATERI KONSULTASI	CATATAN REVISI	TANDA TANGAN
1.	30-7-2020	Zoom		<ul style="list-style-type: none">- Ubah kalimat proposal menjadi skripsi- Ubah lembar persetujuan lembar pengesahan.- Dibawah nama peneliti sertakan NIM- kalimat- Abstrak, jelaskan latar belakang: menjelaskan variabel dependent (masalah penelitian)- Miniatur rumusan masalah- Metode : Analisa data- Hasil : Lihat tujuan penelitian- Tabel : Menjawab tujuan penelitian	
2.	10-8-2020	Zoom		<ul style="list-style-type: none">- Dalam lampiran harus masukkan ijin penelitian- Lengkapi jalannya penelitian (prosedur teknis) lihat SOP- Hilangkan kata pre test dan post test- Untuk tabel disamakan semua penulisannya- Hasil uji normalitas data lihat sabaran	

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/II/2019

📍 itkeswhs

📧 itkeswhs

🌐 www.itkeswhs.ac.id

📧 info@itkeswhs.ac.id

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

				- Untuk uji statistik, analise, sample sedikit bikin data tidak normal, jarak antara interval pendek (tidak ada nilai ekstrem) - Apa yang harus dilakukan (transformasi data).	
3.	24-8-2020	Tatap Muka		- Di pembahasan jabarkan yang peneliti lakukan, apa yang peneliti lain lakukan dan terkait statement apa.	
4.				-	
5.				-	

Samarinda, 24 - 8 -2020

Ketua Program Studi

(Ns. Kiki Hardianayah, S.Kep, M.Kep., Sp.Kep,M.B)

Keterangan :

1. Lembar Bimbingan Ini Bisa Di Print dan isi serta di tanda tangani oleh Pembimbing Secara Manual (tulis tangan) atau Diisi Oleh Pembimbing Melalui Softcopy (diketik) dan diberikan tanda Tangan Elektornik dari Pembimbing
2. Setelah mahasiswa dinyatakan layak untuk maju sidang Proposal/ Hasil Tugas Akhir, Lembar Bimbingan Ini Bisa Dikirimkan Kembali Melalui email (..... Email Prodi masing-masing)

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner



**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

**LEMBAR BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR DENGAN SISTEM DARING
(DI ISI OLEH PEMBIMBING TUGAS AKHIR)**

Nama Mahasiswa : Rini Ripariah
NIM : B21831712601
Program Studi : S1 KEPERAWATAN
Dosen Pembimbing : Ns. MARINA KRISTI LAYUNG RINING, S.KEP.,M.KEP
Judul Tugas Akhir : HUBUNGAN ANTARA RESPON KESEPIAN DENGAN TINGKAT KECEMASANAN PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG

NO	TANGGAL BIMBINGAN	MEDIA DARING YANG DIGUNAKAN	MATERI KONSULTASI	CATATAN REVISI	TANDA TANGAN
1.	20-4-2020	Email	BAB I, II dan III	<p>BAB I :</p> <ul style="list-style-type: none">• Data Peningkatan respon cemas (wawancara dengan pasien) dapat dari mana? Wawancara brp pasien? Atau dat primer?• Asuhan standar di RUMAH SAKIT untuk mengatasi cemas pasien? SOP? Bagaimana respon pasien?• Edit manual Dapus yang huruf kanji <p>BAB II : Tidak Ada Tambahan BAB III :</p> <ul style="list-style-type: none">• Populasi : Jabarkan Populasinya, Jumlah• Sampel : Cantumkan rumus sampel, masukkan kriteria inklusi dan ekslusi• Definisi operasional: Hasil ukur (Sumber), Variabel Dependent (Penulisan 2x), Jabarkan mengenai SOP yang digunakan diadopsi dari mana? Apakah pernah digunakan	

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/1/2019

📍 itkeswhs
🌐 itkeswhs
🌐 www.itkeswhs.ac.id
✉ info@itkeswhs.ac.id

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

				<p>sebelumnya? Adakah modifikasi,dsb)</p> <ul style="list-style-type: none">• Instrumen Penelitian: Jelaskan detail mengenai Instrument penelitian yang digunakan, diadopsi dari penelliti slapa? Penjelasan mengenai domain Item kuesioner? Penjelasan UCLA Skor tertinggi- terendah, Apakah kuesioner tsb telah diuji valid dan reliable jika sudah,jelaskan bagaimana hasilnya• Uji Instrument : Apakah penulis melakukan uji valid dan reliable kembali untuk instrument yang digunakan? Jika melakkan kembali jabarkan mengenai alasan dilakukan uji valid , kapan dan dimana akan melakukan uji tsb.• Analisa Data : Analisa Univariat : Deskripsi demografi dan karakteristik responden, Analisa : Interpretasi uji ini bagaimana? Valid jika? Lalu uji apa yang harus dipakai jika syarat ini tidak terpenuhi, Sebelum melakukan uji parametric, data yang didapat harus dilakukan uji normalitas dahulu, jelaskan mengenai uji normalitas data	
--	--	--	--	---	--

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner



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

Facebook: itkeswhs
Twitter: itkeswhs
Website: www.itkeswhs.ac.id
Email: info@itkeswhs.ac.id

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

2.	2-05-2020	Email	Revisi Bab I, II dan III	BAB I : Tidak Ada Tambahan BAB II : <ul style="list-style-type: none">• Kecemasan Skornya berapa?• Tetesan Aromaterapi Lavender Berapa? (Sumbernya) setiap klien harus mendapat perlakuan yang sama, Ruangannya seberapa luasnya BAB III : <ul style="list-style-type: none">• Kerangka Konsep...Diganti, sesuai dengan variabel saja• Kriteria Inklusi dan Eksklusi tidak bertolak belakang• Sumber Data (Primer dan sekunder)• Lihat Lagi buku panduan Urutan yang benar Analisa Data dan Alur Penelitian• Konsultasi dengan P1 ttg kuesioner yang khusus kardiovaskuler	<i>liu</i>
3.	15- 6-2020	email	Revisi BAB I,II dan III	• ACC tanpa perbaikan, Silahkan ajukan ujian proposal.	<i>liu</i>
4.	01- 7 - 2020	TATAP MUKA	Revisi ulang BAB I, II dan III	• Tidak ada tambahan	<i>liu</i>
5.	01- 7- 2020	TATAP MUKA		ACC untuk maju sidang	<i>liu</i>

Samarinda, 2020
Ketua Program Studi

ss/e

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/1/2019

📍 itkeswhs
📧 itkeswhs
🌐 www.itkeswhs.ac.id
✉ info@itkeswhs.ac.id

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

**LEMBAR BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR DENGAN SISTEM DARING
(DI ISI OLEH PEMBIMBING TUGAS AKHIR)**

Nama Mahasiswa : RINI RIPARIAH
NIM : B21831712601
Program Studi : S1 KEPERAWATAN
Dosen Pembimbing : NS. MARINA KRISTI LAYUN RINING, S.KEP., M.KEP
Judul Tugas Akhir : HUBUNGAN ANTARA RESPON KESEPIAN DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RSUD AJI
MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG

NO	TANGGAL BIMBINGAN	MEDIA DARING YANG DIGUNAKAN	MATERI KONSULTASI	CATATAN REVISI	TANDA TANGAN
1.	24 -8 - 2020	Email	BAB 4 dan BAB 5	Boleh Mendaftar, Revisi sambil berjalan menunggu jdwalsidang	<i>[Signature]</i>
2.					
3.					
4.					
5.					

Samarinda, 24 -8- 2020
Ketua Program Studi

[Signature]
(Ns. Kiki Hardiansyah, S.Kep, M.Kep., Sp.Kep.M.B)

Keterangan :

- Lembar Bimbingan Ini Bisa Di Print dan isi serta di tanda tangani oleh Pembimbing Secara Manual (tulis tangan) atau Diisi Oleh Pembimbing Melalui Softcopy (diketik) dan diberikan tanda Tangan Elektornik dari Pembimbing
- Setelah mahasiswa dinyatakan layak untuk maju sidang Proposal/ Hasil Tugas Akhir, Lembar Bimbingan Ini Bisa Dikirimkan Kembali Melalui email (.... Email Prodi masing-masing)

"Hold The Future Now"

Dipindai dengan CamScanner

**MATRIK PERBAIKAN PROPOSAL PENELITIAN
SEMINAR PROPOSAL
Jum'at, 10 Juli 2020**

JUDUL PENELITIAN

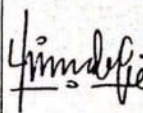
**HUBUNGAN ANTARA RESPON KESEPIAN DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN JANTUNG KORONER
DI RSUD.AM.PARIKESIT TENGGARONG SEBERANG**



**Oleh :
RINI RIPARIAH
NIM: B21831712601**

Dipindai dengan CamScanner

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

No	NAMA PENGUJI	SARAN	KETERANGAN
1	Penguji I Ns.L.D.Novial Fitri, M.Kep., SP. Jiwa	<p>1. BAB I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Latar belakang masih harus di tambahkan tentang respon kesepian pada pasien di ruang ICCU 2. Latar belakang juga di tambahkan tentang tingkat kecemasan bagaimana yang di rasakan pasien di ruang ICCU 3. Keluarga bukan penyebab kesepian dan tingkat kecemasan, di gali lagi apa dasar yang menyebabkan pasien kesepian dan tingkat kecemasan <p>2. BAB II Lebih di tambah lagi reverensi tentang respon kesepian dsn tipe-tipe kesepian dan ciri-ciri kesepian karena dalam penelitian ini respon kesepian sebaga variable independen</p> <p>3. BAB III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kriteria inklusi di perjas lagi tentang screening yang menyebabkan respon kesepian di ICCU 2. Definis operasional variable yang di teliti di jelaskan antara variable indepeden dan dependen 3. Nilai hasil ukur di perjas lagi untuk respon kesepian dan tingkat kecemasan. <p>4. Daftar Pustaka Penulisan jarak nya lihat dipedoman</p>	
2	Penguji II Ns. Wahyu Dewi S.M.S	<p>BAB I. Latar Belakang :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Respon kesepian seperti apa saja di ruang ICCU b. Tingkat kecemasan pasien yang dirasakan seperti apa yang di rasakan pasien <p>BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Di jelaskan lagi tentang teori roy modifikas dan agar lebih jelas lagi b. Urutan pada tinjauan pustaka membahas (konsep stres, 	

Dipindai dengan CamScanner

		respon stres pasien jantung). c. Kerangka teori untuk calista roy di perjas lagi. BAB III a. Kriteria inklusi masuk kan pasien yang mengalami Kesyian dan kecemasana seperti apa b. Kuosinoner di sesuai kan dengan respon kesepian c. Daftar pustaka	
3	Penguji 3 Ns.Chrisyen Damanik, S.Kep,M.Kep	BAB III 1. Kriteria Inklusi di perjas lagi agar tidak kebingungan dalam Penelitian 2. Baca apa makna populasi target, terjangkau, subjek yang digunakan dan kistilah responden. 3. Prosedur pengumpulan data masuk kan prosedur covid-19 4. Definisi operasional sesuaikan dengan kuesioner cari yang bisa diukur secara kuantitatif 5. Persetujuan menjadi responden untuk penelitian deskriptif yang pernah dikasih 6. Buat list masukan revisi	